



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.

2.176

17 de abril 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

- Vigilancia de dengue

América

- Bolivia, Santa Cruz: Logran reducir la incidencia de la enfermedad de Chagas en las zonas endémicas
- Colombia, Antioquia: Leishmaniosis, la enfermedad de Hidroituango en Sabanalarga
- Colombia, Cesar: Reportan 64 casos de hepatitis A
- Estados Unidos: Brote multiestatal de salmonelosis vinculado con melón precortado
- Estados Unidos, New York: Detectan un clúster de infecciones por *Escherichia coli* resistente a la colistina
- Venezuela: Estiman que hubo un millón de casos de malaria en 2018

El mundo

- África: Son insuficientes las coberturas de vacunación infantil en gran parte de la Región
- Burkina Faso: Los controvertidos mosquitos transgénicos contra la malaria
- Madagascar: Más de 1.200 muertos por un brote de sarampión
- Mozambique: A un mes de Idai, ya son ocho los muertos por cólera
- Polinesia Francesa, Tahití: Declaran un brote de dengue
- Uganda, Wakiso: Caso fatal de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo
- Nuevos datos de vigilancia del sarampión para 2019

Adhieren:

SLAMVI

Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/

CIRCULO MÉDICO DE CÓRDOBA

www.circulomedicocba.org/

Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba

www.consejomedico.org.ar/



Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas

Universidad Nacional de Córdoba

www.biblioteca.fcm.unc.edu.ar/



S.A.D.I.

www.sadi.org.ar/

Comité Nacional de Infectología

Sociedad Argentina de Pediatría

www.sap.org.ar/



www.apinfectologia.org/

Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica

www.sadip.net/

Asociación Parasitológica Argentina

www.apargentina.org.ar/

Vigilancia de dengue

12 de abril de 2019 – Boletín Integrado de Vigilancia – Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de la Situación de Salud (Argentina)

En Argentina, desde la semana epidemiológica (SE) 1 y hasta la SE 14 de 2019 se registraron 589 casos positivos de dengue (confirmados y probables) sin registro de antecedente de viaje. Se definieron áreas de circulación de virus Dengue serotipo DENV-1 en Formosa, Jujuy, Misiones, Salta y Santa Fe. Además, se registraron casos confirmados del serotipo DENV-4 en Puerto Libertad, provincia de Misiones, con nexo con Paraguay.

Hasta el momento se identificaron 11 áreas con transmisión sostenida del serotipo DENV-1 en tres provincias:

- Aguas Calientes, El Acheral y Fraile Pintado (provincia de Jujuy).
- Aguaray, Embarcación, Los Blancos-Morillo, General Mosconi, San Ramón de la Nueva Orán y Tartagal (provincia de Salta).
- Santa Fe y Rosario (provincia de Santa Fe).

Además, se identifican áreas de transmisión localizada del serotipo DENV-1 en:

- Partido de General San Martín (provincia de Buenos Aires).
- Ingeniero Juárez (provincia de Formosa).
- Puerto Iguazú (provincia de Misiones).

Por último, se notificaron casos confirmados de dengue sin antecedente de viaje aislados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (cuatro DENV-1, dos DENV-4 y uno sin serotipo), provincia de Buenos Aires (cuatro DENV-1 y uno sin serotipo), provincia del Chaco (un DENV-1). Se encuentran en estudio otros 28 casos probables sin antecedente de viaje en las provincias de Buenos Aires (15), la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1), Chaco (8), Córdoba (1), Entre Ríos (1), Santiago del Estero (1) y Tucumán (1).

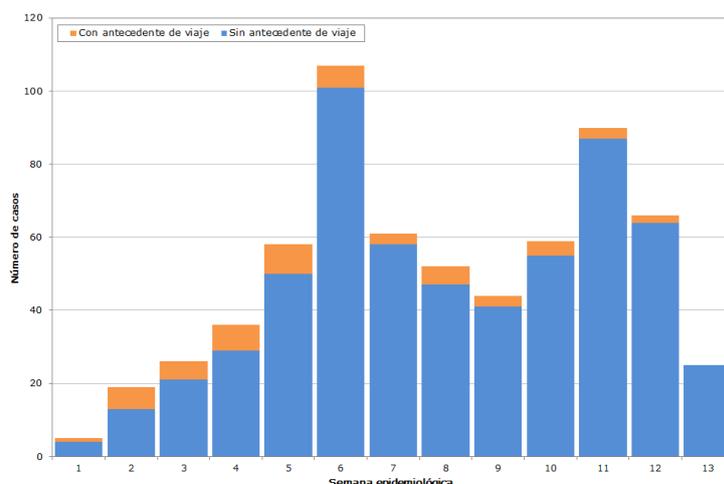


Gráfico 1. Casos positivos de dengue, según semana epidemiológica y antecedentes de viaje. Argentina. Año 2019, hasta semana epidemiológica 13. Fuente: Secretaría de Salud de Argentina.

Provincia/Región	Sin antecedente		Con antecedente	
	Confirmados	Probables	Confirmados	Probables
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	5	15	12	5
Buenos Aires	7	1	2	5
Córdoba	—	1	1	—
Entre Ríos	—	1	—	—
Santa Fe	196	6	2	1
Centro	208	24	17	11
Mendoza	—	—	—	—
San Juan	—	—	—	—
San Luis	—	—	—	1
Cuyo	—	—	—	1
Corrientes	—	—	2	—
Chaco	1	8	2	1
Formosa	4	12	—	—
Misiones	40	—	6	—
NEA	45	20	10	1
Catamarca	—	—	—	—
Jujuy	40	42	—	2
La Rioja	—	—	—	—
Salta	145	63	2	5
Santiago del Estero	—	1	—	—
Tucumán	—	1	—	1
NOA	185	107	2	8
Chubut	—	—	—	—
La Pampa	—	—	—	—
Neuquén	—	—	2	—
Río Negro	—	—	—	—
Santa Cruz	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—
Sur	—	—	2	—
Total Argentina	438	151	31	21

Tabla 1. Casos confirmados y probables, según provincia y región y antecedentes de viaje. Argentina. Año 2019, hasta semana epidemiológica 13. Fuente: Secretaría de Salud de Argentina.

Además, se registraron 52 casos positivos para dengue con antecedente de viaje. De estos, 23 casos corresponden a casos con antecedente de viaje hacia áreas con circulación viral dentro del país (10 confirmados DENV-1, uno sin identificación de serotipo y 12 probables) entre las SE 2 y 12. Los 29 casos restantes contaban con el antecedente de viaje previo al inicio de los síntomas principalmente a Brasil (con identificación de los serotipos DENV-1, DENV-2 y DENV-4), en menor medida Bolivia (DENV-1) y Paraguay (DENV-1 y DENV-4).

En el transcurso de 2019 se registraron casos positivos para dengue desde la SE 1 en forma sostenida, evidenciándose un aumento desde la SE 2 y dos picos de incidencia de casos, un primer pico en la SE 6 y un segundo pico en la SE 11 (ver Gráfico 1).

Los casos positivos para dengue sin antecedente de viaje notificados en las últimas dos semanas corresponden a las áreas con circulación del virus en las provincias de Buenos Aires, Jujuy, Salta y Santa Fe; y casos probables aislados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Chaco, Entre Ríos y Misiones.

América

EL DEBER

Bolivia, Santa Cruz: Logran reducir la incidencia de la enfermedad de Chagas en las zonas endémicas

16 de abril de 2019 – Fuente: El Deber (Bolivia)

El Programa de Chagas, dependiente del Servicio Departamental de Salud de Santa Cruz, dio a conocer que se han logrado disminuir los índices de infestación de 60%, hace años, a menos de 3%, con un Plan de Eliminación de la Vinchuca desde 2002.

No obstante, de este importante avance, los índices de infestación siguen siendo altos en el departamento. La prevalencia en los menores de 5 años es de 4%; en los comprendidos entre 5 y 15 años, 11% y la población adulta sube a 30%.

El sector donde hubo mejor respuesta a la campaña fue en las provincias de Vallegrande, Florida y Manuel María Caballero, donde se está pensando en certificar 11 municipios, cuyas viviendas están libres de la vinchuca.

“En Postrevalle hemos hecho una evaluación temprana a 89 niños menores de cinco años, y solo un niño dio positivo por la transmisión de la madre. En Vallegrande, de 420 niños, siete han sido positivos. En Moro Moro, de 124 niños, uno dio positivo”, explicó Roberto Cristian Vargas Ortiz, responsable del Programa Chagas.

EQUIPO NIZKOR

Colombia, Antioquia: Leishmaniosis, la enfermedad de Hidroituango en Sabanalarga

10 de abril de 2019 – Fuente: Equipo Nizkor

Cosas extrañas pasan en Sabanalarga, un pequeño pueblo enclavado en la cordillera Central de los Andes colombianos, al occidente del departamento de Antioquia. Cosas que se comentan en la sala de urgencias del Hospital San Pedro, en los barrios La Aurora y el Carmelo, las veredas Membrillal, El Junco, Nohavá, Portachuelo, Machado y Remartín, y que el 9 de abril obligaron al Instituto Nacional de Salud (INS), máxima autoridad del sistema de vigilancia epidemiológica en Colombia, a recomendar el envío de expertos a la zona.

Las alarmas se prendieron en Bogotá, Medellín y el propio Sabanalarga luego de que las autoridades de salud reconocieran los 223 casos de leishmaniosis cutánea que se han presentado en el municipio desde 2016, cuando comenzó la remoción de 2.329 hectáreas de cobertura vegetal (eufemismo técnico para referirse a la tala de árboles) por parte de las Empresas Públicas de Medellín (EPM) y su contratista RefoCosta en el marco de las obras de la represa de la Hidroeléctrica de Ituango (Hidroituango), con la interventoría de la firma Consorcio Energéticos.

Acorde con los lineamientos de la licencia ambiental otorgada a Hidroituango, 78% de la masa vegetal que debía ser removida (1.816 hectáreas), habría de ser talada en los bosques seco y húmedo tropical de Sabanalarga y el vecino municipio de Liborina. Pero en 2017 las EPM solicitaron a la Autoridad Nacional de Licencias Ambientales aprobar la reducción del área a 1.129 hectáreas, 48,5% de lo inicialmente pactado. De ellas, 676 corresponderían a sectores rurales de Sabanalarga y municipios aledaños.



Así luce el río Cauca en la cola del embalse de Hidroituango en Sabanalarga, Antioquia.



Más de 8 kilómetros del río Cauca ha sido cubierto por una capa vegetal en Sabanalarga, Antioquia, cola del embalse de Hidroituango.

En su solicitud, las EPM argumentaron que la zona tenía pendientes de entre 80 y 100%, y talar árboles allí generaba un grave riesgo para los contratistas que ejecutaban esas tareas. No hubo una sola mención a eventuales problemas de salud causados por la reproducción descontrolada de *Lutzomya*, el insecto vector de la leishmaniosis, que se reproduce principalmente en materia orgánica en descomposición ya sea animal o vegetal.

Según documentos de las EPM, para 2017 ya habían sido taladas al menos 400 hectáreas en la zona de influencia de Hidroituango. La Empresa identificó en un gráfico los lugares de mayor afectación.

En lo que respecta a Sabanalarga, donde la remoción de masa vegetal fue posible gracias a la existencia de caminos de trocha antes utilizados por los campesinos para bajar al río a pescar o barequear (extracción artesanal de oro, práctica cultural y económica tradicional en el Cañón del Cauca), cinco veredas fueron objeto de la mayor intervención: Remartín (donde incluso se asentaron campamentos de Refocosta), Nohavá, El Junco, San Cristóbal Pená, Membrillal y La Aurora (barrio rural), lugares donde comenzó el brote de leishmaniosis que hoy llama la atención.

“Leishmaniasis Hidroituango”

En comparación con el año 2015, cuando se presentaron tres casos de leishmaniosis en Sabanalarga (en 2014 hubo solo uno) la enfermedad se incrementó a 44 en 2016; 75 en 2017 y 88 en 2018, según los registros oficiales de la Secretaría de Salud de Antioquia (ver Gráfico 2).

El más reciente informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) indica que en Colombia la tasa de leishmaniosis entre 2015 y 2017 fue de 29,4 cada 100.000 habitantes. En Sabanalarga, de acuerdo con el INS, a partir del 2017 ésta se ubicó en 495 cada 100.000 habitantes, un crecimiento exponencial que pasó desapercibido entre las autoridades de vigilancia epidemiológica del país tanto en el nivel central como regional, pese a que para el primer semestre de 2018 el INS calificó al municipio como el tercero con mayor incidencia de la enfermedad en el país.

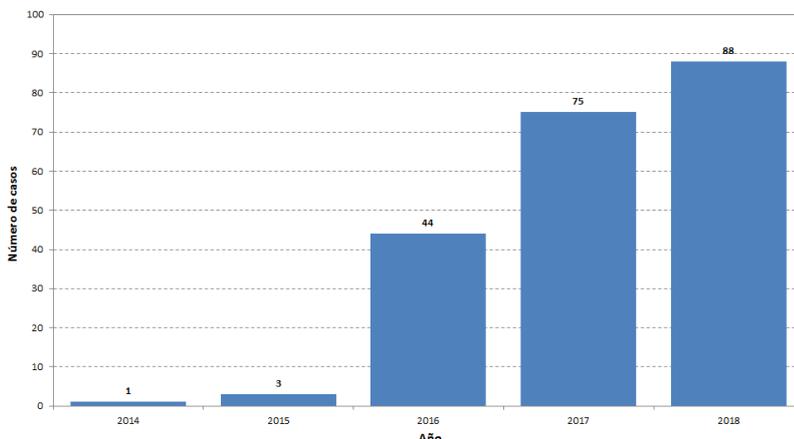


Gráfico 2. Casos notificados de leishmaniosis. Sabanalarga, Antioquia, Colombia. Años 2014/2018. Fuente: Secretaría de Salud de Antioquia.

Hasta el 3 de abril ninguna autoridad en salud había alertado sobre la extraña y preocupante aparición de casos de leishmaniosis cutánea en Sabanalarga. Tanto es así, que la primera reacción del secretario de Salud de Antioquia, Carlos Mario Montoya Serna, fue contundente: “Eso es falso”, dijo el 8 de abril.

En el INS, por su parte, sólo entregaron información parcial entre el 3 y el 5 de abril, pero se negaron a brindar declaraciones oficiales.

Todo hace suponer que al confirmar la veracidad de las cifras, debieron elaborar en forma acelerada un documento interno que, por fin y por fortuna para los habitantes de Sabanalarga, dará mucho de qué hablar.

El 9 de abril comenzó a difundirse en Bogotá un informe titulado *Leishmaniasis Hidroituango*, confeccionado por la División de Vigilancia Epidemiológica del INS. El estudio caracteriza la zona y las personas afectadas de leishmaniosis en Sabanalarga, y concluye con la recomendación de elaborar un análisis entomológico que permita establecer a ciencia cierta cuáles fueron los factores que dispararon las cifras de leishmaniosis en ese municipio.

Según este informe, 7 de cada 10 enfermos de leishmaniosis en el municipio son hombres provenientes de las áreas rurales. El 32,3% de los pacientes son estudiantes, 29,5% agricultores permanentes y transitorios y 18% amas de casa.

¿Qué falló en el sistema de vigilancia epidemiológica en Colombia? ¿Por qué hasta hace pocos días las autoridades negaban el alarmante incremento de leishmaniosis en ese pequeño municipio de 8.000 habitantes donde nunca se había presentado en forma masiva la enfermedad?

“Cuando yo me posesioné en 2016, fui con una comitiva de la Alcaldía a hablar con las EPM sobre la leishmaniosis. La respuesta que recibimos es que teníamos que presentar pruebas de la responsabilidad de la empresa en el aumento de los casos de la enfermedad”, afirma Evelio Zuleta López, secretario de Salud de Sabanalarga.

Sobre las causas del aumento inusitado de casos, el funcionario aseguró que “no existe información, estamos esperando los resultados de un estudio de la Universidad de Antioquia desde el año pasado”.

Con excepción de un equipo de entomólogos, epidemiólogos y otros profesionales adscritos a la Facultad de Salud Pública de esa universidad, que trabaja en el marco de un convenio con las EPM, ninguna otra entidad del sector se percató de la gravedad de la situación que se venía presentando en Sabanalarga.

Sobre este particular, José Pablo Escobar, decano de la Facultad, reconoció que a inicios de 2016 se presentó un foco de transmisión de leishmaniosis en la vereda Remartín de Sabanalarga.

“Una vez notificados por el grupo de apoyo de la Facultad, se hizo una fumigación en las viviendas de la vereda, aunque *Lutzomya* es realmente muy difícil de controlar con insecticidas. Posteriormente hemos venido haciendo vigilancia ante la aparición de nuevos casos, lo que de todas maneras no se puede atribuir directamente a Hidroituango, entre otras cosas porque la vereda es bastante distante de la zona de influencia”.

Escobar, uno de los mayores especialistas en leishmaniosis en el departamento, coincidió con las conclusiones del informe del INS en el sentido de que es necesario realizar un análisis entomológico para identificar los motivos por los cuales se han multiplicado los casos de leishmaniosis en la zona.

“Estos brotes vienen ocurriendo por décadas en la historia, sin que hubiera proyectos hidroeléctricos ni mineros. Pero frente a un proyecto de esta naturaleza es indudable que éste y otros problemas podrían estar asociados. Por eso a las empresas se les obliga al manejo ambiental y a la vigilancia epidemiológica, y es allí donde está apoyando la Universidad. Nosotros trabajamos de forma muy neutral y muy a favor de proteger a las comunidades. Hoy po-

demos decir que la leishmaniosis viene incrementándose en varios municipios de influencia de Hidroituango, tales como Liborina, Peque y Buriticá. Por supuesto un proyecto de estos hace que varias poblaciones y comunidades deban ser reubicadas, cambian las condiciones ambientales del bosque, los animales reservorios también deben migrar hacia zonas no inundadas. Son cosas muy complejas y no es posible determinar a ciencia cierta la causa del foco de leishmaniosis sin hacer un estudio a fondo”.

Acorde con el decano de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, “se ha encontrado en ciertos momentos relación entre el incremento del bosque en las zonas que las EPM han estado comprando para proteger la zona del embalse, un bosque que se ha venido convirtiendo en bosque primario y antes era una zona de potrero”.

¿Bosque Primario?

Aunque existen muchas razones por las cuales el vector de la leishmaniosis puede sufrir cambios e incrementarse, todos los estudios coinciden en que la deforestación es una de las principales. Para el director del área de Factores de Riesgo de la Secretaría de Salud de Antioquia, Alberto Aristizábal, *Lutzomya* encuentra un hábitat ideal para reproducirse en aquellos lugares donde hay materia orgánica en descomposición sin ningún tipo de intervención o tratamiento. Y eso es lo que hay en la zona rural de Sabanalarga a todo lo largo del embalse de Hidroituango.



Arboles talados en proceso de descomposición en la zona rural de Sabanalarga, muy cerca de la vía que conduce al municipio.

Se pudo comprobar que, contrario a lo afirmado por Escobar, la zona donde las EPM y RefoCosta talaron miles de hectáreas en Sabanalarga está lejos de convertirse en un “bosque primario”. Durante una visita de campo realizada a fines de marzo, fue posible constatar la existencia de lo que Isabel Cristina Zuleta, vocera y líder del Movimiento Ríos Vivos –que agrupa a quince asociaciones de víctimas en los doce municipios de influencia de Hidroituango– califica como un verdadero “cementerio de árboles”.

Abandonados a la intemperie, quizás ante la solicitud de modificación de licencia ambiental por parte de las EPM debido a las dificultades de acceso a la zona y los riesgos que implicaba talar y remover biomasa en pendientes escarpadas como las que ofrece la Cordillera Central en la zona del Cañón del Cauca, hoy hay miles de árboles en estado de descomposición a los que no se les hace intervención alguna.

A simple vista es notable la presencia de material orgánico en descomposición, en lugares que, como bien lo caracterizan las EPM en su solicitud de modificación de la licencia ambiental, tienen vías de trocha por las cuales se accede a las veredas y barrios de Sabanalarga.

Si a ello se le agrega que los cultivos de café que sirven de sustento a los campesinos en la región también son un hábitat propicio para la reproducción de *Lutzomya*, y al hecho de que la inundación de veredas como Oro bajo y el llenado del embalse han generado la migración de especies, es posible deducir cuál ha sido la razón del aumento exponencial de la leishmaniosis cutánea en Sabanalarga.

Y si bien hasta ahora las cifras oficiales llegan hasta los casos detectados hasta 2017, tanto Escobar como Aristizábal dan cuenta de la aparición de nuevos focos de leishmaniosis en otros municipios de afectación de Hidroituango, como Peque, San Andrés de Cuerquia y Liborina, pero donde, de acuerdo con el INS, existen condiciones eco-epidemiológicas para la presencia de *Lutzomya* y de leishmaniosis debido a su cercanía con el Nudo de Paramillo. Pero la situación es diferente para Sabanalarga.

Mientras se conocen los resultados del estudio de la Universidad de Antioquia, la administración municipal ha concentrado sus esfuerzos en realizar fumigaciones en las zonas más afectadas por *Lutzomya*, repartir mosquiteros impregnados con insecticidas de larga duración en las zonas más afectadas, y brindar atención médica a los enfermos. “En esto hemos recibido el apoyo de la Secretaría Departamental de Salud, pues Sabanalarga cuenta con muy pocos recursos”.

Desde 2017 los únicos que han alertado –sin ser escuchados por autoridad alguna– sobre la incidencia de casos de leishmaniosis debido a la tala de árboles en el municipio han sido los integrantes del Movimiento Ríos Vivos, uno de cuyos miembros, Ovidio Zabala, murió el 1 de agosto de 2016 en Ituango por el aplastamiento de una roca que se desprendió durante las labores de remoción vegetal de RefoCosta.

¿Atención deficiente?

Si bien en principio la leishmaniosis cutánea no es mortal, en Sabanalarga al menos cinco personas han muerto por causas asociadas a la enfermedad, hechos que son negados por el secretario de Salud Evelio Zuleta López, para quien las muertes se han presentado por complicaciones de otras patologías de los afectados, como cáncer.

La última de las fallecidas fue un ama de casa de 75 años que murió el 24 de marzo, cuando estaba a punto de completar el tratamiento de leishmaniosis. “Ella sufría de azúcar en la sangre y la picó la leishmaniosis. Entonces le mandaron muchas inyecciones que le aplicaban en el hospital de Sabanalarga, pero los doctores no se asomaban para ver si le estaba aprovechando o no. Pero no aguantó, no resistió y no sabemos qué pasó”, dijo su hermano.

Otro caso, aún más preocupante, es el de otra ama de casa, de 77 años, que fue diagnosticada con leishmaniosis en marzo de 2018. No sufría ninguna enfermedad, salvo hipertensión, y al poco tiempo de iniciado el tratamiento presentó diferentes reacciones que obligaron al médico de Sabanalarga a ordenar su traslado a Santa Fe de Antioquia.

Aquejada por ampollas en varias partes de su cuerpo y casi sin aliento, se vio forzada a pagar un mototaxi que la llevar al hospital en Santa Fe, porque desde Sabanalarga no se le brindó el servicio de ambulancia. Cinco días después, fue dada de alta con la orden de continuar el tratamiento médico para la leishmaniosis.

Tan pronto lo reinició, volvió a recaer. Esta vez en estado mucho más grave, y sin los recursos para pagar un mototaxi, tuvo que llegar en colectivo hasta el hospital de Santa Fe de Antioquia. Pero ya se encontraba bastante grave y fue trasladada de urgencia al Hospital General de Medellín, donde falleció el 30 de abril de 2018.

El diagnóstico del toxicólogo que la atendió no dejó lugar a dudas: su situación de salud se deterioró hasta causarle la muerte debido a una reacción adversa al medicamento (Glucantime) de tipo B que le fue suministrado para combatir la leishmaniosis. El profesional certificó que la paciente presentó una reacción que no es normal ni esperada en los casos de leishmaniosis, pese a lo cual siguió recibiendo el tratamiento, lo que finalmente le causó la muerte.¹ En el Hospital de Sabanalarga, susparientes ni siquiera pudieron encontrar la historia clínica que podría echar luz sobre lo sucedido.

Mientras todo esto ocurre, Evelio Zuleta reconoce que la disminución en las cifras oficiales de leishmaniosis en Sabanalarga para 2019 (van 15 casos reportados) podría deberse a un alto subregistro, dado que, ante lo ocurrido con las dos mujeres fallecidas, muchos infectados de leishmaniosis han decidido no acudir a las autoridades sanitarias ni a los servicios de salud.

Por ahora, todo parece indicar que la leishmaniosis en Sabanalarga corre con más caudal que el río Cauca a la altura del embalse de Hidroituango.

EL PILÓN Colombia, Cesar: Reportan 64 casos de hepatitis A

13 de abril de 2019 – Fuente: El Pílon (Colombia)

La Secretaría de Salud Departamental certificó que ya son 64 los casos positivos de hepatitis A que se han registrado en el departamento de Cesar, de los cuales 42 se reportaron en el municipio de La Paz, 12 en Pueblo Bello, 9 en Valledupar y 1 en San Diego.

Lo anterior significa un aumento de 390% en los casos con respecto a los registrados en 2018. Además, es importante mencionar que 25% de los casos fueron confirmados por laboratorio.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos por parte del Instituto Nacional de Salud, el secretario de Salud Departamental, Jorge Orozco Suárez, mencionó que se tomará una serie de medidas para evitar que el brote de hepatitis A en La Paz se siga propagando.

“Inicialmente se tomó la medida de aislar los 42 casos para que no tengan ningún contacto con otras personas y no contagien. Lo otro es que las fuerzas del departamento, llámense iglesias, colegios, Juntas de Acción Comunal, nos ayuden a controlar este brote”, explicó el secretario al hacer referencia a charlas que realizarán a la comunidad de La Paz con la ayuda de colegios, líderes comunales, la administración municipal y la iglesia “para que la población tome conciencia sobre la enfermedad y lo fácil que es contagiarse”.

Y agregó que como el contagio no procede del agua como se había dicho inicialmente, recomendaron a la comunidad el lavado de manos, lavado de alimentos, evitar comer en establecimientos públicos no confiables por su higiene y no consumir legumbres sin conocer su procedencia.

Asimismo, indicó que dentro de 15 días se van a reunir en La Paz para hacer un seguimiento a la medida que tomaron para mitigar el contagio.

“Prendimos las alertas porque que se presenten 42 casos de hepatitis A en un municipio de 30.000 habitantes ya es una alarma segura, pero es un brote que no podemos permitir que se convierta en una epidemia”, puntualizó el funcionario.



Estados Unidos: Brote multiestatal de salmonelosis vinculado con melón precortado

12 de abril de 2019 – Fuente: Centers for Disease Control and Prevention (Estados Unidos)

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), funcionarios de salud pública y regulatorios en varios estados, y la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos están investigando un brote multiestatal de infecciones por *Salmonella enterica enterica* serovar Carrau.

Los investigadores de salud pública están usando el sistema PulseNet para identificar los casos de enfermedad que pueden formar parte de este brote. PulseNet es la red nacional de subtipificación de los laboratorios de agencias de salud pública y agencias reguladoras de los alimentos, coordinada por los CDC. La identificación genética se realiza en las bacterias *Salmonella* aisladas de personas enfermas usando técnicas de electroforesis en gel de campo pulsado (PFGE) y secuenciación del genoma completo (WGS). La red PulseNet de los CDC administra la base de datos nacional de estas huellas genéticas a fin de identificar los posibles brotes. La secuenciación del genoma completo da una huella genética más detallada que la electroforesis en gel de campo pulsado. La secuenciación del genoma

¹ Las reacciones adversas a medicamentos de tipo B presentan como principal característica que no dependen de la dosis. Son debidas a mecanismos inmunológicos (reacciones alérgicas) y farmacogenéticos. Este tipo de reacciones presentan una mortalidad elevada y el tratamiento consiste en suspender la administración.



completo realizada en *Salmonella* de personas enfermas en este brote mostró que las bacterias están muy relacionadas genéticamente. Esto significa que las personas afectadas en este brote tienen más probabilidad de compartir una fuente en común de infección.

La investigación multiestatal comenzó el 2 de abril de 2019, cuando PulseNet identificó el brote. Hasta el 12 de abril de 2019, 93 personas infectadas con la cepa de *Salmonella* Carrau del brote han sido reportadas en nueve estados: Ohio (27 casos), Michigan (19), Indiana (18), Kentucky (16), Illinois (5), Minnesota (3), Missouri (3), Alabama (1) y Wisconsin (1).

Los casos de enfermedad comenzaron entre el 4 y el 31 de marzo de 2019. La edad de las personas enfermas varía entre 1 y 98 años, con una mediana de edad de 53. El 57% de las personas enfermas son mujeres. De las 53 personas enfermas sobre las que se tiene información, 23

(43%) han sido hospitalizadas. No se han notificado muertes.

Es posible que otros casos aún no hayan sido informados debido al tiempo que transcurre entre que una persona enferma y se reporta la enfermedad. Esto tarda un promedio de 4 semanas.

La evidencia epidemiológica y de rastreo indica que el melón precortado suministrado por Caito Foods LLC de Indianápolis, Indiana, es la fuente probable de este brote multiestatal.

En entrevistas, las personas enfermas respondieron preguntas sobre los alimentos que consumieron y otras exposiciones en la semana antes de enfermarse. Treinta (77%) de las 39 personas entrevistadas informaron haber consumido melón precortado adquirido en supermercados, incluyendo melón cantalupo, sandía, melón verde o una ensalada de frutas o bandeja de frutas que contenía melón. Cuatro personas adicionales informaron haber consumido melón precortado fuera de su casa.

La información recopilada de los comercios donde las personas enfermas compraron, indica que Caito Foods LLC suministró melón precortado a estos comercios. El 12 de abril, Caito Foods, Inc. retiró todos sus productos que contenían melón precortado procesados en las instalaciones de la empresa en Indianápolis, Indiana.

Esta investigación está en curso, y los CDC proporcionarán actualizaciones cuando haya más información disponible.²



Estados Unidos, New York: Detectan un clúster de infecciones por *Escherichia coli* resistente a la colistina

8 de abril de 2019 – Fuente: *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*

Se detectó un clúster de cuatro pacientes hospitalizados en la ciudad de New York portadores de una forma de *Escherichia coli* resistente a los antibióticos.

La *E. coli* que los pacientes portan tiene un gen de resistencia a los antibióticos llamado *mcr-1*, que otorga a la bacteria resistencia a la colistina, uno de los antibióticos de 'último recurso' para tratar las infecciones bacterianas gramnegativas resistentes a múltiples medicamentos.

Además, tres de los cuatro pacientes no tenían síntomas de infección, lo que aumenta el riesgo de que la bacteria resistente a los antibióticos se propague sin que se note entre las personas.

Aunque el *mcr-1* se ha descrito en otras partes del mundo, se ha visto muy raras veces en Estados Unidos. Pero el nuevo informe resalta el potencial de una propagación no detectada de *E. coli* resistente a los medicamentos en los hospitales del país.

El gen ya se ha encontrado no solo en *E. coli*, sino también en *Salmonella*, *Klebsiella* y en distintos subtipos de la bacteria *Enterobacter*. De hecho, este gen se ha detectado en bacterias en más de 30 países en los cinco continentes desde 2017.

La secuenciación del genoma completo reveló que las bacterias de *E. coli* de cada paciente estaban estrechamente relacionadas, pero que no eran idénticas.

Al investigarse el curso clínico de cada individuo, se observó que el primer paciente había presentado una infección, mientras que los otros tres solo portaban la bacteria en las heces. En estos últimos casos, ninguno de los tres pacientes desarrolló una infección con esta bacteria.

El estudio fue motivado por preocupaciones sobre el aumento en las tasas de resistencia antibiótica, una amenaza creciente. Según los investigadores, los científicos predicen que ya en 2050 las infecciones resistentes a los antibióticos podrían provocar más muertes que el cáncer.

La propagación no detectada de bacterias con el *mcr-1* tiene el potencial de convertirse en una importante amenaza para la existencia humana, si no se logra contener su propagación. El presente estudio es una llamada de atención sobre la amenaza continua para la salud humana que plantea la resistencia a los antibióticos.

El reciente hallazgo representa el primer clúster conocido de *mcr-1* asociado con la atención de la salud en Estados Unidos, y precede a un informe reciente que ocurrió en 2017.

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

El uso excesivo de antibióticos en la atención de la salud y en la agricultura contribuye al continuo dilema de la resistencia a los antibióticos, a medida que los gérmenes aprenden a eludir a esos medicamentos que salvan vidas.

El uso excesivo puede ocurrir cuando los pacientes demandan, y los médicos proveen, antibióticos para infecciones virales como la influenza, por ejemplo. Los fármacos solo son efectivos contra las bacterias, no los virus.³

EL PAÍS Venezuela: Estiman que hubo un millón de casos de malaria en 2018

16 de abril de 2019 – Fuente: El País (España)

La malaria, que va en retroceso en toda América Latina, está encontrando varios obstáculos. El mayor de ellos es Venezuela, donde la cifra de nuevos casos asciende al millón de personas, según alertaron varios científicos del país, que basaron esta situación en la decadencia del sistema sanitario del país, un gran retroceso que amenaza al resto de Sudamérica.

“Se trata del mayor incremento de malaria que existe actualmente en el mundo por la rapidez y por la cantidad de casos”, dijo la Dra. Adriana Tami, de la Universidad de Carabobo (Valencia, Venezuela).

El informe sobre malaria que la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó en noviembre del año pasado ya hacía hincapié en la gravedad de la situación, cuando se registraban en Venezuela 400.000 casos. La OMS señalaba como culpables a “la falta de acceso a medicamentos, la debilitación de programas de control de vectores y el movimiento de población del estado de Bolívar (una de las zonas más afectadas) a otras áreas del país”.

“En 2018, sobre la base de las estimaciones y el progreso de la epidemia, se estimaba a mitad de año que ya hubiera unos 600.000 casos, y creemos que se ha llegado hasta a más de un millón a fin de año”, añadió Tami, que también es investigadora del Centro Médico de Groningen en los Países Bajos, y subrayó que ese cálculo es resultado de un estudio hecho por un grupo de epidemiólogos y científicos que tienen acceso a los datos recopilados por los centros clínicos de vigilancia de las epidemias en Venezuela y en los lugares “donde está la malaria”.

La experta subrayó que la historia de la malaria en Venezuela era de éxitos, porque a mitad de la década de 1940 afectaba a 80% de la población, pero después hubo una exitosa campaña de erradicación, que eliminó esta enfermedad de al menos dos tercios del territorio venezolano.

“Venezuela fue el primer país certificado por la OMS por haber erradicado la malaria de la mayor parte del territorio, pero ahora, en el siglo XXI, volvimos de 40 a 60 años atrás, viendo que la malaria vuelve a ser prevalente en casi la mayor parte del territorio”, lamentó Tami. Según los últimos datos de la OMS, Venezuela aporta 53%, la mayor cantidad de casos de malaria de toda la región, y eso es “algo gravísimo”, añadió.

La experiencia muestra que con buenos programas sanitarios y de control de vectores se puede terminar con la enfermedad. Lo hizo recientemente Paraguay, que fue declarado libre de malaria el año pasado.

En las últimas dos décadas, como en el año 2000 cuando se perpetuaban 30.000 casos anuales en Venezuela, la malaria ha estado relacionada con la minería ilegal de oro en el sudeste del país, donde el sistema de salud tampoco funciona bien, en general.

“Los residentes son personas que están expuestas a la enfermedad, que destruyen el ambiente, que crean el hábitat para el mosquito que transmite la malaria y por supuesto viven en una situación que no es la adecuada, en favelas a las que casi no llega la ayuda, la gente no se trata y el ciclo se perpetúa”, aseguró Tami.

María Eugenia Grillet, profesora del Laboratorio de Biología de Vectores y Parásitos en la Universidad Central de Venezuela, sostuvo que las infecciones han ido en aumento desde 2014, pero que, en base al subregistro que existe en el país, se puede hablar de la estimación de que el número de nuevos casos en 2018 estaba ya en un millón de personas, aunque no son cifras oficiales.

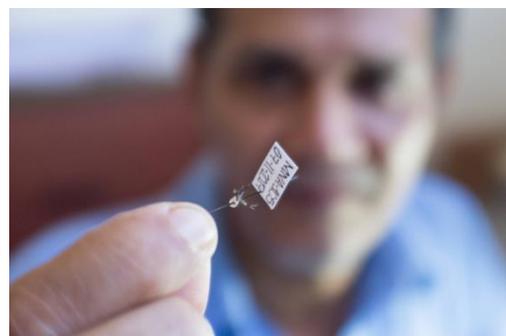
La experta advirtió que “el programa de vigilancia, diagnóstico y control de la malaria se ha ido desmantelando poco a poco desde 2012, producto de toda la crisis política y económica que sufre Venezuela, lo que ha magnificado la epidemia de manera descontrolada”.

Grillet recordó que la minería ilegal también “se ha intensificado por la misma crisis que vive el país, atrayendo población de otras partes para trabajar temporalmente en las minas y llevando luego la enfermedad a otras zonas de Venezuela al volver a sus casas”.

Agregó que el Gobierno de Nicolás Alejandro Maduro Moros “no acepta ni reconoce dicha crisis, y eso hace que no se haga nada para solucionarla, porque tampoco admite ayuda internacional”, y lamentó el estado actual de la sanidad.

Ambas científicas advirtieron que el aumento de los casos de malaria en Venezuela amenaza y aumenta el riesgo de contagio en los países vecinos como Colombia, Brasil, Ecuador, Perú, Chile y Argentina, donde muchos venezolanos están emigrando a causa de la crisis en su país.

Tami alertó que más de la mitad de la población venezolana, 16 millones de personas, está en riesgo de contraer malaria.



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



África: Son insuficientes las coberturas de vacunación infantil en gran parte de la Región

9 de abril de 2019 – Fuente: *Nature Communications*

Varios países de ingresos bajos y medios, especialmente en África, han reducido las coberturas de vacunación infantil, por lo que se necesitan estrategias más efectivas para eliminar la amenaza de enfermedades prevenibles por vacunación.

Los geógrafos que realizaron el estudio encontraron coberturas de vacunación contra la difteria, el tétanos y la tos convulsa en Nigeria, República Democrática del Congo, Etiopía, Mozambique, Camboya y Asia Sudoriental, que no alcanzan el 80% recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esto significa que el potencial de circulación y brotes de enfermedades en estos países sigue siendo alto.

Utilizando datos de encuestas demográficas y de salud, realizadas entre 2011 y 2016, se examinó el rendimiento de la inmunización de rutina mediante la administración de las tres dosis de la vacuna triple bacteriana a niños de cinco años y menos, incluyendo tasas de abandono entre dosis.

Se comparó esto con la administración de la vacuna con componente sarampión, para la cual a menudo se llevan a cabo actividades adicionales de inmunización suplementaria. Con esta comparación se produjeron mapas detallados (de un kilómetro cuadrado) que muestran los niveles de cobertura de vacunas para cada país y que reflejan el rendimiento relativo de las actividades de rutina y complementarias.

Los mapas revelaron brechas sustanciales en el suministro de la primera dosis de la vacuna triple bacteriana en la República Democrática del Congo, Nigeria y Etiopía, lo que sugiere un acceso deficiente a la inmunización de rutina. Sin embargo, cuando las campañas de inmunización suplementaria recurrentes apoyaron la administración de rutina de la vacuna contra el sarampión en los mismos países, las tasas de cobertura fueron sustancialmente altas.

En contraste, Mozambique y Camboya tuvieron menos campañas y no vieron una mejora real, aunque ambos países tenían sistemas de vacunación de rutina más sólidos.

Estos resultados sugieren que las campañas dirigidas adicionales pueden hacer una gran diferencia en la prestación de servicios de inmunización, especialmente en áreas con poca cobertura de inmunización de rutina.

Pueden existir muchas causas que pueden llevar a bajas coberturas de vacunación, como el acceso deficiente a los servicios de salud, la educación deficiente, el bajo número de vacunas e incluso el rechazo a las vacunas. La investigación demostró que las actividades complementarias, como un enfoque a corto plazo, pueden ayudar a abordar algunos de estos problemas, aumentar la inmunización y mejorar la resistencia a las enfermedades.

Además, el éxito de cualquier estrategia de administración de vacunas no radica solo en una buena propagación geográfica, sino también en garantizar que el nivel de cobertura entre la población sea lo suficientemente alto como para detener la propagación de la enfermedad.

Los investigadores esperan desarrollar su trabajo extendiéndose a otros países y realizar estudios adicionales que incorporen datos sobre el comportamiento de búsqueda de tratamiento, el tiempo de viaje a los centros de salud y la cobertura de la red de telefonía móvil. Esperan que esto pueda llevar al diseño e implementación de programas personalizados de administración de vacunas.⁴



AP

Burkina Faso: Los controvertidos mosquitos transgénicos contra la malaria

15 de abril de 2019 – Fuente: *The Associated Press*

El 3 de noviembre de 2016 llegaron en un discreto viaje a Burkina Faso 5.000 huevos de mosquitos modificados genéticamente para un experimento que, desde entonces, no ha dejado de causar polémica en este país de África Occidental.

Fueron exportados a un laboratorio de la ciudad burkinesa de Bobo-Dioulasso por el Imperial College de Londres para ser utilizados por Target Malaria, “una investigación innovadora para desarrollar un nuevo método de lucha contra la malaria en África”, según sostienen los responsables de ese proyecto.

Para Ali Tapsoba, portavoz del Colectivo Ciudadano por la Agroecología de Burkina Faso, que representa a una cuarentena de asociaciones opuestas a los organismos modificados genéticamente (OMG), los mosquitos entraron “clandestinamente”. “Según el Protocolo de Cartagena, la llegada de un OMG debe ir precedida de un debate nacional, pero la Agencia Nacional de Bioseguridad acordó la autorización sin consulta pública previa”, explicó Tapsoba. “Cuando hablamos con los responsables de Target Malaria fue cuando obtuvimos la información. A partir de ese momento, entendimos la peligrosidad de la situación y comenzamos a denunciarlo”, añadió.

Desde hace un par de años, la polémica está servida en Burkina Faso con este proyecto, financiado desde Estados Unidos por la Fundación Bill y Melinda Gates, el Open Philanthropy Project Fund y fondos filantrópicos de la Fundación Comunitaria de Silicon Valley.

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

Para sus partidarios, Target Malaria es una oportunidad de terminar con esta enfermedad que afecta en un 90% al continente africano, con 216 millones de casos censados en 2016, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Pero sus detractores creen que estos insectos "serían una catástrofe para el país", tanto ambiental como sanitaria.

En una fase inicial, los mosquitos modificados genéticamente son machos a los que se ha esterilizado. De esta manera, cuando copulan con la hembra –que son quienes transmiten la enfermedad– no se procrean nuevos mosquitos y la población de este insecto disminuye.

El plan es soltar de manera "experimental" en los próximos meses un total de 10.000 mosquitos modificados genéticamente en tres pueblos del sur de Burkina Faso, tal como autorizó en agosto de 2018 la Agencia Nacional de Bioseguridad (ANB) del país.

Esos pueblos comparten unos requisitos: son accesibles todo el año, están bastante aislados de otras aldeas y no son muy grandes. "Los mosquitos machos estériles modificados genéticamente que vamos a liberar no son necesariamente el producto final que usaríamos para tener realmente un impacto sobre la malaria", declaró Abdoulaye Diabaté, principal investigador de Target Malaria en Burkina Faso.

En el producto final, se emplearía la tecnología Gene Drive basada "en sistemas de herencia sesgados que aceleran la transmisión de un carácter genético de padres a hijos a través de la reproducción sexual", indicó un informe publicado el año pasado en favor del uso de esta tecnología por la Unión Africana (UA).

Tapsoba se pregunta si estos cambios genéticos afectarían a la cadena alimenticia del ecosistema o si, el hecho de destruir los mosquitos sin encontrar un reemplazo, ocasionaría que esta especie fuese sustituida por otra más peligrosa. Incluso se plantea la probabilidad de que esa esterilidad perturbe de algún modo a otras especies animales o a los humanos. "Son cuestionamientos. No tenemos pruebas que demuestren estos defectos, pero tampoco se nos ha demostrado por estudios científicos que esto no sea posible", argumentó Tapsoba.

Por su parte, el investigador Diabaté aseguró que "Target Malaria se toma muy en serio las cuestiones de seguridad". "En todo producto, sea el que sea, hay cierto riesgo, incluso en el agua que bebemos. Lo que es muy importante decir es que estamos trabajando en un producto específico y tomamos todas las garantías necesarias para evaluar los riesgos potenciales y, en caso necesario, poder controlarlos", insistió este científico.

Además, la ANB tiene la última palabra. "Si la agencia da su autorización, quiere decir que han medido los riesgos y han estimado que son mínimos y que nuestro proyecto ha adoptado todas las garantías necesarias para poder gestionarlo", matizó.

La capacidad de difusión de los mosquitos machos estériles es muy limitada, porque su vida es corta y no tendrían descendencia. Sin embargo, el producto final con Gene Drive sí puede impactar en todo Burkina Faso y atravesar fronteras, advirtió Diabaté. Así, ya no estarían sólo en juego cuestiones ambientales, sanitarias o éticas, sino que la política de regulación regional e internacional de los OMG también afectaría a este polémico proyecto.

Para Tapsoba, el aspecto político va más allá, ya que percibe esta iniciativa como "una medicina colonial". "En África y Burkina Faso tenemos plantas capaces de prevenir y de curar la malaria. Sin olvidar que la mejor manera de luchar contra ella es una buena política de higiene y saneamiento", remarcó.

"Queremos que la comunidad internacional sepa que hay capacidad endógena en África para curar la malaria, que los investigadores han encontrado plantas que la curan. Sólo necesitamos medios financieros a su disposición para terminar con la enfermedad", apuntó.

Por su parte, Diabaté aseguró que el tiempo para obtener el producto final puede ser de hasta diez años, periodo que "no está relacionado necesariamente con que la tecnología sea difícil sino con que hay que informar a todas las partes a nivel nacional, regional e internacional" para alcanzar un "necesario consenso".

AP

Madagascar: Más de 1.200 muertos por un brote de sarampión

15 de abril de 2019 – Fuente: The Associated Press

Los bebés lloran mientras una enfermera trata de tranquilizar a las madres que han venido a vacunar a sus hijos contra un brote de sarampión que ha matado a más de 1.200 personas en esta isla, donde muchos son desesperadamente pobres.

Madagascar enfrenta el brote de sarampión más grande en la historia, con casos que se elevan mucho más allá de los 115.000, pero la resistencia a vacunar a los niños no es la fuerza impulsora detrás del aumento.

En Madagascar, muchos padres quieren proteger a sus hijos, pero enfrentan enormes desafíos, incluida la falta de recursos.

Solo 58% de las personas en la isla principal de Madagascar han sido vacunadas contra el sarampión, un factor importante en la propagación del brote. El sarampión es una de las enfermedades más infecciosas, por lo que las coberturas de inmunización deben ser de 90% a 95% o más para prevenir los brotes.

En un día reciente, la sala de espera del centro de salud Iarintsena estaba llena, con las madres sentadas en el suelo y otras esperando afuera bajo un calor abrumador. Dos enfermeras voluntarias y una partera intentaron satisfacer la demanda.



Nifaliana Razaijafisoa ha caminado 15 kilómetros con su bebé de 6 meses en sus brazos. "Tiene fiebre", dijo. "Creo que es sarampión porque han aparecido estos pequeños granos en su cara". La enfermera lo confirmó rápidamente.

"Tengo mucho miedo por él porque en el pueblo todos dicen que mata a los bebés", dijo Razaijafisoa.

El brote ha matado principalmente a niños menores de 15 años desde que comenzó en septiembre, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

"Desafortunadamente, la epidemia continúa expandiéndose, aunque a un ritmo más lento que hace un mes", dijo el Dr. Dossou Vincent Sodjinou, epidemiólogo de la OMS en Madagascar. A mediados de marzo, el Ministerio de Salud había notificado 117.075 casos que afectaban a todas las regiones del país.

"Existen algunos casos de resistencia a las vacunas, debido a la influencia de la religión o de los profesionales de la salud tradicionales, pero son aislados", dijo.

Este brote se complica por el hecho de que casi 50% de los niños en Madagascar están desnutridos. "La desnutrición es el lecho del sarampión", dijo Sodjinou.

El bebé de Razaijafisoa pesa solo 5 kilogramos. "Este es el caso de casi todos los niños con sarampión que han venido aquí", dijo Lantonirina Rasolofoniaina, voluntaria del centro de salud.

Simplemente llegar a una clínica por ayuda puede ser un desafío. Muchas personas en Madagascar no pueden darse el lujo de ver a un médico o comprar medicamentos, y los centros de salud a menudo carecen de personal o tienen trabajadores poco calificados.

Como resultado de esto, la información sobre problemas de salud puede ser poco confiable. Algunos padres no saben que las vacunas son gratis, al menos en los centros de salud pública.

Cuatro de los cinco hijos de Erika Hantriniaina han tenido sarampión. Creía erróneamente que las personas no podían vacunarse después de los nueve meses de edad.

"Mi hija de 6 años fue la primera en tener sarampión. Tenía mucha fiebre. Llamé al médico pero era viernes y él ya se había ido a la ciudad. Fui a ver a otro médico que me dijo que mi hija tenía una alergia... Este diagnóstico erróneo fue casi fatal", contó.

"La niña tenía diarrea y vómitos y no podía comer. Sobrevivió por poco", dijo Hantriniaina.

"La vitamina A se administra a los niños para aumentar su inmunidad. Intentamos reducir la fiebre. Si hay tos, administramos antibióticos", dijo el Dr. Boniface Maronko, enviado por la OMS a Madagascar para supervisar los esfuerzos para contener el brote. Si la enfermedad no se trata lo suficientemente temprano, aparecen complicaciones que incluyen diarrea, bronquitis, neumonía y convulsiones.

El Ministerio de Salud de Madagascar envió medicamentos gratuitos a las regiones más afectadas por el brote. Maronko recordó a los jefes de los centros de salud en la región de Ambalavao que no se debe cobrar la atención a los padres, ya que él había visto a algunos médicos solicitando dinero. Maronko teme que las medicinas no sean suficientes.

La capital del país, Antananarivo, una ciudad de 1,3 millones de habitantes, no se ha salvado de la epidemia.

Laladiana Ravonjisoa, una vendedora de verduras en un distrito pobre, se lamenta por su bebé de 5 meses. "Tenía cinco hijos. Todos ellos tuvieron sarampión. Por el último, no fui a ver al médico porque no tenía dinero. Le di a mi bebé los medicamentos sobrantes de su hermano mayor para bajar la fiebre", dijo.

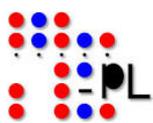
Durante unos días no se preocupó: "Me pareció que se había curado". Pero una mañana notó que él tenía problemas para respirar. Más tarde encontró que sus pies estaban fríos.

"Mira a mi bebé", le dijo a su madre. "Ella lo abrazó por un largo tiempo y no dijo nada. Luego me pidió que fuera fuerte. Se había ido".

Ravonjisoa dijo que se culpa a sí misma, "pero no me imaginé ni por un momento que iba a morir". En el hospital, un médico confirmó que su bebé murió de complicaciones respiratorias relacionadas con el sarampión.

A fines del mes pasado, la OMS inició una tercera campaña de vacunación masiva en Madagascar con el objetivo general de llegar a 7,2 millones de niños de 6 meses a 9 años.

"Pero la inmunización no es la única estrategia para la respuesta a esta epidemia. Todavía necesitamos recursos para la atención, el monitoreo y la movilización social", dijo Sodjinou, el epidemiólogo de la OMS.



Mozambique: A un mes de Idai, ya son ocho los muertos por cólera

14 de abril de 2019 – Fuente: Prensa Latina (Cuba)

A un mes del paso del huracán Idai por las regiones central y sur de Mozambique, las autoridades reportaron hoy ocho muertes por cólera en la provincia de Sofala.

Del 27 de marzo al 11 de abril se produjeron ocho fallecimientos, la mitad de ellos en la ciudad de Beira (la más afectada por las lluvias y vientos de Idai), y dos en los distritos de Nhamatanda y Dondo, respectivamente.

Los reportes sanitarios dieron cuenta de 4.661 afectados por la dolencia, de los cuales 18 permanecen hospitalizados.

En tanto, la campaña de vacunación contra esta enfermedad llegó a 803.000 personas, más de 98% de los previstos.

A 30 días exactos del evento, que dejó más de 600 muertos en Mozambique, cinco localidades permanecen aisladas de Nhamatanda, en Sofala, donde la asistencia alimentaria y de medicamentos llega mediante aviones o embarcaciones.

El administrador de Nhamatanda, Tomé José, reveló que 80% de la red de carreteras fue afectada y que se necesita una intervención de emergencia.



DIRECTION
DE LA SANTÉ

Polinesia Francesa, Tahití: Declaran un brote de dengue

10 de abril de 2019 – Fuente: Direction de la Santé (Polinesia Francesa)

Tras la confirmación de varios casos autóctonos de dengue por el serotipo DENV-2, no relacionados y dispersos en varias comunas, se declaró la epidemia de dengue en la isla de Tahití el 10 de abril de 2019. Las otras islas de la Polinesia Francesa no han sido afectadas hasta el momento.

Dado que el serotipo DENV-2 del virus Dengue no circula en el país desde el año 2000, la población está poco inmunizada y la epidemia podría llegar a ser de gran magnitud. Las personas menores de 20 años o que arribaron a la Polinesia Francesa después del año 2000 tienen mayor riesgo de infectarse.

Más allá de las acciones de control vectorial implementadas por la Dirección de Salud (Centro de Salud Pública y Saneamiento) con la colaboración de las comunas, todos pueden ser actores para limitar la magnitud de esta epidemia.



THE REPUBLIC OF UGANDA
MINISTRY OF HEALTH

Uganda, Wakiso: Caso fatal de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo

16 de abril de 2019 – Fuente: Ministry of Health (Uganda)

El Ministerio de Salud de Uganda informó que se registró un caso confirmado de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo, el que falleció el 11 de abril.

Se trató de un hombre de 32 años de la aldea de Bendegere, parroquia de Kasenyi, subcondado de Katabi, distrito de Wakiso. Fue enterrado en el distrito de Jinja.

Se confirmó la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo mediante reacción en cadena de la polimerasa en el Instituto de Investigación de Virus de Uganda, en Entebbe.

Se han enviado equipos a los dos distritos y se ha intensificado la movilización social.

Además, los funcionarios de salud, en un intento por sofocar los rumores en las redes sociales sobre la enfermedad por el virus del Ébola en el país, dicen que no se han confirmado casos de esta enfermedad en Uganda.



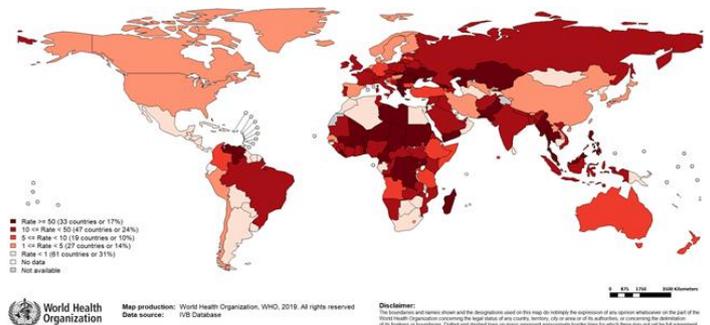
Organización
Mundial de la Salud

Nuevos datos de vigilancia del sarampión para 2019

15 de abril de 2019 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

Los casos de sarampión han seguido aumentando en 2019. Los datos globales preliminares muestran que los casos notificados aumentaron 300% en los primeros tres meses de 2019, en comparación con el mismo período de 2018. Esto es la continuación de aumentos consecutivos en los últimos dos años.⁵

Si bien estos datos son provisionales y aún no están completos, indican una tendencia clara. Muchos países se encuentran en medio de importantes brotes de sarampión, y todas las regiones del mundo experimentan un aumento sostenido de los casos. Los brotes actuales incluyen la República Democrática del Congo, Etiopía, Georgia, Kazajistán, Kirguistán, Madagascar, Myanmar, Filipinas, Sudán, Tailandia y Ucrania, causando muchas muertes, principalmente entre niños pequeños.



World Health
Organization

Map production: World Health Organization, WHO, 2019. All rights reserved.
Data source: IVD Database

Disclaimer:
The countries and regions shown on this map do not represent the territorial situation of any country, territory, city or area or the authority or concerning the administration of the WHO. The WHO is not responsible for any errors or omissions in the data or in the map. The WHO is not responsible for any errors or omissions in the data or in the map.

⁵ Los nuevos datos de vigilancia del sarampión ya están disponibles en el [sitio web](#) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estos datos preliminares se basan en los informes de los países presentados a la OMS al final de cada mes. Si bien proporciona una indicación sólida de las tendencias generales, los datos mensuales de vigilancia son provisionales e incompletos, ya que muchos países, particularmente aquellos que experimentan brotes importantes, aún están informando datos. Debido a los retrasos en la presentación de informes, también puede haber discrepancias entre lo que se presenta en estos informes y lo que se informa directamente de los países.

El número real de casos, tomados de las estimaciones globales, también puede ser considerablemente más alto que los informados. La OMS estima que menos de 1 de cada 10 casos se notifican a nivel mundial, con variaciones por región. Con esta condición, hasta la fecha, en 2019, 170 países han reportado a la OMS 112.163 casos de sarampión. Para esta misma fecha del año pasado, 163 países habían notificado 28.124 casos de sarampión. A nivel global, esto es casi un aumento de 300%. La Región Africana de la OMS registró un aumento de 700%, la Región de las Américas 60%, la Región Europea 300%, la del Mediterráneo Oriental 100%, con 40% de aumento en el Sudeste Asiático y el Pacífico Occidental. Las estimaciones globales (para el total de casos y muertes) se generan una vez que la OMS ha recibido y revisado todos los datos de los países del año anterior. Los datos oficiales de 1980-2017 pueden consultarse en el [sitio web](#).

A través de los canales de informes conjuntos de la OMS y el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia, las cifras oficiales están disponibles anualmente en julio para el año anterior. Las estimaciones actuales para el total de casos y muertes se publican en noviembre.

Por lo tanto, los datos de este resumen deben informarse como provisionales y claramente fechados (por ejemplo: "Datos provisionales basados en datos mensuales reportados a la OMS hasta abril de 2019").

En los últimos meses, también se han producido aumentos en el número de casos en países con una cobertura de vacunación global alta, incluidos Estados Unidos, Israel, Tailandia y Túnez, ya que la enfermedad se ha diseminado rápidamente entre grupos de personas no vacunadas.

El sarampión es una de las enfermedades más contagiosas, con el potencial de ser extremadamente grave. En 2017, el año más reciente para el que se dispone de estimaciones, causó cerca de 110.000 muertes. Incluso en países de altos ingresos, las complicaciones resultan en la hospitalización de hasta una cuarta parte de los casos, y pueden llevar a una discapacidad de por vida, desde daño cerebral y ceguera hasta pérdida auditiva.

La enfermedad se puede prevenir casi por completo con dos dosis de una vacuna segura y efectiva. Sin embargo, durante varios años, la cobertura global con la primera dosis de la vacuna contra el sarampión se ha estancado en 85%, sin llegar al 95% necesario para prevenir brotes y deja a muchas personas en riesgo, en muchas comunidades. La cobertura de la segunda dosis, aunque aumenta, se sitúa en 67%.

Con los gobiernos y asociados como la Iniciativa contra el Sarampión y la Rubéola, la Alianza Mundial para el Fomento de la Vacunación y la Inmunización, Vaccine Alliance, el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia y otros, se están llevando a cabo operaciones de respuesta para controlar los brotes, fortalecer los servicios de salud y aumentar la cobertura de vacunas en los países:

- Después de realizar campañas de vacunación de emergencia dirigidas a 7 millones de niños de 6 meses a 9 años de edad, Madagascar está experimentando una disminución general en los casos de sarampión y muertes.
- En Filipinas se han administrado más de 3,89 millones de dosis de la vacuna contra el sarampión y la rubéola a niños menores de 5 años.
- La República Democrática del Congo se está preparando para lanzar una respuesta combinada con la vacuna contra la poliomielitis.
- En colaboración con las autoridades sanitarias locales, la OMS y UNICEF llevaron a cabo una campaña nacional de vacunación contra el sarampión y la rubéola en Yemen, que llegó a más de 11,6 millones (90%) de niños de 6 meses a 16 años en todo el país.

Responder al sarampión requiere una variedad de enfoques para asegurar que todos los niños reciban sus vacunas a tiempo, con especial atención al acceso, la calidad y la asequibilidad de los servicios de atención primaria. También requiere una comunicación y un compromiso efectivos de cara al público sobre la importancia crítica de la vacunación y los peligros de las enfermedades que previenen.

La OMS también recomienda enfoques personalizados que aseguren que los servicios de inmunización satisfagan las necesidades de todos, asegurándose de que las clínicas sean accesibles a todas las áreas, en el momento adecuado y a todos los grupos de la población, especialmente aquellos que enfrentan discriminación y desventajas sistémicas.

La cobertura de la segunda dosis de la vacuna también debe aumentar globalmente, para maximizar la protección de la población contra la enfermedad. Hoy en día, 25 países aún necesitan hacer que la segunda dosis sea parte de su programa de inmunización esencial.

Publicidad relacionada con la salud



CÓRTALE LAS ALAS AL DENGUE.

 **Sigue estas recomendaciones**

1. Lava cada semana los recipientes donde se almacene agua.
2. Pon boca abajo los recipientes que puedan acumular agua.
3. Cambia, cada 3 días, el agua de los floreros.
4. Corta el pasto de tu jardín.
5. Destruye los desechos que puedan servir de criaderos (latas, llantas, envases).

 **La salud es de todos** **Minsalud**

Ministerio de Salud (2019. Colombia)

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.