



Reporte Epidemiológico de Córdoba

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

2.189

22 de mayo 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.)

Noticias

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

Argentina

- Vigilancia de secreción genital sin especificar en varones
- La Organización Mundial de la Salud certificó que Argentina es un país libre de malaria

América

- Situación epidemiológica del sarampión en la Región
- Bolivia: Aumentan los casos de infección respiratoria aguda
- Bolivia, Tarija: Reportan un nuevo caso de hantavirus en Padcaya
- Guayana Francesa: Primer caso autóctono de dengue desde 2016
- México, Tamaulipas: Alerta por casos de fiebre tifoidea y parotiditis

El mundo

- Francia, La Réunion: Se registran 22.000 casos probables de dengue
- Namibia: Brote de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo
- Nigeria: Miles de niños corren el riesgo de contraer sarampión en el noreste del país
- Nueva Zelanda, Auckland: Los casos de sarampión ascienden a 60
- Pakistán, Sindh: Reportan casi 3.000 casos de fiebre tifoidea en lo que va del año en Karachi
- El aire más seco de invierno podría fomentar la propagación de la influenza
- El 10% de las muertes en pacientes con VIH se debe a infección por *Cryptococcus*

Adhieren:



SLAMVI
Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero



SAVE
SOCIEDAD ARGENTINA DE VACUNOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA



Comité Nacional de Infectología
Sociedad Argentina de Pediatría



Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Córdoba



Vigilancia de secreción genital sin especificar en varones

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

Provincia/Región	2018		2019	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	98	6,82	62	4,30
Buenos Aires	92	1,09	136	1,60
Córdoba	88	4,89	49	2,69
Entre Ríos	69	10,33	77	11,42
Santa Fe	38	2,24	41	2,40
Centro	385	2,74	365	2,58
Mendoza	55	5,74	137	14,14
San Juan	4	1,06	15	3,92
San Luis	—	—	9	3,61
Cuyo	59	3,73	161	10,06
Corrientes	58	10,68	25	4,56
Chaco	169	29,00	131	22,26
Formosa	5	1,69	5	1,67
Misiones	30	4,87	18	2,89
NEA	262	12,86	179	8,70
Catamarca	9	4,41	4	1,94
Jujuy	3	0,81	8	2,12
La Rioja	5	2,62	271	140,15
Salta	16	2,33	6	0,86
Santiago del Estero	9	1,89	1	0,21
Tucumán	2	0,24	8	0,97
NOA	44	1,60	298	10,72
Chubut	15	5,00	13	4,26
La Pampa	20	11,44	12	6,81
Neuquén	51	15,86	60	18,41
Río Negro	16	4,41	17	4,62
Santa Cruz	4	2,24	6	3,27
Tierra del Fuego	60	71,33	48	55,64
Sur	166	11,67	156	10,80
Total Argentina	916	4,20	1.159	5,26

Tabla 1. Casos notificados y tasa de incidencia cada 100.000 varones, según provincia y región. Argentina. Año 2018/2019, hasta la semana epidemiológica 16. Fuente: Secretaría de Salud de Argentina.

La Organización Mundial de la Salud certificó que Argentina es un país libre de malaria

20 de mayo de 2019 – Fuente: Secretaría de Gobierno de Salud (Argentina)

En el marco de la Asamblea General, la Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció hoy que Argentina certificó la eliminación de la malaria en su territorio luego de un proceso evaluativo en el que logró demostrar la ausencia de casos autóctonos desde el año 2011; la presencia de un sistema de vigilancia robusto que garantiza la detección precoz de los casos importados; el diagnóstico y el tratamiento oportuno; y la implementación de la vigilancia y el control vectorial de los mosquitos del género *Anopheles*.

“La certificación es el resultado de un trabajo muy arduo en el que tuvo lugar la capacitación y el reentrenamiento de todas las direcciones de Epidemiología y de todos los laboratorios de las provincias”, expresó el secretario de Gobierno de Salud, Adolfo Luis Rubinstein desde Genève. Además el funcionario agradeció y reconoció “el fuerte apoyo de las provincias, en especial el de aquellas que tuvieron casos endémicos en el pasado, como Salta, Jujuy o Misiones”.

Rubinstein explicó que tras las capacitaciones y acciones necesarias se invitó a las autoridades del comité certificador de la OMS para que realizara la evaluación externa. Las actividades de la comitiva internacional incluyeron distintas reuniones técnicas y visitas de campo en algunas provincias, hospitales e institutos como el laboratorio Nacional de referencia de malaria dependiente de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) ‘Dr. Carlos Gregorio Malbrán’.

“Hemos conseguido la certificación y lo celebramos, pero lejos de bajar los brazos seguiremos fortaleciendo el trabajo porque sabemos que el desafío continúa y lo seguimos asumiendo”, afirmó la subsecretaria de Prevención y Control de Enfermedades de la Secretaría de Gobierno de Salud, Miriam Inés Burgos, quien en una ceremonia recibió el certificado que da cuenta de este logro.

Burgos también agradeció a la OMS y a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) por el apoyo brindado. “Hemos recibido un asesoramiento de excelente nivel para lograr el cometido”, aseguró.

Por su parte, la directora nacional de Epidemiología y Análisis de la Situación de Salud, Patricia Inés Angeleri, destacó que “este es el resultado de una política sostenida a largo plazo, en el que tuvieron especial protagonismo los equipos técnicos de todo el país, no solo a nivel asistencial, sino también en las áreas de vectores, vigilancia y de los laboratorios”.

El último brote registrado en el país fue en la provincia de Misiones en el año 2007. En 2010 tuvieron lugar los últimos casos autóctonos en la provincia de Salta por *Plasmodium vivax*, una de las especies de parásitos que causan la malaria. Luego solo se han presentado casos importados.

Durante el año 2018, hubo 23 casos confirmados. De estos, 19 fueron diagnosticados, notificados y tratados en Buenos Aires y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el resto fueron en Mendoza (2), Santa Fe (1) y Córdoba (1). Los casos provinieron de Venezuela (15 casos, 65%), Nigeria (3 casos, 13%), Perú (2 casos, 9%), Tanzania (1 caso, 4%), Camerún (1 caso, 4%) y Mozambique (1 caso, 4%).

“A partir del trabajo realizado en el último año hubo un salto cualitativo que tuvo que ver con compartir la estrategia de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno con todos los actores nacionales y provinciales”, indicó la coordinadora nacional de Vectores de la mencionada dirección, Laura Andrea Brandt.

Para el diagnóstico precoz fue necesario capacitar a una red de microscopistas a través de cursos intensivos a cargo del ANLIS, con referentes de todas las provincias. Esto dio como resultado la formación de cerca de 50 microscopistas certificados.

Además se adquirieron drogas antimaláricas y se realizó una distribución estratégica de la medicación en todas las jurisdicciones del país, con el fin de brindar el tratamiento dentro de las 24 horas de confirmado el caso.

Otra de las acciones fue el trabajo intenso en la sensibilización de profesionales de la salud para fortalecer la sospecha de malaria por medio de capacitaciones presenciales y virtuales. Se desarrollaron guías de manejo clínico, de diagnóstico, vigilancia epidemiológica y entomológica y un plan de prevención del restablecimiento de la malaria.

“Sin dudas la certificación es un logro histórico para nuestra salud pública, un reconocimiento para todos aquellos que durante décadas trabajaron de manera sostenida en la lucha antimalárica, llegando a cada rincón del país por más inhóspito que sea”, concluyó Brandt.

Malaria en Argentina

La malaria es una enfermedad potencialmente mortal causada por la infección de un parásito. Se da de manera muy frecuente a escala mundial, así, en 2016 se estima que hubo 216 millones de casos y 445.000 muertes por malaria. La mayoría de los casos de 2016 se registraron en África.

La historia de la malaria en Argentina comenzó en la época colonial. Luego, a principios del siglo XX el país presentaba 200.000 consultas anuales sobre esta patología. Gracias a principios y procedimientos que sirvieron de modelo a otros países, a una legislación considerada en esa época de la más completa y efectiva, y al impacto producido por la campaña de erradicación con DDT (dicloro difenil tricloroetano) entre 1947 y 1949, la tendencia en el número de casos de malaria se tornó descendente, con años epidémicos relacionados con la situación de los países limítrofes.

América



Situación epidemiológica del sarampión en la Región

17 de mayo de 2019 – Fuente: Organización Panamericana de la Salud

Resumen de la situación

Hasta la fecha son 12 los países que notificaron casos confirmados de sarampión en 2019: Argentina, Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Estados Unidos, México, Perú, Uruguay y Venezuela. No se han reportado defunciones por sarampión en la Región en 2019. Adicionalmente, se confirmó un caso de sarampión en una persona a bordo de un crucero que navegaba entre Aruba y Curaçao.

Desde el 18 de abril, nueve países han confirmado casos nuevos: Brasil (70 casos), Canadá (12), Chile (1), Colombia (27), Costa Rica (1), Estados Unidos (284), Perú (1), Uruguay (6) y Venezuela (63). En este mismo periodo no se notificaron casos nuevos en Argentina, Bahamas y México.

El brote de sarampión en las Américas, causado por el genotipo D8 linaje MVi/HuluLangat.MYS/26.11 que se inició en Venezuela en 2017, se extendió a Brasil y Colombia en 2018 y posteriormente en Argentina, Chile, Ecuador y Perú, fueron identificados casos importados o relacionados a importación por el mismo genotipo y linaje. En 2019, tanto Brasil como Colombia y Venezuela siguen notificando casos relacionados con el mismo genotipo y linaje, lo que indica la continua circulación de este virus. Esta situación, asociada a la importación de casos desde países fuera de la Región, ha provocado un incremento de casos semanales desde inicios de 2019, con un pico en la semana epidemiológica (SE) 12 y un promedio de 78 casos semanales en las cuatro semanas epidemiológicas posteriores.

A continuación, se presenta la situación epidemiológica de sarampión en países que han notificado nuevos casos confirmados o una actualización de los casos anteriores, desde el 18 de abril de 2019, así como la descripción del caso a bordo del crucero (mencionado más arriba).

Argentina: Se confirmaron cuatro casos de sarampión, tres importados y uno relacionado con la importación. El genotipo identificado en el primer caso fue el genotipo B3, en el segundo, el genotipo D8 linaje MVi/Delhi.IND/01.14,

similar al reportado en los casos del brote en el crucero en Brasil. En el tercer y cuarto caso (caso primario y secundario, respectivamente), se identificó el genotipo D8, linaje MVs/Gir Somnath.IND/42.16. Esta cepa tiene amplia distribución en Asia y Europa.

Brasil: Entre la SE 1 de 2018 y la SE 16 de 2019 se notificaron 19.036 casos sospechosos de sarampión (18.428 en 2018 y 608 en 2019) de los cuales 10.424 fueron confirmados (10.351 en 2018 y 73 en 2019) incluidas 12 defunciones (todas en 2018).

La tasa de incidencia acumulada a nivel del país es de 5,09 cada 100.000 habitantes. Para los casos confirmados de los cuales está disponible la información, 4.691 son hombres y 5.715 son mujeres.

En 2018, fueron 11 las Unidades Federales que notificaron casos confirmados de sarampión: Amazonas (9.803 casos y 6 defunciones), Bahía (3 casos), Distrito Federal (1 caso), Pará (104 casos y 2 defunciones), Pernambuco (4 casos), Rio Grande do Sul (46 casos), Rio de Janeiro (20 casos), Rondônia (2 casos), Roraima (361 casos y 4 defunciones), São Paulo (3 casos) y Sergipe (4 casos). En 2019 son siete las Unidades Federales que notificaron casos confirmados: Amazonas (4 casos) Pará (43 casos), São Paulo (20 casos), Santa Catarina (3 casos), Rio de Janeiro (1 caso), Roraima (1 caso) y Minas Gerais (1 caso).

En Pará, Roraima y Amazonas, el genotipo identificado fue el D8, linaje MVi/HuluLangat.MYS/26.11 similar al que estaba circulando en Venezuela y otros países de la Región. Sin embargo, en São Paulo, Santa Catarina, Rio de Janeiro y el brote en un crucero, el genotipo D8 identificado es diferente al de los estados antes mencionados. Adicionalmente, se notificaron dos casos importados de Europa en São Paulo y Minas Gerais.

La fecha de inicio de exantema del último caso confirmado en Brasil es el 20 de marzo de 2019 y corresponde al estado de Pará.

Los últimos casos confirmados importados de Venezuela tienen fecha de inicio de exantema en la SE 6 de 2019 y se registraron en el estado de Roraima.

A continuación, una breve descripción de la situación epidemiológica en los estados de Amazonas, Pará y Roraima.

Amazonas: Se notificaron 11.542 casos sospechosos, incluidas seis defunciones entre el 6 de febrero de 2018 y el 15 de abril de 2019. Del total de casos sospechosos, 9.807 fueron confirmados (9.803 con fecha de inicio de exantema en 2018 y 4 en 2019), 1.643 descartados y 9 continúan en investigación. Los seis fallecidos corresponden a tres menores de 1 año, uno en el grupo de 5 a 9 años, uno en el grupo de 40 a 49 años y uno en el grupo mayor de 50 años.

El 45,07% (4.691) de los casos confirmados son hombres. El último caso confirmado en este estado tuvo inicio de exantema en la SE 5 y los últimos casos en investigación en la SE 13.

De los 62 municipios del estado, 46 notificaron casos confirmados. El 79% (11.470) de los casos sospechosos y 86% (9.807) de los casos confirmados fueron notificados por el municipio de Manaus. La tasa de incidencia acumulada de los casos confirmados en el estado es de 273,1 casos cada 100.000 habitantes y los municipios que presentan la mayor tasa acumulada de incidencia son: Manacapuru (994,2 casos cada 100.000 habitantes), seguido de Juruá (458,6) y Manaus (378,2).

La mayor tasa de incidencia acumulada por grupo de edad entre los casos confirmados se observa en los menores de 1 año (1.997,1 casos cada 100.000 habitantes) seguido del grupo de 15 a 19 años (502,6), 20 a 29 años (326,6), 1 a 4 años (322,9), 30 a 39 años (172,0) y 40 a 49 años (106,9).

Pará: Se notificaron 378 casos sospechosos entre el 4 de febrero de 2018 y el 15 de abril de 2019. Del total de casos sospechosos, 147 fueron confirmados (104 con inicio de exantema en 2018 y 43 en 2019), 222 fueron descartados y 9 continúan en investigación. Se registraron dos defunciones entre los casos confirmados, los cuales corresponden a dos venezolanos indígenas menores de 1 año.

El último caso confirmado tuvo inicio de exantema el 20 de marzo de 2019 (SE 12), y el último caso en investigación también en la SE 12 de 2019.

Para los casos de los cuales está disponible la información, 50% (52) de los casos confirmados son hombres. El 36% (116) de los casos sospechosos y 40,4% (42) de los casos confirmados fueron notificados por el municipio de Santarém. La tasa de incidencia acumulada del estado es de 1,3 cada 100.000 habitantes.

La mayor tasa de incidencia acumulada por grupo de edad entre los casos confirmados se reportó en los menores de 1 año (15 casos cada 100.000 habitantes) seguido del grupo de 1 a 4 años (3,1), 5 a 9 años (1,4), 10 a 14 años (1,3) y 15 a 19 años (1,2).

Roraima: Se notificaron 602 casos sospechosos, incluidas cuatro defunciones entre el 4 de febrero de 2018 y el 19 de marzo de 2019. Del total de casos sospechosos, 362 fueron confirmados (361 con fecha de inicio de exantema en 2018 y uno con fecha de inicio de exantema en 2019), 224 descartados y 16 continúan en investigación. El último caso confirmado tuvo inicio de exantema el 6 de febrero de 2019 (SE 6) y el último caso en investigación en la SE 14 de 2019.

El 54,0% (195) de los casos confirmados son hombres, 60,7% (219) son venezolanos, 38,5% (139) son brasileños y 1% (3 casos) corresponde a personas procedentes de otros países. El 40,4% de los casos confirmados son indígenas (128 de Venezuela y 18 de Brasil).

De los 15 municipios del estado, 13 notificaron casos confirmados. El 89,8% (542) de los casos sospechosos y 89% (323) de los casos confirmados fueron notificados por los municipios de Amajari, Boa Vista y Pacaraima. La

tasa de incidencia acumulada en el estado es de 62,6 casos cada 100.000 habitantes y los municipios que presentan la mayor tasa de incidencia acumulada son: Pacaraima (314,5 casos cada 100.000 habitantes), Amajarí (72,6), Cantá (61,6), Rorainópolis (50,8) y Boa Vista (48,5).

La mayor tasa de incidencia acumulada por grupo de edad entre los casos confirmados se reportó en los menores de 1 año (841,8 casos cada 100.000 habitantes) seguido del grupo de 1 a 4 años (255,8), 5 a 9 años (106,9), 10 a 14 años (66,6) y 15 a 19 años (51,0).

Canadá: Entre las SE 1 y 17 de 2019 se notificaron 45 casos confirmados de sarampión, reportados por las provincias de Québec, British Columbia, Ontario, Alberta, New Brunswick y los Northwest Territories. En 37 de los 45 casos confirmados se identificó el genotipo, correspondiendo a B3 (12 casos) y D8 (25 casos).

La mayor proporción de casos corresponde a la provincia de British Columbia con 29 casos confirmados entre el 1 de enero y 3 de mayo de 2019. Los casos fueron importados o relacionados a importación de Estados Unidos, Filipinas, Japón o Vietnam. En algunos casos no se pudo establecer el origen de la infección. En esta provincia, 59% (17) de los casos son hombres, 34% (10) no habían recibido ninguna dosis de la vacuna. En orden decreciente, 38% (11) se registró en el grupo de 10 a 19 años, 28% (8) en el de 20 a 29 años, 17% (5) en el de 40 y más, 10% (3) en los menores de 9 años y 7% (2) en el de 30 a 39 años.

Chile: Se confirmaron 27 casos (23 en 2018 y 4 hasta la SE 8 en 2019); nueve importados y 18 relacionados con la importación. Catorce casos requirieron hospitalización. No se registraron fallecidos. El 54% (14) de los casos confirmados son hombres y 57% (15) son menores de 1 año. Los casos se registraron con residencia en las regiones Metropolitana (24) y Biobío (2) en Chile y en una viajera europea.

El genotipo identificado en 18 casos fue el D8, linaje MVi/HuluLangat.MYS/26.11, que está circulando en otros países de la Región.

El último caso confirmado importado tuvo inicio de exantema el 4 de mayo de 2019 y corresponde a una mujer de 28 años, procedente de Europa, que ingresó al país el 28 de abril. El genotipo viral identificado en este caso es D8, con un linaje distinto al detectado en casos previos.

Colombia: Entre la SE 10 de 2018 y la SE 19 de 2019 se notificaron 8.752 casos sospechosos (6.701 en 2018 y 2.051 en 2019) de los cuales 318 fueron confirmados (209 con fecha de exantema en 2018 y 109 en 2019). No se registran fallecidos. La genotipificación realizada en muestras de 87 casos indicó que se trata del genotipo D8, linaje MVi/HuluLangat.MYS/26.11, similar al que está circulando en otros países de la Región.

Los casos confirmados en 2019 corresponden a los departamentos de Atlántico, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Norte de Santander y los Distritos de Barranquilla y Bogotá. De los 109 casos confirmados en 2019, 32,1% (35) es importado de Venezuela; 55,9% (61) corresponde a casos relacionados con la importación: 13 en personas procedentes de Venezuela y 48 casos en colombianos; mientras que, para los casos restantes, 13% (13) la fuente de infección se encuentra en investigación.

En las últimas cuatro semanas (SE 16 a 19) se confirmaron 18 casos en Norte de Santander y La Guajira; de éstos, siete son importados de Venezuela, procedentes de Casigua, Mara y Ureña, en el estado Zulia, y 11 casos son relacionados con la importación.

El último caso confirmado importado, tuvo inicio de exantema el 28 de abril de 2019 y el último caso en investigación tuvo inicio de exantema el 12 de mayo de 2019.

La tasa de incidencia acumulada es de 0,22 casos cada 100.000 habitantes, y las mayores tasas de incidencia acumulada se registran en las siguientes entidades territoriales: Cartagena (5,5 casos cada 100.000 habitantes), Bolívar (1,1) y Barranquilla (3,2).

Costa Rica: Entre las SE 1 y 17 de 2019 se notificaron 10 casos confirmados, tres de ellos importados y siete relacionados con la importación. Los tres casos importados corresponden a un niño de 5 años, de nacionalidad francesa, sin antecedentes de vacunación, y sus padres, que llegaron al país el 18 de febrero desde la ciudad de París, Francia. Los siete casos restantes corresponden a una misma cadena de transmisión, relacionados con un caso importado. De estos siete casos, uno corresponde a un costarricense, masculino de 29 años, que reside en el cantón de Turrialba en la provincia Cartago y que fue investigado como contacto del caso primario¹ y seis corresponden a niños de una misma familia, ninguno de ellos vacunado. No existe relación epidemiológica entre los tres casos confirmados en febrero, con los otros siete casos identificados posteriormente.

El genotipo identificado en los tres casos importados fue D8 y el linaje MVs/GirSomnath.IND/42.16.

Estados Unidos: Entre el 1 de enero y el 10 de mayo de 2019 se confirmaron 839 casos de sarampión en 23 estados: Arizona, California, Colorado, Connecticut, Florida, Georgia, Illinois, Indiana, Iowa, Kentucky, Maryland, Massachusetts, Michigan, Missouri, Nevada, New Hampshire, New Jersey, New York, Oregon, Pennsylvania, Tennessee, Texas y Washington. Actualmente se reportan brotes² en curso en las siguientes jurisdicciones: estados de California (Condados de Butte, Los Ángeles y Sacramento), Georgia, Maryland, Michigan, New Jersey, New York (condado de Rockland y New York City), y Pennsylvania. Estos brotes están relacionados a viajeros con antecedentes de viaje a otros países, incluidos Israel, Ucrania y Filipinas.

¹ Un caso confirmado de sarampión en una ciudadana procedente del estado de Oregon, Estados Unidos, quien estuvo en Costa Rica, en contacto con los siete casos confirmados durante su periodo de transmisibilidad.

² Definido como tres o más casos relacionados.

La mayoría de los casos no estaban vacunados.

En 2018 se reportaron 17 brotes, siendo los brotes en el estado de New York, la ciudad de New York y el estado de New Jersey los que registraron el mayor número de casos. Los casos ocurrieron principalmente entre personas no vacunadas de comunidades judías ortodoxas. Estos brotes se asociaron con viajeros provenientes de Israel, donde se está registrando un brote de gran magnitud. Durante 2018 se notificaron 82 casos importados de otros países, siendo éste el mayor número de casos importados registrado desde que se eliminó el sarampión de Estados Unidos en el año 2000.

Perú: Se confirmaron dos casos de sarampión en 2019. Uno importado y uno relacionado con la importación. El caso importado, corresponde a una mujer de 40 años, peruana procedente de España que ingresó a Perú el 21 de marzo. Inició exantema el 1 de abril, fue hospitalizada por neumonía. El segundo caso, corresponde a un menor de 5 meses, quien estuvo en contacto con el caso importado durante su periodo de transmisibilidad en la sala de espera de un establecimiento de salud privado y que inició exantema el 21 de abril.

El genotipo de ambos casos es el D8, relacionado con el que circula en Europa.

En 2018 se habían confirmado 42 casos, importados o relacionados con la importación. No se registraron fallecidos. El 26% (11) de los casos fueron menores de 1 año. Los casos confirmados en 2018 procedían de Amazonas, Callao, Cusco, Ica, La Libertad, Lima, Piura y Puno.

Uruguay: Se notificaron nueve casos confirmados de sarampión, de los cuales siete son adultos y dos son lactantes. Uno de los casos es importado, con antecedente de viaje a Asia, siete están relacionados con la importación y en un caso se encuentra en investigación la fuente de infección. Hasta el 8 de mayo, se han identificado tres cadenas de transmisión. En dos de ellas, el lugar común han sido centros asistenciales y en la tercera el ambiente intradomiciliario.

La identificación de los genotipos y linajes de los casos está en proceso.

Venezuela: El brote que se inició en 2017 sigue activo. Entre la SE 26 de 2017 y la SE 18 de 2019, se notificaron 9.655 casos sospechosos (1.307 en 2017, 7.790 en 2018 y 558 en 2019) de los cuales 6.600 fueron confirmados (727 en 2017, 5.670 en 2018 y 203 en 2019). Los casos de 2018 fueron confirmados por los siguientes criterios: de laboratorio (2.201), clínico (2.662) y nexa epidemiológico (807). En 2019, se confirmaron por laboratorio (96), criterio clínico (50) y nexa epidemiológico (57). Permanecen en investigación 149 casos. Se registraron 78 defunciones, dos en 2017 (en Bolívar) y 76 en 2018 (37 en Delta Amacuro, 27 en Amazonas, 8 en Miranda, 3 en Distrito Capital y 1 en Bolívar).

El último caso confirmado por laboratorio tuvo fecha de inicio de exantema el 25 de febrero de 2019, procedente del Distrito Capital, municipio Libertador, parroquia El Valle.

La tasa promedio de incidencia 2017-2019 en el país es de 21 casos cada 100.000 habitantes, y las mayores tasas de incidencia acumulada se registran en Delta Amacuro (214 casos cada 100.000 habitantes), Distrito Capital (127), Amazonas (78), Bolívar (55), Vargas (46) y Miranda (38).

Los casos confirmados con fecha de inicio de exantema entre las SE 1 y 18 de 2019 proceden de Anzoátegui (87), Zulia (84), Carabobo (9), Monagas (8), Distrito Capital (7), Miranda (3), Cojedes (2), Amazonas (1), Aragua (1) y Bolívar (1).

Sarampión en crucero

El 1 de mayo de 2019, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recibió información sobre un caso importado de sarampión a bordo de un crucero. El caso corresponde a una mujer de 40 años, que inició exantema el 26 de abril y arribó a Aruba el 17 de abril, procedente de Europa. Ella embarcó en el crucero el mismo día como miembro de la tripulación. Mientras navegaba en el crucero desarrolló síntomas el 22 de abril y fue aislada. Posterior al inicio de exantema, el 27 de abril, se le tomaron muestras y el caso fue confirmado, primero en Aruba y después en los laboratorios de referencia en los Países Bajos (Instituto Nacional de Salud Pública y Medio Ambiente de los Países Bajos) y la Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA). Al arribo del crucero a Curaçao el 4 de mayo, las autoridades locales decidieron poner el crucero en cuarentena y realizaron la investigación epidemiológica correspondiente, incluyendo la toma de muestras de todos los pasajeros y la tripulación a bordo de la nave. No encontraron casos secundarios.

Los resultados de las muestras tomadas en Curaçao, tanto a tripulantes como a pasajeros, indican que 93% de ellos estaba protegido contra el sarampión. Se vacunó a la mayoría de los pasajeros y tripulación que no tenía seroprotección. La cuarentena fue levantada para las personas con seroprotección probada el 11 de mayo y para el resto el 14 de mayo.

Sarampión en comunidades indígenas

En Brasil se notificaron 183 casos sospechosos en indígenas, de los cuales 145 fueron confirmados en el estado de Roraima, y dos (casos fatales) en el estado de Pará. La mayor parte de los casos confirmados en Roraima corresponden al Distrito Indígena de Salud de Auaris, que limita con Venezuela.

En Venezuela, en 2018, se confirmaron 513 casos en poblaciones indígenas de los estados de Amazonas (149 casos (132 de la etnia Sanema, 16 Yanomami, 1 Baniva), Bolívar (1 Pemón), Delta Amacuro (331 casos, todos de la etnia Warao), Distrito Capital (1 Wayú), Monagas (22 casos, 20 Warao, 1 Shaima y 1 Eñepa) y Zulia (9 casos de la etnia Wayú). Adicionalmente, se registraron 62 defunciones de las cuales 35 son de Delta Amacuro (todas de la etnia Warao) y 27 son de Amazonas (26 de la etnia Sanema y 1 Yanomami).

Orientaciones para las autoridades nacionales

Ante las continuas importaciones del virus desde otras regiones del mundo y los brotes en curso en las Américas, la OPS/OMS refuerza las recomendaciones realizadas desde febrero de 2015 a todos los Estados Miembros respecto a:

- Vacunar para mantener coberturas homogéneas de 95% con la primera y segunda dosis de la vacuna contra el sarampión, rubéola y parotiditis, en todos los municipios.
- Vacunar a poblaciones en riesgo, sin prueba de vacunación o inmunidad contra el sarampión y la rubéola, tales como personal de salud, personas que trabajan en turismo y transporte (hotelería, aeropuerto, taxis y otros) así como viajeros internacionales.
- Mantener una reserva de vacuna doble viral (contra sarampión y rubéola) y/o triple viral (contra sarampión, rubéola y parotiditis) y jeringas para acciones de control ante casos importados.
- Identificar los flujos migratorios externos (llegada de personas extranjeras) e internos (desplazamientos de grupos poblacionales) en cada país, incluyendo las poblaciones indígenas, para facilitar el acceso a los servicios de vacunación, según el esquema nacional.
- Implementar un plan para inmunizar a la población migrante en las fronteras de alto tránsito, priorizando la población en riesgo, tanto migrante como residente en los municipios que albergan a estos grupos de población.
- Incrementar las coberturas vacunales y fortalecer la vigilancia epidemiológica en áreas de fronteras a fin incrementar la inmunidad poblacional y detectar/responder rápidamente frente a casos altamente sospechosos de sarampión.
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica del sarampión para lograr la detección oportuna de todos los casos sospechosos en los servicios de salud públicos y privados, y asegurar de que las muestras se reciban en el laboratorio dentro de los 5 días después de haberse recolectado la muestra y que los resultados de laboratorio estén disponibles oportunamente.
- Brindar una respuesta rápida frente a los casos importados de sarampión para evitar el restablecimiento de la transmisión endémica, a través de la activación de los grupos de respuesta rápida entrenados con este fin e implementando protocolos nacionales de respuesta rápida frente a los casos importados. Una vez que se active el equipo de respuesta rápida, se deberá asegurar una coordinación permanente entre el nivel nacional y local con canales de comunicación permanentes y fluidos entre todos los niveles (nacional, subnacional y local).
- En situación de brote, se debe establecer el adecuado manejo intrahospitalario de casos para evitar la transmisión nosocomial, con un adecuado flujo de referencia de pacientes a salas de aislamiento (en cualquier nivel de atención) evitando el contacto con otros pacientes en salas de espera y/o salas de hospitalización por otras causas.

Adicionalmente, la OPS/OMS recomienda a los Estados Miembros que se aconseje a todo viajero de 6 meses de edad³ en adelante que no pueda mostrar prueba de vacunación o inmunidad, que reciba la vacuna contra el sarampión y la rubéola, preferiblemente la vacuna triple viral, al menos dos semanas antes de viajar a áreas donde se ha documentado la transmisión de sarampión.⁴



Bolivia: Aumentan los casos de infección respiratoria aguda

20 de mayo de 2019 – Fuente: El Diario (Bolivia)

Los casos de infección respiratoria aguda (IRA) en Bolivia van en ascenso, debido al frío; el departamento con más enfermos es Pando. El jefe de la Unidad de Epidemiología del Ministerio de Salud, Jhemis Teddy Molina Gutiérrez, informó que hasta la fecha se reportaron más de un millón de casos a nivel nacional y recomendó a la población asumir medidas preventivas. La autoridad aseguró que se tiene una tendencia ascendente de casos de IRA a nivel nacional, en esta gestión se presentó un incremento de 23% de casos respecto del mismo período del año pasado.

El Ministerio de Salud registró un total de 1.096.612 casos de IRA a nivel nacional; si bien se registró un incremento en relación con la gestión pasada, el corredor endémico aún apunta una zona de seguridad.

También informó que solo el departamento de Pando se encuentra en zona de alarma, mientras que el resto de los departamentos se encuentran en zona de seguridad.

La población más afectada son los menores de cinco años, mientras que la población comprendida entre 5 y 14 años representa 18% del total de los casos de IRA.



³ La dosis de vacuna triple viral o doble viral administrada en niños de 6 a 11 meses de edad no sustituye la primera dosis del esquema recomendado a los 12 meses de edad.

⁴ Puede consultar el informe completo haciendo clic [aquí](#).

La autoridad afirmó que se activó un comité de vigilancia epidemiológica, donde participa el Ministerio de Salud, el Servicio Nacional de Meteorología e Hidrología (SENAMHI), el Ministerio de Educación y la Dirección Departamental de Educación.

Esas instituciones mantendrán reuniones semanalmente y en base a los resultados estadísticos que se presenten se realizarán las recomendaciones pertinentes.

La situación en La Paz

Alejandra Salas Clavijo, jefa de Epidemiología del Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz informó que las personas que más acuden a vacunarse contra la influenza son los mayores de 60 años, enfermos crónicos y niños de 12 a 23 meses de edad.

Manifestó que se conformarán cuatro brigadas que visitarán diferentes lugares de la ciudad para vacunar. Además, la población puede asistir a los centros de salud para solicitar la vacuna. "Es importante recibir la vacunación antes de la época invernal para prevenir la enfermedad", dijo.

Hasta la segunda semana de mayo se registraron 218.812 casos de IRA en La Paz, de los cuales 52% pertenece a mujeres y 48% a varones; la población más afectada es la de los niños de 1 a 4 años, con 30% de los casos.

Los datos señalan que el departamento ingresó en la zona de alarma, y se espera un incremento de casos por el descenso de las temperaturas.

Situación del clima

El SENAMHI emitió una alerta meteorológica de prioridad naranja, por vientos de intensidad moderada a temporalmente fuertes para los departamentos de La Paz, Oruro, Potosí, Cochabamba, Chuquisaca y Tarija. El temporal se presentó desde la tarde del 19 de mayo y durará hasta la noche del 22 de mayo.

El País Bolivia, Tarija: Reportan un nuevo caso de hantavirrosis en Padcaya

20 de mayo de 2019 – Fuente: El País (Bolivia)

El Servicio Departamental de Salud (SEDES) de Tarija reportó un nuevo caso de hantavirrosis en el municipio de Padcaya. El número de casos está dentro de lo esperado, porque en esta época es cuando más personas adquieren esta patología. La vigilancia epidemiológica continúa en la provincia de Arce.

El caso es de sexo masculino y estará bajo vigilancia médica hasta su recuperación.

La jefa de la Unidad de Epidemiología del SEDES, Claudia Montenegro Narváez, informó que el paciente se encuentra internado en el Hospital Regional 'San Juan de Dios' de Tarija a la espera de su recuperación.

Montenegro explicó que en estas fechas en los municipios de Bermejo y Padcaya se da inicio a la cosecha de cítricos y a la zafra para la producción de azúcar, por lo que la tendencia es que los casos de esta patología aumenten. Esto por la gran cantidad de familias que se trasladan al campo donde hay presencia del ratón colilargo, que transmite la enfermedad.

"A diferencia de anteriores gestiones, este año se dieron casos positivos de esta enfermedad en la provincia de Gran Chaco, incluso con personas fallecidas. Es por ello que se implementó una vigilancia epidemiológica a la fecha, como también en zonas como Padcaya y Bermejo donde habitualmente se presentan personas infectadas con esta enfermedad", comentó Montenegro.

La funcionaria explicó que en estas localidades las familias, por las actividades agrícolas, invaden los lugares donde vive este roedor que transmite la enfermedad. Es por ello que cada año se registran nuevos casos de pacientes con hantavirus.

Para prevenir este mal se recomienda realizar campañas de control de roedores para reducir la población de los mismos, sellar los orificios que existan en la vivienda y disminuir las posibilidades de que los ratones hagan madrigueras en un radio de 30 metros alrededor de la vivienda, eliminar los elementos que puedan atraer a estos animales cerca de las casas (alimentos, granos, basura), y usar medios de protección durante las labores agrícolas y labores de limpieza.



1 Guayana Francesa: Primer caso autóctono de dengue desde 2016

17 de mayo de 2019 – Fuente: La 1ère (Guayana Francesa)

Se registró un caso autóctono de dengue en Kourou, el primero desde marzo de 2016, según la Agencia Regional de Salud (ARS).

La investigación epidemiológica permitió diagnosticar este caso autóctono de dengue el 13 de mayo. Según la ARS, la persona probablemente se contagió por un caso importado de Brasil en abril pasado.

La ARS agregó que el país no presenta circulación de los virus Dengue, Chikungunya y Zika. El caso actual está bajo seguimiento, pero su vida no corre peligro.

La agencia envió un equipo de epidemiólogos a Kourou para reunirse con los residentes del vecindario donde reside el paciente para evitar rápidamente cualquier contagio.

La última epidemia de dengue en Guayana Francesa tuvo lugar en 2012 y 2013. El objetivo de las autoridades sanitarias es evitar la propagación de la enfermedad.



México, Tamaulipas: Alerta por casos de fiebre tifoidea y parotiditis

20 de mayo de 2019 – Fuente: El Diario de Ciudad Victoria (México)

La fiebre tifoidea y parotiditis han puesto a Tamaulipas como la entidad con mayor número de casos en el país, según da cuenta el Boletín Epidemiológico Nacional de la Secretaría de Salud del Gobierno federal.

En el caso del primer padecimiento, semanalmente se registran entre 150 y 180 casos nuevos en lo que va del año, lo que ya ha provocado la alerta de las autoridades sanitarias.

A la fecha ya suman más de 2.000 casos que se han dado de enero a mayo en las diferentes localidades de la entidad, de acuerdo con el reporte emitido por la Federación.

De esa cifra, 925 son en personas del sexo masculino; el resto, es decir 1.395, son en mujeres, quienes son más vulnerables a la fiebre tifoidea y que Tamaulipas ya rebasó las estadísticas con relación al año anterior.

Por lo que se refiere a la parotiditis, tan solo en la última semana se presentaron 40 nuevos casos de pacientes que se atendieron en las clínicas y hospitales del sector público.

En 2019 ya se han acumulado 379 pacientes con este padecimiento. De estos, 202 son en personas del sexo masculino, mientras que 177 son en mujeres.

En esta enfermedad las cifras han sido menores respecto al año anterior, no obstante que Tamaulipas sigue siendo el estado con mayor incidencia a nivel nacional, es decir, con mayor número de casos acumulados en lo que va del presente año.

Sobre ambas enfermedades, pidieron a la población atenderse con tiempo en los hospitales o consultando con un profesional, además de evitar autorrecetarse.



El mundo



Francia, La Réunion: Se registran 22.000 casos probables de dengue

20 de mayo de 2019 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

El 16 de marzo de 2018, la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue notificada, a través del Sistema de Alerta Temprana y Respuesta de la Comisión Europea, de un incremento en la cantidad de casos de dengue notificados en la isla de La Réunion, desde principios de 2018.

Según la autoridad de salud local (la Agencia Regional de Salud del Océano Índico) y la oficina regional de Salud Pública France en La Réunion, se reportó un total de 6.942 casos autóctonos confirmados de dengue en 2018, un aumento de 6.000% respecto de 2017, cuando se reportaron 100 casos. Entre el 1 de enero y el 30 de abril de 2019, se han notificado más de 7.700 casos confirmados. Además, hasta el 30 de abril de 2019, se han notificado 50.000 casos probables en la isla desde 2018, con 22.000 casos probables informados en 2019. En general, se han notificado 14 muertes relacionadas con el dengue (siete directamente relacionadas) desde 2018. Las consultas a las salas de emergencias relacionadas con el dengue aumentaron de 475 en 2018 a 1.102 en 2019. Asimismo, el número de hospitalizaciones aumentó de 12 en 2017 a 156 en 2018 y 271 en 2019, al 30 de abril de 2019. Según las autoridades locales, las capacidades de los hospitales son aún suficientes para atender los casos.

El sur de la isla es el área más afectada, con casos dispersos en asentamientos con transmisión previa conocida en Etang-Salé, Les Avirons, Saint-Joseph y Petite-Ile Saint-Louis. El número de casos en el oeste y norte de la isla también está aumentando y se detectan nuevas áreas de transmisión semanalmente en toda la isla desde marzo de 2019.

Entre 2014 y 2016, los serotipos circulantes predominantes fueron DENV-1, DENV-2 y DENV-3. Desde 2017, el serotipo reportado con mayor frecuencia fue DENV-2, con reportes ocasionales de DENV-1 y DENV-4 entre los casos importados. Sin embargo, hasta el 24 de abril de 2019, se han notificado catorce casos de DENV-1 adquiridos localmente.

Los vectores competentes, los mosquitos *Aedes aegypti* y *Ae. albopictus*, se encuentran en la isla de La Réunion. Sin embargo, *Ae. albopictus* presenta una mayor abundancia relativa, y larvas de *Ae. aegypti* solo se encuentran en la costa oeste de la isla.



Respuesta de salud pública

La notificación de la fiebre del dengue ha sido obligatoria en la isla de La Réunion desde 2006. El 10 de julio de 2018, las autoridades locales elevaron el nivel de riesgo de emergencia del plan de seguridad civil al nivel 4, que corresponde a una epidemia de nivel medio. Este nivel de riesgo sigue siendo válido hasta la fecha. La autoridad local de salud (la Agencia Regional de Salud del Océano Índico) y la oficina regional de Salud Pública Francia en La Réunion están siguiendo la situación y las autoridades locales han implementado varias acciones en la isla:

- Reforzamiento de las medidas de control de vectores, que se centran principalmente en las áreas donde se reportan casos de dengue. El equipo de control de vectores cuenta con el apoyo de personal local con contratos subsidiados y personal de protección civil de La Réunion y de Francia continental; también se han distribuido pruebas de diagnóstico rápido, incluso a salas de emergencia, para el diagnóstico temprano de la infección aguda por dengue,
- Vigilancia intensificada de los casos.
- Fortalecimiento de las medidas de seguridad para sustancias de origen humano (SoHo), en donaciones de células, tejidos y órganos, incluida la detección del genoma viral en cada donación.
- Movilización social, incluida la movilización de representantes locales en los municipios y distritos, campañas de concientización en la escuela y operaciones puerta a puerta para informar a la población sobre las exposiciones y eliminar los criaderos de mosquitos. Se diseñó y distribuyó una guía específica para el control de la fiebre del dengue entre los funcionarios y las comunidades locales y regionales seleccionadas.
- Comunicación de riesgo específico, dirigida a aumentar la concientización sobre el dengue en la población y entre los trabajadores de la salud, incluidos afiches en los puntos de ingreso al país, comunicación oral sobre vuelos hacia y desde La Réunion, comunicados de prensa semanales y comunicación en la televisión y radios locales.
- Fortalecimiento de la capacidad hospitalaria para brindar atención a casos graves de dengue y, si es necesario, aumentar las capacidades de los servicios de atención médica para casos de dengue.

Evaluación de riesgos de la OMS

El primer brote de dengue documentado ocurrió en 1977–1978 y afectó a aproximadamente 30% de la población de La Réunion. Posteriormente, se informaron casos esporádicos y clústeres de dengue adquiridos localmente. Sin embargo, el aumento de casos confirmados y probables reportado en 2018 no tiene precedentes. Esto podría explicarse en parte por:

- Un aumento en la carga viral de casos asintomáticos sobre los valores umbral de infectividad para mosquitos vectores.
- Falta de inmunidad de rebaño en la población local para el serotipo prevalente, pero también para otros serotipos co-circulantes, lo que favorece una mayor transmisión del virus.
- La co-circulación de diferentes serotipos (desde 2014) puede dar lugar a casos de fiebre hemorrágica más grave y aumentos en las muertes, en particular entre los casos secundarios.

La Réunion es un destino turístico muy popular y el brote actual aumenta la probabilidad de exportar el virus Dengue a otros países. Además, el elevado número de viajeros de otros países endémicos de dengue también plantea el riesgo de introducir otros serotipos del virus en La Réunion.

Asesoramiento de la OMS

- La OMS recomienda las actividades de Gestión Integrada de Vectores (MIV) para eliminar los sitios potenciales de reproducción, reducir las poblaciones de vectores y minimizar la exposición individual, tal como están implementando actualmente las autoridades locales, incluidas las estrategias de control de vectores dirigidas tanto a las etapas inmaduras (por ejemplo, la gestión ambiental como las medidas de control químicas y biológicas) y adultas del vector. Otras estrategias de MIV pueden proteger a individuos y hogares.
- Las actividades de control de vectores deben dirigirse a todos los entornos donde se produce el contacto humano-vector (por ejemplo, lugares de residencia o trabajo, escuelas, hospitales); donde ocurre la picadura en interiores, el uso de productos insecticidas en aerosol para uso doméstico, los espirales u otros insecticidas termoevaporables también pueden reducir las picaduras. Los accesorios domésticos, como mosquiteros en ventanas y puertas, y el aire acondicionado también pueden evitar las picaduras.
- Dado que los mosquitos Aedes (el principal vector para la transmisión) pican durante el día, se recomiendan medidas de protección personal, como el uso de ropa que minimice la exposición de la piel durante las horas de luz. Los repelentes se pueden aplicar a la piel expuesta o a la ropa. Deben respetarse estrictamente las instrucciones de las etiquetas de los repelentes.
- Los mosquiteros tratados con insecticida ofrecen una buena protección para quienes duermen durante el día (por ejemplo, bebés, personas confinadas en camas debido a una enfermedad o edad, pacientes con dengue y trabajadores del turno de noche).
- Actualmente no existe un tratamiento específico para el dengue. El diagnóstico rápido y el tratamiento de los pacientes con dengue pueden reducir significativamente las tasas de mortalidad por dengue grave.⁵

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

Namibia: Brote de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo

15 de mayo de 2019 – Fuente: Ministry of Health and Social Services (Namibia)

El Ministerio de Salud y Servicios Sociales y el Ministerio de Agricultura, Aguas y Silvicultura brindaron información sobre el brote de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo (FHCC) en Namibia.

La FHCC es una enfermedad endémica en África, y se han registrado brotes en Uganda, Mauritania y Sudáfrica. Namibia ha experimentado brotes de FHCC, que se han vuelto más frecuentes en los últimos tres años.

Una mujer de 54 años de Onethika Village, en el área de Ontananga en el distrito electoral de Olukonda, visitó el hospital de Onandjokwe el 21 de abril de 2019, con una garrapata prendida en su piel desde el 19 de abril de 2019, presentando fiebre, cefalea, escalofríos y vómitos. La garrapata fue removida de manera segura en el hospital y la enviaron de regreso a su casa en condición estable. El 26 de abril de 2019, fue a la clínica de Ontananga con dolor de cabeza, debilidad corporal y vómitos con sangre. Fue derivada al hospital de Onandjokwe, inmediatamente admitida y aislada. Se enviaron muestras de sangre al Laboratorio de Referencia Regional del Instituto Nacional de Enfermedades Transmisibles (NICD) en Sudáfrica, para realizar pruebas para FHCC en las que dio positivo, y los resultados se recibieron el 3 de mayo de 2019. La paciente se recuperó bien y fue dada de alta el 11 de mayo. Todas las personas que estuvieron en contacto directo con la paciente están bajo estricto control diario.

El 7 de mayo de 2019, un varón de 77 años, también de Onethika Village, distrito electoral de Olukonda, ingresó en el Hospital del Distrito de Onandjokwe con antecedentes de picadura de garrapata y manifestaciones clínicas de fiebre alta, vómitos con sangre y confusión. Falleció poco después de su ingreso en el hospital. Se tomó una muestra de sangre y se envió para su análisis para confirmar si el paciente estaba infectado con el virus de la FHCC. Dados los síntomas manifestados por el paciente fallecido, se realizó un entierro seguro, es decir realizado bajo condiciones estrictas para minimizar el riesgo de exposición. El 11 de mayo de 2019, la viuda informó a los trabajadores de la salud en el hospital de Onandjokwe que, la picadura de garrapata que el paciente informó antes de fallecer no ocurrió este año, sin embargo, no pudo decir cuándo sucedió exactamente. Los resultados de los análisis resultaron negativos el 13 de mayo de 2019.

Un varón de 27 años admitido en el hospital de Onandjokwe el 8 de mayo tuvo contacto con el fallecido y los resultados aún están pendientes. El paciente está bien y fue dado de alta el 11 de mayo.

Un hombre de 50 años de edad fue ingresado en el hospital de Outapi el 8 de mayo con una picadura de garrapata. Los resultados fueron negativos el 13 de mayo de 2019. Su condición es estable.

Una mujer de 57 años fue ingresada en el hospital de Engela el 9 de mayo. Los resultados aún están pendientes.

Un hombre de 40 años de edad, sufrió la picadura de una garrapata en la aldea de Okaku, región de Oshana, dos días antes de llegar a Windhoek. Fue admitido el 10 de mayo de 2019 en el hospital de Windhoek. Su condición es estable, no presenta fiebre. Los resultados preliminares recibidos el 13 de mayo de 2019 fueron negativos.⁶



Nigeria: Miles de niños corren el riesgo de contraer sarampión en el noreste del país

20 de mayo de 2019 – Fuente: Médicos Sin Fronteras

Mustafá Osmán tiene 5 años, y está siendo atendido con tratamiento y líquidos por vía intravenosa en la unidad de sarampión de Médicos Sin Fronteras (MSF), en el Hospital Estatal de Maiduguri, en el estado de Borno (Nigeria).

Llegó al centro para ser tratado hace poco más de tres días y debería estar listo para el alta en unos pocos más. “Es uno de los afortunados en recibir el alta tan rápidamente”, dijo el Dr. Muhamad Abdullahi mientras escribe los siguientes pasos a seguir en el tratamiento de su joven paciente.

“La mayoría de los niños que vemos son admitidos por días, incluso semanas. Algunos tienen complicaciones como desnutrición aguda grave, malaria y neumonía, y no consiguen sobrevivir”.

En el noreste de Nigeria, en la ciudad de Maiduguri, desde noviembre de 2018 han sido tratados 2.922 niños con sarampión, una enfermedad potencialmente mortal. Estos pequeños pacientes provienen de familias desplazadas internamente así como de la comunidad de acogida.

“Desde que comencé a ejercer de médico en 2016, nunca había visto tantos casos de sarampión en Maiduguri. Espero que podamos trabajar rápidamente para controlar bien los brotes”, añadió Abdullahi en la unidad de sarampión, que cuenta con 70 camas.

Desde hace una década, el conflicto en el noreste de Nigeria desplazó a la fuerza a miles de personas de sus hogares, tanto dentro del país como en países vecinos. El caos y la violencia intermitente han hecho estragos: a día de hoy, nada menos que dos millones de personas dependen de la asistencia humanitaria para sobrevivir.



El promotor de salud Isaac Ulea charla con Zara Mohammed sobre su hija, Aisha Adamu, de 1 año. La pequeña está ingresada en el Hospital Estatal de Maiduguri, en el estado de Borno (Nigeria).

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

Así, el brote de sarampión actual se debe, en parte, a una insuficiente vacunación de rutina contra esta enfermedad. El resultado, miles de niños en riesgo de contraerla.

“Todos estamos trabajando en salas llenas de gente”, describió la Dra. Theresa Chan, responsable del equipo médico de MSF en el hospital de Gwange. “Hasta ahora, el entusiasmo del personal ha logrado hacer frente al brote”, añadió.

En el oeste de Maiduguri, MSF también atiende a pacientes de sarampión en el hospital de Gwange. En cuatro meses, de enero a abril, ha tratado a 2.343 niños contra el sarampión. Y el número de casos en abril fue cuatro veces mayor que en enero. Hay tantos pacientes que las 73 camas de aislamiento están llenas.

Una niña de 3 años fue traída a Gwange por su madre. “Comenzó a estornudar y tenía mucha fiebre”, explicó su madre. “El interior de sus labios se volvió rojo y vomitaba sin parar. Estaba muy preocupada; pensaba que iba a morir”. Desde que recibió tratamiento, durante casi un mes, se recuperó bien y su madre, feliz y agradecida, se la llevó a casa.

Muchos no son tan afortunados. Algunos niños mueren de sarampión debido a complicaciones severas. Tanto en el Hospital Estatal de Maiduguri como en el de Gwange, se han registrado 58 muertes desde enero. Pero es solo una parte del total de muertes.

“Es inaceptable que todavía haya un gran número de niños que mueren de una enfermedad tan tratable. Aunque nos estiramos hasta los límites, no podemos rechazar a los niños”, dijo Caroline Masunda, responsable médica de MSF en Maiduguri. “La enfermedad ha traído muchas pérdidas y mucha tristeza a la comunidad”.

Para alentar la utilización de los servicios y limitar el número de casos complicados que aumentan la tasa de mortalidad, la población debe tener acceso a la atención primaria de salud gratuita en Maiduguri. Además, es imprescindible una mejor y rápida coordinación entre todos los actores, incluidas las autoridades nigerianas, las agencias de la Organización de Naciones Unidas y las ONG que se ocupan de proporcionar vacunación de rutina a los niños en todo el noreste de Nigeria para protegerlos contra el sarampión y prevenir futuros brotes.⁷

**Auckland Regional
Public Health Service**

Rātongā Hauora ā Iwi o Tamaki Makaurau

Nueva Zelanda, Auckland: Los casos de sarampión ascienden a 60

20 de mayo de 2019 – Fuente: Auckland Regional Public Health Service (Nueva Zelanda)

Funcionarios del Servicio Regional de Salud Pública de Auckland (ARPHS) informaron que el número de casos confirmados de sarampión llegó a 60 hasta la fecha en 2019.

William Rainger, Oficial Médico de Salud, dijo que se han registrado casos de sarampión en todas las partes de la ciudad, pero casi dos tercios de los casos provienen de West Auckland (34 casos); el resto se registró en Central Auckland (10), North Shore (4), South Auckland (3), East Auckland (2), Franklin (1) y Rodney (1).

“El sarampión se disemina muy fácilmente en los hogares si los miembros de la familia no están vacunados. Los primeros casos ocurrieron en familias extensas en West Auckland, por lo que la enfermedad se ha transmitido por más tiempo en esta área, entre los grupos con más probabilidades de contraerla”, dijo Rainger.

La mitad de los casos requirieron hospitalización. “Sabemos que existe preocupación entre los padres de niños menores de 15 meses, que son demasiado pequeños para su primera dosis de la vacuna triple viral. Los padres deben asegurarse de que todos los miembros del hogar y las visitas estén vacunados, y evitar grandes reuniones y eventos, especialmente en interiores”, dijo Rainger.

En toda Nueva Zelanda se han notificado 142 casos de sarampión; 92% de los casos no estaban vacunados o lo estaban parcialmente.

Dos dosis de la vacuna contra el sarampión brindan la protección más efectiva. Con una dosis de la vacuna triple viral, aproximadamente 95% de las personas están protegidas del sarampión; con dos dosis, más de 99% está protegida.

La vacunación es particularmente importante si planea viajar a cualquier lugar en el extranjero, para protegerse y ayudar a prevenir brotes en Nueva Zelanda.



PAKISTAN TODAY

Pakistán, Sindh: Reportan casi 3.000 casos de fiebre tifoidea en lo que va del año en Karachi

19 de mayo de 2019 – Fuente: Pakistan Today (Pakistán)

Los servicios de Salud de Karachi registraron 2.982 casos de fiebre tifoidea en la ciudad, entre el 1 de enero y el 14 de mayo de 2019, de los cuales 1.217 corresponden a la variedad de *Salmonella enterica enterica* serotipo Typhi resistente a la ceftriaxona.

⁷ Médicos Sin Fronteras (MSF) trabaja en Nigeria desde 1996 y ha tenido una presencia permanente en el estado de Borno desde 2014. Sus equipos médicos brindan atención médica en proyectos en Gwoza, Maiduguri, Monguno, Ngala y Pulka, mientras que los de emergencia responden a brotes de enfermedades y otras necesidades humanitarias urgentes.

Se están reportando casos de fiebre tifoidea resistente a la ceftriaxona en toda la provincia de Sindh, particularmente en la ciudad de Karachi. *Salmonella Typhi* resistente a la ceftriaxona es muy difícil de tratar, en comparación con la variedad no resistente. Todos los casos reportados se han confirmado mediante un análisis de hemocultivo en el Hospital 'Aga Khan', ya que este estudio no está disponible en instalaciones secundarias de salud administradas por el gobierno de Sindh.

El director adjunto de la Dirección de Servicios de Salud de Karachi, Dr. Arif Niaz, dijo que el número de casos de fiebre tifoidea ha venido aumentando día a día en la ciudad debido al consumo de agua contaminada y las malas condiciones de saneamiento. Explicó que la fiebre tifoidea es una enfermedad transmitida por el agua y sus casos estaban siendo reportados en todo Karachi.

Dijo que los casos de *Salmonella Typhi* resistente a la ceftriaxona se estaban reportando en niños y adultos, mujeres y hombres en la ciudad debido a la falta de saneamiento y la falta de acceso al agua potable.

Agregó que esta variedad de *Salmonella Typhi* es una enfermedad infecciosa que afecta a decenas de personas en el mundo en desarrollo y tiende a propagarse en áreas con saneamiento deficiente. Se propaga a través de alimentos y agua contaminados, mientras que la fiebre alta, la debilidad, el dolor de estómago, las náuseas, los vómitos, el dolor de cabeza, la tos y la pérdida de apetito son algunos de los síntomas comunes de la enfermedad.



El aire más seco de invierno podría fomentar la propagación de la influenza

13 de mayo de 2019 – Fuente: *Proceedings of the National Academy of Sciences*

Una nueva investigación ofrece una explicación acerca de por qué la influenza raras veces ataca en verano. El aire seco que los sistemas de calefacción distribuyen por las viviendas en invierno debilita el sistema inmunitario de las personas, convirtiéndolas en un objetivo de primera para la infección viral.

Las temperaturas frías y la baja humedad aumentan la transmisión de los virus de la influenza, pero no se comprendía bien exactamente de qué forma una humedad baja afecta a las defensas del sistema inmunitario contra la influenza.

En este estudio se usaron ratones que se modificaron a nivel genético para que se parecieran a la forma en que los humanos se resisten a las infecciones virales.

Los ratones se mantuvieron en cámaras de la misma temperatura, pero con una humedad baja o normal, y se expusieron al virus de la influenza A.

La humedad baja entorpeció la respuesta inmunitaria de los ratones de tres formas:

- evitó que los cilios de las vías respiratorias eliminaran las partículas virales y el moco;
- redujo la capacidad de las células de las vías respiratorias de reparar el daño provocado por el virus de la influenza en los pulmones; y
- afectó a una defensa del sistema inmunitario que implica a los interferones, unas proteínas liberadas por las células infectadas por virus para avisar a las células circundantes sobre la amenaza viral.

Los hallazgos ayudan a explicar por qué más personas contraen la influenza cuando el aire es seco.

En los lugares donde se reduce la humedad, ocurre un aumento en la incidencia de la influenza y en las muertes relacionadas con la influenza. Si los hallazgos en ratones se sostienen en los humanos, el estudio provee un posible mecanismo que subyace a la naturaleza estacional de la enfermedad gripal.

Aunque la humedad no es el único factor en la propagación de la influenza, es un factor importante que se debe tomar en cuenta durante el invierno.

Aumentar los niveles de humedad en el aire con humidificadores en el hogar, en la escuela, el trabajo y los ámbitos hospitalarios podría reducir los síntomas de influenza y acelerar la recuperación.⁸



El 10% de las muertes en pacientes con VIH se debe a infección por *Cryptococcus*

3 de mayo de 2019 – Fuente: *Scientific Reports*

La meningitis por *Cryptococcus* causa aproximadamente una de cada diez muertes en pacientes con VIH, según un estudio de autopsias realizadas en Mozambique y Brasil.

Cryptococcus es un hongo oportunista que se encuentra en el ambiente pero que puede causar infecciones graves, especialmente en personas con un sistema inmunitario débil. De hecho, la meningitis por *Cryptococcus* es la segunda causa de muerte en personas con VIH, después de la tuberculosis. Se estima que en 2014 la meningitis por *Cryptococcus* causó más de 130.000 muertes en África Subsahariana.

Las dos especies que suelen causar infecciones en el ser humano son *Cryptococcus neoformans* y *C. gatti*, la cual se describió hace relativamente poco. Aunque *C. neoformans* parece predominar en pacientes con VIH, se sabe relativamente poco sobre la epidemiología y presentación clínica de infecciones por *C. gatti*, particularmente en África.

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



En este estudio, se determinaron las muertes por *Cryptococcus* en una serie de autopsias practicadas en dos hospitales situados en áreas con alta prevalencia de VIH: Mozambique y la Amazonía brasileña. Además, se realizó una caracterización detallada de las criptococosis fatales.

Muertes en la primera semana

De las 284 autopsias diagnósticas completas realizadas (223 en Maputo, Mozambique y 61 en Manaus, Brasil), 163 (57%) resultaron positivas para VIH, y 16 de estos pacientes (10%) murieron a causa de infección por *Cryptococcus*.

C. neoformans fue responsable de dos terceras partes de dichas infecciones, mientras que el resto fue causado por *C. gatti*, que también se detectó en el único paciente

negativo para VIH que murió por criptococosis. Este es el primer estudio que documenta infecciones por *C. gatti* en Mozambique.

El análisis de los síntomas y el manejo clínico de estos casos reveló que, para la mayoría de pacientes, no se sospechó infección por *Cryptococcus* y que 75% de los mismos murieron en la primera semana tras ingresar al hospital.

El estudio resalta que aún hoy en día, la mortalidad por *Cryptococcus* en pacientes con VIH es muy importante, y respalda las recomendaciones actuales de cribaje y tratamiento preventivo para *Cryptococcus*.⁹

Jornada

SLAMVI - SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE MEDICINA DEL VIAJERO

Formación en Medicina del Viajero

2019 - SEGUNDA EDICION - INICIO 4 de mayo

SLAMVI
Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero
CAMPUS VIRTUAL

Un programa intensivo con 4 cursos independientes Totalmente on-line

<p>LOS DESAFÍOS Y LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA DEL VIAJERO EN UN MUNDO GLOBALIZADO</p> <p>CURSO 1 - 4 de mayo</p>	<p>OPTIMIZAR LA VACUNACIÓN DEL VIAJERO: DE LAS VACUNAS REQUERIDAS A LAS DE RUTINA</p> <p>CURSO 2 - 6 de julio</p>	<p>LOS VIAJEROS EN SITUACIONES ESPECIALES Y EN DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA</p> <p>CURSO 3 - 31 de julio</p>	<p>LOS DESTINOS ELEGIDOS: DE LOS MÁS FRECUENTES A LOS MÁS EXÓTICOS</p> <p>CURSO 4 - 26 de octubre</p>
---	---	--	---

ALTA INTERACCIÓN CON EXPERTOS DOCENTES

Diálogo cotidiano, enriquecedor, que complementa y amplía los contenidos de cada módulo.

CLASES EN VIDEO FOROS CASOS CLÍNICOS LECTURAS RECOMENDADAS

Materiales de alta calidad académica, accesibles en cualquier momento, desde su dispositivo favorito.

SLAMVI
Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero
CAMPUS VIRTUAL

INSCRÍBASE AHORA

CERTIFIQUE SU FORMACIÓN PARTICIPANDO EN EL PROGRAMA COMPLETO O ELIJA SOLO LOS CURSOS DE SU INTERÉS.

ARANCELES PROMOCIONALES HASTA EL 5 DE ABRIL

WWW.SLAMVI.ORG

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



Conozca la realidad.

Toda vacuna autorizada para su uso por usted o su familia ha pasado por pruebas rigurosas y es objeto de un seguimiento continuo para garantizar su seguridad y eficacia.

#VACCINESWORK

PROTEGIDOS COLECTIVAMENTE



Organización Mundial de la Salud (2019)

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.