



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina



Número 1.134

20 de mayo de 2013

Publicación de:
Servicio de Infectología
Hospital Nuestra Señora
de la Misericordia
Ciudad de Córdoba
República Argentina

Comité Editorial

Editor Jefe
Angel Mínguez

Editores Adjuntos
Ílide Selene De Lisa
Enrique Fariás

Editores Asociados

Jorge Benetucci (Arg.)
Pablo Bonvehí (Arg.)
Marina Bottiglieri (Arg.)
María Belén Bouzas (Arg.)
Lydia Carvajal (Arg.)
Arnaldo Casiró (Arg.)
Ana Ceballos (Arg.)
Sergio Cimerman (Bra.)
Ángela Gentile (Arg.)
Ezequiel Klimovsky (Arg.)
Gabriel Levy Hara (Arg.)
Susana Lloveras (Arg.)
Eduardo López (Arg.)
Tomás Orduna (Arg.)
Dominique Peyramond (Fra.)
Daniel Pryluka (Arg.)
Charlotte Russ (Arg.)
Eduardo Savio (Uru.)
Daniel Stecher (Arg.)

Colaboradores

Germán Bernardi (Arg.)
Guillermo Cuervo (Esp.)
Milagros Ferreyra (Fra.)
Leonardo Marianelli (Arg.)
Lorena Ravera (Arg.)
Gisela Sejenovich (Arg.)
Natalia Spitale (Arg.)
María Lola Vozza (Arg.)

Noticias

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

Córdoba

- Un brote de triquinosis ya afectó a 51 personas

Argentina

- Vigilancia de malaria
- Buenos Aires, Coronel Charlone: Dos casos de síndrome urémico hemolítico

América

- Colombia, Cali: El dengue ha dejado diez muertos en lo que va de 2013
- Ecuador: Disminuye la incidencia del dengue
- Estados Unidos: Los cánceres relacionados con el VPH aumentaron antes que estuviera disponible la vacuna
- Honduras: Los casos de dengue superan los 4.500
- México, Sonora: Aumentan las muertes por rickettsiosis

El mundo

- China: Más provincias dan por finalizada la alerta por el virus de la influenza aviar H7N9
- Arabia Saudí informa un nuevo caso de infección por el coronavirus MERS-CoV
- Francia, Isla de La Reunión: Un brote de rotavirus provocó más de 50.000 casos en 2012
- Nigeria: La madre de una niña con poliomielitis abre las puertas a la vacunación
- Rumania: La crisis y la pobreza empeoran el efecto de la tuberculosis
- El parásito de la malaria guía al mosquito hacia el olor humano
- El refuerzo de la vacuna contra la fiebre amarilla no es necesario

Adhieren:



www.apinfectologia.org/



www.sadi.org.ar/

SLAMVI
Sociedad Latinoamericana
de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/



www.sadip.net/

**Comité Nacional de
Infectología**

Sociedad Argentina de Pediatría
www.sap.org.ar/

Un brote de triquinosis ya afectó a 51 personas

17 de mayo de 2013 – Fuente: La Voz del Interior (Argentina)

El Ministerio de Salud de Córdoba confirmó la existencia de un brote de triquinosis en la provincia. El elemento común entre las personas afectadas sería la ingesta de salames elaborados con materia prima proveniente de faena clandestina.

Ante esta situación, las autoridades sanitarias advirtieron a la población sobre los peligros de consumir o comprar carne de cerdo de dudosa procedencia, sin la inspección sanitaria correspondiente o con rotulados incompletos. También se informó que se decomisaron los productos sospechosos que ya habían sido comercializados.

Hasta el momento los casos confirmados son 51, que afectan a personas de Río Segundo (21 casos), la ciudad de Córdoba (13), Pilar (13) y Laguna Larga (4), según la información provista por el Área de Epidemiología de la cartera sanitaria.

La mayor parte de los afectados son mayores de 17 años, pero también hay un niño de 8 años. Y aunque no se registraron casos de gravedad, dos personas requirieron internación en Río Segundo.

Según se advirtió en Epidemiología, además, los chacinados consumidos por las personas enfermas fueron adquiridos en todos los casos en establecimientos habilitados, entre los que se contaron supermercados, carnicerías y almacenes.

La triquinosis es una enfermedad transmitida por la ingesta de carne de cerdo cruda o mal cocida, contaminada con el parásito *Trichinella spiralis*.

Aunque en general puede confundirse con un estado gripal, los síntomas son muy variables o incluso pueden no existir durante la infección. Fiebre, dolor muscular intenso, dolor de cabeza y dolor e hinchazón alrededor de los ojos, junto con síntomas gastrointestinales como diarrea y vómitos, son las manifestaciones más frecuentes.

Para prevenir la triquinosis, no se deben consumir carnes crudas ni chacinados caseros que no hayan sido inspeccionados. También, verificar el rótulo o etiqueta de elaboración en productos de cerdo, que deben tener marca, empresa responsable, número de habilitación nacional del establecimiento, fecha de elaboración y de vencimiento, condición de mantenimiento y rótulo con la composición del producto.


Argentina
Vigilancia de malaria

17 de mayo de 2013 – Fuente: Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

Tabla 1. Casos notificados y confirmados, según provincia y región. Argentina. Años 2012/2013, hasta semana epidemiológica 16. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.¹

Provincia/Región	2012		2013	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1	—	3	3
Buenos Aires	3	1	2	2
Córdoba	1	1	—	—
Entre Ríos	1	—	—	—
Santa Fe	13	—	9	—
Centro	19	2	14	5
San Juan	—	—	1	—
San Luis	—	—	1	—
Cuyo	—	—	2	—
Jujuy	9	—	1	1
Salta	1	—	2	2
Santiago del Estero	—	—	1	1
NOA	10	—	4	4
Tierra del Fuego	—	—	1	1
Sur	—	—	1	1
Total Argentina	29	2	21	10

¹ En los casos notificados se incluyen sospechosos, probables, confirmados y descartados. La notificación y confirmación de los casos se presenta por lugar de atención.

Una niña de cinco años de edad, proveniente de la zona rural de Coronel Charlone, ingresó el domingo al Hospital Municipal de General Villegas con un severo cuadro de diarrea, convulsiones y anuria. De acuerdo a la información que ofrecieron sus padres, el personal médico llegó a la conclusión de que se trataba de un caso de síndrome urémico hemolítico, aparentemente producido por la ingesta de leche vacuna sin pasteurizar. La hipótesis se vio reforzada con el estado de salud de su hermana, que también la habría consumido.

El Dr. Carlos Palombo, director del Hospital Municipal, informó que “gracias a la pesquisa epidemiológica, basada en los últimos consumos alimenticios y los análisis de sangre, se determinó una alta posibilidad de que padeciera tal afección. La nena presentaba un cuadro de gravedad, por lo que requiere diálisis y está en riesgo su vida. Su hermanita también está internada en el Hospital. Ingresó el martes con la misma afección, aunque no tan grave. Por el momento no tiene daños en el riñón, pero está anémica y padece una diarrea importante”.

Por estas horas, la niña de 5 años permanece internada en el Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría ‘Sor María Ludovica’ de La Plata, al que fue derivada en vuelo sanitario; su hermana menor permanece internada en General Villegas, fuera de peligro.

América

Las autoridades nacionales de salud expresaron su preocupación frente al alto número de casos de dengue reportados este año en Cali. De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud (INS), hasta la semana epidemiológica 18 (28 de abril a 4 de mayo de 2013), se han notificado 5.134 casos de dengue y 171 de dengue grave en la ciudad. El INS confirmó que ya son diez personas las que han muerto por causa de la enfermedad en Cali en lo que va de 2013. Otros tres casos se encuentran en proceso de estudio.

A través de voceros de la organización, el INS señala que existe preocupación por algunas deficiencias que se presentan por parte de las autoridades locales en materia de vigilancia epidemiológica, manejo adecuado de pacientes y promoción y prevención de la enfermedad en la ciudad.

Según la entidad, “hay demoras en la atención relacionadas, entre otros, con disponibilidad de insumos, remisión tardía, visitas domiciliarias con limitaciones y algunas fallas en el sistema de información. Se recomienda, entonces, asegurar la adherencia al protocolo del evento y guía de manejo”.

De acuerdo con el secretario de Salud del Valle, Fernando Gutiérrez, en materia de atención “los pacientes están encontrando barreras, que impiden el acceso a las personas que puedan tener síntomas de dengue, pues las devuelven a la casa pensando que es cualquier virosis. Tenemos casos detectados en entidades prestadoras de salud (EPS), siendo las del régimen subsidiado donde más se han presentado casos de dengue”.

El INS advierte que “debido a que el evento dengue es una patología endémica, es indispensable tener el tiempo disponible para realizar investigaciones de campo a fondo así como supervisiones a las entidades que brindan el servicio, teniendo en cuenta las falencias detectadas como causales de morbimortalidad para el mismo”.

Cuestiona Fernando Gutiérrez el que aún no se haya emitido una alerta epidemiológica oficial por parte de la Alcaldía de Cali “porque el número de casos lo amerita. Cali, según las estadísticas, es el que aporta el mayor número de casos en Colombia. En el Departamento estamos en alerta desde febrero. Las cifras que hoy tenemos aumentaron en 500% con respecto al mismo periodo del año anterior. Pero ellos son autónomos en sus decisiones”.

Frente a lo dicho por INS y la Gobernación del Valle, el secretario de Salud de Cali, Diego Calero, aseguró que “no es cierto que tengamos diez casos de muertes por dengue. Nuestro reporte dice que son ocho casos confirmados, habría un caso ocurrido a finales del 2012 que se incluiría este año, por el tema del manejo de los reportes en las semanas epidemiológicas”.

Según el funcionario “las cifras cambian cada ocho días porque nos llegan casos nuevos y el Instituto lo sabe. Hoy tenemos 6.786 casos notificados de personas enfermas”.

Con respecto a las deficiencias señaladas por la entidad nacional, Diego Calero dijo que “tampoco es cierto que tengamos problemas con los insumos y las visitas. Estamos cumpliendo con las fumigaciones y con toda la vigilancia y control que amerita el caso”. Dijo además que “se decreta alerta epidemiológica cuando se necesita aforar recursos y hoy tenemos todo cubierto”.

Para algunos expertos, como Clara Ocampo, coordinadora del Área Temática de Biología y Control de Vectores del Centro Internacional de Entrenamiento e Investigaciones Médicas (CIDEIM), el problema de fondo en el tratamiento de la enfermedad en un estado de epidemia es la falta de investigación.

“Hasta el momento, la respuesta de las secretarías de salud pública son basados en lineamientos nacionales e internacionales y no en las condiciones locales. Adicionalmente son acciones reactivas y no pro-activas”, explicó la experta.

No obstante, asegura que la conciencia de la gente frente a la enfermedad también está relacionada con su permanencia. “Muchas veces tenemos la creencia que tenemos que fumigar todo. Pero en la mayoría de los casos con solo eliminar los criaderos, o adicionar cloro, es suficiente para matar los estadios inmaduros de los mosquitos”.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) de Ecuador confirmó que en las primeras 19 semanas de 2013 se confirmaron 7.329 casos de dengue a escala nacional.

De estos 7.329 casos, 6.716 (92%) corresponden a dengue sin signos de alarma; 571 (7,8%) a casos de dengue con signos de alarma y 42 personas con dengue grave (0,57%).

El reporte, elaborado por la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica, señala que en el mismo período de 2012 se reportaron 7.607 casos de dengue, lo que significa una reducción interanual de 3,7%.

De acuerdo con el informe oficial, en Manabí se han reportado 1.639 casos; le siguen Guayas (1.445), Los Ríos (1.080), El Oro (743), Orellana (679), y Sucumbios (519).

En el acumulado, la Costa reportó 71% de los casos de dengue, el Oriente 20% y la Sierra 9%.

Asimismo, el MSP informa que en la semana 19 se confirmaron 317 casos de dengue y se reportaron 2 fallecidos con sospecha de dengue, uno en Guayas y otro en Los Ríos.

De estos 317 casos correspondientes a la semana 19, Los Ríos reportó 70 casos, Guayas 67, El Oro 47, Manabí 43 y Santa Elena 15.

Según el MSP, la persistencia de la transmisión de la enfermedad está asociada a determinantes sociales, económicos, ambientales y culturales que en mayor o menor magnitud están presentes en aproximadamente 70% del territorio ecuatoriano, donde se estima habitan 8.220.000 habitantes que están en riesgo de enfermar.

La transmisión del dengue se mantiene de manera endémica durante todo el año y los ciclos epidémicos generalmente coinciden con la temporada de lluvias, donde se dan las condiciones propicias para la explosiva reproducción de *Aedes aegypti*, el vector de la enfermedad, en una serie de recipientes que se encuentran en las viviendas.



Cancer

Estados Unidos: Los cánceres relacionados con el VPH aumentaron antes que estuviera disponible la vacuna

16 de mayo de 2013 – Fuente: *Cancer*

La cantidad de algunos cánceres asociados con el virus del papiloma humano (VPH) aumentó en Estados Unidos antes de la llegada al mercado de la vacuna contra esta infección de transmisión sexual. Un equipo detectó un aumento de distintos tumores tempranos y cánceres avanzados de ano y cabeza-cuello en Estados Unidos en el período 1978-2007.

“Nuestros resultados respaldan la necesidad de vacunar a la población contra el VPH debido a que no existe una pesquisa efectiva de esos tumores”, dijo el autor principal, Dr George Kurdgelashvili, del Centro Médico de Asuntos del Veterano, ciudad de Oklahoma.

Los CDC estiman que el VPH causa unos 27.900 cánceres de cuello uterino, vulva, vagina, ano, pene y cabeza-cuello por año en Estados Unidos. Aseguran que unos 21.000 podrían prevenirse con una vacuna y que en las mujeres mayores de 30 debería combinarse el Pap con un test para detectar el virus y detectar cambios en el cuello del útero. Si ambos resultados son negativos, las mujeres pueden repetir la pesquisa en cinco años.

El equipo de Kurdgelashvili utilizó una base de datos federal de Estados Unidos para determinar la cantidad de cánceres asociados con el VPH en los mayores de 30 y antes de que apareciera la vacuna contra la infección y estuviera recomendada.

Los autores hallaron un aumento de los tumores tempranos de cuello uterino, vagina, vulva, pene, ano y cabeza-cuello. El más común durante el estudio fue el cáncer de cuello uterino (80.000 diagnósticos entre 1978 y 1995). Los casos tempranos del cáncer de cuello uterino de células escamosas, que es el tipo más frecuente, aumentaron 7%, mientras que los casos avanzados disminuyeron 2%.

En los hombres se detectó un pequeño aumento en cánceres de cabeza-cuello avanzados aún más raros, que afectan a uno cada millón de personas.

Explicaciones

El equipo explica que el nuevo estudio servirá como estimación inicial para demostrar la utilidad de la vacuna.

Mientras que el aumento de la pesquisa del cáncer de cuello uterino explicaría el crecimiento de los cánceres tempranos y la disminución de los cánceres avanzados detectados durante el estudio, Kurdgelashvili consideró que no explicaría el aumento de los cánceres anales y de cabeza-cuello precoces y avanzados.

La Dra. Lily Lai, investigadora del Hospital City of Hope, Duarte, California, coincidió con el equipo en que la vacunación quizás ayude a reducir la cantidad de algunos de esos cánceres. “Es de alta prioridad que los más jóvenes presexualmente activos reciban la vacuna”, dijo Lai, que no participó del estudio.

“Siempre, lo más prudente es consultar al médico ante cualquier signo o síntoma en los órganos genitales, o en la cabeza y el cuello”, sostuvo Kurdgelashvili.²

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

PROCESO

Honduras: Los casos de dengue superan los 4.500

17 de mayo de 2013 – Fuente: Proceso (Honduras)

La ministra de Salud de Honduras, Roxana Araujo, reveló hoy que los casos de dengue clásico superan ya los 4.500, algo que desde septiembre de 2012 se avizoró: un brote importante no sólo en Honduras sino en otros países del continente americano.

Añadió que a partir de esa fecha, se hicieron importantes esfuerzos para poder reducir la incidencia, principalmente en aquellos municipios de los departamentos que tradicionalmente reportan una gran cantidad de casos como el Distrito Central en Francisco Morazán; San Pedro Sula, Puerto Cortés y Choloma en Cortés, así como Juticalpa y Catacamas en Olancho y Ocotepeque.

Agregó que el problema del dengue tiene que ver con factores sociales, culturales y otros inherentes al desarrollo de un país, como el abastecimiento de agua y la recolección de desechos.

Indicó que cada cinco años se hacían estudios de susceptibilidad, pero ahora se hacen cada año y todavía hay una susceptibilidad superior a 85% para la deltametrina y para el temefós, pero se conoce que los vectores van desarrollando resistencia.



EL IMPARCIAL

México, Sonora: Aumentan las muertes por rickettsiosis

18 de mayo de 2013 – Fuente: El Imparcial (México)

Son seis las muertes que se han registrado por rickettsiosis en Sonora y que supone un alto índice de letalidad de 16%, que contrasta con las dos víctimas mortales del año pasado para esta misma fecha.

Cinco de esas defunciones se presentaron en niños menores de 11 años, cuya enfermedad se complicó por no detectarse a tiempo la enfermedad, precisó Sergio Alba Olvera, director de Epidemiología de la Secretaría de Salud del Estado.

Los fallecimientos se han presentado en Hermosillo y Cajeme con dos casos cada ciudad, así como Guaymas y Empalme con un caso.

El funcionario estatal advirtió que si una persona presenta dolor de cabeza, fiebre y malestar general deben concurrir inmediatamente al hospital, porque mientras más temprano se detecte la rickettsiosis, menor es el riesgo de que se complique.

El transmisor de la rickettsiosis es una garrapata que parasita a las mascotas, por lo que hay que tener mucha higiene y no tenerlas dentro del hogar.

En número de casos, Sonora ocupa el quinto lugar a nivel nacional, informó el epidemiólogo, con 37 pacientes, siendo Hermosillo el municipio que más enfermos presenta con 10, seguido de Cajeme con 7 y Navojoa, Huatabampo y Álamos con 3.

Baja California, Coahuila, San Luis Potosí y Nuevo León son los estados que superan en número de enfermos de rickettsiosis a Sonora.



El mundo



China: Más provincias dan por finalizada la alerta por el virus de la influenza aviar H7N9

18 de mayo de 2013 – Fuente: EFE

Varias provincias del este de China afectadas por la nueva cepa H7N9 de la influenza aviar han puesto fin al mecanismo de emergencia por ese virus.

Las provincias de Jiangsu y Shandong declararon el fin de la alerta en las últimas horas del pasado viernes mientras que Zhejiang lo hizo el jueves y Shangai, la ciudad donde se registraron los primeros casos en febrero y marzo, lo declaró el pasado día 10.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 131 personas fueron diagnosticadas con el nuevo virus (una de ellas en la isla de Taiwán), de las que 36 fallecieron. El último caso se detectó el 8 de mayo.

Por ahora, todos los contagios han sido de aves a humanos, no entre personas, supuesto este último que según la OMS plantearía el riesgo, si no se tomaran las adecuadas medidas de prevención, de que el H7N9 se convirtiera en una pandemia.

Arabia Saudí informó de otro caso de infección por la nueva cepa del virus que emergió en Oriente Próximo el año pasado y que se propagó a Europa, dijo el sábado la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En un informe desde Ginebra sobre el desarrollo de la enfermedad, la OMS dijo que el último paciente identificado es una mujer de 81 años que presenta numerosas condiciones médicas. Cayó enferma el 28 de abril y se encuentra grave, aunque su estado es estable.

A nivel mundial, ha habido 41 confirmaciones por laboratorio de la infección, incluyendo 20 muertes, desde que los científicos detectaron el nuevo coronavirus en septiembre de 2012.

El nuevo coronavirus, que es mencionado ahora por algunas revistas científicas como MERS-CoV (coronavirus del síndrome respiratorio de Medio Oriente), pertenece a la misma familia de virus que causan resfriados comunes y que provocó un brote letal de síndrome agudo respiratorio severo (SARS) en 2003.

Hasta el momento se han informado casos de infección por MERS-CoV en Arabia Saudí, Jordania, Qatar, Gran Bretaña, Alemania y Francia, pero Arabia Saudí presenta la gran mayoría de casos.

La OMS dijo que la última paciente estaba en la misma clínica del este de Arabia Saudí donde se han registrado 22 casos, nueve de ellos mortales, desde el 8 de abril.

Los expertos de la OMS que visitaron Arabia Saudí para realizar consultas con las autoridades sobre el brote han dicho que es posible que el virus pueda propagarse entre humanos, pero sólo después de un contacto prolongado y cercano.



Francia, Isla de La Reunión: Un brote de rotavirus provocó más de 50.000 casos en 2012

9 de mayo de 2013 – Fuente: Eurosurveillance

Entre agosto y noviembre de 2012 un severo brote de gastroenteritis ocurrido en la isla de La Reunión⁴ afectó a más de 50.000 casos, especialmente niños pequeños. Los análisis virológicos mostraron que el virus responsable de esta epidemia era rotavirus, y la genotipificación en muestras de heces indicó la circulación de rotavirus tipo G3P[8] y G12P[8], poniendo de relieve el riesgo de un surgimiento global de este genotipo en los próximos años.

En la isla, los brotes de gastroenteritis se observan generalmente durante el invierno austral, entre agosto y noviembre. Aunque los brotes de gastroenteritis han sido de gravedad moderada en la isla entre 2008 y 2011, una epidemia intensa se produjo en 2012.

³ Durante el verano de 2012, en Yeda, Arabia Saudí, se aisló un coronavirus desconocido hasta ese momento del esputo de un paciente con neumonía aguda e insuficiencia renal. La infección parece estar geográficamente relacionada –al menos por ahora– con Medio Oriente, en particular la Península Arábiga.

Desde el descubrimiento inicial, se han descrito los aislamientos del virus en la literatura científica, bases de datos, y artículos de divulgación bajo diversos nombres (tales como betacoronavirus humano 2c EMC, betacoronavirus humano 2c England-Qatar, betacoronavirus humano 2C Jordan-N3, betacoronavirus England 1, hCoV-EMC), o como novel coronavirus (NCoV). Como esta falta de uniformidad en la nomenclatura del virus complica la comunicación, tanto en el campo de la investigación como entre las autoridades de salud, los gobiernos y el público en general, el Grupo de Estudio Coronavirus (CSG) de la Comisión Internacional sobre Taxonomía de Virus (ICTV) tomó la iniciativa de hacer frente a este problema. Después de una cuidadosa consideración y amplia consulta, el CSG decidió llamar al nuevo coronavirus MERS-CoV (Coronavirus del síndrome respiratorio de Medio Oriente).

Este nombre fue avalado por los descubridores del virus y otros investigadores que fueron pioneros en el estudio del MERS-CoV, por la Organización Mundial de la Salud y por el Ministerio de Salud de Arabia Saudí. Se recomienda firmemente el uso de este nombre en las comunicaciones científicas y de otro tipo. Los nuevos aislamientos del MERS-CoV o variantes detectadas por reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) pueden ser identificados mediante un afijo, análogo a la convención de nomenclatura de los virus de la gripe (hospedante/país de origen + número de identificación de la cepa/año, como por ejemplo, MERS-CoV Hu/Jordan-N3/2012).

Dentro de la subfamilia Coronavirinae (familia Coronaviridae), este novel virus es representativo de una especie aún por establecerse en el linaje C del género *Betacoronavirus*, que actualmente sólo incluye la especie *Tylosyctes bat coronavirus HKU4* y *Pipistrellus bat coronavirus HKU5*. El novel coronavirus parece estar más estrechamente relacionados con los virus aún no clasificados de los murciélagos insectívoros europeos y africanos de las familias Vespertilionidae y Nycteridae, respectivamente.

Los escasos datos epidemiológicos disponibles sugieren que la infección es principalmente zoonótica en la naturaleza, con una limitada transmisión de persona a persona. A partir de lo que ya se sabe de la biología del coronavirus y de la evidencia acumulada sobre este virus en particular, los murciélagos parecen ser los hospederos naturales, lo que tienta a suponer que estos animales son también la fuente inmediata de la infección. Sin embargo, esto es difícil de conciliar con el hecho de que la mayoría de los pacientes probablemente no estuvieron expuestos directamente a los murciélagos, o con la estrecha relación genética entre los aislados humanos, indicativos de un cuello de botella reciente. Un escenario más probable es que una variante de un espectro de betacoronavirus relacionados en murciélagos se combinaron con éxito y se estableció rápidamente en una especie animal intermediaria (por lo menos en Medio Oriente), con una posterior diseminación en la población humana. Estos eventos de diseminación posterior podrían verse facilitados por una frecuente interacción entre el nuevo hospedero y los humanos, y quizás a través de adaptaciones virales adquiridas durante el salto de especie inicial. Aunque en la actualidad, no hay evidencia de una transmisión sostenida en la comunidad, la preocupación obvia es que el virus puede dar el siguiente paso y adaptarse para una eficiente transmisión de humano a humano.

⁴ La isla de La Reunión es un departamento de ultramar de Francia, situado en el océano Índico suroccidental, al este de Madagascar, y constituido como una región ultraperiférica de la Unión Europea. Como el resto de departamentos de Ultramar, también es una región de Francia y forma parte de la República. Tiene una superficie de 2.512 km², y una población de 830.000 habitantes (2012). En 2010, 41% de la población era menor de 25 años, y sólo 11% eran mayores de 60 años.

En la semana epidemiológica 33 de ese año, se detectó un aumento de casos de gastroenteritis. El análisis de los datos de edad mostró que los niños menores de cinco años fueron los más afectados durante el período epidémico.

Durante todo el período del brote se estimó que hubo más de 53.500 consultas por diarrea aguda en toda la isla. Entre las visitas a urgencias por gastroenteritis, 74% se referían a niños de cinco años o menos, y 56% de ellos eran varones. El pico del brote se alcanzó en la semana 39.

La vigilancia virológica reveló rápidamente altas tasas de muestras positivas para rotavirus. El análisis retrospectivo de los datos semanales mostró un aumento en la tasa a fines de julio, de más de 30% en la semana 33; el máximo se alcanzó en la semana 36, con un valor del 44%. Esta tasa se mantuvo en un nivel superior a 35% antes de disminuir gradualmente después de la semana 41.

Los porcentajes de muestras positivas para adenovirus y norovirus fueron menores (7% y 3%, respectivamente, de julio a octubre), lo que sugiere que el brote de gastroenteritis se debió principalmente a la circulación de rotavirus en la isla. En diciembre, la genotipificación de 20 muestras positivas para rotavirus, dieron como resultado que 4 de ellas correspondían al genotipo G12P[8], una coinfección de genotipos G12, G1 y G3 asociado con P[8], y las 15 restantes a G3P[8]. El análisis filogenético del gen codificante parcial VP7 reveló que las cepas G12 de la Isla de La Reunión estaban agrupadas en el linaje III.

Durante todo el período del brote, seis certificados de defunción citaban gastroenteritis como una de las posibles causas de muerte. Tres de ellos involucraron a menores de dos años, y los otros tres a mayores de 70 años. Un niño y un anciano murieron de deshidratación, otros dos niños presentaban condiciones médicas subyacentes, y los otros dos ancianos sufrían de enfermedades concomitantes como diabetes e hipertensión.

Este estudio revela por primera vez la presencia de los genotipos G y P de las cepas de rotavirus en la Isla de La Reunión y evidencia la circulación del genotipo G12 a un nivel significativo (5/20), aunque la alta actividad del rotavirus observado en la isla no parece ser resultado solamente de una alta prevalencia de este genotipo emergente. Las cepas G12 de la Isla de La Reunión agrupados en el linaje III, ya se habían registrado en otros países europeos y de todo el mundo. Los genotipos G12 han circulado con una baja prevalencia de 3,5% durante la temporada anterior en Francia continental, pero su surgimiento como genotipo más frecuente de rotavirus ha sido demostrado recientemente en varias regiones del mundo como Nepal, España (País Vasco), Argentina (Tucumán, Catamarca y Río Gallegos)⁵ y Nigeria, y permite suponer que este genotipo podría emerger a nivel mundial en los próximos años. El impacto del rotavirus G12 no está documentado en estos países, excepto en el estudio español, donde se afirma que el impacto de la epidemia de rotavirus G12 en el País Vasco fue alta, con una tasa de hospitalización similar a la de temporadas anteriores en que los rotavirus G1 o G9 fueron dominantes.

Los estudios de eficacia de las dos vacunas contra el rotavirus con licencia (Rotarix® de GlaxoSmithKline, y RotaTeq® de Merck) se enfocaron en los genotipos G más frecuentes en todo el mundo –G1, G2, G3, G4 y G9–, y los datos sobre su eficacia contra el G12 son muy limitados. En un estudio reciente, la vacuna Rotarix® demostró eficacia frente a la gastroenteritis grave por rotavirus G12. No obstante, debe hacerse hincapié en que el conocimiento acerca de eficacia de la vacuna contra el genotipo G12 es limitado y son necesarios estudios adicionales. Sin embargo, en este estudio, el genotipo G12 estuvo asociado con P[8]. Puesto que el genotipo P[8] está presente en ambas vacunas autorizadas, éstas deberían ser eficaces contra las cepas G12P[8].⁶



Nigeria: La madre de una niña con poliomielitis abre las puertas a la vacunación

8 de mayo de 2013 – Fuente: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Puede que Aisha no sea capaz de leer, pero nunca olvida un nombre, o un niño. “¿Dónde están Hassan, Hassana y los otros niños?” pregunta Aisha a la mujer de la casa desde el umbral. “Hassana está en casa, pero Hassan está fuera”, dice su madre. “Llámallo, por favor, y también llama a Adnan, Walesa, Rahinatu y Hussaina”, dice ella.

Aisha lleva un *hijab* azul del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) para cubrirse el cabello, y para que la reconozcan fácilmente como Movilizadora Voluntaria de la Comunidad en Hawan Dawaki, un asentamiento ubicado en Kano, el estado al norte de Nigeria donde vive con sus 10 hijos.

Aisha conoce por su nombre a todos los niños y niñas menores de 5 años que viven en cada uno de los 220 hogares de Hawan Dawaki. Conoce a todos los bebés recién nacidos. Sabe cuál es el estado de vacunación de todas las mujeres embarazadas. Y, sobre todo, sabe cuántos niños han sido vacunados contra la poliomielitis.

Uno de cada 200

En esta región hay muchos niños que no reciben la vacuna contra la poliomielitis. A algunos de ellos no se les vacuna porque los padres se niegan a permitirlo, ya sea por miedo o confusión. A veces quedan sin inmunizar debido a que los vacunadores no saben cuál es el número exacto de niños elegibles en el hogar.



Aisha es una activista comunitaria voluntaria en el asentamiento de Hawan Dawaki, en el norte de Nigeria, donde anima a las familias a vacunar a sus hijos contra la poliomielitis.

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

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



Aisha habla con una madre joven sobre la importancia de que sus hijos sean vacunados, pero el marido de la mujer ha prohibido que les vacune.

Cualquiera que sea la razón, la parálisis irreversible afecta a uno cada 200 niños infectados con el virus.

En este caso, no importa que Aisha no sepa leer. Comprende mejor que nadie esta estadística: "un niño de cada 200". Lo comprende de la manera en que sólo una madre puede hacerlo, porque la hija de Aisha, Mariyam, era ese niño entre los 200.

Aisha cree que Mariyam, que ahora tiene 6 años, se quedó sin vacunar porque los vacunadores no sabían cuántos niños eran elegibles en su familia para recibir la vacuna. Ella cree que su pequeña hija tiene hoy poliomielitis porque el vacunador no conocía su nombre.

Por ello, Aisha camina ahora a lo largo de las veredas ardientes y polvorientas que enlazan las casas de su aldea, golpeando todas las puertas y llamando a cada niño por su nombre.

"¿Sabes por qué estoy aquí?" pregunta Aisha desde otro umbral. "Sí", responde una madre joven con el bebé en brazos.

"¿Todavía sigues sin aceptar la vacuna?" la sonrisa de Aisha se desvanece. "No, él no nos lo permite". El rostro de la mujer muestra tristeza, pero los deseos de su marido son claros.

Aisha no se rinde. Opina sobre los posibles malentendidos que la familia pueda tener acerca de la vacuna. Entonces dice: "¿Sabes que para ir a la ciudad santa de La Meca desde Nigeria, tienes que tomar gotas contra la poliomielitis, ya que Nigeria es un reservorio del virus?"

Es poco probable que la mayoría de los niños de esta pobre y remota parte de Kano lleguen nunca a hacer el *Hajj*, la peregrinación a La Meca que se considera como el punto culminante en la vida de un musulmán. Sin embargo, no es probable que nadie discuta lo que se requiere para ir a La Meca.

La mujer permanece en silencio. Tal vez ella le comente a su marido lo que Aisha le ha dicho, pero está claro que ella no tiene poder para tomar una decisión.

Un pie en la puerta

Es un equilibrio delicado. Para hacer su trabajo, Aisha debe depender de la aprobación de las autoridades locales, religiosas y de otro tipo, la mayoría de las cuales, en esta parte de Nigeria, son hombres. Y sin embargo, sin las mujeres como Aisha, que pueden "poner un pie en la puerta" donde muchas mujeres nunca podrían abrir la puerta a un hombre, el esfuerzo para erradicar la poliomielitis en Nigeria no sería posible.

Desde que comenzó su trabajo, Aisha ha llegado a 56 familias más de lo que solía hacerlo el equipo de vacunación. Gracias a ella, otros 159 niños recibieron la vacuna contra la poliomielitis en este asentamiento de alto riesgo.

Ampliar la escala

A principios de este año, un deterioro de la seguridad y las trágicas muertes de los trabajadores de vacunación obligaron a suspender las actividades de inmunización en el estado de Kano. Durante dos meses, comunidades enteras quedaron sin vacunar. Afortunadamente, las actividades se reanudaron con una campaña de vacunación realizada en abril de 2013.

Ahora en el estado de Kano, 557 voluntarios como Aisha llaman de nuevo a las puertas como parte de la campaña de comunicación contra la poliomielitis. Hay cerca de 2.200 voluntarios que trabajan en ocho estados de alto riesgo en Nigeria, con planes para ampliar el proyecto este año.

Mientras tanto, Aisha continúa su labor. Camina por las calles polvorientas. Llama a las puertas. A veces, cuando se abre una puerta, escuchará palabras como éstas: "Él no me lo permite".

Aisha ya no puede impedir lo que le pasó a su hija. Pero siempre, siempre persistirá para asegurarse de que lo mismo no les ocurra a otros niños.



Hablar con los líderes de la comunidad es parte vital del trabajo de Aisha de aumentar la conciencia pública.



Rumania: La crisis y la pobreza empeoran el efecto de la tuberculosis

19 de mayo de 2013 – Fuente: EFE

El aumento de la pobreza debido a la crisis, un sistema sanitario caótico y el estigma social que rodea a la tuberculosis son los factores de una ecuación que en Rumania causa 1.300 muertes cada año, la tasa de mortalidad más alta de toda la Unión Europea.

Aunque el país ha reducido en los últimos años el número de enfermos, ha crecido la incidencia de la tuberculosis multirresistente (TB-MDR), la manifestación más agresiva y que tiene su origen en un tratamiento inapropiado.

"Muchos enfermos abandonan el tratamiento, por lo que desarrollan una tuberculosis multirresistente que requiere un seguimiento de dos años, un periodo imposible de cumplir sin ayuda adicional de alimentos y transporte", explica Gilda Popescu, coordinadora del Plan Nacional de Lucha contra la Tuberculosis.

Cada año, más de 800 personas son diagnosticadas con esta virulenta forma de la enfermedad, cuyo tratamiento requiere más tiempo y más dinero, en un país donde la Seguridad Social falla en su obligación de atender a estos pacientes.

Según el tipo de tratamiento y su duración, luchar contra la TB-MDR supone una carga económica de entre 390 y 520 dólares al mes, en un país donde el sueldo medio oscila alrededor de los 450 dólares.

Además, lo agresivo del tratamiento impide a los pacientes trabajar, una situación insostenible para muchas familias, especialmente en el contexto de crisis económica que ha elevado los niveles de pobreza y desempleo en un país donde 30% de la población vive con menos de 5 dólares al día.

Si en 2009 se detectaron 300 casos de este tipo de tuberculosis, en 2001 la cifra fue de 830 y sigue subiendo, también porque se realizan más controles.

“Se tardan tres meses para detectar a un enfermo de tuberculosis, cuando en otros países se hace en días”, lamenta Popescu, que añade que los hospitales carecen de fármacos correctos por falta de dinero.

Bucarest lanzó en octubre de 2012 un plan nacional de cuatro años para contener la enfermedad y garantizar que sean diagnosticados y tratados al menos 80% de los casos y que la tasas de curación lleguen a 75%.

Sin embargo, el Gobierno aún no ha aportado los 7,2 millones de dólares que se comprometió a abonar anualmente durante la vigencia del plan, según denuncia Popescu.

“En Rumania, hay dos opciones: o tomas la medicación correcta, pero te mueres de hambre; o te marchas a trabajar y, tarde o temprano, regresas al hospital. En cada una de ellas, pierdes”, describe Jonathan Stillo, un antropólogo de la universidad de New York que estudia desde hace diez años la tuberculosis en Rumania.

Stillo recuerda el caso de Iulian, un paciente con tuberculosis multirresistente que fue hospitalizado el año pasado pero que abandonó el tratamiento para volver a trabajar, porque su mujer y su hija no tenían otra fuente de ingresos. Al poco tiempo, falleció.

En el otro extremo está la historia de Cristina, una veinteañera que un día se descubrió escupiendo sangre al toser. Tras el diagnóstico, su familia alquiló un estudio en Bucarest para que pudiera seguir el tratamiento. Hoy está sana, casada y con empleo.

“Los pobres son los más vulnerables pero también hay abogados, médicos y deportistas que han adquirido la forma latente la enfermedad”, explica Stillo.

“Cuanto mayor sea la crisis económica, mayor incremento de enfermedades habrá”, advierte.

Otro factor que influye en que muchos pacientes no sean tratados adecuadamente es el halo de marginalidad que aún rodea a este mal. “La gente tiene mucha vergüenza de declarar que es portadora de esta enfermedad; casi nadie lo reconoce”, subraya Stillo.



El parásito de la malaria guía al mosquito hacia el olor humano

17 de mayo de 2013 – Fuente: *Public Library of Science One*

Los mosquitos portadores del parásito de la malaria se sienten mucho más atraídos por el olor de los seres humanos que los mosquitos que no están infectados. Esta es la conclusión a la que llegó un equipo de investigadores liderado por la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (LSHTM).

Según los científicos, en los mosquitos infectados la atracción por el olor humano llega a triplicarse. Este incremento, dicen los expertos, se debe a que los parásitos toman el control de sus anfitriones y estimulan su sentido del olfato.

“Una cosa que siempre me sorprende sobre los parásitos es lo inteligentes que son. Son organismos que están evolucionando constantemente y siempre están un paso más adelante que nosotros”, señaló el Dr. James Logan de la LSHTM.

Pies olorosos

Para llevar a cabo el estudio, los investigadores infectaron a mosquitos *Anopheles gambiae* con la forma más letal del parásito, *Plasmodium falciparum*. Luego, introdujeron cerca de 100 de estos mosquitos en un frasco junto con algunas medias de nailon que habían sido usadas durante 20 horas por un grupo de voluntarios. “Es una manera muy efectiva de recolectar olor corporal. El olor puede permanecer activo por varios meses”, explicó Logan.

Los científicos repitieron el experimento con insectos no infectados. Así, descubrieron que los mosquitos que portaban el parásito presentaban una tasa de aterrizaje y de intentos de picar alrededor de tres veces mayor que los mosquitos no infectados, porque los parásitos habían logrado manipular su sentido del olfato.

Los investigadores creen que los mosquitos anfitriones sufren una alteración en alguna parte de su sistema olfativo que les permite detectar a las personas con más rapidez.

Técnicas para atraparlos

Al convertir al ser humano en un blanco fácil, es más sencillo para el parásito ingresar en su corriente sanguínea y asegurar su supervivencia, y la transmisión de esta enfermedad.



Todos los mosquitos sienten atracción por el olor del cuerpo humano, pero los que portan la malaria perciben esta fragancia con mayor intensidad.

Ahora, los investigadores comenzarán a trabajar en un proyecto de tres años para tratar de entender cómo los parásitos logran controlar el olfato de su anfitrión.

Entender cómo los mosquitos con malaria responden al aroma de las personas, dice Logan, podría contribuir enormemente a la lucha contra la enfermedad. "Si nos damos cuenta cómo el parásito logra manipular el sistema olfativo, quizá podamos identificar nuevos olores que atraigan a los mosquitos infectados y mejorar las técnicas para atraparlos".

Según las cifras más recientes de la Organización Mundial de la Salud, en 2010 se registraron alrededor de 219 millones de casos de malaria y 660.000 muertes por causa de esta enfermedad. El continente más afectado es África, con 90% de las muertes.⁷



El refuerzo de la vacuna contra la fiebre amarilla no es necesario

17 de mayo de 2013 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

La vacunación de refuerzo contra la fiebre amarilla, que se aplica diez años después de la vacunación inicial, no es necesaria. El Grupo Asesor Estratégico de Expertos (SAGE) en inmunización de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁸ revisó las últimas evidencias y concluyó en que una única dosis de la vacuna es suficiente para conferir inmunidad de por vida contra la fiebre amarilla.

Desde que la vacunación contra esta enfermedad se inició en la década de 1930, sólo se han identificado 12 casos de fiebre amarilla después de la vacunación, después de 600 millones de dosis aplicadas. La evidencia mostró que entre este pequeño número de "fracasos de la vacuna", todos los casos desarrollaron la enfermedad dentro de los cinco años posteriores a la vacunación. Esto demuestra que la inmunidad no disminuye con el tiempo.



Noticias de interés para los países endémicos de fiebre amarilla y para los viajeros

"La orientación convencional ha sido que la vacunación contra la fiebre amarilla debe ser reforzada a los diez años", dice la Dra. Helen Rees, presidente del SAGE. "En vista de la realmente muy buena evidencia, fue bastante claro para el SAGE que una única dosis de la vacuna contra la fiebre amarilla es eficaz. Esto es sumamente importante para los países donde la enfermedad es endémica, ya que permitirá reconsiderar los esquemas de vacunación. También es importante para los viajeros".

La fiebre amarilla es una enfermedad hemorrágica viral aguda transmitida por mosquitos infectados, que es endémica en 44 países de las zonas tropicales de África y América. La infección por el virus de la fiebre amarilla causa diferentes grados de enfermedad, desde síntomas leves hasta una enfermedad grave con hemorragia e ictericia y con resultados fatales.

Se estiman unos 200.000 nuevos casos por año

Se estima que hay 200.000 casos de fiebre amarilla en todo el mundo cada año. Alrededor de 15% de las personas infectadas desarrollarán una forma grave de la enfermedad, y hasta la mitad de estos morirá, ya que no hay cura para la fiebre amarilla. El tratamiento está dirigido simplemente a paliar los síntomas en los pacientes.

La gran mayoría de los casos y muertes reportadas ocurren en el África Subsahariana. En las regiones endémicas de África, la inmunidad natural contra la fiebre amarilla se adquiere con la edad, lo que pone a los niños en mayor riesgo de infección. En las últimas dos décadas, el número de casos de fiebre amarilla en todo el mundo se ha incrementado debido a la disminución de la inmunidad de la población a la infección, la deforestación, la urbanización, los movimientos de población y el cambio climático.

La vacunación es la medida más eficaz

La vacunación es la medida más importante y eficaz contra la fiebre amarilla. El 99% de las personas que reciben la vacuna desarrolla la inmunidad dentro de los 30 días posteriores. Para los programas de inmunización sistemática en África, donde están 31 de los 44 países endémicos de fiebre amarilla, la vacuna tiene un costo de alrededor de 0,82 dólares por dosis.

⁷ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

⁸ El SAGE es el principal grupo asesor de la OMS sobre vacunas e inmunización. Se encarga de asesorar a la OMS sobre políticas generales y estrategias mundiales, que van desde las vacunas y la tecnología, la investigación y el desarrollo, hasta la inmunización y sus vínculos con otras intervenciones sanitarias. El SAGE se ocupa de todas las enfermedades inmunoprevenibles, las vacunas y la inmunización infantil.

EL SIDA ES PROBLEMA DE TODOS...

Unidos Podemos Combatirlo

1-800-344-7432
¡llámenos!

Contestamos Preguntas desde los 50 Estados y Puerto Rico

La Llamada es Gratis y Confidencial

1-800-344-7432
8am a 2am hora del este

CDC asha

Centers for Disease Control and Prevention – CDC (Atlanta, Georgia, Estados Unidos).

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.