



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina



Número 1.138

24 de mayo de 2013

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

Comité Editorial

Editor Jefe
Ángel 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 Voza (Arg.)

Noticias

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

Argentina

• **Vigilancia de encefalitis de Saint Louis**

• **Santa Fe, Rosario: Primer caso de influenza A(H1N1) en la provincia**

• **Río Negro, San Antonio Oeste: Plomo en sangre, un índice que alerta**

• **Río Negro, Viedma: Aumentan los casos de sífilis**

América

• **Belice, Belice: Mueren 12 bebés por un brote intrahospitalario de infecciones por *Enterobacter cloacae***

• **Estados Unidos: La pandemia de influenza de 2009 fue más mortal para los jóvenes que para los adultos**

• **Costa Rica: La cepa de *Clostridium difficile* del Hospital 'San Juan de Dios' podría ser nueva en el país**

• **Paraguay: Ya son casi 83.000 los casos confirmados de dengue**

• **Venezuela: Confirman casos de influenza A(H1N1) en Falcón, Táchira y Zulia**

El mundo

• **África: Siete millones de VIH-positivos ya reciben tratamiento**

• **Arabia Saudí confirma otra muerte por el MERS**

• **Australia, Canberra: Más de 140 afectados de salmonelosis entre los clientes de un restaurante**

• **Bangladesh, Dhaka: Detectan 14 casos de ántrax**

• **España: Sólo 15% de los pacientes con hepatitis C recibe tratamiento**

• **Desentrañando el H7N9**

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/

Respecto del artículo 'Vigilancia de fiebre amarilla'

23 de mayo de 2013 – Fuente: Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 1.137

Recibimos una comunicación del Ministerio de Salud de la Nación de la República Argentina, respecto de un error que se deslizó en su Boletín Integrado de Vigilancia N° 170, el cual fue incluido en nuestro Reporte del día de ayer.

En el mismo, en el artículo 'Vigilancia de fiebre amarilla', figuran dos casos confirmados de la mencionada patología en la provincia de Santa Fe, uno en el año 2012 y otro en 2013. Según fue informado por el coordinador de Epidemiología Zona Sur del Ministerio de Salud provincial, Julio César Befani Bernal, no se trata de casos confirmados, sino de casos sospechosos que eventualmente fueron descartados. De modo que no se registran casos confirmados de fiebre amarilla en la provincia de Santa Fe en el período en cuestión y, por lo tanto, tampoco en todo el territorio argentino.

Queremos agradecer a Tomás Agustín Orduna (Presidente de la Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero, SLAMVI, y Jefe del Servicio de Patología Regional y Medicina Tropical del Hospital de Infecciosas 'Dr. Francisco Javier Muñoz'), a Julio César Befani Bernal y a Julián Gustavo Antman (Ministerio de Salud de la Nación), por ayudarnos a clarificar este tema.

SOCIEDAD ARGENTINA DE INFECTOLOGIA
S.A.D.I.

VACUNAS EN LA PRÁCTICA DIARIA

CURSO A DISTANCIA

Organizado por la Comisión de Vacunas de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI)

Dirigido a los miembros del equipo de salud responsables de la atención de pacientes en quienes la prevención de enfermedades y sus complicaciones a través del uso de vacunas tiene un gran impacto en la mejoría de la calidad de vida.

El curso está organizado en módulos focalizados en el uso de las vacunas destinadas a la población atendida por las diferentes especialidades. Los participantes tendrán la posibilidad de realizar el curso completo o solo aquellos módulos de su interés.

Las especialidades a quienes está dirigido este curso incluyen entre otras a la medicina interna y general, pediatría, geriatría, ginecología y obstetricia, cardiología, neumonología, oncohematología, reumatología, diabetología, etc.

• **COORDINADORES ACADÉMICOS:**
Dr. Ricardo Rüttimann
Dr. Daniel Stecher.

• **SECRETARIAS:**
Dra. Hebe Vazquez
Dra. Ana Laura Chattas.

• **COORDINADOR OPERATIVO:**
Dr. Javier Desse.

PROGRAMA

1. Vacunas para la prevención de las infecciones respiratorias y sus complicaciones
2. Vacunación de la mujer
3. Vacunación del huésped inmunocomprometido
4. Vacunas en pediatría
5. Vacunación del adulto y el personal de la salud
6. Vacunas para el viajero

DURANTE TODA LA DURACIÓN DEL CURSO SE BRINDARÁ A LOS PARTICIPANTES INFORMACIÓN SOBRE:

- a. Conceptos generales sobre vacunas e inmunización
- b. Calendarios de vacunación en Argentina, América Latina y el caribe

INICIO: JUNIO 2013
DURACIÓN: 6 MESES (192 HORAS)
FINALIZACIÓN: DICIEMBRE 2013

CURSO NO ARANCELADO

INSCRIPCIÓN:
<http://www.sadi.org.ar/educacionmedicacontinua.html>

Auspiciado por:


Vigilancia de encefalitis de Saint Louis

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	5	—	3	1
Buenos Aires	18	1	32	2
Córdoba	101	5	381	—
Entre Ríos	12	—	14	—
Santa Fe	27	—	3	—
Centro	163	6	433	3
La Rioja	15	—	—	—
Mendoza	2	—	—	—
San Juan	25	—	6	—
San Luis	23	—	13	—
Cuyo	65	—	19	—
Corrientes	—	—	7	—
Chaco	2	—	55	1
Formosa	—	—	1	—
Misiones	—	—	6	—
NEA	2	—	69	1
Catamarca	1	—	—	—
Jujuy	—	—	4	—
Salta	6	—	—	—
Santiago del Estero	2	—	1	—
Tucumán	—	—	11	—
NOA	9	—	16	—
Río Negro	—	—	1	—
Tierra del Fuego	—	—	2	—
Sur	—	—	3	—
Total Argentina	239	6	540	4



GOBIERNO DE SANTA FE

Santa Fe, Rosario: Primer caso de influenza A(H1N1) en la provincia

22 de mayo de 2013 – Fuente: Gobierno de Santa Fe (Argentina)

La Dirección de Promoción y Protección de la Salud y la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario informaron que se confirmó un caso de influenza A(H1N1) en la ciudad de Rosario.

Según lo adelantó el coordinador de Epidemiología Zona Sur del organismo provincial, Julio César Befani Bernal, “se trata de un hombre de 29 años que ingresó a un hospital público de la ciudad con un cuadro clínico compatible con enfermedad tipo influenza -fiebre, cefalea, mialgias y tos moderada- y en sus estudios solicitados se confirma el diagnóstico de influenza A(H1N1)”.

Befani Bernal consignó que el paciente tiene factores de riesgo y no estaba vacunado contra la influenza.



Río Negro, San Antonio Oeste: Plomo en sangre, un índice que alerta

23 de mayo de 2013 – Fuente: Río Negro (Argentina)

Ocho años después que el Ministerio de Salud de la Nación analizara la sangre de 200 niños expuestos al plomo y otros metales pesados, producto de la escoria de fundición proveniente de Mina Gonzalito, se supo que el nivel de toxicidad manifestado por 64% de esos niños (hoy adolescentes) los convertía en blanco de altísimos riesgos.

A causa de esto deberían haber sido objeto de intervenciones directas sobre su salud, porque entre las enfermedades que desencadenan estos tóxicos figuran dolencias en los riñones, la médula ósea y trastornos asociados a la alteración de las funciones cerebrales, como problemas de atención, comportamiento, bajo coeficiente intelectual y dificultades de aprendizaje.

Ocurre que los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos bajaron recientemente el porcentaje de plomo en sangre considerado admisible². Esto provocó una nueva lectura sobre los estudios de 2005. Por eso, 64% de los chicos que entonces poseían 5 microgramos de plomo por decilitro de sangre, si hubieran sido analizados hoy se hubieran considerado en franco riesgo. Mientras tanto, 20% que por entonces mostraron poseer 10 microgramos y en ese momento fue el único porcentaje preocupante, actualmente estarían muy por

¹ Esta información es parcial y sujeta a modificaciones. Las notificaciones incluyen casos sospechosos.

² Ver ‘Estados Unidos: Los CDC reducen el umbral de intoxicación por plomo para los niños’ en Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 903, de fecha 21 de mayo de 2012.



Desde el 21 de mayo flamea en el acceso a la ciudad esta bandera negra. Nadie sabe quién la colocó ni qué significa en realidad.

premo Tribunal de Justicia, entre otros puntos, un relevamiento de las condiciones de salud infantil. Los resultados de estos estudios aún se desconocen, pero se sabe que a pedido del Ministerio el hospital local volvió a examinar a varios de los pequeños que viven en la zona de La Chanchería, que es la más próxima al lugar de acopio del plomo.

Mientras tanto las autoridades municipales, provinciales y nacionales ignoran las demandas de la población, que quieren saber por qué está paralizado el proceso de remediación de esta escoria.



Río Negro, Viedma: Aumentan los casos de sífilis

23 de mayo de 2013 – Fuente: Agencia Digital de Noticias (Argentina)

Equipos técnicos del Ministerio de Salud de Río Negro y del Hospital 'Artémides Zatti', de Viedma, realizarán un estudio epidemiológico para determinar los factores de riesgo que están incidiendo en el aumento de casos de sífilis en la capital rionegrina. Este problema de salud no es novedad en Viedma: en 2011 se registraron 36 casos, el año pasado superó holgadamente ese número y en lo que va de este año ya hay 46, según cuantificó la jefa del Departamento de Epidemiología, Liliana Fonseca. Por otra parte, se informó oficialmente que la coordinación de acciones se inició luego de una reunión convocada desde el Departamento de Actividades Programadas para el Área (DAPA) del hospital local para abordar "una situación sanitaria grave", según definió el director del centro público asistencial, Alberto Lucio.

"Este es un espacio de trabajo convocado ante la necesidad de mostrar un problema sanitario y construir una solución lo más inmediata posible", puntualizó Lucio. "Los datos expuestos por los técnicos del Ministerio de Salud demuestran un aumento en la notificación de casos registrados en el ámbito provincial. Del total, 50% corresponde al área programática Viedma", dice el informe de Epidemiología, que no cuantificó las situaciones detectadas hasta el momento.

En el cuadro de situación planteado, desde el Ministerio de Salud se propuso orientar la línea de investigación hacia el "análisis de las causas que hacen que esta enfermedad tenga este comportamiento, en este momento y en esta localidad". En ese sentido, se realizará una encuesta entre las personas atendidas con esta patología entre el 1 de enero de 2012 y mayo de 2013, con el objetivo es "conocer las conductas sociales o individuales que generaron la mayor frecuencia de casos de este evento en Viedma", se remarcó desde Epidemiología.

El estudio se iniciará el 27 de este mes y finalizará el 30 de junio, mientras que la estimación del Ministerio de Salud es que los resultados estén disponibles el 18 de julio.

Por su parte, Fonseca admitió que "nos asusta mucho" los casos presentados de madres embarazadas que notifican sífilis.

La funcionaria dijo que el "brote" de la enfermedad se registró solo en Viedma, pero que se sigue con atención la situación en otras ciudades, como General Roca, Cipolletti y Bariloche. En Ingeniero Jacobacci no se registraron casos, según mencionó Fonseca.

América



Belice, Belice: Mueren 12 bebés por un brote intrahospitalario de infecciones por *Enterobacter cloacae*

23 de mayo de 2013 – Fuente: Prensa Latina

Las autoridades sanitarias de Belice están alertas ante un brote de infecciones por la bacteria *Enterobacter cloacae* que se sospecha ocasionó la muerte de 12 bebés en el Karl Heusner Memorial Hospital.

El deceso de los pequeños tuvo lugar en las últimas tres semanas en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales de este centro médico de referencia del país.

A juicio del director de Servicios Médicos de la institución, Adrian Coye, este organismo que ataca el aparato digestivo humano, no es una superbacteria, pero el problema radica en que es difícil de eliminar y se transmite por contacto directo e indirecto.

Añadió que por el perfil del patrón de resistencia en el organismo, esta bacteria es sensible a los medicamentos que el Ministerio de Salud puso a disposición del hospital.

Coye explicó que de los 12 fallecidos, solo en siete bebés se confirmó la presencia de la bacteria.

Señaló que en estos momentos el hospital se encuentra cerrado y estudian las causas de aparición y transmisión de la bacteria en sus instalaciones, a lo cual seguirán las labores de desinfección.

En esta tarea, apuntó el doctor, cuentan también con la colaboración de especialistas de la Organización Panamericana de la Salud.



Estados Unidos: La pandemia de influenza de 2009 fue más mortal para los jóvenes que para los adultos

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

Un nuevo estudio de la Universidad de California, en Irvine (Estados Unidos), revela que la pandemia de influenza A(H1N1) de 2009 fue más mortal para las personas menores de 65 años, ya que los que superan esa edad tenían una mayor inmunidad debido a la exposición previa a virus similares.

Las muertes por pandemias de influenza se inclinan más hacia los jóvenes que las de la influenza estacional a causa del “reciclaje antigénico”. Entre 1918 y 1957, todos los virus de la influenza en circulación estuvieron en la categoría A(H1N1), por lo que en 2009, los adultos mayores tenían cierta protección derivada de su experiencia previa con virus de este tipo, dijo Andrew Noymer, profesor asociado de Salud Pública en la Universidad de California, en Irvine, y coautor del estudio.

“La pandemia de influenza A(H1N1) fue relativamente leve en la medida en que las muertes relacionadas con la enfermedad estaban por encima de los niveles normales, de temporada”, dijo. “Las tasas de mortalidad fueron más altas entre los 25 y los 64 años de edad”, agregó este investigador.

La mayor parte de las muertes por neumonía e influenza generalmente ocurren en personas mayores de 65 años, pero cuando A(H1N1) se convirtió en la cepa de la influenza dominante en 2009, el consiguiente aumento de muertes por neumonía e influenza se registró en los grupos de edad que suelen tener bajas tasas de mortalidad.

En total, hubo 53.692 muertes por neumonía e influenza en 2009, de los cuales 2.438 eran considerados en “exceso” o por encima del número esperado, ya que en 2010 hubo alrededor de 50.000 muertes de este tipo, de las cuales 196 fueron consideradas superiores a las previsiones.

“La pandemia de 2009 fue inusual no sólo por su exceso de muertes, sino por el momento y la distribución de edad de esas muertes”, dijo Noymer. Octubre y noviembre de ese año tuvo las tasas de mortalidad más altas de influenza en personas de 25 a 34 años por lo menos desde 1959, cuando comenzó la recolección automatizada de las estadísticas de población.

“La definición de pandemia se basa en la novedad de la cepa del virus y la cifra de muertes, pero la mortalidad no tiene que ser enorme para que pueda ser considerada una pandemia -dijo-. La influenza A(H1N1) de 2009 fue un excelente ejemplo de una cepa de virus con una mortalidad relativamente indulgente”. Noymer aconseja a las administraciones sanitarias que orienten también las campañas de vacunación pandémica a los adultos menores de 65 años, aunque no estén entre las poblaciones de mayor riesgo de brotes de influenza estacional regular.

La novedad de la cepa de la influenza aviar que está emergiendo actualmente, H7N9, es digna de mención, según Noymer, ya que es un virus que no se ha visto antes. Aunque es demasiado pronto para predecir la gravedad de H7N9, este experto cree que tiene el potencial de ser severo en todas las edades, ya que nadie que vive en la actualidad ha estado expuesto previamente a este tipo de virus.³



Costa Rica: La cepa de *Clostridium difficile* del Hospital ‘San Juan de Dios’ podría ser nueva en el país

22 de mayo de 2013 – Fuente: *La Nación (Costa Rica)*

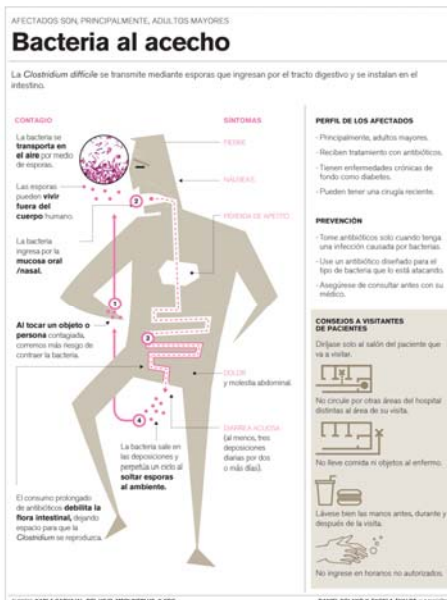
La cepa de la bacteria *Clostridium difficile* presente en el Hospital ‘San Juan de Dios’ podría ser nueva en el país y, hasta hoy, no identificada.

Xiomara Badilla, jefa de Epidemiología de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), explicó que las pruebas que normalmente se realizan para identificar las cepas de *C. difficile* dieron negativas para las toxinas A y B, que generan las cepas observadas usualmente en los hospitales de Costa Rica.

Las pruebas dieron negativas también para la cepa hipervirulenta NAP1/B1/O27, que afectó al mismo centro médico entre mayo y agosto del 2009 y que estuvo presente en la mayoría de los 17 muertos infectados con la bacteria.⁴

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

⁴ Ver ‘Costa Rica: Brote de infecciones por *Clostridium difficile* en el Hospital San Juan de Dios’, en Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 350, de fecha 26 de octubre de 2009.



El resultado negativo de estas pruebas obligó al hospital a trabajar con la Facultad de Microbiología de la Universidad de Costa Rica (UCR). En caso de requerir más análisis, las bacterias serán enviadas a Canadá para su estudio.

“Ya la UCR está en coordinación para estudiar la bacteria. No son usualmente los tipos de *Clostridium* que están en el Hospital ‘San Juan de Dios’”, manifestó Badilla.

La ventaja es que el comportamiento de *C. difficile* hasta hoy no es tan agresivo como en 2009.

Cecilia Monge, médica especialista en Salud Pública, quien perteneció al equipo que atendió a los pacientes en aquella época, indicó que en ese entonces la situación fue mucho más grave.

“La cepa que se registró en 2009 atacaba a personas jóvenes. Tuvimos aislados a pacientes de 30 años, se infectaban fácilmente y las muertes se dieron muy rápido”, recordó Monge.

La situación

En el Hospital ‘San Juan de Dios’ permanecen aislados seis pacientes con esta bacteria y no se han registrado nuevas muertes.

Karla Carvajal, coordinadora de Infecciones Intrahospitalarias del hospital, dijo que no se darían más declaraciones, a no ser que suceda algo relevante.

No obstante, algunos trabajadores del hospital y sindicalistas aseguran que la CCSS intenta minimizar la situación.

“Es grave y preocupante. Hay trabajadores que nos dicen que hay rumores de una situación más grave, y que la CCSS no le da la atención que se merece, y está minimizando lo que pasa. Estamos investigando qué sucede”, dijo Luis Chavarría, presidente del sindicato Unión Nacional de Empleados de la Caja y la Seguridad Social (UNDECA).

Mientras, el Hospital ‘San Vicente de Paul’, en Heredia, confirmó una muerte a causa de una infección con esta bacteria, un caso que se considera aislado, pues no se registran más infecciones de este tipo en ese centro médico.

La paciente fallecida era una mujer de 90 años que ingresó a Emergencias con una infección en el miembro inferior derecho, con una celulitis grave, hipertensión y malas condiciones sépticas.

“El caso es aislado, dentro de lo esperado como infección intrahospitalaria. Se manejó aislada y falleció en la unidad de cuidados intensivos. No hay más casos de este tipo de infección. No es brote y solo se refuerzan las medidas de lavado de manos, programa instaurado en el hospital hace más de dos años”, dijo Yamileth Obando, directora del centro.



Paraguay: Ya son casi 83.000 los casos confirmados de dengue

22 de mayo de 2013 – Fuente: La Nación (Paraguay)

El Ministerio de Salud Pública de Paraguay informó que ya son 82.921 los casos confirmados de dengue en los primeros cinco meses del año. La cartera estatal afirmó que se trata de la epidemia más grave de esa enfermedad que atravesó el país.

El mayor número de personas con síntomas de la enfermedad se registró en el departamento Central, el cual alberga 69% del total de casos del país, seguido de Asunción, con 14,9%, y el departamento de Alto Paraná, con 4%.

La Dirección de Vigilancia de la Salud informó además que se registra circulación de dos serotipos del virus del dengue –DEN-2 y DEN-4– en los departamentos de Amambay, Alto Paraguay y Caaguazú. En Canindeyú, hay los serotipos son DEN-1 y DEN-2; y en Alto Paraná, DEN-1, DEN-2 y DEN-3.

El peligro de la co-circulación de diferentes serotipos de dengue radica en que las personas que tuvieron la enfermedad de un serotipo y luego se vuelven a enfermar por otro diferente, tienen mayor probabilidad de desarrollar dengue grave.

Las ciudades del departamento Central que están más comprometidas son San Lorenzo, Luque, Limpio, Mariano Roque Alonso, Itauguá, Itá, San Antonio y Guarambaré.

En total, se han confirmado 57 fallecimientos por dengue en lo que va del año, al igual que hace dos semanas. El promedio entre el inicio de síntomas de los pacientes hasta el deceso fue de seis días.

El 60% de los fallecidos son hombres. El 72% de las víctimas fatales presentaron condiciones de salud desfavorables, como hipertensión arterial, diabetes, crónicos renales, obesidad mórbida, cardiopatías.

“El dengue retrocede”

Antonio Arbo, Ministro de Salud Pública, manifestó que tanto las notificaciones como las hospitalizaciones por dengue se han reducido de manera considerable, aunque indicó que esto no significa que se deban bajar los brazos en la lucha contra la enfermedad. Adelantó que continuarán con las campañas ambientales y las fumigaciones, a fin de combatir y eliminar los criaderos del mosquito transmisor del dengue. El ministro recomendó no bajar los brazos en la lucha contra la enfermedad.

El funcionario además resaltó que en la misma medida que bajan los casos de dengue, aumentan los de afecciones respiratorias ante las bajas temperaturas y la llegada del invierno que se acerca.

El 22 de mayo falleció en el estado Falcón la primera víctima del virus A(H1N1). Se trata de una adolescente de 15 años, que llevaba ya más de tres días con los síntomas.

Jorge Haskourt, autoridad única de salud en el estado, dijo que ciertamente está la sospecha "pero no ha sido confirmado". Se limitó a decir que en la entidad hay 5.000 dosis de oseltamivir para atender cualquier eventualidad.

Por su parte, Francisco Leal, Director Regional de Epidemiología, dijo que el cerco se activó una vez se declararon en alerta los estados Lara y Zulia. Hasta ahora se mantienen 13 personas como sospechosas de la influenza en la entidad.



En Táchira

Autoridades de la Corporación de Salud en Táchira confirmaron la presencia de dos casos de influenza A(H1N1) en la entidad, y ante el registro de 125 casos en el estado Mérida y el presunto fallecimiento de dos personas en el departamento colombiano de Norte de Santander, se mantiene atención en el cerco epidemiológico.

Lucila Aguilar, presidenta de Corposalud en Táchira, indicó que los casos registrados en Táchira fueron ubicados en las localidades de San Josecito, al sur de San Cristóbal, y en Colón, al norte de la capital tachirense. Trascendió que uno de los enfermos en una mujer que se desempeña como enfermera.

"Ya están fuera de peligro", aseguró Aguilar quien indicó que en Táchira se han tomado las previsiones ante cualquier brote que pudiera registrarse en los límites con el estado Mérida y el departamento colombiano de Norte de Santander.

"Hago un llamado a la calma. No hay por qué alarmarse", indicó Aguilar.

En Colombia se registraron dos muertes en las localidades de Pamplona y Cúcuta, en la frontera con Táchira y donde acuden con frecuencia venezolanos por motivos de estudios o negocios.

En Zulia

Las autoridades epidemiológicas de Zulia confirmaron nueve casos de influenza A(H1N1) distribuidos entre los municipios Maracaibo, San Francisco, Cabimas y Colón. La epidemióloga regional Ana Izaguirre informó que se analizaron más de 1.800 muestras sospechosas y nueve resultaron positivas.

"No hay ninguna alarma porque la incidencia es muy baja. Somos un estado con más de cuatro millones de habitantes y fronterizo con Mérida, que es donde se registró el brote", explicó Izaguirre. En esa entidad, hasta el momento, hay más de cien casos confirmados.

Dijo también que la vacuna es colocada a una población específica y reiteró algunas medidas como no acudir a conglomerados en caso de sospechar de la enfermedad, taparse la nariz al estornudar, lavarse las manos con frecuencia y acudir al médico ante síntomas asociados a la influenza.

Vacunan en Carabobo

Haydeé Ochoa, epidemióloga regional del estado Carabobo, aseguró que en esta entidad federal no hay casos confirmados de influenza A(H1N1).

Indicó que las muestras de 17 casos sospechosos no han sido confirmadas por el Instituto Nacional de Higiene 'Dr. Rafael Rangel'.

Ochoa refirió que Insalud –el órgano regional del sector salud en Carabobo– se encuentra completamente preparado, mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, para controlar a quienes manifiesten síntomas de influenza.

También aseveró que en esta entidad federal, los centros de salud tienen la dotación necesaria de vacunas y supervisión epidemiológica a fin de evaluar las historias médicas.

El mundo

Desde 2005, el número de pacientes con VIH en tratamiento en África ha pasado de menos de un millón a más de siete. Coincidiendo con la 21ª Reunión de la Unión Africana que comienza en Adis Abeba (Etiopía), la Organización de Naciones Unidas (ONU) ha querido remarcar este logro de los últimos años.

En un comunicado, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) destacó que sólo en el último año el número de pacientes seropositivos en tratamiento en el continente creció en un millón, unas cifras que permiten un atisbo de optimismo en el control de la epidemia allí donde su gravedad más preocupa todavía.

ONUSIDA destaca que entre 2001 y 2011, la cifra de nuevas infecciones por el VIH en países africanos se ha reducido 33%. En los últimos cinco años han decrecido también las víctimas mortales a causa del virus.



Un voluntario realiza la prueba del VIH en Costa de Marfil.

“África ha sido muy relevante en este revés a la epidemia del VIH”, destacó el director ejecutivo de ONUSIDA, Michel Sidibé, que también recordó que el continente negro sigue siendo el triste epicentro de la enfermedad. De hecho, sigue siendo la región del mundo con mayor número de casos, con 1,8 millones de nuevas infecciones al año y 1,2 millones de muertes por enfermedades relacionadas con los daños del VIH en el organismo.

Un incremento del número de pacientes en tratamiento, destacan todos los especialistas, es una de las armas más efectivas en el control de la propagación del VIH, porque un paciente tratado transmite el VIH con menos facilidad. Por eso, ONUSIDA ha querido aprovechar la celebración del 50 aniversario de la unidad africana para felicitar a los países de la región por sus logros.

Sólo en Sudáfrica, el número de pacientes en tratamiento ha crecido 20% en el último año, y en 16 estados se ha logrado ya que tres cuartas partes de las mujeres embarazadas tomen la medicación necesaria para no transmitir el VIH a sus hijos durante la gestación y el parto.

europa **Arabia Saudí confirma otra muerte por el MERS** press

23 de mayo de 2013 – Fuente: Europa Press

El Ministerio de Sanidad de Arabia Saudí confirmó el 22 de mayo una nueva muerte a causa del síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS) en la provincia de Al Qasim, en el centro del país, elevando el balance de víctimas en el país a 17.

Las autoridades explicaron que el fallecido no es saudí, pero tiene pasaporte de un país árabe. El portavoz de Sanidad en Al Qasim, Mohamed al Dabasi, dijo que se trataba de un hombre de 63 años, que sufría de hipertensión y diabetes.

El enfermo fue ingresado en el hospital por una neumonía, aunque los médicos sospecharon que podía ser un nuevo caso de infección por el coronavirus MERS-CoV porque presentaba los síntomas, y decidieron practicarle las pruebas, que al final dieron positivo.

El fallecimiento ha tenido lugar apenas unos días después de que un hombre tunecino de 66 años muriera a causa de este coronavirus, tras una visita a Arabia Saudí.

Por otro lado, el Ministerio anunció que varios infectados se han recuperado en el este del país, entre ellos una mujer de 60 años.

La semana pasada, la Organización Mundial de la Salud (OMS) confirmó el primer caso de contagio del nuevo coronavirus de pacientes a médicos en Arabia Saudí. Los casos se detectaron en dos enfermeros que trabajaban con pacientes infectados por este virus.

Hasta el momento se han confirmado un total de 44 casos de la enfermedad, 33 de ellos en Arabia Saudí, aunque también se han registrado casos en Jordania, Qatar, Gran Bretaña, Alemania y Francia.

La OMS ha pedido mantener la vigilancia en los casos de infecciones respiratorias agudas y revisar con detenimiento cualquier patrón poco común en los pacientes.

En ese sentido, recomienda pruebas específicas del coronavirus a pacientes con neumonías de origen no aclarado o a pacientes con infecciones agudas y complicadas que no respondan al tratamiento médico habitual, especialmente en el caso de personas que residan o hayan visitado la península Arábiga y los países vecinos.

La OMS pide compartir la información sobre el coronavirus

La OMS advirtió a los países con posibles casos de MERS que deben compartir la información y no permitir a los laboratorios comerciales lucrar con el virus.

Arabia Saudí dijo que el desarrollo de pruebas para diagnosticar la enfermedad se había visto demorado por los derechos de patentes de un laboratorio extranjero.

“Hacer acuerdos entre los científicos porque quieren obtener PI (propiedad intelectual), porque quieren ser los primeros en el mundo en publicar en las revistas científicas, estas son cuestiones que debemos abordar”, dijo Margaret Chan, directora general de la OMS a los ministros de salud que asistían a la conferencia anual de la OMS en Ginebra. “Ninguna PI se interpondrá a las medidas de la salud pública”, agregó.

El virus fue identificado en septiembre del año pasado, tres meses después que un científico llevó una muestra desde Arabia Saudí al Centro Médico Erasmus en los Países Bajos. “Hubo un lapso de tres meses durante los cuales no estaban al tanto del descubrimiento del virus”, dijo en la reunión en Ginebra el viceministro de salud de Arabia Saudí, Ziad Memish. Dijo que la muestra fue sacada del país sin permiso y que Arabia Saudí solo se enteró del descubrimiento por un sistema de información estadounidense basado en Internet.

El laboratorio Erasmus, con sede en Rotterdam, luego patentó el proceso para sintetizar el virus, es decir que cualquier persona que quiera utilizar su método para estudiarlo tendría que pagar al laboratorio.

“La patente había demorado el desarrollo de equipos de diagnóstico y pruebas serológicas para la enfermedad”, dijo Memish. “El virus fue enviado fuera del país y fue patentado, se firmaron contratos con compañías de vacuna-

ción y compañías de medicamentos antivirales y es por ello que poseen un MTA (Acuerdo de Transferencia de Material) a ser firmado por cualquier persona que pueda utilizar ese virus y eso no debería suceder”, dijo.

Chan dijo a los ministros de salud “ustedes son el jefe” y les exhortó el asegurarse que los científicos compartan sus muestras con la red de laboratorios colaboradores de la OMS.

La patente no viola las normas de la OMS de compartir tal información sobre una posible pandemia, que sólo es aplicable al virus de la influenza, pero existe un requerimiento legal para que los países notifiquen a la OMS respecto a cualquier brote de una enfermedad de importancia internacional.

Keiji Fukuda, director general asistente para la seguridad sanitaria de la OMS, dijo que aún se desconocía mucho sobre el virus y había gran preocupación sobre su posible propagación. Respecto a las lagunas en el conocimiento del virus estaba “la información sobre su propagación geográfica, y muchos países podrían sólo tener una mínima supervisión de la enfermedad”, indicó.

The Canberra Times Australia, Canberra: Más de 140 afectados de salmonelosis entre los clientes de un restaurante

15 de mayo de 2013 – Fuente: The Canberra Times (Australia)

El número de casos sospechosos de salmonelosis ha superado los 140 en el brote más grande de su tipo jamás visto en el Territorio de la Capital Australiana (ACT). Esto obligó a los hospitales de Canberra y Calvary para activar sus protocolos de respuesta de emergencia en la noche del 14 de mayo, pero en la tarde del 15 de mayo ya habían sido cancelados ya que el número de personas que acudían a los servicios de emergencias había comenzado a disminuir.

Quince personas habían sido hospitalizadas hasta el 15 de mayo por la noche, y muchas más habían sido atendidas en los servicios de emergencia. El brote se limitó a personas que comieron el 11 y 12 de mayo en el recién inaugurado Copa Brazilian Churrasco, en Dickson.

“Realmente estamos tratando de encontrar a alguien que no esté enfermo; casi todos los que comieron en el restaurante enfermaron, lo que es inusual”, dijo Paul Kelly, oficial en jefe de salud del ACT. “No sólo ha habido personas gravemente enfermas, sino que han enfermado muy rápidamente, más que lo que normalmente ocurre en un brote de salmonelosis”.

Equipos de salud ambiental y de enfermedades transmisibles continuaban trabajando con los cocineros y el propietario del restaurante el 15 de mayo, tratando de precisar el origen del brote bacteriano.

“Cuando hacemos este tipo de investigaciones de brotes, por lo común se aclara rápidamente que alimento en particular ha sido el problema, y podemos manejarlo. Esto es bastante más complejo porque hay una gran variedad de carnes, ensaladas y salsas, y parece que casi todos comieron de todo”, dijo.

“Estamos trabajando estrechamente con el restaurante para conocer sus procesos y ver exactamente lo que han estado haciendo, cómo han preparado su comida. ¿Ha habido contaminación cruzada? ¿Es el uso de los huevos? Estos son el tipo de cosas que hemos visto en anteriores brotes”.



Dhaka Tribune Bangladesh, Dhaka: Detectan 14 casos de ántrax

17 de mayo de 2013 – Fuente: Dhaka Tribune (Bangladesh)

En Dhaka, 14 personas han sido infectadas con ántrax en la upazila Tangail Sadar⁵. El Dr. Putul Roy, Oficial de Salud y Planificación Familiar de la upazila, dijo que las personas afectadas se encontraban entre los que sacrificaron y procesaron la carne de una vaca infectada con ántrax el 4 de abril de 2013. Asimismo, 6 personas de las 11 familias que recibieron la carne también han sido infectadas.

“El 11 de mayo, uno de los afectados buscó atención en el Tangail General Hospital. El 13 de mayo, nuestro personal fue a la aldea para hacer un relevamiento y trajo a todas las personas infectadas al hospital”, dijo Roy. El Dr. Nazrul Islam, cirujano civil, dijo que también había visitado la zona. Un equipo de 16 miembros de Dhaka visitó la zona el 16 de mayo.

El Dr. Habibur Rahman, Oficial de Ganadería del Distrito, dijo que 1.468 animales habían sido vacunados contra la enfermedad en los últimos tres días.⁶

⁵ Una upazila es uno de los subdistritos en los que está dividida cada una de las 64 zilas o distritos de Bangladesh. Actualmente existen 481 upazilas en el país, las cuales constituyen el nivel más bajo de división administrativa.

⁶ La fecha de exposición del 4 de abril de 2013 puede ser incorrecta, ya que esto significa que el periodo de incubación en las personas fue de unas 4 semanas. Esto puede ser posible con muy bajos niveles de exposición, pero sólo podrían haberse producido uno o dos casos humanos, no 8 que participaron en el despiece y distribución de carne y 6 que recibieron más de lo que pagaron. La fecha 4 de mayo de 2013 es más probable.

Aunque el número de animales vacunados, cercano a los 1.500 animales en los últimos tres días, parece muy pequeño, debe tenerse en cuenta que en la región no existen grandes rebaños, sino pequeñas manadas de 3-12 animales dispersos en pequeñas explotaciones individuales. Es de esperar que haya tenido éxito la prevención de nuevos casos en animales, y por lo tanto en humanos. Sería interesante

En España se estima que hay entre 400.000 y 1,2 millones de afectados por la hepatitis C, pero sólo están diagnosticados menos de la mitad de estos pacientes y apenas 15% recibe tratamiento, lo que sitúa al país “a la cola” de Europa en el control de la enfermedad.

Así lo explicó el Dr. José Luis Calleja, del Servicio de Gastroenterología y Hepatología del Hospital Universitario ‘Puerta de Hierro’ de Majadahonda (Madrid), durante la presentación de un informe internacional sobre el impacto mundial de esta enfermedad, que afecta a 150 millones de personas y causa 350.000 muertes anuales.

Aunque se la conoce como la “pandemia silenciosa” por la falta de síntomas, se trata de una enfermedad “devastadora” que es la principal causa de cirrosis, cáncer de hígado y trasplante hepático en España. Hasta el punto que está previsto que el pico de cirrosis se detecte en 2020, como consecuencia del aumento de contagios de hepatitis C que se produjeron en la década de 1980 por el uso de drogas inyectables y por las transfusiones de sangre.

Por todo ello, Calleja reclamó la necesidad de que España elabore un plan integral coordinado con todas las comunidades y que agrupe a todos los profesionales sanitarios, que permita aumentar el diagnóstico de la enfermedad y mejorar el acceso a nuevos tratamientos.

“Francia tiene a 70% de los pacientes diagnosticados, España no llega a 50%”, reconoce este experto, que pone como ejemplo el abordaje que hay actualmente para el control del VIH.

De hecho, recordó que “actualmente todos los pacientes con VIH reciben tratamiento en España, sin barreras”, algo que no sucede con la hepatitis C. Hasta el punto, añadió, que “la principal causa de muerte de los enfermos de VIH no es este virus sino el de la hepatitis C”.

Además de la mejora en el diagnóstico de la enfermedad, para lo que sería clave el apoyo de los médicos de atención primaria, Calleja defiende la necesidad de favorecer el acceso a las nuevas terapias que están surgiendo. “Es una enfermedad curable, pero al final, por una razón o por otra, no se le pone tratamiento”, lamenta.

Nuevos fármacos que duplican la curación

En concreto, recordó que en el último año ha sido aprobada una nueva combinación de medicamentos que, combinada con el tratamiento estándar, puede lograr casi duplicar las tasas de curación actuales, pasando de 40 a 70% de pacientes curados.

Aunque ya está autorizada en todas las comunidades, médicos y pacientes reconocen que se están produciendo “trabas” que dificultan su uso en los hospitales y generan desigualdades en el acceso “incluso dentro de una misma ciudad”, principalmente por su elevado costo, de hasta 35.000 dólares por paciente.

“Ahora que hay un tratamiento eficaz, no se nos cura porque no hay dinero”, se lamenta Antonio Bernal, presidente de la Federación Nacional de Enfermos y Trasplantados Hepáticos (FNETH), quien recuerda además que 58% de los afectados por esta enfermedad se contagiaron en el ámbito sanitario.

Calleja criticó que el costo de las nuevas terapias sea un impedimento para su implantación ya que, a largo plazo, “suponen una inversión”. De hecho, recuerda que 20% de estos enfermos, si no son tratados, acaban necesitando un trasplante hepático, cuyo costo es de unos 193.000 dólares por paciente.

El problema, añadió Rafael Bengoa, exconsejero vasco de Sanidad que actualmente está en el equipo asesor en materia sanitaria del presidente de Estados Unidos, Barack Obama, es que la visión de los gestores sanitarios se centra “sólo en el corto plazo”.

El experto reclamó que los presupuestos en materia sanitaria se analicen a largo plazo, para poder tener en cuenta los ahorros “no inmediatos” que pueden ofrecer determinadas decisiones; que haya una financiación finalista y que se transforme el modelo asistencial actual del Sistema Nacional de Salud.

Laboratorios de todo el mundo siguen investigando un virus que ya ha causado 36 muertes y 131 casos (todos en China, excepto uno en Taiwán). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la nueva cepa de influenza aviar hallada en China es “una de las más letales” de las detectadas de su clase hasta ahora, aunque por el momento no hay evidencias de su contagio entre humanos.

Los investigadores de varias universidades de China, Hong Kong y Canadá han recurrido a los hurones para adelantarse al comportamiento del H7N9. Los experimentos con hurones, dirigidos por Yi Guan y Yuelong Shu, han demostrado que esta nueva influenza aviar (que nunca antes había infectado a humanos) se transmite fácilmente cuando los animales están en contacto directo en la misma jaula. En cambio, cuando están separados por unos centímetros, en habitá-



saber si los equipos de vacunación recibieron informes, u observaron cadáveres, de otros casos sospechosos en el ganado, mientras se movilizaban de una granja a otra.

culos diferentes, la transmisión del virus por vía aérea no es tan efectiva. "Esto es en parte una buena noticia, aunque lo mejor sería que no hubiese ningún tipo de transmisión aérea", explica Ron Fouchier, el investigador de la universidad holandesa de Erasmus famoso por sus trabajos con cepas mutadas de H5N1.

Este trabajo con animales (además de hurones se inoculó el virus también a cerdos) sugiere que algunos de los ejemplares estaban infectados por el H7N9 antes de dar ningún signo visible de la infección (tos, fiebre, rinorrea), lo que indica que podría haber más ejemplares de aves enfermas de las que se han registrado. Esta situación "dificulta la erradicación y las medidas de precaución en las granjas, donde puede haber un alto número de aves enfermas sin síntomas", admite Adolfo García Sastre, codirector del Instituto de Patógenos Emergentes del Instituto Monte Sinaí de New York (Estados Unidos).

Además, como añade por su parte Antoni Trilla, jefe del servicio de Medicina Preventiva del Hospital Clínic de Barcelona, el trabajo añade otro dato importantes al que no habrá que perder la pista: al sacrificar los animales infectados se detectaron muestras del virus en el cerebro (además de en el sistema respiratorio); "por lo que habrá que explorar bien a los pacientes con H7N9 para ver si tienen afectación neurológica".

Dudas sin resolver

Entre las cuestiones que siguen sin resolverse alrededor de esta nueva influenza, y que este estudio tampoco aclara, destaca porqué el H7N9 está resultando más patógeno en humanos que en las propias aves, muchas de las cuales están infectadas sin dar ningún signo de ello. De hecho, García Sastre tampoco se atreve a descartar que los casos humanos que llegan a los hospitales sean sólo la punta del iceberg, y que también haya pacientes con una infección leve que estén pasando desapercibidos.

Este riesgo por la 'infección oculta' en las aves lleva a los autores chinos a recomendar que se reconsidere la gestión de los mercados de aves vivas. "Quizás no tanto prohibirlos, pero sí estrechar las medidas de vigilancia para estar seguros de que en los mercados no entra ningún ave enferma", aclara García Sastre.

De hecho, todo indica que el cierre provisional de los mercados de aves establecido por las autoridades chinas en las últimas semanas está directamente relacionado con el descenso de casos registrados en aquel país. "Cuanto más tiempo circule entre las aves, más oportunidades tendrá de evolucionar y adquirir la capacidad de transmitirse entre personas", apunta Trilla en este sentido. "China está haciendo todo lo que está en sus manos para frenar el brote, eso es una excelente noticia", asegura Fouchier. "Estamos ante un virus extraño, interesante y potencialmente peligroso", apunta.

Sin evidencia de transmisión entre humanos

De momento, y como sigue sosteniendo la Organización Mundial de la Salud (OMS), no hay ninguna evidencia de que el H7N9 se transmita fácilmente de humano a humano (el 75% de los afectados hasta ahora había estado en contacto con aves), aunque tanto el organismo internacional como los autores chinos admiten su preocupación por este escenario.

"La adaptación del H7N9 para infectar a humanos es mejor que en otros virus", apuntó esta semana el director general adjunto para la Salud de la OMS, Keiji Fukuda, especialista en influenza. Durante la 66ª Asamblea Mundial celebrada esta semana en Ginebra (Suiza), Fukuda reconoció que el mundo no está preparado para afrontar un brote internacional de la nueva influenza, cuyas consecuencias a nivel sanitario y económico serían enormes. Sólo en los dos meses que la epidemia lleva activa en China, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) calcula que las pérdidas económicas ascienden a 6.500 millones de dólares. "Si el virus adquiriese la capacidad de transmitirse eficientemente y de manera sostenida entre personas que ahora no tiene, la extensión de la enfermedad sería muy difícil de controlar", coincide Trilla.

En paralelo con el coronavirus

Otro fenómeno que preocupa a la OMS es la coincidencia en el tiempo con el nuevo coronavirus MERS-CoV. De hecho, la directora general de la OMS, Margaret Chan, admitió que el coronavirus es más preocupante que el H7N9, porque es un virus del que se tiene menos información (se desconoce su procedencia) y tiene una tasa de mortalidad mucho más elevada (de 43 infectados ha fallecido 50%).

"Sobre el H7N9 sabemos al menos que procede de las aves, pero en el caso del coronavirus seguimos sin conocer su origen", admite Trilla. Eso sí, aclara, al tratarse de dos virus tan diferentes entre sí, no es posible que se recombinen para dar lugar a otro patógeno más peligroso. "Sólo se parecen en que causan síntomas respiratorios y ambos proceden de un reservorio animal", coincide Fouchier. "Desde hace una década, cuando coincidieron el virus del síndrome respiratorio agudo severo (SARS) y el H5N1, no se producía esa convivencia de dos nuevos virus que no están relacionados, son patógenos y se propagan muchísimo", concluye la OMS.



"Apuesto a que cuando reaccione contará una de esas historias sobre que vio una luz brillante al final del túnel".

McPherson.

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.