



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina



Número 1.292

6 de febrero de 2014

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 Farías

Editores Asociados

Jorge S. Álvarez (Arg.)
Hugues Aumaitre (Fra.)
Jorge Benetucci (Arg.)
Pablo Bonvehí (Arg.)
María Belén Bouzas (Arg.)
Isabel Cassetti (Arg.)
Arnaldo Casiró (Arg.)
Ana Ceballos (Arg.)
Sergio Cimerman (Bra.)
Milagros Ferreyra (Fra.)
Salvador García Jiménez (Gua.)
Ángela Gentile (Arg.)
Ezequiel Klimovsky (Arg.)
Gabriel Levy Hara (Arg.)
Susana Lloveras (Arg.)
Gustavo Lopardo (Arg.)
Eduardo López (Arg.)
Tomás Orduna (Arg.)
Dominique Peyramond (Fra.)
Daniel Pryluka (Arg.)
Charlotte Russ (Arg.)
Horacio Salomón (Arg.)
Eduardo Savio (Uru.)
Daniel Stecher (Arg.)

Noticias

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

Argentina

- Vigilancia de intoxicación por monóxido de carbono
- Buenos Aires avanza en la creación de un registro online y nominalizado de vacunación

América

- América: La expansión del virus Chikungunya al continente "es cuestión de tiempo"
- Colombia, Santander: Aumentaron los casos de lepra en el departamento
- México: Continúan aumentando las muertes por influenza
- Panamá: Prohíben el uso de carpas durante los carnavales a causa del virus Hanta
- Uruguay, Montevideo: Alertan sobre el riesgo de leishmaniosis

El mundo

- China: Brindan precisiones sobre la primera muerte humana asociada con el virus A(H10N8) de la influenza aviar
- Egipto: La influenza A(H1N1) produjo 24 muertes entre diciembre y enero
- España: La tasa de mortalidad entre los consumidores de heroína y cocaína es 14 veces mayor que en la población general
- Gran Bretaña, Inglaterra: Reportan dos casos de botulismo del lactante
- Namibia, Kunene: Un brote de cólera causa 11 muertes en la región
- Vietnam, Dong Thap: Segundo caso fatal de influenza aviar A(H5N1) del año
- Vietnam: La tuberculosis mata dos personas por hora
- El riesgo de contraer hepatitis C por vía sexual es mayor de lo que se pensaba

Adhieren:



www.circulomedicocba.org/



www.apinfectologia.org/



www.slamviweb.org/



www.consejomedico.org.ar/



www.sadip.net/



www.said.org.ar/



www.sap.org.ar/



www.apargentina.org.ar/

Vigilancia de intoxicación por monóxido de carbono

29 de enero de 2014 – 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 49. 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	197	102	243	151
Buenos Aires	588	479	431	378
Córdoba	244	118	128	81
Entre Ríos	42	40	31	30
Santa Fe	55	34	17	17
Centro	1.126	773	850	657
Mendoza	147	3	210	10
San Juan	88	37	91	37
San Luis	50	47	89	89
Cuyo	285	87	390	136
Corrientes	2	—	2	—
Chaco	—	—	—	—
Formosa	2	—	2	—
Misiones	17	—	46	—
NEA	21	—	50	—
Catamarca	40	—	79	—
Jujuy	—	—	—	—
La Rioja	12	12	2	2
Salta	58	—	94	—
Santiago del Estero	88	—	128	—
Tucumán	85	72	252	229
NOA	283	84	555	231
Chubut	326	198	107	25
La Pampa	—	—	—	—
Neuquén	105	—	204	—
Río Negro	148	143	155	152
Santa Cruz	23	23	18	18
Tierra del Fuego	29	—	23	—
Sur	631	364	507	195
Total Argentina	2.346	1.308	2.352	1.219



Buenos Aires avanza en la creación de un registro online y nominalizado de vacunación

30 de enero de 2014 – Fuente: Ministerio de Salud – Provincia de Buenos Aires (Argentina)

Referentes del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y de la Nación se reunieron el 29 de enero, para coordinar la puesta en marcha de un novedoso sistema de registro online en el que constarán los nombres, apellidos, edades y vacunas que se le aplicaron a cada uno de los niños de la provincia.

El encuentro estuvo encabezado por el Director Provincial de Atención Primaria del Ministerio de Salud, Luis Crovetto, quien expuso sobre la implementación de este nuevo registro llamado Sistema Nacional de Registro Nominal de Vacunación (NOMIVAC).

“De este modo, los vacunadores podrán individualizar al paciente, saber qué vacuna se le aplicó y cuál le falta más allá de que tenga o no libreta sanitaria. Además, como nuestro registro nutrirá la base de datos nacional, permitirá conocer que inmunizaciones tiene y le faltan incluso en caso de irse a otra provincia”, explicó Crovetto.

Esta suerte de libreta sanitaria online estará integrada al SISA (Sistema Informático de Salud Argentino), lo que posibilita que la información sanitaria de cada persona esté disponible en todo momento a nivel federal.

El nuevo sistema fue elaborado por el Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (PRONACEI), en la búsqueda de proporcionar a los efectores una mejor calidad en la información.



¹ Los casos notificados incluyen sospechosos, probables, confirmados y descartados.



América: La expansión del virus Chikungunya al continente “es cuestión de tiempo”

27 de enero de 2014 – Fuente: SciDev Net

Expertos en salud pública de las Américas estiman que es inminente que el virus Chikungunya se extienda a las Américas, mientras que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha redoblado sus esfuerzos para preparar a los sistemas de salud de sus países miembro para reducir los riesgos, tras la detección del virus en el Caribe.

El pasado 6 de diciembre, la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue notificada de dos casos confirmados de transmisión autóctona de fiebre chikungunya y 10 sospechas en la parte francesa de la isla caribeña de Saint Martin. Hasta el 24 de enero los casos sumaban 790, principalmente en esta isla y en Martinica, según datos de la OPS.

Al igual que el dengue, el virus Chikungunya se transmite a través de dos tipos de mosquitos (*Aedes aegypti* y *Ae. albopictus*). Ambas enfermedades comparten síntomas como el dolor de cabeza y fiebres intensas, pero la fiebre chikungunya tiene menor mortalidad y dolor severo de las articulaciones, que se inflaman y causan dolores intensos que pueden causar postración y volverse crónicos.

La enfermedad se concentra en África, Asia y el Subcontinente Indio y no tiene tratamiento específico. Solo se manejan los síntomas.

Aunque no hay modelos de posible dispersión del virus, se estima que es cuestión de tiempo que se extienda no solo al Caribe continental, sino a América del Norte y del Sur.

“Nuestra prioridad es preparar a los países para detectarlo cuándo llegue, y que lugares como República Dominicana, por ejemplo, tengan los protocolos y se lo detecte precozmente”, señala Pilar Ramón-Pardo, asesora para manejo clínico de enfermedades infecciosas epidémicas de la OPS.

Agrega que en América existe una red de laboratorios que son los mismos de referencia para el dengue, a través de la cual se distribuyen protocolos y tecnología para detectar el virus.

“Ya está en América, ahora es cuestión de tiempo su dispersión por todo el continente. Puede ser en un verano, dos o tres, pero llegará”, dice Tomás Agustín Orduna, coordinador del Servicio de Medicina del Viajero del Hospital de Infecciosas ‘Dr. Francisco Javier Muñiz’ de Buenos Aires, y presidente de la Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero (SLAMVI).

“El continente está en alerta todo el año, lo estábamos esperando, así que ya empieza a formar parte de la formación curricular de los infectólogos y realizamos acciones como la vigilancia de febriles que vengan de áreas afectadas”, señala.

Un foco de la prevención es informar a los médicos clínicos sobre la posibilidad confundir los síntomas con los del dengue.

“Por la experiencia en otras regiones del mundo, sabemos que la tasa de ataque en un brote epidémico es muy alta al principio y puede llegar a 35% de la población hasta que se inmuniza, pero daña mucho a niños y adultos mayores”, dice Ramón-Pardo.



» Vanguardia Colombia, Santander: Aumentaron los casos de lepra en el departamento

3 de febrero de 2014 – Fuente: Vanguardia (Colombia)

La Secretaría de Salud de Santander informó que en 2013 se identificaron 18 casos más de lepra en el departamento respecto a los registrados en 2012. En el departamento se estima que 235 personas la padecen.

Al respecto, la coordinadora del Programa de Tuberculosis y Lepra de la Secretaría de Salud de Santander, Claudia Gómez Mantilla, indicó que el aumento de los casos se produjo porque se reforzaron las actividades de búsqueda activa de sintomáticos de piel y sistema nervioso periférico.

“Durante 2013 la Secretaría de Salud de Santander reforzó, a nivel de todos los prestadores de salud del departamento, la búsqueda de sintomáticos en la piel o del sistema nervioso periférico, lo que permitió que se encontraran nuevos casos entre los convivientes de los enfermos. Se detectaron 54 casos, 18 más que los 36 detectados en 2012”, explicó.

Esta patología, causada por la bacteria *Mycobacterium leprae*, es común en climas templados y tropicales.

De acuerdo con Gómez Mantilla, los principales síntomas de esta enfermedad son adormecimientos en las manos y lesiones cutáneas de larga evolución con alteración en el grado de sensibilidad. “Cuando encontramos esta sinto-



matología en una persona, debemos hacerla valorar por un médico para que le realicen una baciloscopia, examen que permite corroborar el diagnóstico clínico de la enfermedad. Este examen es gratuito y está dentro del Plan Obligatorio de Salud, POS”, manifestó.

Estrategia para combatir la lepra

Gómez Mantilla expresó que con el propósito de reducir la incidencia de esta enfermedad, la Secretaría de Salud de Santander trabajará en 2014 con las cabeceras provinciales del departamento en materia de prevención.

“Capacitaremos al personal de las entidades prestadoras de salud (EPS) y las instituciones prestadoras de salud (IPS) con presencia en las ocho cabeceras de la provincia en temas concernientes a la búsqueda y manejo de casos de la enfermedad y prevención de la condición de discapacidad que esta puede generar”, aseguró.

Las capacitaciones pretenden también que haya una rehabilitación de los enfermos con apoyo de la comunidad, para que pacientes y ex pacientes trabajen en la búsqueda de casos y sean detectados oportunamente.

UNIVISION México: Continúan aumentando las muertes por influenza

5 de febrero de 2014 – Fuente: Univisión (México)

La Secretaría de Salud (SSA) de México confirmó 3.071 casos de influenza hasta el 4 de febrero, de los cuales 2.611 fueron causados por el virus A(H1N1), 145 por A(H3N2), 48 por B y 267 corresponden a otros tipos.

Respecto de las defunciones, señaló que se registraron 319 por influenza, de las cuales 294 fueron por A(H1N1), una por A(H3N2), una por B y 23 por otros tipos.

En cuanto a la distribución de casos y defunciones confirmados por fecha de inicio de síntomas indicó que en la semana del 1 al 4 de enero fueron 352 y 73 defunciones, del 5 al 11 de enero 877 casos y 130 defunciones, del 12 al 16 de enero 612 casos y 57 defunciones, del 17 al 23 de enero hubo 852 casos y 52 defunciones, del 24 al 30 de enero se confirmaron 377 casos y siete defunciones, y del 31 de enero al 4 de febrero se presentó un caso, sin defunciones.

Los estados con más enfermos son Jalisco, el Distrito Federal, San Luis Potosí, Estado de México, Nuevo León y Aguascalientes.

A pesar del esfuerzo de las autoridades mexicanas por controlar la influenza, ésta no ha cedido. Para el Dr. Jorge Blackaller Ayala, Director de Salud Pública de la Secretaría del ramo, no hubo falta de prevención por parte del gobierno, sino un exceso de confianza de la población. “Se perdió el miedo, en virtud de que en 2010, 11, 12 y 13 hubo muy pocos casos. Puede ser que la gente pierda el miedo y diga ‘bueno, no pasó nada’”, señaló.

En la mente de miles de mexicanos aún persiste la emergencia epidemiológica de 2009, cuando las muertes se dispararon por falta de vacunas; sin embargo, la situación es diferente en 2014 y los médicos insisten en que la población debe aplicarse la vacuna, la cual es gratuita.

El gobierno federal no ha ordenado una disminución de actividades de toda índole para prevenir una propagación mayor, como lo hiciera en 2009 el entonces presidente Felipe de Jesús Calderón Hinojosa.

La Secretaría de Salud recordó que debido al proceso de toma de muestra, envío de la misma y aplicación de las pruebas diagnósticas las cifras se modificarán conforme se conozcan los resultados de laboratorio.²

tvn Panamá: Prohíben el uso de carpas durante los carnavales a causa del virus Hanta

5 de febrero de 2014 – Fuente: Televisora Nacional (Panamá)

El Ministerio de Salud (MINSa) de Panamá prohibió el uso de carpas o tiendas de acampar durante el Carnaval y Carnavalito en las regiones de salud de Herrera, Los Santos, Coclé y Veraguas, debido a los casos registrados de hantavirus.

Carlos Gálvez, Director General de Salud, explicó que la medida obedece a que los potreros y lotes baldíos sirven de guarida a los ratones, por lo tanto pueden estar contaminados con orina y excremento infectados con el virus.

El funcionario advirtió que de no acatarse esta disposición del MINSa se aplicarán multas de hasta 5.000 dólares al propietario del terreno donde se instale la carpa.

Hasta el momento se han confirmado cinco casos de hantavirus y un deceso, pero hay otros dos casos por confirmar, según el Ministerio de Salud. Uno de los casos se dio en Herrera, otro en Veraguas y el resto en Los Santos.

El virus que produce el síndrome pulmonar por hantavirus (SPH) en Panamá es el virus Choclo y es transmitido por la rata arrocera (*Oligoryzomys fulvescens*) que se encuentra en las tierras bajas del país. El virus está presente en heces y orina de los roedores infectados y se trasmite a las personas por inhalación o contacto.

² En enero de 2012 hubo 2.698 casos de influenza en México. Durante el mismo mes, pero en el año 2013, la cifra fue 209 casos; y, de acuerdo con las fuentes oficiales de dicho país, para el 1 de febrero de 2014, el número de casos ascendía a 2.994. Desde el punto de vista de las defunciones, para enero de 2012 hubo 130 fallecidos, en enero de 2013 uno y para el 1 de febrero del 2014 se contaban 314 defunciones. Pareciera establecerse una suerte de patrón bienal para una mayor presencia de la influenza en dicho país en los primeros meses del año. Sin embargo, si bien –de acuerdo con las autoridades– no se ha llegado a los niveles para decretar un estado de alerta epidemiológica, se observa que los casos fatales más que duplican la cifra de 2012. Por tal razón, debiera intensificarse la vigilancia de los sintomáticos respiratorios, particularmente aquellas personas adultas con enfermedades subyacentes, tales como diabetes, hipertensión y obesidad, puesto que tales condiciones ponen a estas personas en un mayor riesgo.

Tres semanas después del contacto con el virus, aparecen los primeros síntomas, por cierto, muy similares a los de la gripe: escalofríos, fiebre y dolores musculares. Sin embargo, el Director General de Salud advirtió que los síntomas también pueden iniciarse a los cinco días y hasta cinco semanas después del contacto.

En todo caso, las personas no deben automedicarse, sino acudir a la instalación de salud más cercana.

EL PAIS Uruguay, Montevideo: Alertan sobre el riesgo de leishmaniosis

26 de enero de 2014 – Fuente: El País (Uruguay)

El descubrimiento de un perro con leishmaniosis, una enfermedad grave transmisible a humanos, pone en alerta a veterinarios, que reclaman una legislación al respecto. Afirman que la salud pública del país está en peligro y la comparan con el dengue.

La enfermedad, presente en Argentina, Bolivia, Brasil, y Paraguay de forma epidémica, tiene graves consecuencias cuando es transmitida a las personas. El perro enfermo –con síntomas o no– transmite la enfermedad incluso a humanos mediante los flebotomos, una especie de mosquito ya presente en Salto y Bella Unión.

El veterinario Gastón Cossia atiende actualmente a un perro que vino de Paraguay con la enfermedad. El animal llegó hace meses con una familia que vivió algún tiempo en el país guaraní. Al principio no presentó síntomas pero hace algunos días fue llevado a la veterinaria con una dermatitis exfoliativa, una descamación de la piel. Además, manifestó decaimiento, fiebre, articulaciones inflamadas, y crecimiento excesivo de las uñas. Todas estas son características de la leishmaniosis cutánea, pero puede ser confundida. Mediante un estudio de laboratorio privado, se confirmó el diagnóstico.

“Estoy a la espera de la recomendación de las autoridades”, dijo Cossia. En Uruguay no hay una normativa que regule este tipo de situaciones. Mientras en países como Brasil se recomienda la eutanasia, en Uruguay esta decisión corresponde a los dueños. “Pero eso no está bien porque está en riesgo la salud pública”, agregó el veterinario.

En humanos la enfermedad tiene pronóstico crítico si no se trata rápidamente. Se puede presentar de dos maneras. La cutánea puede llevar a la amputación. La visceral es la más grave, se caracteriza por la inflamación del hígado y del bazo y ocurre hasta ocho meses después de la picadura.

Este no es el primer caso en el país. Hace algunos años se conoció un caso similar de un perro traído desde Paraguay e incluso se realizó un simposio. A pesar del tratamiento, el animal falleció. Otro caso que recuerda Cossia es el de un perro traído desde España, donde también está presente la leishmaniosis.

La recomendación es aislar al perro y ponerle un collar antimosquitos. En la materia rige el Ministerio de Ganadería por el ingreso de animales al país, el Ministerio de Salud Pública por la vigilancia epidémica y la Comisión de Zoonosis que hace el seguimiento de los perros.

Los requisitos necesarios para ingresar una mascota al país no aseguran que esté libre de la enfermedad. Se pide un control con la vacuna antirrábica y hay una norma del Mercado Común del Sur (MERCOSUR) que prohíbe la entrada de animales con una prueba positiva de leishmaniosis. Sin embargo, la prueba no es un requisito para entrar.³



El mundo

THE LANCET China: Brindan precisiones sobre la primera muerte humana asociada con el virus A(H10N8) de la influenza aviar

5 de febrero de 2014 – Fuente: *The Lancet*

Científicos chinos informaron sobre el primer caso confirmado en el mundo de infección humana con el virus de la influenza aviar A(H10N8) en una mujer de 73 años de edad, que murió a causa de la infección⁴. Pruebas en muestras de hisopos traqueales establecieron que el virus era un nuevo reordenamiento genético aviar del virus A(H10N8) (JX346) y la secuenciación del genoma completo indicó que todos los genes del virus eran de origen aviar, con seis genes internos derivados de virus A(H9N2) aviares que circulan en las aves de corral en China.

“Un análisis genético del virus A(H10N8) muestra un que es distinto del virus A(H10N8) previamente conocido tras evolucionar algunas de sus características genéticas de forma que le permiten replicarse eficientemente en los seres humanos. En particular, el virus A(H9N2) proporciona los genes internos no sólo para el virus A(H10N8) sino también para A(H7N9) y A(H5N1)”, explica el autor del análisis, el doctor Shu Yuelong, del Centro chino para el Control y la Prevención de Enfermedades de Beijing.

³ Como menciona la nota de prensa, la enfermedad canina ha sido reportada con anterioridad en Uruguay, en perros expuestos en países donde la infección es endémica. Las localidades de Salto (Departamento de Salto) y Bella Unión (Departamento de Artigas), donde se ha registrado la presencia del flebotomo vector, se encuentran en la región norte del país, limítrofes con Argentina y Brasil, respectivamente. En esas áreas existen las condiciones necesarias para la emergencia de la enfermedad canina y eventualmente humana, en cualquier momento.

⁴ Ver ‘China: Primer caso humano de una nueva cepa de influenza aviar’ en Reporte Epidemiológico de Córdoba Nº 1.274, de fecha 19 de diciembre de 2013.



La mujer, de la ciudad china de Nanchang, acudió al hospital con fiebre y neumonía grave el 30 de noviembre de 2013. A pesar del tratamiento antibiótico y antiviral, se deterioró rápidamente, desarrollando una insuficiencia orgánica múltiple y falleció nueve días después.

“Los resultados sugieren que JX346 podría proceder de múltiples recombinaciones entre los diferentes virus de la influenza aviar. Los segmentos de genes H10 y N8 podrían haber derivado de los diferentes virus de la influenza de aves silvestres reordenados para dar lugar a un hipotético virus A(H10N8) en las aves silvestres, que infecta a las aves de corral, y luego recombinado con el virus A(H9N2) en las aves de corral para dar lugar al nuevo virus JX346 (H10N8)”, apunta Shu.

“Es importante destacar que el virus tenía una mutación en el gen PB2 que se cree que está asociado con el aumento de la virulencia y la adaptación en los mamíferos y podría permitir que el virus se vuelva más infeccioso para las personas”, explica el coinvestigador Jin Qi, de la Academia China de Ciencias Médicas y el Colegio Médico de Beijing.

Investigaciones posteriores revelaron que la mujer había visitado un mercado de aves de corral vivas unos días antes de la infección, lo que sugiere que el tiempo de incubación fue de unos cuatro días, similar a otras infecciones por virus de la influenza aviar. Sin embargo, no se encontró ningún virus A(H10N8) en las muestras recogidas en el corral que la paciente había visitado y la fuente de la infección sigue siendo desconocida.

La cepa A(H10N8) fue previamente aislada de una muestra de agua tomada del lago Dongting, en la provincia china de Hunan en 2007, y detectada en un mercado de aves de corral vivas en la provincia de Guangdong en 2012. Pero nunca antes se había informado de una infección humana con un subtipo N8.

Otro de los autores del estudio, el Dr. Liu Mingbin, del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de la ciudad de Nanchang, concluye advirtiendo que no se debe subestimar una posible pandemia por este nuevo virus. “Un segundo caso de A(H10N8) ha sido identificado en la provincia de Jiangxi el pasado 26 de enero de 2014⁵. Esto es de gran preocupación, ya que revela que el virus A(H10N8) ha seguido circulando y puede causar más infecciones humanas en el futuro”, sentencia.⁶



Egipto: La influenza A(H1N1) produjo 24 muertes entre diciembre y enero

4 de febrero de 2014 – Fuente: EFE

Al menos 195 personas se han visto afectadas por el virus de la influenza A(H1N1) desde el pasado diciembre en Egipto, de las cuales 24 murieron, informó hoy el Ministerio de Sanidad egipcio.

El actual rebrote de la influenza A(H1N1) coincide con la estación de invierno en el país árabe, donde dejaron de registrarse nuevos casos desde abril hasta octubre de 2013. Desde este último mes, el número de casos ha aumentado hasta 273 personas, según los datos oficiales. Las ciudades más afectadas son las del delta del Nilo, del norte y la capital, El Cairo.

La ministra de Sanidad, Maha al Rabat, lamentó hoy la muerte de un trabajador sanitario en un hospital a causa del virus A(H1N1).

Al Rabat aseguró que las cifras difundidas se corresponden con los casos graves y las muertes causadas por ese virus. “Seguramente otros miles de personas estén infectadas en menor grado y sin complicaciones, y se recuperarán después de recibir el tratamiento necesario”, apostilló.

El ministerio advirtió de que el mayor número de infecciones se producen en los meses de enero y febrero, y explicó que el virus se contagia por estornudos, tos y el contacto con superficies contaminadas.

Los sectores más vulnerables son los niños y los adultos jóvenes, dijo Amr Qandeel, jefe del departamento de Medicina Preventiva del Ministerio de Sanidad, quien instó a quienes presenten los síntomas a buscar atención médica a la mayor brevedad.

Las autoridades informaron que la cepa A(H1N1) es la predominante en Egipto.



España: La tasa de mortalidad entre los consumidores de heroína y cocaína es 14 veces mayor que en la población general

5 de febrero de 2014 – Fuente: Journal of Substance Abuse Treatment

La tasa de mortalidad entre los consumidores de heroína y cocaína es 14 veces mayor que en la población general, según demostró un estudio español.

Para llevar a cabo esta investigación, los expertos se encontraron con el problema de que en España no se suelen certificar adecuadamente la mayor parte de las muertes relacionadas con la cocaína debido a que, a menudo, la cau-

⁵ Ver 'China: Confirman una segunda infección humana por el virus de la influenza aviar A(H10N8)' en Reporte Epidemiológico de Córdoba Nº 1.288, de fecha 30 de enero de 2014.

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

sa inmediata de estas muertes es un problema de salud inespecífico –como infarto de miocardio o suicidio– que puede estar provocado por causas muy diferentes a la cocaína o por varios motivos concurrentes.

Por este motivo, los investigadores tuvieron que comparar la tasa de mortalidad en un grupo de consumidores de heroína o cocaína con la de la población general de la misma edad y sexo. Para ello, captaron dos grupos de usuarios de cocaína, uno de 8.825 personas que consumían también heroína, y otro de 11.905 personas que no tomaban esta última sustancia.

Todos los participantes fueron admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas en las ciudades de Madrid o Barcelona entre 1997 y 2007, tenían entre 15 y 49 años en el momento de la captación y fueron cruzados con el registro general de mortalidad del período 1997-2008 para observar su estado vital.

Además, la sobremortalidad –cociente de tasas de mortalidad ajustadas entre participantes y población general– fue considerable en ambos grupos de participantes. De hecho, la tasa de mortalidad de los que consumía también heroína fue 14,3 veces más alta que la de la población general, mientras que la de los que no consumía esta sustancia fue 5,1 veces más alta.

En este sentido, los resultados revelan que los hombres tienen un mayor riesgo de muerte que las mujeres que consumen heroína, mientras que no hay diferencias de sexo entre los que no consumen dicha sustancia.

Otros factores asociados

Aparte del uso de heroína, se identificaron también otros factores asociados con un mayor riesgo de muerte, como carecer de empleo regular, usar drogas por vía inyectable o tomar cocaína diariamente.

“Este exceso de mortalidad podría deberse al consumo de cocaína o heroína, pero también a otros factores cuya distribución puede ser diferente en la población general y en los participantes, como los trastornos mentales, rasgos de personalidad, condiciones sociales”, comentó el investigador del Instituto de Salud Carlos III de Madrid y uno de los autores del estudio, Gregorio Barrio.

Asimismo, los expertos comprobaron que el exceso de mortalidad con respecto a la población general de su misma edad y sexo fue significativamente mayor en las mujeres que en los hombres, especialmente entre los que consumían cocaína pero no heroína (8,6 veces en mujeres frente a 3,5 veces en hombres).

“Estos datos no significan que las consumidoras de cocaína tengan un riesgo de muerte significativamente más alto que sus colegas varones, sino que el aumento relativo del riesgo de las consumidoras de cocaína con respecto a las mujeres de la población general de su misma edad es más elevado que el incremento relativo de los consumidores con respecto a los hombres de la población general”, explicó.⁷

Daily Mail Gran Bretaña, Inglaterra: Reportan dos casos de botulismo del lactante

25 de enero de 2014 – Fuente: Daily Mail (Gran Bretaña)

Dos bebés británicos contrajeron botulismo a causa del consumo de miel. Los niños, de 3 y 5 meses de edad, debieron ser colocados en máquinas de soporte vital. Ambos presentaban los síntomas típicos: no podían sostener la cabeza, tenían los párpados caídos y sufrían de estreñimiento. Fueron tratados con inmunoglobulina hiperinmune para botulismo, que fue traída desde Estados Unidos.

Estos incidentes, confirmados la semana pasada, llevaron a las autoridades de salud pública a advertir que los bebés menores de un año de edad no deben consumir miel. El niño de 3 meses había consumido miel, mientras que el mayor había recibido un tratamiento homeopático que puede haber contenido miel, que puede portar las esporas de la bacteria *Clostridium botulinum*.

Las identidades de los bebés tratados y los hospitales involucrados no se han dado a conocer. Pero de acuerdo con el último informe de Salud Pública Inglaterra, el niño de 5 meses de edad fue diagnosticado a fines de diciembre de 2013, en el centro o el sur de Inglaterra, y es posible que aún permanezca hospitalizado, ya que la recuperación a veces puede demorar hasta 6 meses. Había recibido un remedio homeopático antes de enfermarse, aunque los análisis no revelaron rastros de la bacteria en el mismo.

El bebé de 3 meses de edad, fue tratado en un hospital de niños en el norte de Inglaterra y se ha recuperado. Su madre admitió haberle dado miel en su casa, aunque las pruebas sobre lo que quedaba de ésta tampoco pudieron detectar la bacteria.⁸



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

⁸ El botulismo infantil resulta de la ingestión de esporas del organismo en lugar de la toxina preformada. En muchos casos, la fuente de las esporas no se encuentra, aunque se sabe que la miel es un vehículo común. Los bebés que reciben lactancia materna como única fuente de alimentación también pueden desarrollar la enfermedad. Son sumamente raros los clústeres de infantes con la enfermedad.

Un equivalente mucho más raro que el botulismo infantil, el botulismo por colonización en adultos, también puede ocurrir. Ambos pueden ser agrupados bajo el término genérico de botulismo intestinal. Este término implica la producción *in situ* de la neurotoxina.

El botulismo intestinal es la forma más común de botulismo humano en Estados Unidos; unos 100 casos de botulismo del lactante se notifican en el país cada año. El ingreso por vía digestiva de las esporas de *Clostridium* del ambiente, que se encuentran en el suelo y polvo en todo el mundo, ha sido propuesto como la principal vía de exposición; la miel es una fuente evitable de esporas.

Las autoridades sanitarias locales e internacionales en Namibia dicen que están progresando los esfuerzos para contener un brote de cólera que ya mató a 11 personas y afectó a cientos en la región de Kunene, en el norte del país. El brote de esta enfermedad en Kunene ha empeorado la situación en la región, que ya está tambaleándose bajo una severa sequía. Muchas personas están lidiando con la escasez de alimentos y agua, así como las pasturas para sus animales, una situación agravada por la falta de lluvias en los últimos dos años.



Un funcionario sanitario internacional culpó a la sequía de la epidemia de cólera. Los trabajadores de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades del Ministerio de Salud y Servicios Sociales (MHSS), la Sociedad de la Cruz Roja de Namibia, y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han estado luchando para contener la enfermedad, que reportada por primera vez a principios de noviembre de 2013.

Las estadísticas más recientes del MHSS indican que 11 personas han muerto a causa de la enfermedad, mientras que 361 se han visto afectadas. La mayoría de ellas fue atendida en el Hospital de Distrito de Opuwo.

Ester Paulus, vocera del MHSS, informó que en los pueblos de Tjiuuo, Otjithoko y Tjomauuvi, de la misma región, se registran cada vez más casos sospechosos de cólera, y que en el área de Etanga, que fue la más afectada, la situación se está estabilizando y se reportan cada vez menos casos sospechosos.

En la actualidad, 35 personas están ingresadas en el Hospital de Distrito de Opuwo, y el MHSS está instando a los miembros de la comunidad con síntomas de cólera a buscar tratamiento inmediatamente.

El área de Etanga, de donde proviene la mayoría de los casos de cólera, se encuentra a unos 100 km de Opuwo. La mayoría de la población de esa zona pertenece a la tribu Ovahimba, que todavía vive un estilo de vida nómada, lo que hace prácticamente imposible construir una infraestructura de alojamiento fijo y digno para ellos.



Vietnam, Dong Thap: Segundo caso fatal de influenza aviar A(H5N1) del año

30 de enero de 2014 – Fuente: The Voice of Vietnam (Vietnam)

THE VOICE OF VIETNAM

La segunda víctima fatal en Vietnam de la influenza aviar A(H5N1) ha sido identificada como una mujer de 59 años, de la aldea de Tan Long, distrito de Thanh Binh, provincia de Dong Thap. Doan Tuan Buu, subdirector del Departamento de Salud de Dong Thap, dijo que la paciente fue ingresada en el hospital con fiebre elevada el 22 de enero de 2014. Fue trasladada al Hospital General de la provincia de An Giang el 27 de enero, pero falleció al día siguiente. Los análisis de sangre dieron positivos para el virus A(H5N1). La mujer manifestó haber tenido contacto con aves de corral antes de enfermar.

Después de recibir los resultados oficiales de los análisis de sangre, realizados en el Instituto Pasteur de la ciudad de Ho Chi Minh, las autoridades médicas y veterinarias de la provincia implementaron inmediatamente las medidas de cuarentena para contener la propagación de la enfermedad, en coordinación con el mencionado Instituto Pasteur.⁹

Tabla 2. Casos humanos de influenza aviar A(H5N1) y decesos notificados, según país. Años 2003/2004, hasta el 24 de enero de 2014. Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS).

País	2003/06		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		Totales	
	Casos	Deces.	Casos	Deces.	Casos	Deces.	Casos	Deces.	Casos	Deces.	Casos	Deces.	Casos	Deces.	Casos	Deces.	Casos	Deces.	Casos	Deces.
Azerbaiyán	8	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	5
Bangladesh	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	3	—	1	1	—	—	7	1
Camboya	6	6	1	1	1	—	1	—	1	1	8	8	3	3	26	14	—	—	47	33
Canadá	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	1	1
China	22	14	5	3	4	4	7	4	2	1	1	1	2	1	2	2	—	—	45	30
Yibuti	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Egipto	18	10	25	9	8	4	39	4	29	13	39	15	11	5	4	3	—	—	173	63
Indonesia	75	58	42	37	24	20	21	19	9	7	12	10	9	9	3	3	—	—	195	163
Irak	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	2
Laos	—	—	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2
Myanmar	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Nigeria	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Pakistán	—	—	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1
Tailandia	25	17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	25	17
Turquía	12	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12	4
Vietnam	93	42	8	5	6	5	5	5	7	2	—	—	4	2	2	1	1	1	126	63
Totales	263	158	88	59	44	33	73	32	48	24	62	34	32	20	39	25	1	1	650	386

Aclaraciones: El número total de casos incluye el número de decesos. La OMS sólo reporta los casos confirmados por laboratorio. Todas las fechas se refieren al comienzo de los síntomas.

⁹ De los 650 casos humanos de infección por el virus de la influenza aviar A(H5N1) registrados en todo el mundo hasta el 24 de enero de 2014, 126 corresponden a Vietnam. De estos, un total de 90 se registraron en los años 2004 y 2005. Desde entonces, sólo ha habido casos esporádicos en el país, por lo que es demasiado pronto para concluir que este caso del año 2014 es el presagio de un nuevo brote.

La primera muerte por influenza aviar A(H5N1) del año ocurrió en la sureña provincia de Binh Phuc, que fue anunciada por el Departamento de Medicina Preventiva del Ministerio de Salud del país el 20 de enero de 2014. La víctima, un hombre de 52 años, fue hospitalizado el 11 de enero de 2014, con fiebre, tos y dificultad para respirar. Murió el 18 de enero, nueve meses después del más reciente caso previo (Ver 'Vietnam: Primera muerte humana por el virus A(H5N1) de la influenza aviar en 2014' en Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 1.286, de fecha 23 de enero de 2013).

Con 18.000 personas que mueren de tuberculosis cada año, Vietnam es uno de los 22 países que más sufren de esta enfermedad, advirtió la Asociación de Tuberculosis y Enfermedades Pulmonares de Vietnam.

Durante los últimos años, Vietnam ha construido una red de salud para combatir la tuberculosis desde el nivel central al local, con métodos y equipos de avanzada que son utilizados para el diagnóstico, el tratamiento y la prevención, informó el Dr. Dinh Ngoc Sy, presidente de la asociación

“Sin embargo, la tuberculosis sigue siendo la segunda causa de muerte por enfermedades infecciosas en Vietnam, donde se registran más de 100.000 nuevos enfermos de tuberculosis y 18.000 muertes cada año”, dijo Sy. Eso significa que, en promedio, cada hora dos personas mueren de tuberculosis en el país.



La lucha contra la tuberculosis se enfrenta a muchos retos en la detección de nuevos pacientes, el mejoramiento de la eficiencia del tratamiento, y enfrentar la resistencia a múltiples drogas entre los pacientes con tuberculosis. Sy, también presidente del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis Nacional, dijo que Vietnam ocupa el lugar 14 entre los 27 países con el mayor número de pacientes con tuberculosis resistente a múltiples medicamentos.

La estrategia nacional de prevención y control de la tuberculosis para 2020, incluyendo una visión para 2030, el sector salud ha establecido objetivos de reducción de los enfermos de tuberculosis y el número de muertos, con el objetivo final de eliminar la enfermedad por completo.

El objetivo es disminuir la incidencia de la tuberculosis a menos de 20 casos cada 100.000 habitantes para 2030. Sin embargo, la estrategia se enfrenta a una escasez tanto de personal médico como de financiación, especialmente en las áreas más remotas.

Mientras tanto, las ayudas internacionales de diversas fuentes se reducirán en los próximos años, debido al hecho de que Vietnam es ahora considerado como una economía de ingresos medios-bajos, en lugar de su designación anterior como economía de bajos ingresos, dijo Sy.



El riesgo de contraer hepatitis C por vía sexual es mayor de lo que se pensaba

16 de diciembre de 2013 – Fuente: *The International Journal of Epidemiology*

Científicos suizos han descubierto que la hepatitis C se transmite más comúnmente por vía sexual de lo que se pensaba hasta ahora, además de por transfusiones de sangre e intercambio de jeringas con personas infectadas.

El estudio, realizado a partir de una base de datos de portadores del VIH, ha sido llevado a cabo por los científicos Roger Kouyos y Huldrych Günthard del Hospital Universitario de Zürich con el apoyo del Fondo Nacional Suizo (FNS).

Los pacientes con VIH que tienen una pareja portadora tanto del VIH como del virus de la hepatitis C tienen entre dos y tres veces más posibilidades de contagiarse de ese tipo de hepatitis que otras personas seropositivas, según el estudio.

Hace algunos años, se creía que la hepatitis C se transmitía sobre todo por contacto sanguíneo, pero los científicos han descubierto que cada vez más pacientes homosexuales portadores de VIH contraen la enfermedad.

Por ello, este estudio revela que el riesgo de contagio de hepatitis C es alto no sólo entre toxicómanos que comparten jeringas, sino también entre personas portadoras de la enfermedad que mantienen relaciones sexuales.

Este dato indica que “existen contagios de hepatitis C a través de transmisión sexual”, comentó Kouyos.

Los científicos han comparado la estructura molecular del VIH en más de 10.000 pacientes y 1.500 parejas y han hallado casos en los que las secuencias genéticas del virus entre dos pacientes concordaban, lo que les llevó a la conclusión de que uno había sido contagiado por el otro.

Los homosexuales parecen particularmente propensos a contraer esta enfermedad por vía sexual, aunque los investigadores no saben todavía cuál es la razón. “Una explicación posible es que las relaciones sexuales por vía anal aumentan la posibilidad de contacto sanguíneo entre las parejas –indicó Günthard–. Las personas portadoras de VIH y hepatitis C no deberían tener relaciones sexuales sin protección”.

Por el momento, los investigadores no saben si los casos de hepatitis C transmitida por vía sexual han aumentado en personas no portadoras de VIH. Esto es debido a que los pacientes con VIH se someten a pruebas médicas regularmente debido a su enfermedad, por lo que es más fácil detectar la hepatitis C en estas personas, cosa que no ocurre con las personas que no son seropositivas.

En estos casos, la mayoría desarrolla los síntomas de la enfermedad semanas o incluso meses después de contraer la infección.¹⁰

¹⁰ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#) (requiere suscripción).

*Friends we are
& friends we'll be
& one of us has HIV*



HugsInVited
An educational and training series

 **CWLA**
Children

Amigos somos. Y amigos seremos. Y uno de nosotros tiene el VIH.
Children's National Medical Center (1995. Washington DC, 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.