



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina

www.reporteepidemiologico.com



Número 1.313

11 de marzo 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)

Córdoba

● **Bell Ville:** Luego de la inundación instalaron un hospital móvil

Argentina

● **Vigilancia de enfermedad tipo influenza**

● **Por quinto año consecutivo,** la vacuna antigripal llegó antes del fin del verano para distribuirla en todo el país

● **Chaco, El Impenetrable:** Denuncian como "catastrófica" la situación de la enfermedad de Chagas en la región

América

● **Situación epidemiológica de carbapenemasas del tipo New Delhi metalo-β-lactamasa (NDM)**

● **Chile, Coquimbo:** Está internado en La Serena un caso importado de malaria

● **Colombia, Armenia:** Suspenden visitas en una cárcel por un brote de varicela

● **Estados Unidos:** Twitter® podría ayudar a controlar la propagación de enfermedades

● **Panamá:** Se registran 2.947 casos de dengue en lo que va del año

● **Paraguay registra un descenso de infectados con el virus del dengue**

El mundo

● **Australia, Victoria:** Brote de salmonelosis relacionado con el consumo de huevos

● **España:** El Gobierno designa 5 aeropuertos y 8 puertos con capacidad para emergencias de salud pública internacional

● **Pakistán, Sindh:** La sequía siembra muerte y destrucción en el distrito de Tharparkar

● **Sudeste Asiático:** La región busca obtener su certificación como "libre de poliomielitis"

● **Curar la hepatitis C en solo 6 semanas**

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/

Bell Ville: Luego de la inundación instalaron un hospital móvil

10 de marzo de 2014 – Fuente: La Mañana de Córdoba (Argentina)

Con el objetivo de prevenir posibles consecuencias negativas de la reciente inundación sobre la salud de los vecinos de Bell Ville, como el surgimiento de enfermedades contagiosas o transmitidas por insectos se decidió habilitar en esta ciudad un hospital móvil e iniciar en forma paralela una campaña de vacunación.

Desde el Gobierno nacional se envió a la cabecera del departamento Unión una suerte de centro de salud itinerante que se ubicó en la plaza céntrica. Allí se atienden diferentes patologías y se aplican distintas vacunas.

Las enfermedades más temidas por los profesionales médicos son leptospirosis, hepatitis y tétanos. "Hemos desarrollado un protocolo para prevenir diferentes patologías que suelen surgir ante situaciones como las que vivimos en Bell Ville", explicó Roberto Varela, a cargo del área de Salud Pública Municipal.



El funcionario agregó que se va a iniciar el suministro de amoxicilina. En primer término a los equipos activos que estuvieron afectados a la inundación como bomberos, agentes municipales de Defensa Civil, policías y voluntarios. Luego se llegará con estos medicamentos a los vecinos que están trabajando en zonas inundadas.

Desde hoy comenzará además una vacunación intensiva para prevenir casos de hepatitis y tétanos ya que son enfermedades que posiblemente aparecerán cuando se retire el agua y queden las calles y veredas llenas de barro, basura e insectos diversos.

"Tenemos un stock amplio de amoxicilina y recibiremos más dosis de doxiciclina para prevenir casos de leptospirosis para niños y embarazadas conjuntamente con otro medicamento. Son dos comprimidos de cien miligramos en única toma semanal hasta que dure la exposición", explicó Varela.

"En la primera impresión vemos que el barrio Fátima es el más vulnerable en estos momentos, aunque hay otros sectores en riesgo que serán atendidos también", explicaron desde la Municipalidad.

Asueto escolar

En el marco de la emergencia generada por la crecida del río Ctalamochita, desde la intendencia se estableció que hoy continuará el asueto únicamente para la actividad escolar en todos los establecimientos de gestión pública y privada.

Además, Defensa Civil informó que ya no permanece evacuada ninguna persona de Bell Ville en el Polideportivo del Club Bell. No obstante, un reducido número de familias continúa autoevacuado en las casas de sus familiares a la espera de que las aguas se retiren definitivamente de sus propiedades.

En el transcurso de esta semana las cuadrillas municipales iniciarán trabajos de limpieza en aquellos sectores donde ya se retiró el agua. Mientras tanto el río Ctalamochita continúa en forma paulatina la bajante de su nivel.

Argentina**Vigilancia de enfermedad tipo influenza**

27 de febrero de 2014 – Elaboración propia, en base a datos del Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

Como una forma de superar el atraso en la notificación y poder aproximarse a la situación actual para la enfermedad tipo influenza (ETI) se han implementado desde el Área de Vigilancia del Ministerio de Salud de Argentina diferentes métodos que permitan estimar el escenario correspondiente a la semana analizada. El resultado de la aplicación de estos modelos para el total nacional se muestra en el Gráfico 1, el que incluye las curvas de los límites de confianza superior (LCS) e inferior (LCI). De acuerdo a las notificaciones al módulo C2 y a las estimaciones realizadas, en las primeras cinco semanas de 2014, la curva de ETI se presenta en zona de éxito respecto a lo ocurrido durante el último quinquenio para el mismo período, sin considerar el año 2009.

La información provista por la vigilancia clínica sin estimaciones, considerando un atraso promedio en la notificación de 3 semanas, muestra que la tasa de casos de ETI acumulados hasta la semana epidemiológica 2 de 2014 presenta una disminución de 58% para el total nacional. Todas las jurisdicciones presentan tasas de notificación inferiores al año previo, excepto Chubut (que presenta un aumento de 9%); asimismo, Catamarca, Chaco, Santa Cruz, La Pampa, Chubut, Misiones y La Rioja registran tasas que duplican o triplican la nacional. La provincia de Formosa no registra notificaciones de ETI para el periodo analizado.

La tasa de notificación de ETI es mayor en los menores de 5 años, con más de 3.500 casos cada 100.000 habitantes, duplicando las tasas de los restantes grupos de edad.

Tabla 1. Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes, según provincia y región. Argentina. Años 2012/2014, hasta semana epidemiológica 2. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.¹

Provincia/Región	2012		2013		2014	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	359	12,42	431	14,91	499	17,27
Buenos Aires	7.369	47,16	7.812	49,99	3.577	22,89
Córdoba	1.630	49,26	1.415	42,76	352	10,64
Entre Ríos	1.354	109,55	1.724	139,48	456	36,89
Santa Fe	1.824	57,10	2.115	66,21	825	25,83
Centro	12.536	47,75	13.497	51,41	5.709	21,74
Mendoza	394	22,66	369	21,22	194	11,16
San Juan	424	62,26	283	41,55	202	29,66
San Luis	78	18,04	76	17,58	57	13,18
Cuyo	896	31,41	728	25,52	453	15,88
Corrientes	994	100,14	1.290	129,96	364	36,67
Chaco	1.133	107,37	1.432	135,70	1.020	96,66
Formosa	754	142,22	954	179,95	—	—
Misiones	1.588	144,15	2.189	198,71	518	47,02
NEA	4.469	121,45	5.865	159,39	1.902	51,69
Catamarca	362	98,42	485	131,86	341	92,71
Jujuy	458	68,02	736	109,31	319	47,38
La Rioja	183	54,85	257	77,03	147	44,06
Salta	651	53,60	1.119	92,14	425	35,00
Santiago del Estero	677	77,46	630	72,08	220	25,17
Tucumán	503	34,73	552	38,12	418	28,86
NOA	2.834	57,70	3.779	76,94	1.870	38,07
Chubut	265	52,05	216	42,43	235	46,16
La Pampa	209	65,34	417	130,36	172	53,77
Neuquén	106	19,23	215	39,00	99	17,96
Río Negro	257	40,24	283	44,31	86	13,47
Santa Cruz	149	54,39	161	58,77	148	54,02
Tierra del Fuego	28	22,01	32	25,16	24	18,87
Sur	1.014	41,90	1.324	54,71	764	31,57
Total Argentina	21.749	54,21	25.193	62,80	10.698	26,67

Mapa 1. Tasas de notificación cada 100.000 habitantes. Argentina. Año 2014, hasta semana epidemiológica 2. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.

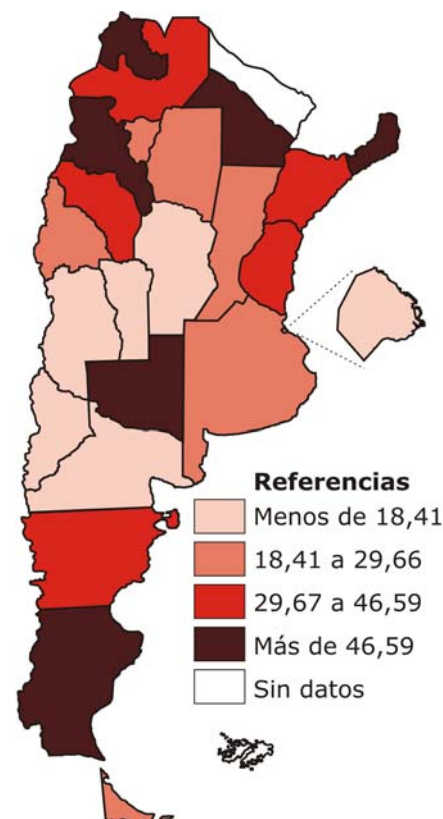
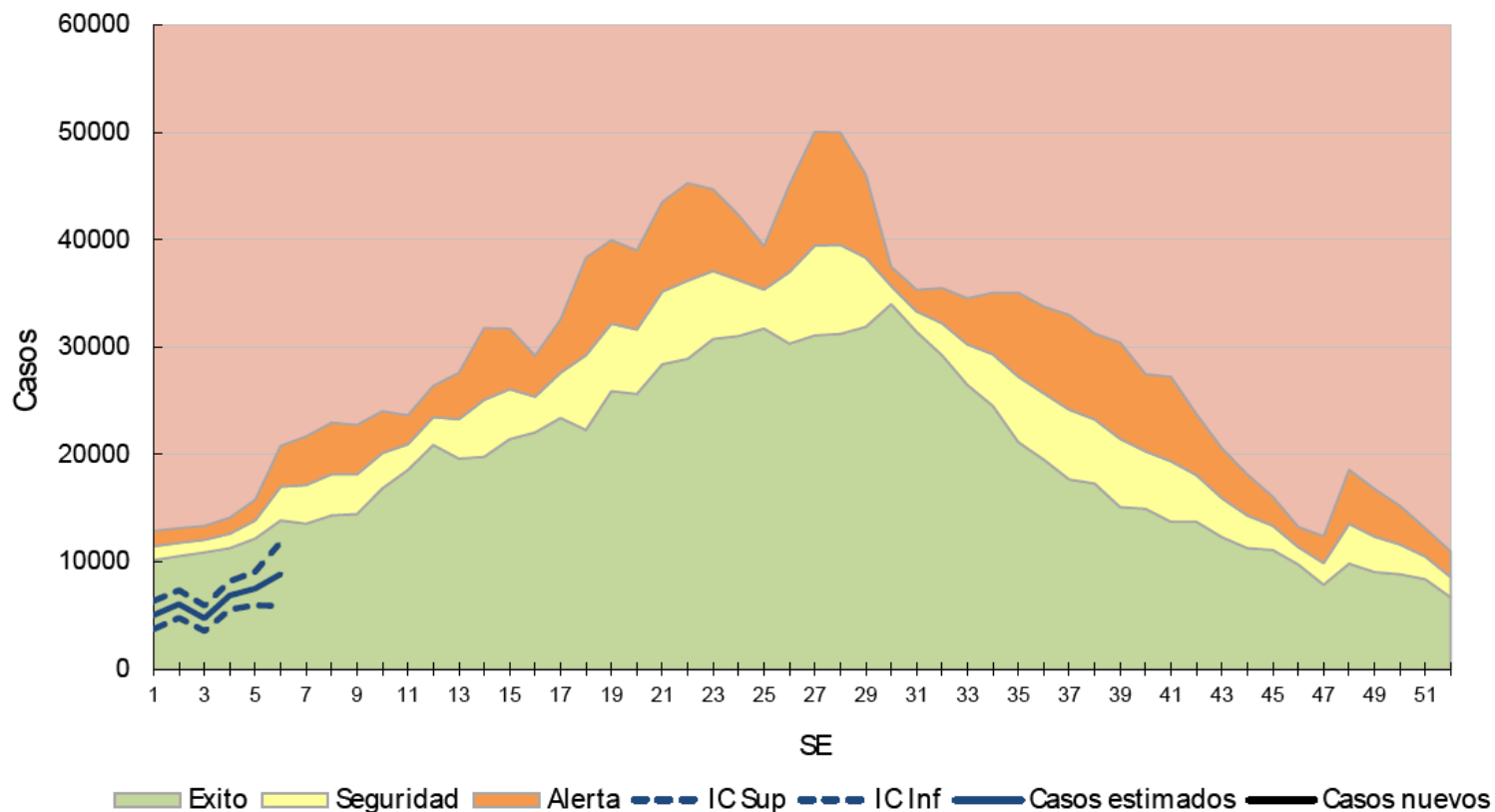


Gráfico 1. Corredor endémico semanal. Argentina. Año 2014, en base a datos de los años 2008/2013, con exclusión del año 2009, proyecciones hasta semana epidemiológica 6. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.



¹ Debe tenerse en cuenta la heterogeneidad existente respecto de la notificación en cada provincia en términos de atraso, cobertura y regularidad, al momento de leer los datos de esta tabla.

Por quinto año consecutivo, la vacuna antigripal llegó antes del fin del verano para distribuirla en todo el país

10 de marzo de 2014 – Fuente: Ministerio de Salud (Argentina)

El jefe de Gabinete, Jorge Milton Capitanich, y el ministro de Salud de Argentina, Juan Luis Manzur, encabezaron el 10 de marzo en Buenos Aires el acto de recepción de las vacunas antigripales, que por quinto año consecutivo comenzarán a distribuirse en todo el país antes de que finalice el verano y estarán disponibles a partir del comienzo del otoño para aplicar en forma gratuita y obligatoria a las personas comprendidas en los grupos de riesgo con el objetivo de disminuir el impacto de la influenza y otras enfermedades respiratorias.

“El total adquirido para este año por el Estado nacional es de 9 millones de dosis, que se distribuirán bajo un sistema de evaluación sistemática del cumplimiento de las metas de cobertura de la población de riesgo”, señaló Capitanich, para luego señalar que “desde 2003 aumentaron un 1.041% los recursos presupuestarios destinados a la protección de la población a través de las vacunas”, lo que significa “un récord histórico para el país”.

Por su parte, Manzur expresó que “Argentina está a la vanguardia, no sólo en la región sino a nivel mundial en lo que tiene que ver con políticas de inmunización” a raíz de que “en la última década se han incorporado 10 de las 16 vacunas que integran el Calendario Nacional de Vacunación y no hay muchos países que tengan una cobertura de estas características”.

El acto de recepción, que se realizó en un frigorífico donde se centralizará el stock de vacunas adquiridas por el Estado Nacional, contó con la participación de referentes de sociedades científicas y médicas, quienes destacaron el hecho de que se asegure el acceso oportuno a la vacuna de todos los individuos que pertenecen a la población objetivo a partir del comienzo del otoño, que es cuando se incrementa la circulación de los virus que causan enfermedades respiratorias.

Las autoridades recibieron una parte del total de 9 millones de dosis –en su composición contienen las cepas A(H1N1), A(H3N2) y B, las que circularon durante el pasado invierno en el Hemisferio Norte–, que fueron adquiridas por la cartera sanitaria nacional a través de una licitación pública que asegura el acceso de la vacuna en forma oportuna y la participación de la industria nacional en el proceso de producción de la misma.

Manzur recordó que “tras la pandemia de influenza A(H1N1) en 2009, que afectó a Argentina y al resto del mundo se dispuso llamar a concurso para la fabricación de la vacuna antigripal en el país con transferencia de tecnología. Hoy entre 50 y 60% de estas vacunas se producen en el país, donde funciona la única planta de América Latina que cuenta con la tecnología necesaria para hacerlo”.

El ministro aseguró que las dosis comenzarán a distribuirse hoy “entre las 24 jurisdicciones del país” y dijo que en el comienzo del otoño estarán disponibles en vacunatorios y hospitales públicos para ser aplicadas en forma gratuita y obligatoria a quienes integran los grupos de riesgo, que son el personal de salud, las embarazadas en cualquier trimestre de la gestación, las mamás de niños de hasta 6 meses de vida no vacunadas durante el embarazo, los chicos de 6 meses a 2 años, los mayores de 65 años y las personas de 2 a 64 años con factores de riesgo como enfermedades respiratorias o cardíacas, pacientes onco-hematológicos y trasplantados, obesos, diabéticos, entre otros (con orden médica).

La opinión de los expertos

Para Daniel Stamboulian, presidente de la Fundación Centro de Estudios Infectológicos, “la vacuna con la que cuenta Argentina es más efectiva que la que había en 2009 y constituye un instrumento fundamental: no produce influenza, es segura y efectiva”, además de indicar que “en época invernal, la influenza es la principal causa de enfermedad y muerte junto con la neumonía, por lo cual es muy importante que los integrantes de los grupos de riesgo se vacunen”.

“Contar con las vacunas antigripales en esta época del año es muy importante porque el virus de influenza comienza a circular entre junio y julio y la vacunación debe anticiparse. Ahora tenemos todo el otoño para vacunar a las personas que están en los grupos de riesgo”, señaló a su vez Pablo Bonvehí, ex presidente de la Sociedad Argentina de Infectología, quien añadió que “como la vacunación abarca a gran parte de la población es muy importante que se lleve a cabo en consenso con las sociedades científicas y otras organizaciones sanitarias para darle más peso” a la estrategia.

Rosa Bologna, jefa de Infectología del Hospital de Pediatría SAMIC (Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad) “Prof. Dr. Juan Pedro Garrahan”, explicó que “tanto la influenza como otras afecciones respiratorias son la mayor causa de enfermedad de los chicos en el invierno” y dijo que “como a los bebés menores de 6 meses no se los puede vacunar, la vacunación de la población de riesgo constituye una barrera muy importante para prevenir que se enfermen”. La especialista también destacó que “es clave que las dosis estén disponibles en forma oportuna para su distribución y aplicación durante el otoño”.

“Se sabe, se reconoce y no se discute que Chaco es zona endémica para la enfermedad de Chagas, fundamentalmente en la extensa región conocida como El Impenetrable, que comprende una extensión aproximada de 45.000 km² (departamentos Brown y Güemes), ubicado en el noroeste chaqueño”, comienza señalando el Centro Nelson Mandela de Estudios e Investigación Social en un informe que lleva la firma de Rolando Nuñez.



“En tal territorio, especialmente en la zona de monte, se estima que viven más de 46.000 personas (con tendencia a que en la actualidad sean 50.000). En el año 2009 se efectuó la última campaña, más o menos rigurosa, de fumigación de viviendas y sus entornos, combinándose la intervención de las estructuras de la Nación y de Chaco, que luego fue discontinuada. Con posterioridad, se efectuaron algunas intervenciones, aisladas y desordenadas, que demostraron ser absolutamente ineficaces. Las razones nunca fueron dadas a conocer”, agrega el escrito en el que se denuncia “ocultamiento” de la cuestión por parte del sistema sanitario provincial.

“El Programa Provincial de Lucha Contra el Chagas ha sido y es un verdadero desastre, por múltiples razones. Burocracia, ineficiencia y corrupción conspiraron contra una gestión permanente de lucha contra la vinchuca, que se reprodujeron –en el curso de los últimos tres años y fracción– de manera geométrica”, señala Nuñez.

Precisa que actualmente, se inició un mega-operativo sanitario integral en El Impenetrable, tomándose como base la localidad de El Sauzalito, combinándose la intervención de agentes de salud pública de la Nación y de Chaco, fuertemente publicitado en esta provincia. Nación dispuso seis camiones sanitarios, complementado con equipos del Ejército Argentino.

“Como casi siempre, estos mega-operativos se inician en períodos inapropiados. En este caso, comenzaron en el curso de los últimos días aún sabiéndose que en los meses de febrero y marzo se concentran las lluvias estivales en el Chaco Seco, de tal modo de que varios de los camiones se han empantanado o no pueden movilizarse porque son grandes estructuras, muy pesadas, y las picadas se tornan intransitables por anegamientos”, menciona el Centro de Investigación.

Cuestiona que oficialmente se promociona el mega-operativo sanitario que se define como integral, publicitándose que “se brinda atención primaria de la salud”. Las especialidades que se publican son: pediatría, odontología, oftalmología, tocoginecología, cardiología, laboratorio, diagnóstico por imágenes, enfermería y farmacia, porque “por razones que desconocemos, pero que resultan absolutamente inaceptables e incomprensibles, el servicio de Laboratorio no efectúa estudios serológicos. Razonablemente podemos interpretar, entonces, que Salud Nación/Chaco han decidido no establecer el catastro de la enfermedad de Chagas, a pesar de que es zona roja endémica el territorio donde se despliega el mega-operativo sanitario combinado entre ambas jurisdicciones”.

Para Nuñez “este es el dato más preocupante y más significativo que pudimos recabar porque confirma que el mal de Chagas continua siendo un flagelo en la sombra. Ahora, tardíamente, se anuncia la conformación de una base nacional de control de la enfermedad de Chagas en Castelli, afirmándose que se dedicarán a la eliminación de la vinchuca (*Triatoma infestans*), dato que confirma la severa desatención y el abandono del sistema sanitario en la zona roja de infectación de vinchucas y miles de enfermos de Chagas”.

‘Vinchucas con casas’

El Centro Mandela denuncia en este sentido que en áreas cercanas a la localidad de El Sauzalito, desde la confluencia de los ríos Teuco (que luego se llama Bermejo) y Teuquito (que luego se denomina Bermejito), hasta el paraje El Quebrachal y otros, ubicados al oeste de la Estancia ‘La Fidelidad’, situada en el corazón del Interfluvio chaqueño, se da un fenómeno extraordinario “y que causa un gran estupor e indignación, que es el siguiente: en este territorio encontramos ‘vinchucas con casas’. Es asombrosa la cantidad de vinchucas en cada vivienda/rancho, tanto de indígenas como criollos pobres. La existencia de suficiente sangre humana en tales viviendas hace que allí aniden hasta vinchucas abuelo/as, sin necesidad de que vuelen hacia otros lugares para asegurar la supervivencia de sus descendientes. El panorama es desolador”, saca a la luz el centro de investigación social.

Del mismo modo, entre otras cosas, manifiesta que “impacta el relato de los pobladores sobre la falta de calidad de vida y las vidas humanas perdidas prematuramente de la población de El Impenetrable por la enfermedad de Chagas, producto de la combinación de necesidades básicas insatisfechas, años de vida potenciales perdidos y años de vida saludable perdidos. Lo más impactante fue el concepto que pudimos recoger, de vinchucas con casas” y cuestiona al área de salud de la provincia.

América



Situación epidemiológica de carbapenemasas del tipo New Delhi metalo-β-lactamasa (NDM)

7 de marzo de 2014 – Fuente: Organización Panamericana de la Salud

A la luz de la propagación de microorganismos con el mecanismo de resistencia New Delhi metalo-β-lactamasa (NDM), tanto a través de las especies bacterianas y de las fronteras geográficas, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) enfatiza la importancia de fortalecer las estrategias de vigilancia y control para evitar una mayor propagación de este mecanismo de resistencia.

Desde 2008, se ha documentado la circulación en todo el mundo de microorganismos con resistencia a los antimicrobianos mediante el mecanismo NDM, un tipo de carbapenemasa conocida por causar resistencia a los antibióticos

beta-lactámicos excepto aztreonam. Hasta el momento, 12 países en la región americana han detectado microorganismos con el mecanismo de resistencia NDM.

Los primeros hallazgos en América ocurrieron en 2010, en Estados Unidos y Canadá, en pacientes que recientemente habían recibido atención médica en países fuera de esta región.

En 2011, el mecanismo de resistencia NDM se detectó en Guatemala. En 2012, fue detectado en *Klebsiella pneumoniae* en Colombia; Paraguay lo detectó en *Acinetobacter pittii* y Uruguay lo detectó en *Providencia rettgeri*. En 2013, otros países reportaron el descubrimiento del mecanismo NDM: Argentina, Brasil y México lo detectaron en *P. rettgeri*; Honduras en *A. baumannii*; Nicaragua en *A. baumannii*, *K. pneumoniae*, *Escherichia coli* y *Enterobacter cloacae*; y más recientemente, Costa Rica lo detectó en *E. coli*.

En función de estos datos, la OPS/OMS reitera las recomendaciones formuladas en las alertas epidemiológicas del 22 de noviembre de 2011 y el 19 de diciembre de 2012 sobre NDM y destaca la importancia de establecer una oportuna prevención y control de infecciones en los servicios de salud, así como la vigilancia y la detección de este mecanismo de resistencia, el cual provoca brotes y se asocia con una mayor morbilidad y mortalidad nosocomiales.²



Chile, Coquimbo: Está internado en La Serena un caso importado de malaria

10 de marzo de 2014 – Fuente: El Día (Chile)

Un hombre de 55 años de edad se encuentra internado en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Elqui, en la ciudad de La Serena, contagiado de malaria, de la cual lentamente evoluciona gracias al medicamento contra la enfermedad infecciosa encontrado en una farmacia de Coquimbo, informó el Director Médico del establecimiento privado.

Esta persona contrajo la enfermedad en el Congo, lugar donde desempeñaba labores mineras, pese a que tiene residencia en Australia y se encontraba de visita en el país. El director médico señaló que “llegó con un cuadro de complicación general y se le hicieron unos hemocultivos que confirmaron la presencia del parásito en gran cantidad”.

Y agregó que “el paciente llegó en muy malas condiciones a nuestra unidad, pero en este momento está recuperándose, el tema más complicado fue conseguir el medicamento porque en Chile prácticamente no existe”.

CRONICADELQUINDIO

Colombia, Armenia: Suspenden visitas en una cárcel por un brote de varicela

6 de marzo de 2014 – Fuente: Crónica del Quindío (Colombia)

La Secretaría de Salud municipal de Armenia recomendó a las directivas de la cárcel de varones San Bernardo suspender por este fin de semana las visitas a los internos, debido a que resultaron cinco de ellos enfermos de varicela.

Piedad Correal Rubiano, defensora del Pueblo en Quindío, indicó que la medida es preventiva, pues se busca evitar que los reclusos y sus familiares resulten contagiados.

Asimismo, dijo que los internos contagiados –pertenecientes al patio número tres– están aislados de los demás, y que son atendidos en el área de sanidad del centro de reclusión. “Estoy oficiando a la empresa prestadora de salud (EPS) Caprecom para que esté pendiente de la salud de ellos”, indicó la defensora.

Por su parte, el mayor retirado de la Policía, Gonzalo Patiño Moreno, director de la penitenciaría, indicó que funcionarios de la Secretaría de Salud han estado en el establecimiento haciendo pruebas y tamizajes, por lo que se descarta que otros internos puedan tener la enfermedad. No obstante, la dependencia municipal seguirá haciendo evaluaciones diariamente por si se presenta un nuevo preso con la enfermedad.

“Hasta que no se tenga la seguridad de que está controlado el brote no se podrá permitir el ingreso de familiares, pues hay que prevenir la salud de la comunidad”, puntualizó Correal Rubiano. Las visitas que fueron suspendidas en la cárcel San Bernardo fueron las de mujeres, que estaban programadas para el sábado, pues el domingo son las elecciones del Congreso.

Resolución

A través de una resolución, la secretaria de Salud ordenó aislar a los internos afectados de varicela hasta que se sequen las lesiones en la piel, con el fin de evitar la propagación de la enfermedad.

Asimismo, ordenar cuarentena por nueve días, contados desde el día 5 hasta el 13 de marzo, implementar medidas especiales de higiene y desinfección, no realizar intercambio entre los ocupantes de las celdas del patio en las que se detectaron los casos en un periodo de 21 días y realizar una nueva valoración cuando se cumpla este tiempo.

Patiño Moreno informó que para evitar que el virus se propague, “los funcionarios del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) deberán utilizar tapabocas y guantes, además se desinfectarán los pabellones de la cárcel donde están los 640 internos”.



² Puede consultar las recomendaciones de OPS/OMS haciendo clic [aquí](#) y [aquí](#).

En la actualidad, las redes sociales son un parámetro para observar las tendencias que surgen en el mundo entero. Desde películas hasta sucesos, todo es documentado en la red de redes, el escenario principal para plasmar los gustos y preocupaciones de los internautas.

Con el fin de detener la propagación de las enfermedades, científicos de Estados Unidos comienzan a considerar el uso de las redes sociales como una alternativa que los lleve a controlar la propagación de diversos padecimientos.

Los médicos analizaron la manera en la que Twitter® ayuda a identificar los casos de VIH y están a punto de usar los tuits para continuar con esta inercia de detección con el objetivo de rastrear las menciones relacionadas con esta enfermedad.

Los investigadores de la Universidad de California en Los Ángeles y la empresa Virginia Tech utilizaron los datos de localización de los tuits específicos y datos de localización de varios casos de VIH notificados siendo capaces así de determinar que el área de estos mensajes de 140 caracteres o menos igualó las zonas donde se registra el mayor número de casos de VIH en Estados Unidos.

Un algoritmo ayudó a que los especialistas descubrieran que de los más de 550 millones de tuits analizados, casi 10.000 de ellos contenían palabras o frases que sugerían un comportamiento sexual de riesgo.

De esta manera, en los mensajes en los que aparecía la palabra "sexo" o "voy a drogarme" fueron considerados como focos de atención. Lo siguiente fue comparar los datos de geolocalización de estos tuits con la distribución geográfica de los enfermos, suministrada por el sitio web AIDSVu.org para el año 2009.

"Nuestro estudio se centra en el comportamiento y la predicción del comportamiento: nos hemos fijado en las palabras y las frases que sugieren que las personas se comportan o están a punto de comportarse de una manera determinada", dijo Sean Young, coautor del estudio.

En palabras del experto, el comportamiento de los usuarios es importante, ya que permite utilizar la psicología de los tuits para predecir potencialmente el comportamiento y la enfermedad en el futuro.

Este estudio es la última prueba de que los medios sociales pueden ayudar a la comunidad médica a recopilar datos de maneras que los métodos tradicionales, como las encuestas, no pueden. Asimismo, es una alternativa mucho más rápida, ya que a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) les toma tan sólo poco más de dos semanas para publicar los resultados.

Por otra parte, como se muestra en el estudio del VIH, la geolocalización también podría ser útil para detectar otras enfermedades, especialmente en el caso de una epidemia. En una situación como tal, los hospitales pueden prepararse para los brotes de la gripe basándose en las tendencias recogidas en los datos de Twitter®.

De esta manera, los médicos pueden determinar los lugares o zonas en las que se produce el mayor número de enfermedades y tomar medidas preventivas. Los tuits con etiquetas geográficas también podrían ayudar a que los funcionarios de salud determinen los lugares que tienen un mayor riesgo, dependiendo de ciertas condiciones ambientales o genéticas, como las enfermedades cardiovasculares, y decidir si los pobladores de esas áreas específicas necesitan más educación al respecto.³



La Prensa Panamá: Se registran 2.947 casos de dengue en lo que va del año

9 de marzo de 2014 – Fuente: *La Prensa (Panamá)*

Carlos Gálvez, Director General de Salud de Panamá, dio a conocer que en todo el país se han confirmado 2.947 casos de dengue. De éstos, 2.678 sin signos de alarma, 256 con signos de alarma, 13 graves y seis defunciones.

Hasta el 4 de marzo, las estadísticas reportaban un total de 2.906 casos de personas con dengue, de los cuales 2.644 eran sin signos de alarma y 249 con signos de alarma.

Gálvez informó también que Panamá Metro con 787 casos, San Miguelito con 662 casos, Herrera con 395 casos y Panamá Oeste con 365 casos, son las regiones de salud con el mayor registro de casos de la enfermedad.

En un comunicado, el Ministerio de Salud expresó que las autoridades de salud están preocupadas porque siguen las lluvias en pleno verano y el invierno está a escasos dos meses.

Por ello, se exhortó nuevamente a la población a hacer el esfuerzo en revisar y eliminar los criaderos de mosquitos dentro y fuera de sus residencias y en la empresa u oficina donde trabajen.



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



Paraguay registra un descenso de infectados con el virus del dengue

10 de marzo de 2014 – Fuente: EFE

Paraguay registró “una sostenida y significativa disminución” de notificaciones de personas infectadas con el virus del dengue en el país en las últimas semanas, según informó hoy la Dirección General de Vigilancia de la Salud.

“La curva epidemiológica se halla por debajo del límite inferior”, explicó la directora de Vigilancia de la Salud, Águeda Cabello, al tiempo que sostuvo que la situación epidemiológica es estable.

Según Cabello, el promedio de notificaciones se redujo de 500 a 300 por semana, es decir, 40% menos que lo registrado semanas atrás.

Aunque la fuente declaró que el departamento de Itapúa, fronterizo con Argentina, si se encuentra en epidemia, con un incremento de casos con respecto a sus datos históricos.

En tanto que los departamentos de Guairá, Boquerón, Misiones y Alto Paraguay se encuentran con más de tres semanas sin notificación de casos.

“El 97% de los casos fueron registrados en zonas endémicas, podemos decir que el país continúa en situación de endemia, sin mucha dispersión de casos”, remarcó la epidemióloga.

Según las autoridades, en lo que va del año se han registrado un total de 5.593 notificaciones de casos febriles asociados al dengue, de los cuales 6,7% fueron confirmados.

El 83% de las notificaciones procede del Área Metropolitana de Asunción, que en esta semana reportó 375 casos febriles.

En lo que va del año se registró el fallecimiento de un hombre a causa de la enfermedad, mientras que en 2013 el virus se cobró 248 vidas.

La titular de Vigilancia de la Salud manifestó que los serotipos del virus que circulan por el país son el DEN-1, el DEN-2 y el DEN-4, al igual que el año pasado.

El mundo



Australia, Victoria: Brote de salmonelosis relacionado con el consumo de huevos

4 de marzo de 2014 – Fuente: Australian Broadcasting Corporation (Australia)

La población del estado de Victoria, en Australia, ha sido advertida de no consumir una marca de huevos crudos después de los recientes casos de salmonelosis en restaurantes que están vinculados a una granja avícola. La compañía Green Eggs, ubicada cerca de Ararat, en el oeste de Victoria, ha sido citada como la causa probable del brote de salmonelosis. El Departamento de Salud ha impuesto restricciones a la granja mientras las investigaciones continúan.

Más de 200 personas se vieron afectadas después de comer los huevos en restaurantes en Torquay y Saint Kilda. Se ha advertido a los proveedores de huevos para que destruyan todos los huevos comercializados con esa marca.

La Dra. Rosemary Lester, Jefe de salud de Victoria, dijo que las personas que hayan comprado productos Green Eggs deben asegurarse de que los huevos estén perfectamente cocidos antes de su consumo. Manifestó que no se deben comer con una yema blanda. Lester aseguró que en unos días más el departamento podrá confirmar si la empresa Green Eggs ha sido la culpable, aunque las primeras investigaciones ciertamente apuntan a la granja.⁴



España: El Gobierno designa 5 aeropuertos y 8 puertos con capacidad para emergencias de salud pública internacional

7 de marzo de 2014 – Fuente: Europa Press

El Consejo de Ministros de España aprobó el 7 de marzo, a propuesta del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, un acuerdo por el que ocho puertos marítimos y cinco aeropuertos españoles pasan a ser designados como ‘puntos de entrada con capacidad de atención a emergencias de salud pública de importancia internacional (ESPII)’.

El acuerdo incluye a los puertos de Barcelona, Bilbao, Las Palmas de Gran Canaria, Málaga, Palma de Mallorca, Tenerife, Valencia y Vigo, mientras que los aeropuertos designados son los de Barcelona-El Prat, Las Palmas de Gran Canaria, Madrid-Barajas, Málaga-Costa del Sol y Palma de Mallorca.

De acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional, una emergencia de salud pública de importancia internacional implica un evento extraordinario que constituye un riesgo para la salud pública de otros Estados a causa de la propagación internacional de una enfermedad, y podría exigir una respuesta internacional coordinada.

⁴ El serotipo de *Salmonella enterica* no ha sido identificado en este importante brote de salmonelosis en el estado de Victoria, en Australia. Victoria es el estado más poblado de la isla.

La salmonelosis es a menudo asociada con huevos rotos o contaminados con materia fecal, un problema controlado por los procedimientos de limpieza aplicados en la industria del huevo. Este es claramente el caso, sin embargo, de la mayoría de los brotes de salmonelosis vinculados con huevos, en los que intervienen huevos desinfectados de categoría A no agrietados, o alimentos que contienen estos huevos. Los huevos no dañados se contaminan con la bacteria durante la ovulación, es decir, antes de la formación de la cáscara.

Dichas emergencias son determinadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como las declaradas con motivo del síndrome respiratorio agudo severo (SARS), la pandemia de influenza A(H1N1) o la catástrofe de Fukushima.

Tras esta designación, estos puertos y aeropuertos deberán garantizar el establecimiento de los procedimientos para la actuación las 24 horas de los Servicios Sanitarios de Sanidad Exterior en los puntos de entrada designados; y el mantenimiento del equipamiento básico para afrontar cualquier ESPII.

Para su elección, se ha utilizado el instrumento de evaluación de los requisitos de capacidad básica en los aeropuertos, puertos y pasos fronterizos terrestres designados desarrollado por la OMS, habiéndose valorado adicionalmente aspectos como su volumen de tráfico internacional, situación estratégica, capacidad de respuesta sanitaria e historial de incidencias sanitarias acontecidas en los últimos años.

El acuerdo es necesario para dar cumplimiento al Reglamento Sanitario Internacional que fue aprobado en la 58ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en Ginebra, que establecía que su finalidad es la de prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública, evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales.

Mayor seguridad internacional

Su aplicación contribuirá significativamente a mejorar la seguridad internacional en el ámbito de la salud pública al facilitar un nuevo marco para coordinar la gestión de los eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional, y permitirá reforzar la capacidad de todos los países para detectar, evaluar y notificar las amenazas a la salud pública y responder a ellas.

Para llevar a cabo este objetivo, el Reglamento Sanitario Internacional establece las capacidades básicas necesarias en puertos y aeropuertos internacionales, referidas a las actuaciones que realizarán a la hora de detectar emergencias de salud pública y responder a ellas, así como para compartir la información relevante.

Entre ellas se incluyen aspectos como la vigilancia, mecanismos de preparación y respuesta, coordinación, comunicación de riesgo, así como la designación de puntos de entrada ante emergencia de salud pública de importancia internacional.



Pakistán, Sindh: La sequía siembra muerte y destrucción en el distrito de Tharparkar

10 de marzo de 2014 – Fuente: Prensa Latina

Casi 150 niños han muerto hasta hoy a causa del hambre o las pésimas condiciones sanitarias en el sureño distrito pakistaní de Tharparkar, golpeado por una intensa sequía y la negligencia de las autoridades.

Pobladores del semidesértico territorio, enclavado en la provincia de Sindh, testimoniaron que pese a las promesas del gobierno local, los damnificados siguen sin recibir ayuda alimentaria y médica.

Decenas de pequeñas aldeas han quedado vacías porque los pobladores se han ido en busca de fuentes de agua y pastos para sus animales. El hambre y las condiciones de insalubridad se extienden rápidamente, sobre todo en zonas remotas adonde no han llegado los equipos de socorro, refirieron.

Según algunas fuentes, los niños muertos por desnutrición y a causa de enfermedades respiratorias como la neumonía pasan del centenar y medio, mientras los hospitales apenas dan cabida a los que necesitan asistencia.

Informes parciales dan cuenta de unos 200.000 damnificados y de la muerte de cientos de cabezas de ganado, pero ni aquellas ni estas cifras han sido confirmadas oficialmente.

Autoridades comunales lamentaron que de las 47.000 bolsas de trigo supuestamente enviadas por el gobierno provincial, solo han recibido unas 900.

Medios de prensa de Karachi, la capital de Sindh, reportaron que el ejército y varios partidos políticos y organizaciones religiosas establecieron campamentos y hospitales de campaña donde reparten agua, alimentos y medicinas entre los afectados.

El 10 de marzo, el primer ministro Nawaz Sharif anunció un paquete de casi 10 millones de dólares para paliar la situación de los damnificados en Tharparkar.

También ordenó investigar por qué el trigo no se ha distribuido en el distrito, tomar medidas estrictas contra los responsables y diseñar una estrategia capaz de garantizar la ayuda necesaria a las víctimas de la sequía.

En los últimos años, Sindh y otras provincias pakistaníes fueron asoladas por intensas lluvias e inundaciones, las peores de las cuales, en 2010, dejaron más de 21 millones de afectados y casi 1.800 personas muertas.



Sudeste Asiático: La región busca obtener su certificación como "libre de poliomielitis"

10 de marzo de 2014 – Fuente: Docsalud (Argentina)

La Comisión Regional del Sudeste Asiático para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis, cuerpo que pertenece a la Organización Mundial de la Salud (OMS), se reunirá el 27 de marzo de 2014 para evaluar si puede declarar "libre de poliomielitis" a la zona que le compete. La misma está integrada por 11 Estados miembros, entre ellos Bangladesh, India, Indonesia y Tailandia, y cuenta con una población de 1.800 millones de habitantes.



Hace tres años que el Sudeste Asiático no registra casos de la infección. El último lo reportó India el 13 de enero de 2011 y, al año siguiente, esta república dejó de formar parte de la lista de países endémicos confeccionada por la OMS. En 2014 la región en evaluación se encamina con firmeza a obtener la certificación "libre de poliomielitis", que ya alcanzaron otras tres áreas del planeta: América (1994), Pacífico Occidental (2000) y Europa (2002).

Para obtener la certificación, es requisito que los Estados que componen la región no hayan tenido casos de poliovirus salvaje en los últimos tres años. Los países no pueden certificar de modo individual como libres de la enfermedad, sino que toda la zona debe hacerlo.

El proceso global para la certificación de la eliminación de la poliomielitis se estableció sobre la base de la experiencia adquirida durante la erradicación de la viruela. En 1995 el director general de la OMS creó la Comisión de Certificación Global, de la que se desprendieron en 1997 y 1998, respectivamente, la Comisión Regional del Sudeste Asiático y los Comités Nacionales de los 11 países.

Situación actual en las zonas afectadas

La poliomielitis es aún una enfermedad endémica en tres países: Nigeria, Afganistán y Pakistán. El primero no registró casos en lo que va de 2014 y solo se identificaron seis durante la tradicional "temporada alta" de la infección. Al incrementar el número de campamentos sanitarios, expandir la llegada a los domicilios y fortalecer el número de agentes comunitarios, Nigeria pudo alcanzar a una mayor cantidad de niños que viven en contextos desfavorables. Recientemente, el director ejecutivo del Fondo de Población de las Naciones Unidas, Babatunde Osotimehin, elogió el éxito de este país al alcanzar 80% de cobertura de la inmunización de rutina.

Luego de que se registrara un nuevo caso de poliomielitis en Kabul, tras 12 años sin la enfermedad, los oficiales de vacunación lanzaron campañas inmediatas para prevenir nuevas infecciones y lograron alcanzar a más de 70.000 niños. Análisis posteriores permitieron vincular la reaparición de la enfermedad a cepas del virus que circulan en Pakistán, hecho que llama a recordar que la existencia de poliomielitis en alguna región del planeta representa un riesgo para los niños de todo el mundo. Si bien Afganistán ya hizo grandes avances en pos de la erradicación, la amenaza está latente debido a la transmisión a través de las fronteras y a zonas de las regiones sur y este donde aún no se logró llegar con la vacuna.

En cuanto a Pakistán, todavía preocupa el aumento de los casos en medio de un clima general de violencia. Los líderes políticos, religiosos y tribales reconocen cada vez más el impacto de las campañas de vacunación, y muestran un mayor compromiso para favorecer el acceso de los oficiales. Asimismo, diversas estrategias se encuentran en marcha en distintas regiones de ese país, para prevenir la infección y brindar condiciones de vida más saludable a los niños. Fuentes oficiales remarcaron que, por primera vez desde julio de 2012, dos muestras de aguas servidas extraídas en áreas de alto riesgo de Peshawar dieron resultados negativos en el análisis de poliovirus.

Por otra parte, desde octubre de 2013 Siria reportó 24 casos y otros 13 fueron confirmados en áreas en conflicto. Una cuarta ronda de Días Nacionales de Inmunización permitió alcanzar a una mayor población infantil, incluso en zonas de difícil acceso. En la mayoría de las regiones, la cobertura de vacunación supera 80%. Sin embargo, todavía hay niños a los que no llega la vacunación, en especial en sitios comprometidos. Las organizaciones humanitarias continúan trabajando con la comunidad y los medios de comunicación para promover la aplicación de la vacuna.

Otros avances en pos de la erradicación global

A fines de febrero de 2014, el Grupo Asesor Islámico Global, conformado por referentes de esta religión, emitió una 'Declaración Jeddah' y un plan de acción de seis meses para abordar los desafíos pendientes en las pocas áreas endémicas dentro del mundo islámico. Sus integrantes declararon que la protección frente a las enfermedades es obligatoria en el marco de la Shariah, ley sagrada del Islam, y reiteraron la seguridad y aceptación de la vacuna antipoliomielítica. También denunciaron la violencia contra los trabajadores de la salud. Asimismo, se comprometieron a trabajar con los líderes religiosos locales y nacionales para concientizar sobre la seguridad de la vacunación y para ganar el apoyo de la comunidad de donantes islámicos, a fin de obtener su ayuda económica y técnica.

En simultáneo, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) dio por concluido un proceso que tuvo como fin aumentar la disponibilidad de la vacuna antipoliomielítica inactivada (IPV) y reducir sus costos para los países de bajos y medianos ingresos. Este anuncio elimina un gran obstáculo hacia la introducción global de la IPV para la vacunación de rutina en más de 120 países donde solo se aplica la vacuna oral (OPV). La Iniciativa Global para la Erradicación de la Poliomielitis y la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización celebraron la medida.



Curar la hepatitis C en solo 6 semanas

5 de marzo de 2014 – Fuente: 21th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections 2014

Una combinación de fármacos contra el virus de la hepatitis C (VHC) sin interferón pegilado ni ribavirina, formada por sofosbuvir, ledipasvir y un tercer agente de acción directa (GS-9669 –un inhibidor de la polimerasa NS5B no análogo de nucleósido– o GS-9451 –un inhibidor de la proteasa NS3–) podría permitir la curación de personas con genotipo 1 sin experiencia en tratamientos en tan solo 6 semanas. A estas conclusiones han llegado los investigadores del estudio SYNERGY.

El estudio incluyó a 60 personas con hepatitis C crónica de Washington DC (Estados Unidos) con recursos limitados, ya que el estudio fue desarrollado por los Institutos Nacionales de Alergias y Enfermedades Infecciosas de Estados Unidos (NIAID) con el objetivo de acercar la innovación terapéutica a grupos poblacionales desfavorecidos. Esta aproximación no deja de ser la sustitución de equidad sanitaria por beneficencia, algo éticamente discutible pero altamente frecuente en el país norteamericano.

Los participantes fueron distribuidos aleatoriamente a recibir 12 semanas de tratamiento con sofosbuvir y ledipasvir (biterapia) o 6 semanas de tratamiento con sofosbuvir, ledipasvir y GS-9669 o GS-9451 (triterapia).

El 70% de los participantes eran hombres, 90% de etnia negra, 85% tenía genotipos de la interleuquina 28B (IL-28B) con mala predisposición a responder al tratamiento y 70% tenía subtipo 1a del VHC (con peor respuesta al tratamiento que el subtipo 1b). Una cuarta parte de los participantes tenía fibrosis avanzada o cirrosis (estadios F3 o F4), aunque las personas con cirrosis fueron excluidas de los grupos con 6 semanas de tratamiento. En el estudio no se incluyó a personas coinfectadas por VIH o el virus de la hepatitis B (VHB).

La carga viral del VHC disminuyó rápidamente y todos los participantes tenían carga viral indetectable al finalizar el tratamiento.

Las tasas de respuesta virológica sostenida a las 4 semanas de finalizar el tratamiento (RVS4) y a las 12 semanas (RVS12, en la práctica, sinónimo de curación) fueron idénticas:

- 100% en el grupo que recibió biterapia durante 12 semanas.
- 95% entre aquellas personas a las que se administró sofosbuvir/ledipasvir/GS-9669 durante 6 semanas.
- 100% entre los participantes que tomaron sofosbuvir/ledipasvir/GS-9451 durante 6 semanas.

Solo una persona (del grupo que recibió triterapia con GS-9669) experimentó recidiva tras finalizar el tratamiento.

El 90% de las personas con terapia doble experimentó la normalización de los niveles de la transaminasa alanina aminotransferasa (ALT) en el decimocuarto día de tratamiento. Los porcentajes fueron de 100% y 95% en los grupos con GS-9669 y con GS-9451, respectivamente.

Todos los tratamientos evaluados fueron, en general, bien tolerados, sin la aparición de efectos adversos graves ni interrupciones del tratamiento por esta causa.

Los efectos secundarios más frecuentes fueron dolor de cabeza, fatiga y diarrea. Este último efecto adverso fue más frecuente en el brazo con GS-9669.

Los resultados del presente estudio muestran una potente combinación bien tolerada, capaz de reducir el tratamiento contra el VHC en pacientes con genotipo 1 hasta las 6 semanas, hecho que supone un valor añadido respecto a otras combinaciones en desarrollo. Será importante que estos resultados sean verificados en estudios de mayor tamaño, hecho que, de tener lugar, podría suponer un impulso importante para el tratamiento de corta duración de una parte importante de quienes viven con infección crónica por VHC: las personas con genotipo 1 sin experiencia en tratamientos.



Existe el riesgo incluso la primera vez. Sida.
Österreichisches Jugendrotkreuz (1987. Viena, Austria).

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.