



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina

www.reporteepidemiologico.com



Número 1.326

31 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

- **Mendiolaza: Murió un niño de cuatro años por una meningitis por neumococo**

Argentina

- **La Pampa, Santa Rosa: Nuevo caso de síndrome urémico hemolítico**
- **Vigilancia de alacranismo**

América

- **Bolivia, Oruro: Declaran alerta sanitaria por un muerto por rabia y otra persona en terapia intensiva**
- **Chile, Los Lagos: Caso de hantavirrosis en Puerto Montt**
- **Canadá, British Columbia: Un brote de sarampión revela la vulnerabilidad de los niños no vacunados**
- **El Salvador: Los casos de dengue aumentan 94% respecto de 2013**

- **Estados Unidos: Uno de cada 25 pacientes contrae una infección en el hospital**
- **Estados Unidos, California: El brote de sarampión cobra más fuerza**
- **Nicaragua convoca a 1,8 millones de niños y adultos a una jornada masiva de vacunación**
- **Panamá: El dengue sigue su escalada con ocho fallecimientos**

El mundo

- **España se desentiende de la lucha global contra la tuberculosis**
- **Gran Bretaña: Primeros casos de transmisión de tuberculosis de felinos a humanos**
- **Guinea: Actualización sobre el brote de fiebre hemorrágica del Ébola**
- **Relacionan la infección por rotavirus con la diabetes autoinmune**

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/

Mendiolaza: Murió un niño de cuatro años por una meningitis por neumococo

29 de marzo de 2014 – Fuente: Cadena 3 (Argentina)

La jefa del Área de Epidemiología de la Provincia de Córdoba, Dra. María Frías Céspedes, confirmó el deceso de un niño por meningitis en el Hospital 'Nuestra Señora de la Misericordia' de la ciudad de Córdoba, adonde había sido derivado.

El niño era oriundo de Villa Allende y asistía a un jardín de infantes en Mendiolaza.

En principio, se habría tratado de una meningitis por neumococo. "Esta bacteria es muy agresiva, todavía no sabemos la tipificación, pero no es contagioso, no hay que hacer desinfección ni profilaxis a los compañeritos, el niño no contagia", dijo Frías Céspedes. No obstante, los jardines de infantes y el colegio primario suspendieron las clases hoy y la Municipalidad decidió hacer controles.

"Insistimos en que todos los chiquitos tengan el carné de vacunación completo", explicó Frías. Al ser consultada sobre si el nene había completado las vacunas del calendario, la funcionaria respondió: "Es lo que se está averiguando, porque en el hospital no se había presentado ningún carné".

La abuela del niño fallecido informó que él se sentía mal el 23 de marzo a la noche y que lo llevaron al Hospital 'Profesor José Miguel Urrutia' de Unquillo, donde le dieron el alta y volvió a la casa. El 24 de marzo a la mañana seguía mal, con vómitos. Volvieron al hospital de Unquillo, vieron que era grave el cuadro y decidieron derivarlo al Hospital Misericordia. Sin embargo, asegura, no había ambulancia y recién a la tarde encontraron una. Llegó con muerte cerebral y murió en la madrugada.

En tanto, en el Hospital Regional de Villa Allende, la médica Patricia Tisera indicó que un hermano del niño fallecido, de un año y medio de edad, era tratado por ese cuadro. El bebé tuvo un pico de fiebre alto, pero se encontraría fuera de peligro y recibió el alta en las últimas horas.


Argentina
La Pampa, Santa Rosa: Nuevo caso de síndrome urémico hemolítico

29 de marzo de 2014 – Fuente: La Arena (Argentina)

El Ministerio de Salud de La Pampa comunicó el 28 de marzo la detección de un nuevo caso de síndrome urémico hemolítico (SUH) en un niño oriundo de Santa Rosa. El menor fue atendido en el servicio de Pediatría del Hospital 'Dr. Lucio Molas' el 20 de marzo y derivado al Hospital General de Niños 'Dr. Ricardo Gutiérrez' de Buenos Aires, donde se encuentra con buena evolución a la fecha.

La Dirección de Epidemiología ha iniciado una investigación que corresponde al estudio del caso, a los contactos y la intervención al jardín maternal al que asistía el niño. Las autoridades recordaron que el SUH es una enfermedad transmitida por alimentos que en 90% de los casos están contaminados por la bacteria *Escherichia coli*.

El SUH se manifiesta con un cuadro de dolor abdominal, vómitos y diarrea a veces sanguinolenta; que evoluciona con anemia, disminución de las plaquetas e insuficiencia renal aguda. Afecta mayormente a los niños entre los seis meses y cinco años de edad.


Recomendaciones

Autoridades de Salud recordaron las recomendaciones a tener en cuenta al momento de preparar los alimentos. Es importante asegurar la correcta cocción de la carne teniendo en cuenta que la bacteria se destruye a los 70°C; hay que tener especial cuidado con la cocción de la carne picada, ya que generalmente se cocina bien la parte superficial, permaneciendo la bacteria en el interior.

Se deben utilizar distintos utensilios de cocina para cortar la carne cruda y otros para trozarla antes de ingerirla, evitar el contacto de las carnes crudas con otros alimentos, también es importante consumir leche y derivados lácteos pasteurizados y conservar la cadena de frío, evitar el consumo de jugos de fruta no pasteurizados y lavar cuidadosamente verduras y frutas con agua segura.

Se debe vigilar y asegurar la correcta higiene de las manos antes de preparar los alimentos, luego de ir al baño o de cambiar pañales. Se hace hincapié en el consumo de agua potable o hervirla durante cinco minutos o agregar dos gotas de lavandina por litro de agua y finalmente, evitar que los niños menores de cinco años, consuman chacinados y carnes de faena casera.

Vigilancia de alacranismo

20 de marzo de 2014 – Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

Tabla 1. Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes, según provincia y región. Argentina. Años 2012/2014, hasta semana epidemiológica 6. 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	1	0,03	—	—	1	0,03
Buenos Aires	19	0,12	12	0,08	18	0,12
Córdoba	533	16,11	528	15,96	396	11,97
Entre Ríos	80	6,47	125	10,11	76	6,15
Santa Fe	270	8,45	358	11,21	227	7,11
Centro	903	3,44	1.023	3,90	718	2,73
Mendoza	2	0,12	3	0,17	4	0,23
San Juan	7	1,03	10	1,47	9	1,32
San Luis	4	0,93	9	2,08	19	4,39
Cuyo	13	0,46	22	0,77	32	1,12
Corrientes	50	5,04	49	4,94	28	2,82
Chaco	32	3,03	61	5,78	22	2,08
Formosa	4	0,75	14	2,64	—	—
Misiones	24	2,18	39	3,54	30	2,72
NEA	110	2,99	163	4,43	80	2,17
Catamarca	182	49,48	219	59,54	174	47,30
Jujuy	33	4,90	102	15,15	87	12,92
La Rioja	150	44,96	46	13,79	46	13,79
Salta	52	4,28	55	4,53	46	3,79
Santiago del Estero	167	19,11	244	27,92	100	11,44
Tucumán	147	10,15	339	23,41	369	25,48
NOA	731	14,88	1.005	20,46	822	16,74
Chubut	—	—	—	—	1	0,20
La Pampa	—	—	—	—	—	—
Neuquén	2	0,36	3	0,54	—	—
Río Negro	—	—	—	—	2	0,31
Santa Cruz	—	—	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—	—	—
Sur	2	0,08	3	0,12	3	0,12
Total Argentina	1.759	4,38	2.216	5,52	1.655	4,13

Mapa 1. Tasas de notificación cada 100.000 habitantes. Argentina. Año 2014, hasta semana epidemiológica 6. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.

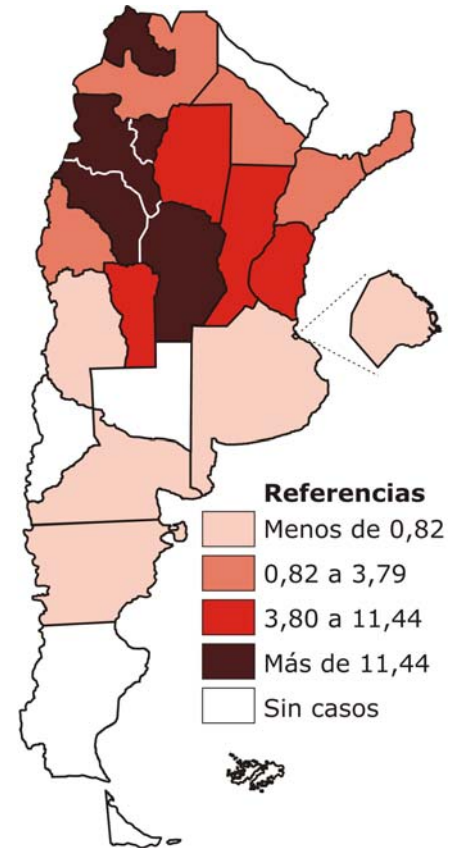
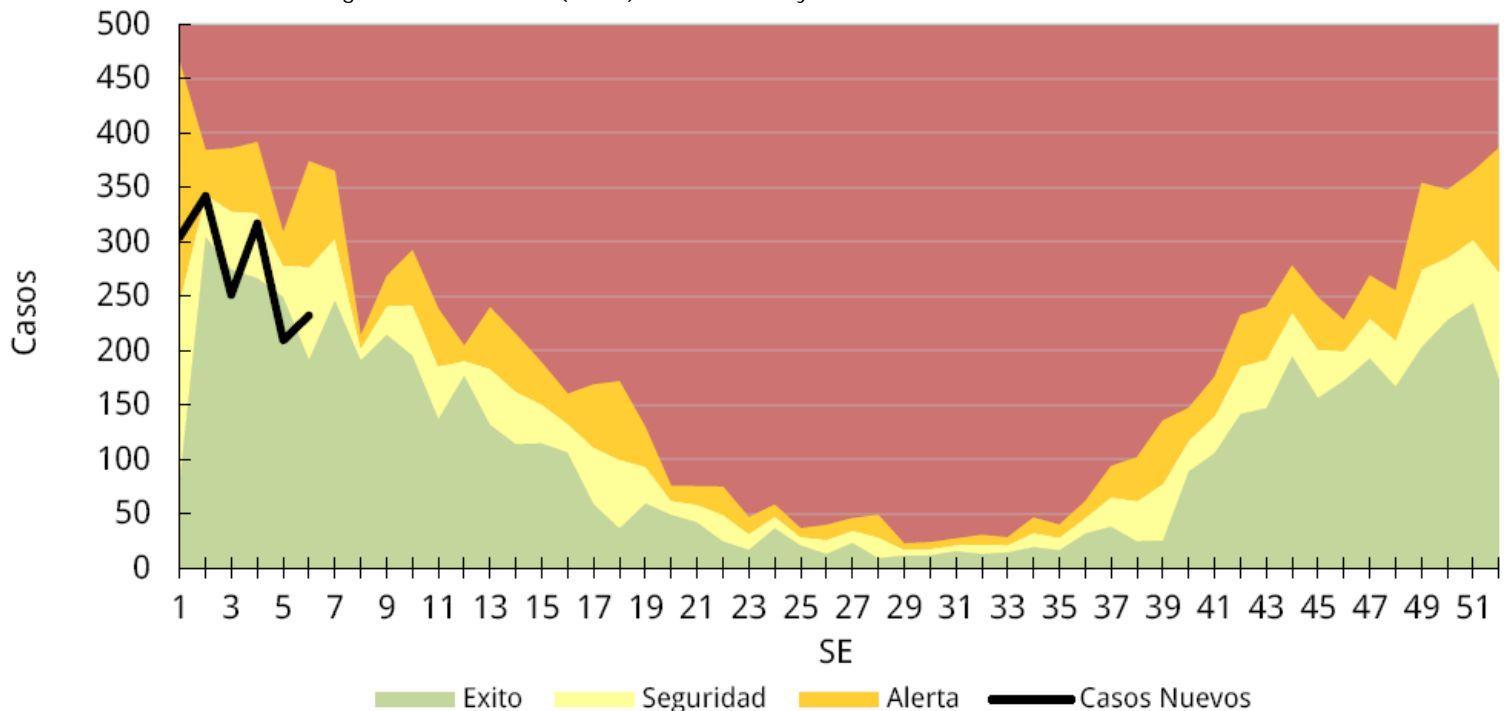


Tabla 1. Corredor endémico semanal. Argentina. Año 2014, en base a datos de los años 2009/2013, hasta semana epidemiológica 6. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.



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.

LA PATRIA **Bolivia, Oruro: Declaran alerta sanitaria por un muerto por rabia y otra persona en terapia intensiva**

29 de marzo de 2014 – Fuente: La Patria (Bolivia)

El Servicio Departamental de Salud (SEDES), declaró alerta sanitaria en el departamento de Oruro a consecuencia de la aparición de un brote de rabia en humanos en el que se registra una persona fallecida y otra que se encuentra en terapia intensiva.

“Son dos los casos registrados en el municipio”, informó Johnny Vedia, director del SEDES, al mostrar los resultados de las pruebas de laboratorio con resultados positivos.

El primer caso es el de un joven de 16 años que fue internado el 22 de marzo, el cual fue valorado por el personal de la Clínica ‘Natividad’, con síntomas como cefalea, fiebre de 38°C, desesperación, artralgias, aerofobia, fotofobia y agitación psicomotora. Al momento de su valoración el paciente se mantenía lúcido, pero con algunas incoherencias durante el transcurso del día, falleciendo al día siguiente.

Según datos emitidos por la Dirección del SEDES, esta persona fue mordida el 1 de noviembre de 2013 por un perro de propiedad de la portera de la Escuela ‘José María Sierra Galvarro’; el animal fue eliminado en el mes de diciembre y otros dos canes con los que tuvo contacto se encuentran vivos y aparentemente sanos.

Sin embargo, esta persona sufrió una segunda agresión de otro perro a 30 metros de su domicilio ubicado en la urbanización ‘Nueva San José’ de la zona este colindante a Vinto, siendo mordido en la mano y posteriormente trasladado al Hospital General ‘San Juan de Dios’. Desde aquella oportunidad el paciente presentó malestares de importancia hasta el presente mes.

El segundo caso es un niño de cinco años radicado en Brasil, que llegó a Bolivia en febrero, y fue mordido por un perro en la urbanización ‘El Paraíso’, colindante a la urbanización ‘San Pablo’, a 10 metros del basurero municipal.

El niño posteriormente fue atendido en el Hospital General ‘San Juan de Dios’ con la recomendación de retornar el 6 de febrero para el control correspondiente. Lamentablemente los padres de éste menor no lo llevaron, fue trasladado a la localidad de Poopó para las fiestas de carnaval y posteriormente retornó a Brasil.

El SEDES recibió una comunicación internacional informando que el mismo niño había sido ingresado el 26 de febrero en el Hospital ‘Santa Casa’ de São Paulo, con sintomatología clínicamente compatible con rabia, con un cuadro de fiebre y agitación psicomotora. El 4 de marzo es transferido a terapia intensiva con cuadro severo y toma de muestras de saliva de folículo piloso y del líquido cefalorraquídeo; el 16 de marzo los resultados del laboratorio dieron positivo para rabia humana, obviamente con nexo epidemiológico con Oruro, Bolivia.

Al momento no se tiene reporte del fallecimiento del niño, y se tiene entendido de que el menor continúa en terapia intensiva en aquel país.



Chile, Los Lagos: Caso de hantavirus en Puerto Montt

29 de marzo de 2014 – Fuente: Bio-Bío (Chile)

La esposa de un trabajador salmoneo de Puerto Montt que se contagió con el virus Hanta en el sector rural de Ilque permanece internada en Santiago con la misma infección, desconociéndose hasta ahora el lugar o la forma en la cual la mujer adquirió el virus.

Se trata de la esposa de un hombre de 33 años, quien habría sido el último caso conocido en la capital de Los Lagos. El trabajador de la empresa pesquera Santa Cruz de Chiquihue presentó los primeros síntomas el pasado 21 de febrero, siendo internado de gravedad 10 días después, el 3 de marzo, en la Clínica Los Andes de Puerto Montt.

Luego, el hombre fue derivado de urgencia durante la misma jornada a la Clínica Las Condes de Santiago, donde permaneció con riesgo vital durante varios días.

Desde entonces, su mujer de 27 años, estuvo en la capital del país acompañando a su esposo durante su tratamiento, presentando síntomas de contagio casi un mes después de que su marido comenzó a sentirse enfermo.

El día 18 la mujer decidió acudir hasta un centro de salud en la Región Metropolitana, en donde le practicaron el test rápido de Hantavirus obteniendo, para su sorpresa, un resultado positivo.

Fue internada entonces en la Clínica Bicentenario de Santiago a la espera de la ratificación del diagnóstico, el que llegó posteriormente desde el Laboratorio Clínico de la Universidad Católica.

Según el reporte médico que manejaba la Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Salud de Los Lagos hasta este viernes, la mujer está estable dentro de su gravedad en la unidad de cuidados intensivos de la mencionada clínica, sin requerimiento de ventilación mecánica por el momento.

Respecto al posible lugar de su contagio, la autoridad sanitaria no tendría aún claridad sobre este punto. Cercanos a la familia aseguran que la mujer no estuvo en ningún sector rural durante las semanas previas ni tampoco

visitó la zona costera de Ilque, en el límite de las comunas de Puerto Montt y Calbuco, donde se habría contagiado su esposo.

De confirmarse que su contagio ocurrió en Puerto Montt o en sus alrededores, la región de Los Lagos acumularía un total de 8 casos de hantavirus desde septiembre a la fecha, dos de las cuales perdieron la vida a causa de la infección.



Canadá, British Columbia: Un brote de sarampión revela la vulnerabilidad de los niños no vacunados

28 de marzo de 2014 – Fuente: Xinhua

Más de 200 casos de sarampión han sido confirmados en el valle de Fraser, una región al este de Vancouver, en el oeste de Canadá, en donde las tasas de inmunización son menores en ciertos grupos escolares y religiosos.

“Es en esos focos de niños no vacunados o subinmunizados por donde el sarampión puede, debido a que es una enfermedad contagiosa, llegar a esas poblaciones”, dijo John Spika, director general del Centro para la Inmunización contra Enfermedades Respiratorias Contagiosas de la Agencia de Salud Pública de Canadá.

Funcionarios del sector salud indicaron que el brote reciente en British Columbia resalta la forma en que un virus muy contagioso puede ser muy efectivo en la búsqueda de niños sin protección.

También se han reportado este año casos de sarampión en otras provincias como Alberta, Saskatchewan, Manitoba y Ontario. Aunque varios funcionarios del sector salud hablan en general de una tasa de cobertura de 95% de las vacunas contra el sarampión en el país, estos focos de menor protección están generando preocupación.

El sarampión es uno de los virus más contagiosos y todavía es una enfermedad seria y letal. En Canadá, el riesgo de contraer una infección cerebral a causa del sarampión es de uno cada 1.000 casos y el riesgo de muerte es de uno cada 3.000 casos.

El año pasado, Canadá registró 83 casos de sarampión, de los cuales cerca de la mitad estuvo vinculado con una comunidad del sur de Alberta. El año anterior, hubo 10 casos en todo el país.



El Salvador: Los casos de dengue aumentan 94% respecto de 2013

30 de marzo de 2014 – Fuente: La Prensa Gráfica (El Salvador)

Los casos confirmados de dengue hasta este mes casi duplican los registrados en el mismo período del año pasado, según los informes del Ministerio de Salud (MINSAL).

El ministerio, parte del Sistema Nacional de Protección Civil, emitió una “alerta de epidemia”.

Violeta Menjívar, viceministra de Salud, advirtió ayer que hasta el 22 de marzo de este año se han confirmado 1.831 casos de dengue. En el mismo período de 2013 se reportaron 942 casos. El aumento es equivalente a 94%.

Los casos de dengue grave también aumentaron de 27, en 2013, a 44 este año, siempre hasta el 22 de marzo. Esta variante de la infección puede ser mortal. “Estamos preocupados con el dengue. Se nos ha disparado”, alertó la funcionaria en un evento en San Salvador.

Eduardo Espinoza, viceministro de Políticas de Salud, comentó por su parte que los casos sospechosos de dengue son 4.915 hasta el lunes 24 de marzo. En 2013, para la misma fecha, eran 3.497. Es un alza equivalente a 40,5%.

Menjívar agregó que los niños y jóvenes de 5 a 19 años son los más afectados. Por otro lado, el departamento de San Salvador concentra la mayoría de casos y es el municipio de Ilopango donde más casos se confirman.

Hace poco más de 15 días trascendió que una bebé de nueve meses había muerto por dengue. Salud no ha informado de más fallecimientos por esta causa.

Plan de combate

Si bien Ilopango tiene la mayor cantidad de casos, hay otros 19 municipios que están bajo la lupa del Ministerio de Salud. En la lista están Soyapango, Cuscatancingo y San Salvador (la cabecera departamental), que junto a Ilopango están entre los municipios más poblados.

El 3 de abril se tiene previsto celebrar una reunión con alcaldes para buscar soluciones conjuntas. Durante los próximos días también se tiene pensado lanzar la jornada nacional contra el dengue.

Uno de los indicadores que permite conocer la vulnerabilidad en los hogares es la cantidad de recipientes con larvas de mosquitos. Espinoza comentó que en Cuscatancingo, por ejemplo, han encontrado que 40% de los hogares que fueron visitados por las autoridades del MINSAL en ese municipio, tenían recipientes que podían facilitar la reproducción del mosquito *Aedes aegypti*.

Menjívar dijo que es necesario eliminar los potenciales criaderos, o al menos darles vuelta para no dejar agua estancada. Una larva puede convertirse en adulto incluso en un espacio tan pequeño como la tapa de una botella.



26 de marzo de 2014 – Fuente: *The New England Journal of Medicine*

Aproximadamente uno de cada 25 pacientes que buscaban tratamiento en hospitales de Estados Unidos adquirieron una infección allí en 2011, según un nuevo estudio.

Los pacientes adquirieron 721.800 infecciones en los hospitales ese año, de acuerdo con la investigación. De los infectados, alrededor de 75.000 murieron, según los Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, aunque el estudio no investigó con qué frecuencia una infección en realidad causó o contribuyó a la muerte del paciente.

La neumonía e infecciones en quirófanos fueron los tipos más comunes de infección (cada uno de ellos representa alrededor del 22% de todas las infecciones) seguidos por las infecciones gastrointestinales, tales como *Clostridium difficile*, infecciones del tracto urinario e infecciones del torrente sanguíneo.

Si bien destaca la nefasta realidad de que demasiadas personas contraen infecciones cuando buscan tratamiento médico en hospitales y otros centros para el cuidado de la salud, el estudio también muestra un avance respecto a los cálculos anteriores.

En 2002 hubo un aproximado de 1,7 millones de infecciones asociadas al cuidado de la salud y 155.668 muertes de pacientes infectados. En 98.987 de esas muertes, los médicos dijeron que la infección de los pacientes en realidad causó o contribuyó a la muerte.

Cuando se trata de reducir las tasas de infección, "hay grandes datos que muestran que en realidad podemos hacer una diferencia significativa", dice el Dr. Michael Bell, director de la División de promoción de la calidad en el cuidado de la salud de los CDC.

Por ejemplo, las infecciones en el torrente sanguíneo de vías centrales disminuyeron en 44% entre 2008 y 2012; éste es el resultado, dicen los expertos, de requerirle a los hospitales que sigan una simple lista de verificación de las mejores prácticas.

"Pero al mismo tiempo, no estamos haciendo un trabajo perfecto de hacer todo lo que deberíamos hacer, en todo momento", dice Bell, "y aún no hemos resuelto cuál es la mejor manera de manejar algunas cosas... por ahora".

Las infecciones por *C. difficile*, por ejemplo, se han vuelto más severas en los últimos diez años, y más bacterias son resistentes a los antibióticos. Las infecciones resistentes a los antibióticos representan por lo menos 23.000 muertes cada año, según los CDC.

Aun así, los índices de infección en los hospitales varían de forma significativa en los estados, e incluso entre hospitales vecinos. "Hay algunos lugares excelentes que están haciendo un buen trabajo y me encantaría que me trataran ahí –dice Bell–. Además, en cada tipo de instalación hay lugares que me preocupan mucho. También puede estar relacionado al personal y a los recursos; podría estar relacionado a la forma de hacer las cosas".

El Dr. Peter Pronovost, el director del Instituto Armstrong para la Seguridad del Paciente y Calidad en Johns Hopkins, recomienda que los pacientes investiguen con tiempo las tasas de infección de sus hospitales locales en el sitio web de comparación de hospitales Centers for Medicare and Medicaid Services, si es posible.

"Estas infecciones del torrente sanguíneo en la unidad de cuidados intensivos (UCI) a menudo son una medida utilizada como indicador de que algo anda mal", dice Pronovost. "En otras palabras, si un hospital se organiza para enfocarse en la seguridad y las disminuye, es un buen indicador de que están trabajando en colaboración, incluso si no estás en la UCI".

"Dentro de una instalación –dice Pronovost–, los pacientes pueden responsabilizar a los médicos de las mejores prácticas al pedirle a los doctores y enfermeras que se laven las manos cuando entran a la habitación y al indagar acerca del tiempo apropiado para que los catéteres y otros aparatos médicos que son fuentes comunes de infección sean eliminados".

"Aunque hemos tenido mucho éxito a nivel nacional, aún hay algunos hospitales cuyas tasas de infección son muchas veces más altas que el promedio nacional. La realidad es que a menudo no hacen mucho al respecto –dice Pronovost–. No hay rendición de cuentas para un hospital que tiene tasas de infección muy altas, y en mi opinión, absolutamente debería haberla".

El estudio incluyó a 183 hospitales y participaron 11.282 pacientes entre mayo y septiembre de 2011.²



² La verificación del cumplimiento estricto de las medidas para la prevención de las infecciones nosocomiales, así como el conocimiento constantemente actualizado de los microorganismos causantes, conjuntamente con sus patrones de resistencia y susceptibilidad, son prioridades reales en la investigación en salud pública, antes que detenerse a cavilar sobre 'políticas y estrategias' que se ven brillantes en el papel, pero que no necesariamente solucionan los problemas más urgentes. Los hallazgos de diversos centros en diferentes partes del mundo no necesariamente pueden ser extrapolados a otras realidades; y aun dentro de un mismo hospital pueden coexistir cepas bacterianas con patrones de resistencia diferentes. El uso empírico de antibióticos en las infecciones nosocomiales, si bien es exitoso en muchas ocasiones, conlleva al riesgo de selección de cepas altamente resistentes. Por tanto, es hora de investigar en serio este problema tan importante.

Las autoridades de salud de California confirmaron hoy que en las últimas dos semanas aumentaron los casos de sarampión de 32 a 49.

El condado con más casos es Orange con 21, seguido por Los Ángeles con 10, Riverside con 5, San Diego y Contra Costa con 4 cada uno.

En el Norte de California, el condado de San Mateo registró 3 casos, y Alameda y Santa Clara 1 cada uno.

En la mayoría de los casos registrados se trata de personas que no han sido vacunadas, agregaron las autoridades.

“Este incremento dramático en la cantidad de casos de sarampión es un recordatorio de que hay que vacunarse completamente”, declaró el Dr. Ron Chapman, director del Departamento de Salud Pública de California.

“Al completar las vacunas contra el sarampión no sólo se protege la persona que recibe la vacuna, sino también protege a toda la familia y los amigos, incluyendo niños pequeños que tal vez sean muy pequeños para ser vacunados”, agregó.

Durante este mismo período el año pasado, sólo se habían registrado 4 casos de sarampión a nivel estatal.

De los 49 casos de sarampión, 11 han sido pacientes que han viajado fuera de América del Norte o del Sur. Aún se está tratando de identificar la fuente del contagio de 5 casos.



Nicaragua convoca a 1,8 millones de niños y adultos a una jornada masiva de vacunación

29 de marzo de 2014 – Fuente: France Press

Las autoridades de salud de Nicaragua lanzaron el 29 de marzo una jornada masiva para vacunar a 1,8 millones de niños y adultos de la tercera edad contra la poliomielitis, el sarampión, la difteria, la hepatitis B y otras enfermedades.

“Considero que vamos a superar la meta propuesta en estos momentos, gracias a la participación que se ha observado en los nicaragüenses”, afirmó Carlos Sáenz, director de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud (MINSa).

En la jornada, que concluirá el domingo, participan médicos, enfermeras, funcionarios del MINSa y brigadas voluntarias de salud, integradas sobre todo por jóvenes sandinistas, que instan con megáfonos en mano a la población a vacunar a los pequeños.

“No olvide vacunar a sus niños”, exhortaba una joven desde un parlante de un vehículo que recorría uno de los barrios de la capital.

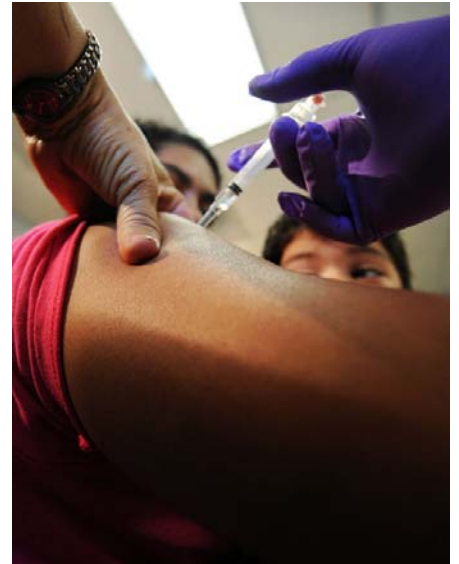
Las autoridades tienen previsto inmunizar contra la poliomielitis, el sarampión, la parotiditis, la rubéola, la difteria, el tétanos, la tos convulsa, la hepatitis B y la infección por *Haemophilus influenzae* tipo B. También se aplican dosis contra el rotavirus, el neumococo y se suministran refuerzos de vitamina A y antiparasitarios a los niños.

Nicaragua, uno de los países más pobres del continente, inmuniza todos los años a sus niños y adultos mayores para prevenir estas enfermedades, principalmente en sectores pobres y más vulnerables.

La jornada gratuita de vacunación que Nicaragua realiza desde la Revolución Sandinista, en la década de 1980, ha permitido erradicar gradualmente la poliomielitis, el sarampión, la rubéola y la viruela.

También contribuye a reducir significativamente la difteria y el tétano, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que no precisa la incidencia actual de estas enfermedades en el país.

La campaña busca, además, controlar la neumonía y la influenza, que actualmente es la séptima causa de muerte en Nicaragua, según datos oficiales.



Panamá: El dengue sigue su escalada con ocho fallecimientos

29 de marzo de 2014 – Fuente: Prensa Latina

El dengue sigue su acelerada escalada en Panamá, donde se reportan en estos tres primeros meses del año 3.419 casos, con ocho fallecimientos, cifras que preocupan a las autoridades pues la epidemia no cede.

Según esas estadísticas del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud (MINSa), el dengue en este primer trimestre de 2014 rebasó los reportes del año pasado completo a pesar de la declaratoria de epidemia nacional decretada a principios de año.

De la cifra anterior, 309 pacientes son con signos de alarma, 3.093 sin signos de alarma y 17 graves, de los cuales han fallecido las ocho personas mencionadas, precisa Epidemiología la cual aclara que en todo 2013 se contabilizaron 3.232 casos y siete defunciones, una diferencia de 187 casos.

El director nacional de Salud, Carlos Gálvez, dijo que en enero se reportaban 150 casos al día y ahora solo se registran 10, lo que da un poco de tranquilidad pues aparentemente la población ha tomando conciencia del peligro de la enfermedad.

Pero la situación sigue siendo tensa porque no se han podido eliminar las fuentes de la enfermedad debido a que persisten criaderos de larvas de *Aedes aegypti*, sobre todo en barriadas populares como San Miguelito y Arraiján, lo cual amerita mantener vigente la alerta sanitaria por dengue.

El mundo



España se desentiende de la lucha global contra la tuberculosis

29 de marzo de 2014 – Fuente: El Diario (España)

El 24 de marzo, fecha en la que se celebra el Día Mundial de la Tuberculosis, hubo poco que celebrar. Esta enfermedad, que es curable y ha sido priorizada por la comunidad internacional en un Objetivo de Desarrollo del Milenio específico, sigue siendo tras el sida la enfermedad infecciosa con mayor mortalidad del mundo. En este contexto, en vez de impulsar la batalla, la aportación del Gobierno de España al Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria ha caído en picada.

A pesar de los enormes avances logrados en las últimas décadas a nivel global, en términos tanto de detección temprana como de tratamiento, aún hay 9 millones de nuevos casos cada año en el mundo, 3 millones de infectados sin tratamiento y provoca 1,3 millones de muertes.

Aunque también está presente en países desarrollados, el impacto es mayor en los países en desarrollo –donde se concentra el 95% de las muertes anuales–, especialmente en los colectivos más vulnerables (pobres, personas malnutridas, desplazados internos, presos...). Sólo en 2012, 500.000 niños se infectaron de tuberculosis y 74.000 murieron.

Los expertos insisten en que no es el momento de aflojar la lucha. Se calcula que los esfuerzos realizados desde 1990 han evitado 22 millones de muertes, pero los avances cosechados en los últimos años –por el compromiso conjunto de donantes internacionales, Gobiernos nacionales y alianzas multiactor– pueden revertirse rápidamente.

Cada persona infectada y no tratada puede transmitir la tuberculosis a unas 10-15 personas cada año y un paciente que haya tenido que interrumpir su tratamiento desarrollará resistencias que harán más difícil y caro cualquier tratamiento posterior. El Dr. Suvanand Sahu, secretario ejecutivo de la red internacional Stop TB, lo explica de forma muy gráfica: cada dólar que no se invierte ahora en la lucha contra la tuberculosis costará 30 dólares en un futuro.

La comunidad internacional lleva desde 2002 canalizando sus aportaciones a esta causa a través del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, que supone anualmente algo más de 40% de la financiación externa necesaria. Países del entorno europeo, como Gran Bretaña (1.600 millones de dólares), Francia (1.400 millones de dólares) o Alemania (1.260 millones de dólares), ya han comprometido su aportación al Fondo para el año 2014, pero aún falta el otro 60% por financiar.

El desplome de la aportación española

España, fue entre los años 2008 y 2010 uno de los más firmes impulsores del Fondo, comprometiendo 200 millones de dólares anuales. Ya en 2010 la aportación fue la mitad de lo acordado y a partir de entonces España ha desaparecido del radar. Para 2012, el Ejecutivo volvió a comprometer 10 millones de euros, que nunca fueron aportados, y para el resto de legislatura las noticias que llegan desde el Gobierno indican que no se esperen nuevas aportaciones.

Este radical cambio de sentido en el compromiso de España con la lucha contra la tuberculosis se ha dado, irónicamente, en un contexto de absoluto consenso político nacional a favor de mantener dicho compromiso.

Durante 2013, el Congreso de los Diputados aprobó dos ambiciosas proposiciones no de ley con el respaldo unánime de todos los Grupos Parlamentarios que instan al Gobierno a priorizar, financiera y políticamente, la causa global de la lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria. Sin embargo, esto no ha sido suficiente para que el Gobierno incluya esta partida en sus presupuestos ni para que se comprometa a considerar posibles fuentes alternativas de financiación, como la tasa a las transacciones financieras, que permitirían cumplir con los compromisos internacionales asumidos sin comprometer el sagrado déficit.

Ante esta absoluta falta de coherencia entre el consenso político construido en el Congreso de los Diputados y el posicionamiento adoptado posteriormente por el Gobierno, cabe preguntarse si el Parlamento tiene alguna capacidad de incidencia real a la hora de orientar y controlar las actuaciones del Gobierno.

Durante esta legislatura, el compromiso español con la salud en los países empobrecidos y con su lucha contra el sida, la malaria y la tuberculosis, se ha mantenido a flote en la agenda política gracias al liderazgo de un pequeño



grupo de diputados –encabezados por Antoni Picó i Azanza– y al incansable trabajo de incidencia y sensibilización de las organizaciones de la sociedad civil expertas en la materia.

Los más críticos pueden decir que, visto el resultado cosechado y la influencia sobre el Gobierno, ya se podrían haber ahorrado el esfuerzo los unos y los otros. Algo de razón no les falta. Sin embargo, la construcción de voluntades políticas sólidas y duraderas en un asunto como la lucha contra la pobreza es un camino de muy largo plazo en el que obtener un compromiso político hoy puede dar pie a aspirar a mayores logros mañana.

La aprobación por consenso de una petición del Congreso al Gobierno a mantener vivo el compromiso español en esta causa, por menor que pueda parecer, es en muchas ocasiones el activo más valioso con el que la sociedad civil cuenta para exigir rendición de cuentas políticas y tratar de que un futuro incumplimiento pueda implicar algún coste político.

Pero en el reto de conseguir que el Congreso de los Diputados se convierta en un aliado, y no un obstáculo, en la promoción de un mundo más justo y equitativo, todos (diputados, Gobierno, ciudadanos, ONG y medios de comunicación) tienen una parte de responsabilidad.

Es necesaria una sociedad civil que exija y se interese; unos medios de comunicación que investiguen y comuniquen; unos diputados que promuevan y controlen; y un Gobierno que se tome en serio los compromisos aprobados por el Congreso y que, al menos, informe, comparezca y rinda cuentas públicamente acerca de qué decisiones va a adoptar respecto a dichas orientaciones.

Lamentablemente, la aprobación de una proposición no de ley en España no supone mucha mejora en la vida de los 21 millones de personas que se han infectado de tuberculosis en el mundo desde que comenzó la presente legislatura a fines de 2011. Es urgente, por tanto, que el aparente consenso político existente en España en esta materia se convierta, más pronto que tarde, en acciones políticas concretas que transformen las palabras y los compromisos en presupuestos para investigación y atención sanitaria.

LA PRENSA Gran Bretaña: Primeros casos de transmisión de tuberculosis de felinos a humanos

30 de marzo de 2014 – Fuente: La Prensa (Perú)

Dos personas contrajeron tuberculosis a causa de su contacto con un gato, según informaron científicos de Inglaterra. Estos son los primeros casos de contagio del mal de un felino a un humano.

Otras dos personas habrían contraído el virus en las localidades de Hampshire y Berkshire. Nueve gatos domésticos son investigados por la infección de tuberculosis.

Salud Pública de Inglaterra (PHE) indicó que los pacientes responden positivamente al tratamiento. La institución explicó que el riesgo de contagio de tuberculosis de gatos a humanos es muy bajo.

A los felinos se les detectó la bacteria *Mycobacterium bovis*, que causa tuberculosis en el ganado. En 2013, nueve casos de infección de la bacteria en gatos domésticos fueron investigados por la Agencia de Salud Animal y Laboratorios Veterinarios en las mencionadas zonas.

Como medida de prevención, 39 personas que estuvieron en contacto con los felinos serán sometidas a análisis. “Es importante recordar que se trataba de un grupo muy inusual de la tuberculosis en los gatos domésticos. Estos son los primeros casos documentados de transmisión de gato a persona”, resaltó Dilys Morgan, del PHE.

Los animales domésticos estuvieron en contacto con bovinos de la zona. Las probabilidades de contagio son más altas en animales silvestres, pero los análisis demostraron que los gatos y el ganado portan la misma cepa del virus.



Guinea: Actualización sobre el brote de fiebre hemorrágica del Ébola

27 de marzo de 2014 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

El Ministerio de Salud de Guinea notificó hoy 4 nuevos casos de fiebre hemorrágica de Ébola (FHE) confirmados por laboratorio en la capital, Conakry. Además, un quinto caso sospechoso murió sin la confirmación de laboratorio. La investigación intensificada de casos está en marcha para identificar el origen y la vía de infección de estos pacientes, registrar su historial de viajes antes de la llegada a Conakry, y determinar la duración de la infectividad a los efectos del seguimiento de contactos. Equipos de Respuesta Rápida están llevando a cabo estas investigaciones y la sensibilización de los profesionales sanitarios y las comunidades afectadas por la FHE para reducir el riesgo de una mayor transmisión.

El número total de casos sospechosos y confirmados en el brote de la FHE en curso en Guinea aumentó a 103, incluyendo 66 muertes. Hoy se reportaron 15 nuevos casos sospechosos en Guinea (8 en Guekedou y 2 en Macenta, además de los 5 casos en Conakry). La tasa de letalidad es de 64%. Todos los grupos de edad se han visto afectados, pero la mayoría de los casos corresponde al grupo de 15-59 años. Cuatro trabajadores de la salud están entre las muertes atribuidas al brote. Como se trata de una situación rápidamente cambiante, el número de casos notificados y defunciones son preliminares y están sujetas a cambios debido a la mayor actividad de vigilancia y las pruebas de laboratorio de los casos.

Desde el comienzo de la epidemia, la mayoría de los casos ha sido reportada en tres distritos en el sudeste de Guinea (Guekedou, Macenta y Kissidougou). Continúa en estas áreas la localización y seguimiento de los contactos.

Hasta la fecha, 15 casos han dado positivo para la prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para el virus Ébola, confirmado por los laboratorios colaboradores, incluyendo el Instituto Pasteur en Lyon, Francia, el Institut Pasteur (IP) en Dakar, Senegal y el Instituto de Medicina Tropical Bernhard-Nocht en Hamburg, Alemania. Los estudios de laboratorios demostraron que el ebolavirus Zaire es el virus responsable del brote.

El número de casos confirmados por laboratorio está sujeto a cambios debido a que los resultados de laboratorio de los laboratorios participantes aún se están consolidando y se están analizando las nuevas muestras.

La OMS alertó a los países limítrofes de Guinea sobre el brote para que incrementen la vigilancia de enfermedades consistentes con una fiebre hemorrágica viral, especialmente a lo largo de las fronteras terrestres. Tanto Sierra Leona como Liberia han reportado casos sospechosos y muertes consistentes con FHE a la OMS entre personas que habían viajado a Guinea antes de la aparición de los síntomas. Hasta la fecha, la OMS no ha recibido informes de fiebre hemorrágica viral de los dos países en individuos que no han viajado a Guinea. Los tres países están compartiendo diariamente información entre sí y con la OMS. Liberia ha reportado 8 casos sospechosos de FHE, incluidas 6 muertes, con antecedentes de viaje al distrito Guekedou. Sierra Leona ha notificado 6 casos sospechosos, 5 de ellos fatales. Las investigaciones de estos casos sospechosos están en curso.

El Ministerio de Salud, junto con la OMS y otros asociados continúa implementando medidas para controlar el brote y prevenir una mayor propagación. Como parte de la respuesta internacional al brote, la OMS y la Red Mundial de Alerta y Respuesta (GOARN) han desplegado expertos para apoyar a Guinea en las siguientes áreas: coordinación del brote, manejo de casos clínicos, vigilancia y epidemiología, diagnóstico, prevención y control de infecciones, movilización social, logística y antropología médica. La capacitación de los trabajadores sanitarios y de la comunidad para detectar, notificar y gestionar casos sospechosos y confirmados, y en las medidas para fortalecer la prevención y el control de infecciones, incluyendo el entierro seguro del fallecido, son intervenciones prioritarias.

La Red de Laboratorios de Patógenos Emergentes y Peligrosos (EDPLN) está trabajando con los laboratorios nacionales de Guinea, Sierra Leona y Liberia para garantizar el acceso a las pruebas de laboratorio de los casos sospechosos y para las pruebas complementarias.

La OMS no recomienda que se apliquen restricciones a los viajes o al comercio con Guinea, Liberia y Sierra Leona en base a la información actual disponible para este evento.



Relacionan la infección por rotavirus con la diabetes autoinmune

29 de marzo de 2014 – Fuente: *Public Library of Science Pathogens*

Se cree que una combinación de la predisposición genética y factores ambientales provoca diabetes autoinmune (tipo 1). Ahora, un estudio ha descubierto los mecanismos por los que la infección por rotavirus contribuye a la diabetes autoinmune en un modelo de ratón de la enfermedad.

Los ratones diabéticos no obesos (NOD) son propensos a desarrollar diabetes y la infección por rotavirus acelera la aparición de la enfermedad. La principal autora de este estudio, Barbara Coulson, y sus colegas de la Universidad de Melbourne, Australia, probaron la hipótesis de que el virus hace esto induciendo la "activación del espectador".

La activación del espectador supone que un intruso extranjero (en este caso el rotavirus) provoca una activación fuerte pero no específica del sistema inmunológico y que este estado elevado de activación "se derrama" a un subconjunto de células inmunes específicas que pueden reconocer y atacar no el intruso viral sino algunas de las propias células del cuerpo, en este caso las células de los islotes pancreáticos que producen insulina.

De hecho, los investigadores encontraron que cuando las células del bazo de los ratones NOD se encuentran con el rotavirus, se activan dos tipos de células del sistema inmune: las células B productoras de anticuerpos y las llamadas células dendríticas, que son una parte clave de una respuesta inmune coordinada.

Así, estos expertos pudieron mostrar que esta activación implica el "desembalaje" del virus, exponiendo sus activadores inmunes virales, así como mediadores inmunes específicos del huésped, incluyendo uno llamado TLR7 e interferones de tipo 1.

La activación del rotavirus de un tipo específico de células dendríticas llamadas plasmacitoides es necesaria para poner en marcha otro tipo de células inmunes llamadas células T, que pueden reconocer y destruir las células de los islotes pancreáticos y son las responsables de la diabetes tipo 1.

Cuando están encendidas, las células dendríticas plasmacitoides producen niveles muy altos de interferones de tipo 1, lo que sugiere que tienen un papel específico mediador en el efecto espectador que conecta la infección por rotavirus con la aceleración de la diabetes.

Los resultados sugieren que la infección viral es capaz de acelerar la diabetes tipo 1 a través de un efecto espectador inmune y señala un número de jugadores clave, las células inmunes y moduladores inmunes como el interferón, que están vinculados a la aceleración de la enfermedad en el modelo de ratón y que habría que investigar en humanos.

"El papel de señalización del interferón tipo 1 en la aceleración de la diabetes después de la infección por rotavirus merece un análisis más profundo", concluyen los investigadores.³

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

Congreso

El Comité Organizador del XIII Congreso Argentino de Micología y de la 1ª Reunión de la Asociación Micológica Carlos Spegazzini les invita a participar de este evento científico que constituye la reunión más importante de micólogos de Argentina. El mismo se llevará a cabo en los salones del Círculo Oficiales de Mar, ubicado en el macrocentro de la Ciudad de Buenos Aires, del 24 al 27 de Agosto de 2014.

Desde 1966, la Asociación Argentina de Micología (AsAM) ha organizado 22 jornadas y 12 congresos nacionales. En esta oportunidad, los especialistas de AsAM, pertenecientes a las distintas áreas de esta disciplina, han aunado esfuerzos conjuntamente con la Asociación Micológica Carlos Spegazzini a fin de brindarles un programa que incluya todos los aspectos de esta ciencia.

Es por ello que en el congreso se presentaran las novedades y los avances en el conocimiento de las variadas áreas de la micología, abarcando tópicos tales como la clínica, el diagnóstico y la terapéutica de la micología humana y animal, las micotoxinas y las micotoxicosis, la biodiversidad, la taxonomía y la fitopatología.

Información disponible en el sitio web de la Asociación Micológica Carlos Spegazzini, www.amcspegazzini.org.ar y en la web del congreso, <http://www.ltlorganizacion.com.ar/congreso-micologia.php>.



Publicidad relacionada con la salud

**GET YOUR KIDS ADDICTED
TO SOMETHING THAT COSTS
JUST 35¢ AN OUNCE.**

Experts agree, if you get your kids hooked on something interesting, chances are they won't need drugs. So push books on your kids. Books can become a very healthy, lifetime addiction. They can help kids learn to think. They're fun. What's more, at 35 cents an ounce, they produce a very economical high. And best of all, nobody ever ended up in an emergency room from doing too much Mark Twain.

IT'S ABOUT TIME PARENTS BECAME THE PUSHERS.
CALL CADRE 1-800-451-5544
CADRE is Virginia Public Private Partnership for Drug-Free Youth.

Haz a tus hijos adictos a algo que cuesta 35 centavos la onza.

Los expertos coinciden, si tienes a tus hijos enganchados en algo interesante, es probable que no necesiten drogas. Por eso, inicia en los libros a tus hijos. Los libros pueden convertirse en una adicción muy saludable, para toda la vida. Pueden ayudar a los niños a aprender a pensar. Son divertidos. Es más, por 35 centavos la onza, producen un logro muy económico. Y lo mejor de todo, nunca nadie terminó en una sala de emergencias por una sobredosis de Mark Twain.

Es tiempo de que los padres se conviertan en los iniciadores.

CADRE (1985. Virginia, 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.