



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina



Número 1.178

29 de julio de 2013

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

Comité Editorial

Editor Jefe

Ángel Mínguez

Editores Adjuntos

Ílide Selene De Lisa

Enrique Farías

Editores Asociados

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)

Día Mundial de la Hepatitis

- 28 de Julio: Día Mundial de la Hepatitis
- Historia de la diseminación del virus de la hepatitis C en Córdoba: un escenario diferente al del resto de Argentina

Córdoba

- Disminuyó la mortalidad materna

Argentina

- Vigilancia de leishmaniosis mucosa
- Mendoza: Delicada situación en la terapia intensiva de un hospital por una múltiple infección intrahospitalaria

América

- América Central: El dengue ha causado este año 29 muertos y 40.000 enfermos
- Brasil: La nueva generación de bebés de la talidomida

- Colombia, Cartagena de Indias: Alerta por casos de malaria urbana
- Estados Unidos: Investigan el caso de un mapache que transmitió rabia a un donante de riñón y a su receptor
- Estados Unidos: Se propaga un brote de ciclosporiasis

El mundo

- Alemania: En 2012 se registraron 2.824 casos de hantavirus
- España: Un test de la hepatitis C para los hijos del 'baby boom'
- Países Bajos: El brote de sarampión en el "cinturón bíblico" se extiende y suma ya 613 casos
- Sudáfrica: Detectan en un murciélago un virus estrechamente relacionado con el MERS-CoV
- Suecia, Kronoberg: Brote de psitacosis con transmisión interhumana

Adhieren:



www.apinfectologia.org/



www.sadi.org.ar/

SLAMVI
Sociedad Latinoamericana
de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/



www.sadip.net/

**Comité Nacional de
Infectología**

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

28 de Julio: Día Mundial de la Hepatitis

28 de julio de 2013 – Autor: Dra. Claudia S. Vujacich. Medica Infectóloga. Coordinadora del Departamento de Hepatitis Virales de la Fundación del Centro de Estudios Infectológicos (FUNCEI). Coordinadora de la Comisión de Hepatitis de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI)

Se conmemora este día con el objetivo de concienciar y sensibilizar sobre las hepatitis virales y su impacto en la salud pública mundial.

Establecido por la Organización Mundial de la Salud, el día del natalicio de Baruch Samuel Blumberg, el premio Nobel que descubrió el Antígeno Australiano en 1976, esta jornada nos da la oportunidad de orientar nuestros esfuerzos en:

- el fortalecimiento de la prevención, testeo y detección, y el control de las hepatitis virales y las enfermedades relacionadas;
- la ampliación de la cobertura de vacunación contra la hepatitis A y B y su integración en los programas nacionales de inmunización; y
- la coordinación de una respuesta mundial contra las hepatitis virales.

En la actualidad, alrededor de 350 millones de personas en el mundo padecen de infección crónica por hepatitis B y 170 millones por hepatitis C.

Las hepatitis virales se han transformado en los últimos años en un área de extensa investigación, dando lugar a una evolución permanente del conocimiento y un desarrollo de nuevas herramientas terapéuticas, sobre todo en las hepatitis crónicas B y C.

En lo que respecta al desarrollo de nuevas drogas frente al virus de la hepatitis C (VHC), estamos viviendo una verdadera revolución de pequeñas moléculas, los antivirales de acción directa (AAD) frente al VHC, que están brindando grandes adelantos en materia de respuesta virológica. Esta aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de Estados Unidos y la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) desde 2011, y por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) desde 2012 la primera generación de inhibidores de proteasas (boceprevir y telaprevir), que logran incrementar la respuesta virológica sostenida hasta 70-75% en pacientes naïve genotipo 1, y en menor medida en pacientes previamente tratados.

Están completando fases avanzadas de investigación moléculas de la segunda ola de inhibidores de proteasas, que ofrecen mejor posología, menor tasa de eventos adversos e interacciones farmacológicas con respecto a la primera generación. Se estima que la primera droga de esta segunda ola, el simeprevir (TMC 435), pronto recibirá la aprobación de la FDA.

También esta presentada para su aprobación por parte de la FDA la primera droga del grupo de inhibidores de la polimerasa, NS5B (inhibidor nucleotídico), el sofosbuvir, una droga con un enorme potencial antiviral incluso sobre los genotipos 2 y 3, además del 1.

La mayoría de estos compuestos son ensayados inicialmente en asociación con el interferón pegilado y ribavirina (PEG-IFN/RBV), y luego son estudiados en asociaciones entre sí, entre distintos compuestos de distintos grupos químicos todo oral (IFN Free, libres de IFN) con o sin RBV. La primera de estas asociaciones IFN free en demostrar que era posible lograr la respuesta virológica sostenida sin PEG IFN fue el daclatasvir (inhibidor de NS5A) asociado al asunaprevir (inhibidor de proteasas). Luego le siguieron varias que están actualmente en investigación.

Además de estos dos grupos químicos mencionados, los inhibidores de proteasas y los inhibidores de la polimerasa NS5B (nucleósidos y no nucleósidos) están también en desarrollo los inhibidores del complejo NS5A, los inhibidores de la fusión y los inhibidores de ciclofilina.

Por todo lo anteriormente expuesto, el universo de nuevas moléculas antivirales de acción directa (AAD) frente al VHC se va ampliando, algunas de ellas van alcanzado etapas avanzadas de desarrollo y todo hace prever un futuro sin interferón, con esquemas por vía oral más cortos y mejor tolerados.

Lentamente, se van ensayando estas nuevas drogas en las poblaciones especiales, una de ellas los coinfectados VHC-VIH nos interesan particularmente a los infectólogos. La primera generación de inhibidores de proteasas (boceprevir y telaprevir) finalizaron exitosamente la fase II y están en fase III avanzada, cuyos datos aun no se conocen. Los datos preliminares de eficacia y seguridad de ambas drogas fue muy similar a los de mono infectados con interacciones medicamentosas importantes con la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) para ambos compuestos, más importantes para boceprevir. Otros inhibidores de proteasas de segunda ola, como el simeprevir y el faldaprevir, ya están en fase II con resultados muy promisorios, y el sofosbuvir está en fase inicial de investigación en esta población de coinfectados VHC-VIH.

Queda mucho camino por recorrer en el tratamiento de los coinfectados VHC-VIH, de los cuales solo una pequeña minoría ha recibido hasta ahora tratamiento del VHC. Por ahora solo está aprobado el tratamiento estándar con PEG-IFN/RBV, pero quizás en un futuro próximo tengamos mejores herramientas farmacológicas en términos de mejor eficacia, menos interacciones farmacológicas y mejor tolerancia.



En lo que respecta al tratamiento de la hepatitis B crónica, se consolidan los beneficios a largo plazo del tratamiento con tenofovir y entecavir, con bajas tasas de desarrollo de resistencia y en algunos casos reversión importante del grado de fibrosis. Otras drogas como el adefovir y la lamivudina van cayendo en desuso.

Por todo lo anteriormente expuesto sobre el sustancial incremento de posibilidades de tratamiento de las hepatitis crónicas B y C, creo que deben concentrarse energías en el testeo, tal como proponen los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos desde 2012, en el caso de la hepatitis C, además del testeo por factores de riesgo clásicos, el testeo una vez en la vida de las personas nacidas entre 1945 y 1965. Si bien la epidemiología de la hepatitis C en Argentina puede no ser paralela a la de países más desarrollados, sabemos que solo con el testeo por factores de riesgo no se llega a diagnosticar a los pacientes VHC positivos sin factores de riesgo, cuyo número es considerable.

En lo que respecta a la hepatitis A, hay grandes logros en los últimos años a partir de la introducción de la vacunación con una dosis al año de vida, con altas tasas de cumplimiento en todo el país, con lo cual se ha logrado disminuir sustancialmente el número de casos de hepatitis A en todos los grupos etarios. El Ministerio de Salud de la Nación ha informado que no se registran trasplantes a causa de la hepatitis A desde el año 2007.

También es oportuno señalar que la vacuna contra la hepatitis A (dos dosis) está disponible para adultos susceptibles con factores de riesgo según recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud: hombres que tienen sexo con hombres; pacientes con desórdenes de la coagulación; pacientes con enfermedad hepática crónica; personal que trabaja con el virus de la hepatitis A en laboratorios; personal gastronómico; personal de jardines maternas que asiste a niños menores de un año de vida; viajeros a zonas de alta o mediana endemicidad (en este último caso el Ministerio de Salud de la Nación no provee el insumo).

En el año 2012, Argentina incorporó la vacunación universal contra la hepatitis B para los adultos de todas las edades (tres dosis) –los recién nacidos reciben vacunación universal desde el año 2000, y los niños de 11 años desde 2003–. Aun no se ha llegado al millón de dosis aplicadas desde 2012 –de 18 millones disponibles–, por lo que es oportuno seguir difundiendo esto en la comunidad médica.

Para finalizar el mensaje en este Día Mundial de las Hepatitis, quiero alentar a todos los colegas, independientemente de su especialidad, a no perder la oportunidad de realizar el testeo de hepatitis B y C, dado el incremento en la posibilidad de tratamientos exitosos, y redoblar los esfuerzos a fin de incrementar las tasas de inmunización contra las hepatitis A y B.

Historia de la diseminación del virus de la hepatitis C en Córdoba: un escenario diferente al del resto de Argentina

28 de julio de 2013 – Autor: Dra. Viviana Ré. Profesora Adjunta de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC) y la Universidad Católica de Córdoba (UCC) e Investigadora Asistente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)

El virus de la hepatitis C (VHC) es el principal agente causante de hepatitis crónica, cirrosis y cáncer de hígado. Se calcula que aproximadamente 200 millones de personas en el mundo son portadoras del virus. En Argentina, se estima que la prevalencia general ronda en 2%. Sin embargo, se han reportado altas prevalencias de VHC en diferentes comunidades rurales: General O'Brien 5,6% (provincia de Buenos Aires); Rufino 2,2%, Wheelwright 5,9% (provincia de Santa Fe); Córdoba 3,1%, Río Cuarto 4,0%, Cruz del Eje 5,8%, Villa María 11,2% (provincia de Córdoba).

Actualmente se dispone de estrategias para el tratamiento de las hepatitis crónicas, pero es muy importante el diagnóstico precoz de la infección. Para el ingreso al tratamiento se debe realizar una evaluación previa: detección de la cantidad de virus circulante (carga viral), biopsia hepática y determinación del tipo infectante (genotipo) el cual define tiempo y dosis de tratamiento.

Se han identificado al menos seis genotipos del virus (1-6) y numerosos subtipos. Mundialmente, la distribución de estos genotipos y subtipos es marcadamente heterogénea, aún en regiones geográficamente cercanas. Sin embargo, esa distribución se modifica continuamente debido tanto a cambios culturales que se asocian con nuevas conductas de riesgo como a movimientos poblacionales. Son ejemplos de tales modificaciones distintos eventos socio-sanitarios ocurridos en décadas pasadas, tales como la desaparición de la hepatitis C post-transfusional y el mejoramiento de las políticas sanitarias tendientes a reducir el riesgo de las hepatitis adquiridas en la comunidad. Asimismo, la diversidad de las secuencias de VHC continúa siendo el mayor obstáculo para el desarrollo de vacunas y terapias efectivas. Desde el año 1999 el equipo de investigación del Laboratorio de Hepatitis Virales del Instituto de Virología 'Dr. José María Vanella' (InViV), Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, trabaja en el estudio de la epidemiología molecular de VHC a nivel local, utilizando recursos epidemiológicos, genéticos, virológicos, bioquímicos y bioinformáticos.

En sus primeras publicaciones, la Dra. Viviana Ré reportó prevalencias de genotipos circulantes en Córdoba tanto en pacientes infectados únicamente con VHC, como en individuos coinfectados con VIH. En el transcurso de las investigaciones y en concordancia con lo hallado en el resto del país, reportaron altas prevalencias de VHC (12 a 20%), representada principalmente por el genotipo 1 (VHC-1), en pacientes infectados con VIH cuya principal vía de transmisión era el uso de drogas endovenosas. Sin embargo, cuando se estudió el patrón genotípico de VHC en pacientes mono-infectados, un inesperado hallazgo ubicó a Córdoba nuevamente en una "isla": mientras que en Argentina el genotipo más detectado, en todos los grupos estudiados, era el VHC-1, en la provincia de Córdoba el genotipo 2 (VHC-2) era el principal representante de las infecciones producidas por este virus (50-90%), especialmente en adultos mayores, lo que indicaba una introducción histórica del virus. Sin embargo, basándose en el diagnóstico de

rutina de los últimos años los investigadores comenzaron a percibir un cambio en la epidemiología de VHC observando un aumento en la detección de genotipo 1, en detrimento del genotipo 2.

Con el fin de dilucidar este comportamiento los investigadores se propusieron examinar la historia de diseminación del VHC en Córdoba mediante análisis moleculares (secuencia de nucleótidos) y bioinformáticos (análisis filogenético y de coalescencia). Esta estrategia experimental es considerada una moderna herramienta para entender por qué algunas infecciones de VHC ocurren o se expanden en ciertas áreas y relacionar movimientos poblacionales con los eventos de introducción local de VHC.

La historia de Argentina muestra inmigración de dos regiones diferentes, donde VHC-2c es un subtipo epidemiológicamente importante: África y Europa. Durante los siglos XVI y XVII Argentina recibió inmigrantes de África, en su mayoría esclavos; esta composición étnica de la población fue fuertemente afectada por el proceso de inmigración europeo (principalmente de Italia), ocurrido durante la primera mitad del siglo XX (particularmente entre 1880 y 1920). En la publicación, los investigadores sugieren que debido a la falta de actividad de otros subtipos diferentes a 2c, la presencia de VHC-1b con similar distribución en los distintos grupos etarios y a la historia de inmigración de Argentina, Italia pudo ser el origen del VHC-2c circulante en Córdoba. La colonización de los inmigrantes Italianos en la región central de Argentina, fue rural. Esto puede notarse en la distribución de VHC-2c con más alta prevalencia entre pacientes con edades mayores en la ciudad "rural" de Cruz del Eje, comparado con la ciudad "cosmopolita" de Córdoba.

Por otra parte, el trabajo plantea que la diseminación de VHC-2c se produjo casi simultáneamente en Europa y Sudamérica, posiblemente como resultado de los avances médicos tecnológicos (transfusiones, medicación inyectable, vacunación, etc.) de la primera mitad del siglo XX.

Para completar el estudio, y como parte del trabajo de tesis doctoral del Prof. Bioq. Adrián Farías se estudió el comportamiento local del genotipo 1. Se obtuvieron resultados que demuestran un evento de introducción "moderno" del genotipo 1 (subtipo 1a y 1b) en la provincia de Córdoba. En el caso del subtipo 1a el evento evolutivo de introducción se hallaría en la década de 1970, coincidiendo con un mayor consumo de estupefacientes, y para el subtipo 1b dicho evento habría ocurrido unas décadas antes, casi en concordancia con lo hallado en el resto del país.

Finalmente, este incremento gradual de la prevalencia de genotipo 1, homogéneamente distribuido en todas las edades, con altas prevalencias en adultos jóvenes y en ambos grupos (mono infectados-coinfectados), no resulta un dato alentador, considerando que esta variante viral está relacionada a baja respuesta a la terapia antiviral. Por otra parte, el estilo de vida y la edad de las personas infectadas lleva a pensar que los factores que hoy predominan, como el consumo de drogas endovenosas y las relaciones sexuales promiscuas serán los causantes de la actual y futura diseminación de este genotipo en nuestra región, desplazando definitivamente al VHC-2c.¹

Córdoba



Disminuyó la mortalidad materna

22 de julio de 2013 – Fuente: La Voz del Interior (Argentina)

La mortalidad materna registró en Córdoba un ligero descenso entre 2011 y 2012, de acuerdo con datos preliminares de la Provincia, sobre la base de las estadísticas actualizadas. La tasa pasó de 1,8 en 2011 a 1,7 en 2012, en tanto que las muertes de madres en números absolutos se redujeron de 11 a 10.

Los indicadores son significativamente mejores a los últimos disponibles para el promedio del país que corresponden a 2011, con una tasa global de mortalidad materna de 4, y 302 muertes de madres. En particular, reflejan una mejora sostenida con respecto a los indicadores que registraba la provincia entre 2008 y 2010, con tasas que en 2009 llegaron a posicionarse por encima del ya elevado promedio nacional (5,6 y 4,2, respectivamente).

Los datos de Córdoba fueron dados a conocer en la 'Jornada Situación y Perspectivas de la Mortalidad Materna en Argentina', que se realizó en Buenos Aires el mes pasado, organizada por la Alianza Argentina para la Salud de la Madre, Recién Nacido y Niño (ASUMEN), conformada por organizaciones entre las que se cuentan la Organización

¹ El equipo contó con la colaboración de investigadores de la Cátedra de Virología de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad de Buenos Aires para los estudios de evolución, y de la Cátedra de Virología de la facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Católica de Córdoba. Los estudios fueron subsidiados por la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica de la República Argentina, Secretaría de Investigación, Ciencia y Técnica de la Universidad Nacional de Córdoba, Fundación Roemmers y Ministerio de Ciencia y Tecnología de Córdoba.

Para mayor información, puede consultar la siguiente bibliografía:

- Ré V.E. *et al.* 2011. Phylodynamics of Hepatitis C Virus Subtype 2c in the Province of Córdoba, Argentina. *Public Library of Science One* (haga clic [aquí](#)).
- Farías A.A. *et al.* 2011. *Origen y diversificación del virus de la hepatitis C (HCV) genotipo 1a y 1b en Córdoba, República Argentina*. X Congreso Argentino de Virología, III Simposio de Virología Clínica. Buenos Aires. 26-29/9/2011 (haga clic [aquí](#)).
- Ré V.E. *et al.* 2011. Hepatitis C and HIV coinfection in central region of Argentina: prevalence, genotype characterization and risk factors. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica* (haga clic [aquí](#)).
- Ré V.E. *et al.* 2007. Identification of hepatitis C virus subtype 2c by sequencing analysis in patients from Córdoba, Argentina. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* (haga clic [aquí](#)).
- Ré V.E. *et al.* 2003. Hepatitis C virus genotypes in Córdoba, Argentina. Unexpected high prevalence of genotype 2. *Medicina* (haga clic [aquí](#)).

Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Ministerio de Salud de la Nación, el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).

La presentación estuvo a cargo de la titular de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Provincia, Marcela Miravet.²

La mortalidad materna registra la cantidad de fallecimientos de mujeres embarazadas y en los 40 días posteriores al parto que se producen en el año cada 10.000 nacidos vivos. Junto con la mortalidad infantil, es uno de los principales indicadores sociosanitarios, y su reducción está incluida dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la Organización de Naciones Unidas. En Argentina, la meta es aún lejana: llegar a 1,3 en 2015.

Aunque los números absolutos no son elevados, cada muerte materna conlleva un fuerte peso a nivel social, ya que se trata de mujeres en edad fértil, mayormente de sectores vulnerables y en general con hijos pequeños.

La tasa de Córdoba en 2012 se acerca al mejor indicador logrado por la provincia en la última década, que fue de 1,5 en 2007, cuando se registraron ocho muertes maternas.

No obstante, de acuerdo con las autoridades, hasta ese año habría habido un subregistro significativo, y recién a partir de 2008 se habría iniciado una búsqueda activa de los fallecimientos de madres. La peor tasa fue la de 2009, cuando trepó a 5,6 y hubo 33 muertes maternas, 14 de las cuales se debieron a la influenza A(H1N1).

Las muertes maternas del año 2012 se debieron a causas obstétricas indirectas, directas, y en un caso a aborto. La mayoría de las madres tenía entre 30 y 39 años (siete), y tres, entre 20 y 29 años. La mitad de los fallecimientos, a su vez, ocurrieron en hospitales públicos y la otra mitad en privados.

La mejora se vincula a varios factores, entre ellos, el incremento en los controles prenatales en el sector público, lo que permite detectar los embarazos de riesgo para de ese modo prevenir complicaciones, o para asistirlos en el nivel de complejidad adecuado.

Además, Miravet destacó la serie de acciones instrumentadas a partir del Plan Provincial de Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil, que incluyó a partir de 2011 capacitación específica para la atención de la emergencia obstétrica y de las hemorragias, infecciones e hipertensión en el embarazo, en las guardias de los hospitales provinciales donde se realizan partos.

“De hecho, desde entonces en los hospitales no se produjeron más muertes maternas por esas causas”, subrayó la titular de Maternidad e Infancia, quien también informó que está en marcha un proceso de recategorización de los establecimientos que realizan partos, en el marco de un programa nacional en el que participa la Provincia.

En otro orden, la funcionaria indicó que el perfil de mortalidad materna de Córdoba difiere del nacional, donde predominan el aborto y las causas obstétricas directas.

“En la provincia, las muertes por abortos están disminuyendo y, además, desde 2004 no tenemos decesos por esta causa en menores de 20 años”, enfatizó Miravet.

Argentina



Vigilancia de leishmaniosis mucosa

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

Tabla 1. Casos notificados y confirmados, según provincia y región. Argentina. Años 2012/2013, hasta semana epidemiológica 25. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.³

Provincia/Región	2012		2013	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	5	5	1	1
Buenos Aires	7	7	2	2
Entre Ríos	1	—	—	—
Centro	13	12	3	3
San Juan	—	—	1	—
Cuyo	—	—	1	—
Corrientes	1	—	—	—
Formosa	3	—	1	1
NEA	4	—	1	1
Salta	4	3	5	5
Santiago del Estero	—	—	1	1
NOA	4	3	6	6
Total Argentina	21	15	11	10

² Puede consultar la presentación haciendo clic [aquí](#).

³ Los casos notificados incluyen sospechosos, probables, confirmados y descartados.

La unidad de terapia intensiva (UTI) del Hospital Central sufre una delicada situación: tiene una infección interna con cuatro gérmenes multirresistentes que no responden a los antibióticos habituales.

Se trata de *Serratia marcescens*, *Klebsiella pneumoniae* BLEE (bacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido), *Acinetobacter baumani* y *Staphylococcus aureus*, capaces de complicar mucho más la salud de pacientes internados con patologías crónicas, con enfermedades que producen una depresión del sistema inmunológico o a personas con cirugías recientes, ya que pueden provocar neumonías, infecciones urinarias, sepsis y conjuntivitis.

La novedad comenzó a ser notada en febrero pasado, pero fue a partir del 13 de julio que los jefes de los servicios de la propia terapia, junto con los de Infectología, de Residencia de Medicina Interna y de Enfermería, tomaron la decisión de nuclear a los pacientes afectados, y que estaban listos para salir a sala común, en tres habitaciones, con el objeto de acotar la cantidad de personas en contacto con los gérmenes y así evitar la propagación al resto del hospital. A esa fecha, 17% de los pacientes de la UTI estaban colonizados o infectados.



Esta medida implicó habilitar una enfermería exclusiva para atender a estos pacientes, al igual que el alojamiento de todos los instrumentos e implementos necesarios, como estetoscopios, medicamentos, descartables e insumos propios del aislamiento. La prohibición del ingreso de estudiantes de medicina, escuelas de enfermería y kinesiología, para designar un equipo tratante para estos casos con un único médico de planta, residentes y enfermeros, más la autorización para un solo acompañante en caso de extrema necesidad. Además de reducir al mínimo el mobiliario, como heladeras, televisores, sillas o bolsos, que suelen complicar la limpieza necesaria. También debieron cambiar el modo de limpiar,

ya que se procede a desinfectar paredes, pisos y camas. Y una vez que se termina, el personal debe dejar los blusones allí antes de salir del sector.

En la nota dirigida por los profesionales al gerente asistencial del Hospital Central, Eduardo Batalla, los profesionales advierten que estas medidas de urgencia serán insuficientes de continuar la situación en la UTI, ya que ese servicio es el principal proveedor de estos pacientes o colonizados, por lo cual piden avisarles a las autoridades ministeriales.

Con el paso de los días, la inquietud de los profesionales médicos y de enfermería llegó a oídos del senador Armando Camerucci, quien el martes pasado visitó el sector de aislamiento preparado sin tener mayores respuestas de los responsables a cargo pero sí se llevó la preocupación, ya que luego de las medidas preventivas no se avanzó más para remediar la presencia de estos gérmenes multirresistentes. Como consecuencia, fue el propio Camerucci quien pidió la intervención del Director de Hospitales de la Provincia, Oscar Renna, quien hasta el momento no ha contestado al respecto.

Desde su formación de base como bioquímico, Camerucci indicó que "esos gérmenes son de alta resistencia y no se eliminan con una limpieza, y si bien se tomaron medidas preventivas, como acotar el número de profesionales en contacto con estos pacientes, también deben trabajar más horas y algunos manifestaron su preocupación de estar contagiados". El legislador opinó que la UTI debería ser desalojada para una completa desinfección, porque todos los pacientes que ingresen en adelante están expuestos a esos gérmenes.

Explicación oficial

Desde el mismo Hospital Central salieron a explicar con detalles qué decisiones médicas fueron tomadas para controlar el problema. Marcelo Sosa, subgerente médico, dijo que "los gérmenes que tenemos en la UTI son resistentes a varios tipos de antibióticos. La más nueva es la bacteria *Klebsiella*, porque recién fue aislada en Estados Unidos en el año 2000 y en nuestra provincia por primera vez en el año 2006. En el Hospital Central recién la detectamos a fines de 2012, hasta que en febrero de 2013 se empezaron a tomar medidas de aislamiento dentro de la misma terapia, que tiene 20 camas en total, de las cuales 10 se utilizaron para aislar a los pacientes. Una vez que estos pacientes estaban en condiciones de salir, no debían estar distribuidos en cualquier sala común, por eso se tomó la decisión de nuclearlos en un solo sector para que no se propague por el hospital. Además, dimos cursos a enfermeros y personal de limpieza para que no tuvieran miedo".

Agregó el profesional que fue cambiado el modo de limpiar, ya que se hacen tres limpiezas al día, de forma integral, y se tira todo el material de aislamiento del personal para no contaminar otros servicios.

Aclaró que es imposible cerrar la UTI para una desinfección porque no hay modo de replicar todos los instrumentos que tiene esa atención de alta complejidad médica en otra sala.



América Central: El dengue ha causado este año 29 muertos y 40.000 enfermos

26 de julio de 2013 – Fuente: EFE

El dengue ataca con fuerza en casi toda América Central, en donde en lo que va de año ha causado 29 muertos y más de 40.000 afectados, mientras las autoridades intentan detener el avance de la enfermedad con campañas institucionales y hasta un juego de vídeo.

La estadística oficial de fallecidos en la región la encabeza Honduras con 15, seguido por Guatemala (6), Nicaragua (4), Costa Rica (3) y El Salvador (1), mientras que Panamá no reporta víctimas.

En Honduras se ejecuta hoy la última jornada de una campaña de tres días para erradicar las larvas del mosquito transmisor del dengue, que ha afectado a más de 12.000 personas con el tipo clásico y a más de 1.500 con el grave, de acuerdo a la información oficial.

El brote de la enfermedad ha sido muy fuerte en ese país, si se compara la cifra de 15 muertes en lo que va de año con tan solo dos en todo 2012.

En Guatemala, las autoridades han reportado 3.691 casos de dengue clásico y han declarado el alerta en el departamento de Jutiapa, fronterizo con El Salvador, debido a un "inusitado" incremento de los casos.

Las autoridades de Nicaragua han informado de 1.660 casos de dengue y aplican varias campañas institucionales, entre ellas una que incluye visita de funcionarios casa por casa para crear conciencia sobre la necesidad de eliminar los criaderos de mosquitos.

En Costa Rica las autoridades de salud contabilizan en lo que va de año unos 17.000 casos, la mayoría en la costa del Pacífico, lo que supone cerca de 300 % más que en el mismo periodo de 2012.

Los ministerios de Salud y Educación llevan a cabo la campaña "Costa Rica es pura vida sin el mosquito transmisor del dengue", y el primero creó además un vídeo juego con el que se aprende a identificar los criaderos del mosquito y a cómo eliminarlos.⁴

Al menos 3.774 casos de dengue han sido confirmados en El Salvador en lo que va de este año, 249 (7%) más que durante el mismo período de 2012, y la única fallecida ha sido una bebé de 10 meses. Las autoridades salvadoreñas mantienen una alerta sanitaria estratificada a nivel nacional por la enfermedad, que el año pasado cobró la vida de seis personas.

En Panamá, las autoridades han registrado en el primer semestre de este año 379 casos, 9,5% menos que en el mismo período de 2012.

El Instituto Conmemorativo 'Dr. William Crawford Gorgas' de Estudios de la Salud de Panamá trabaja en un proyecto con mosquitos transgénicos para erradicar al transmisor de la enfermedad.



Brasil: La nueva generación de bebés de la talidomida

24 de julio de 2013 – Fuente: British Broadcasting Corporation (Gran Bretaña)

Un nuevo estudio científico indica que el fármaco talidomida todavía está causando en Brasil defectos de nacimiento. El fármaco ha sido recetado a personas que sufren de lepra para aliviar algunos de sus síntomas. Algunas mujeres lo han tomado ignorantes de los riesgos que conllevan cuando están embarazadas.

La primera vez que se comercializó la talidomida fue como un sedativo a fines de la década de 1950. Se daba a las mujeres embarazadas para ayudarles a superar las náuseas, pero dañaba a los bebés en el útero, restringiendo el crecimiento de los brazos y piernas.

Unos 10.000 bebés de la talidomida nacieron en todo el mundo hasta que el fármaco fue retirado a principios de la década de 1960. En la mayoría de los países, los niños de la talidomida se convirtieron en adultos, y ya no hubo más bebés de la talidomida.

Pero en Brasil el medicamento volvió a tener licencia en 1965 como tratamiento para las lesiones de la piel, una de las complicaciones de la lepra.

Después de India, Brasil es el país que tiene mayor prevalencia de lepra en el mundo. Cada año se diagnostican más de 30.000 casos nuevos, y se distribuyen millones de pastillas de talidomida.



⁴ Ver 'Costa Rica: Combatiendo el dengue con un videojuego' en Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 1.174, de fecha 18 de julio de 2013.



Rayos X de un niño con el síndrome de la talidomida

Los cien

Ahora investigadores aseguran que unos 100 niños brasileños tienen lesiones exactas a las causadas por el fármaco.

“En Brasil está ocurriendo una tragedia... es un síndrome que es completamente evitable”, dice la Dra. Lavinia Schuler-Faccini, profesora de la Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Pero activistas, doctores y enfermos de lepra dicen que el medicamento es vital. Creen que los beneficios contrarrestan los riesgos.

Schuler-Faccini y otros investigadores de esa universidad en Porto Alegre revisaron la información de 17,5 millones de bebés nacidos entre 2005 y 2010.

“Miramos todos los niños con defectos en las extremidades y a aquellos con defectos característicos de talidomida –explica Schuler-Faccini–. Comparamos la distribución de las tabletas de talidomida con el número de defectos en las extremidades y había una correlación directa. A mayor número de pastillas en cada estado, mayor número de defectos de extremidades”.

En el mismo período 2005-2010, unas 5,8 millones de pastillas de talidomida se distribuyeron en Brasil. “Tuvimos cerca de 100 casos en estos seis años, similares a los del síndrome de la talidomida –comenta Fernanda Vianna, otra experta del equipo–. No pudimos evaluar cada caso, no podemos decir que todos son del síndrome de la talidomida, pero este tipo de defecto es muy raro”.

Enfermedad de pobres

La poca educación para la salud y la práctica extendida de compartir medicamentos son, según Vianna, parte del problema.

Esto es lo que parece haberle pasado a Alan, en un pequeño pueblo del centro de Brasil. Es tal el tabú sobre sus lesiones que su familia pidió no ser identificada.

Él nació en 2005. No tiene brazos o piernas. Sus manos empiezan justo debajo de sus hombros. Sus pies están cerca de sus caderas.

Alan ríe mucho y adora jugar videojuegos con sus hermanos. Rueda su cuerpo para moverse por la casa, y cuando sale a pasear lo amarran a una silla de ruedas. Él está bien cuidado y tiene educación personalizada, pero cada semana debe viajar dos horas en autobús al pueblo más cercano para la fisioterapia.

Su madre Gilvane tomó talidomida por accidente. Se lo medicaron a su esposo por lepra y mezcló las pastillas con otras. “Las tomé cuando me sentía mal. Ya había tomado otras como paracetamol para sentirme mejor sin saber que estaba embarazada. Su padre dice que el doctor no le dijo que las mujeres no podían tomarlo. Dice que no le dijeron nada al respecto”.

El medicamento tiene regulaciones muy estrictas. Sólo se le puede recetar a una mujer que esté tomando dos formas de anticonceptivo y que acepte hacerse exámenes de embarazo con regularidad. También hay advertencias claras en el empaque de la medicina, que además tiene una foto de un niño afectado por talidomida.

Pero la lepra es una enfermedad de los pobres, en zonas donde la asistencia sanitaria es irregular y la educación es inadecuada.



Mujer con lepra



Empaque de talidomida

Son los autos

Y mucha gente en Brasil considera que la talidomida debe continuar. “Hoy en día existe un mito sobre la talidomida”, dice Mariana Jankunas, coordinadora de producción de la Fundação ‘Ezequiel Dias’ (FUNED), una fábrica estatal de fármacos.

“Creo que con información y publicidad sobre los beneficios que la talidomida ofrece a los pacientes, se puede acabar con el mito, porque los beneficios pesan más que los riesgos”.

Los doctores que recetan el medicamento están de acuerdo. “Es el mejor fármaco”, señala Francisco Reis, de la Clínica de Lepra del Hospital Curupaiti, cerca de Rio de Janeiro.

Él opina que cuando se dice que muchas personas se sorprenderían de escuchar que todavía se utiliza talidomida, se están agitando “los fantasmas de la década de 1950. Pero deben olvidarse esos fantasmas”.

Reise presenta a una de sus pacientes, Tainah, quien muestra cómo la medicina ha reducido las lesiones debilitantes de sus brazos. “Yo sé que necesito la medicina”, dice ella, y asegura que entiende que si no toma alguna pastilla anticonceptiva podría quedar embarazada y dar a luz a un niño discapacitado.

Brasil es un país con enormes desigualdades, donde 20% de la población vive debajo de la línea de la pobreza. Casas abarrotadas de gente y sistemas sanitarios deficientes son algo común tanto en zonas rurales como en barrios marginales de las ciudades, donde la lepra prospera.

Allí donde la enfermedad es más común, la talidomida continuará prescribiéndose y permanecerá el riesgo de que nazcan bebés con terribles lesiones.

Artur Custodio, del Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN)⁵, el grupo nacional de lucha contra la lepra, reconoce que la medicina es peligrosa, pero argumenta que los accidentes de tránsito son los que causan más lesiones y discapacidades en Brasil. "No hablamos de prohibir los autos, decimos que debemos enseñarle a la gente a cómo conducir con responsabilidad –señala–. Lo mismo pasa con la talidomida".

eluniversal **Colombia, Cartagena de Indias: Alerta por casos de malaria urbana**

26 de julio de 2013 – Fuente: El Universal (Colombia)

Se conoció ayer, a través del último reporte del Departamento Administrativo Distrital de Salud (DADIS), que son cinco los casos de malaria en el barrio Colombiatón, en Cartagena de Indias.

Según Tomás Rodríguez Manotas, director del DADIS, hace cuatro años que en la ciudad no se presentaban casos autóctonos de malaria.

Jorge Luis Morelos, coordinador de la Dirección de Ambiente y Salud del DADIS, indicó que, gracias a las pruebas de detección temprana que la entidad realiza en el barrio desde el sábado, dos habitantes más fueron diagnosticados con la enfermedad en período de incubación.

Según Morelos, cuatro de los vecinos afectados por la enfermedad están siendo atendidos en centros asistenciales bajo estricta vigilancia médica, mientras en el barrio una brigada de funcionarios continúa con el despliegue y la intervención a lo largo de 120 viviendas del sector en potencial riesgo, ubicado a un costado de un inmenso terreno cubierto de maleza y rodeado por canales de aguas pluviales, que se ha identificado como el lugar donde prolifera el mosquito *Anopheles*, portador del parásito.

"Estamos adelantando pruebas para la detección temprana de posibles casos que estén en períodos de incubación, ya que el virus se desarrolla durante aproximadamente 15 o 20 días después de la picadura del mosquito", indicó Morelos.

"Hemos desarrollado también controles para la extinción de los criaderos; instalamos trampas y capturamos a varios de los insectos; en horas de la tarde estamos realizando fumigaciones en el sector con el fin de cortar la cadena de transmisión", agregó Morelos.

Según explicó, durante la intervención que se extenderá al menos nueve días más, se espera que se detecten más casos, por lo que pidió a la comunidad y a los centros asistenciales estar alertas ante la sintomatología con que se presenta la enfermedad.

Por otra parte, el DADIS trabaja para determinar quién es el paciente cero, es decir la persona que habría llegado infectada a la comunidad permitiendo que el brote se propagara. "Pensamos que alguien que llegó al barrio de una zona endémica, como Chocó, Urabá, Córdoba, o algún lugar del Magdalena Medio, pudo haber venido infectado e inició el brote que esperamos que no pase de los cinco casos que se han detectado", concluyó Rodríguez Manotas.

De acuerdo a Jorge Morelos, el parásito *Plasmodium vivax* causa un tipo de malaria no tan virulenta o mortal en los humanos, pero que requiere de especial vigilancia médica. "El más letal de las cuatro especies es *Plasmodium falciparum*, y el de Colombiatón por fortuna no es éste", señaló el funcionario.

El terreno problema

Para los vecinos del sector en riesgo, la situación que se está registrando, se pudo evitar si el terreno donde fueron halladas las larvas de *Anopheles*, contiguo a las viviendas, hubiese sido intervenido por el Banco de Occidente, según ellos, su propietario.

"La maleza y los caños del lote han provocado que proliferen esos mosquitos; en abril pasado enviamos una solicitud al Banco de Occidente y mandaron a podar el lugar, pero ahora nuevamente creció y sucedió esta epidemia de malaria. Queremos que le pasen maquinaria pesada para que arranquen todo el monte", indicó Jhon Jairo López, presidente de la Junta de Acción Comunal de Colombiatón.



JAMA
The Journal of the American Medical Association

Estados Unidos: Investigan el caso de un mapache que transmitió rabia a un donante de riñón y a su receptor

24 de julio de 2013 – Fuente: The Journal of the American Medical Association

Un raro caso de rabia transmitida por un mapache provocó la muerte de un donante de riñón y del receptor del trasplante 18 meses más tarde, confirmaron investigadores estadounidenses el martes.⁶

El donante de órganos, ingresado en un hospital de Florida en 2011, murió poco después. Los médicos no se dieron cuenta en el momento de la muerte que el hombre tenía rabia. Pensaron que había regresado de un viaje de pesca con una forma mortal de intoxicación alimentaria.

⁵ Puede visitar el sitio oficial de MORHAN haciendo clic [aquí](#).

⁶ Ver 'Estados Unidos, Maryland: Un paciente transplantado muere de rabia' en Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 1.094, de fecha 18 de marzo de 2013.



Sus riñones, corazón e hígado fueron enviados para ser trasplantados a cuatro personas diferentes. Tres de ellos han sobrevivido y no desarrollaron rabia. Pero el cuarto, que había recibido un riñón izquierdo, murió en febrero de 2013.

Los investigadores revisaron la historia clínica del donante y descubrieron que había respondido "no" a la pregunta de si había estado expuesto a animales potencialmente portadores de la rabia en los últimos seis meses. En entrevistas posteriores con los parientes del donante, sin embargo, los científicos se enteraron que había sido mordido por al menos dos mapaches (*Procyon lotor*) unos siete y 18 meses antes de ser ingresado al hospital.

Sus familiares también dijeron que el hombre estaba "regularmente expuesto a la vida salvaje", al poner trampas para atrapar

mapaches en North Carolina y usar estos animales como "carnada viva para el entrenamiento de perros" de caza.

Los investigadores hallaron, en retrospectiva, que los síntomas del donante de riñón antes de su muerte correspondían con los de la rabia.

Para los científicos, este caso demuestra que aún hay poca información sobre el periodo de incubación de algunas formas de rabia. No se sabe si las terapias existentes para prevenir el rechazo de órganos implantados pueden jugar un papel en el retraso de la progresión de la enfermedad.

"Hasta donde sabemos, esta es la primera vez que vemos que un órgano perteneciente a un donante con rabia no sucumbe a la enfermedad cuando no estaba vacunado", dijeron los investigadores.

Este caso también es muy raro en la medida en que pasó un año y medio entre el trasplante del riñón infectado y la muerte del beneficiario, por lo que es "el periodo de incubación más largo registrado hasta ahora". El récord anterior era de 39 días.

Los casos de rabia en mapaches han proliferado en Estados Unidos en las últimas décadas, pero la transmisión a los seres humanos es extremadamente rara. Las infecciones de rabia en seres humanos suelen ser el resultado de mordeduras de perros o murciélagos.

Entre 2000 y 2010, Estados Unidos registró un promedio de dos muertes por rabia por año.⁷

THE CHRISTIAN POST Estados Unidos: Se propaga un brote de ciclosporiasis

26 de julio de 2013 – Fuente: The Christian Post (Estados Unidos)

Las autoridades estadounidenses están investigando un brote de ciclosporiasis, que ya suma 300 casos en 11 estados, incluyendo Iowa, Georgia, Connecticut y New Jersey.

La enfermedad, cuya fuente de contaminación es todavía un misterio, es causada por *Cyclospora cayetanensis*, un parásito que causa una infección con síntomas similares a los provocados por los virus entéricos.

Las personas enfermas "pueden presentar fatiga, dolor de cabeza, gases, hinchazón estomacal, y particularmente diarrea, y dolor abdominal," dijo la Dra. Susan Hogg, de Philadelphia.

Expertos especulan que la enfermedad pudo originarse en Iowa, y según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, se ha propagado rápidamente a los territorios de Nebraska, Texas, Wisconsin, Georgia, Connecticut y New Jersey.

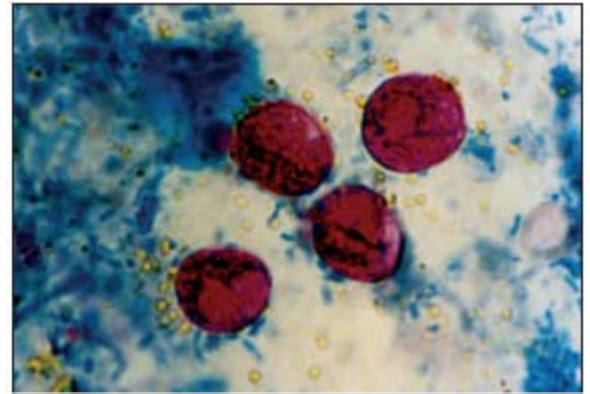
La mayoría de los casos ocurrieron entre mediados de junio y principios de julio, indicó esa entidad.

La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de Estados Unidos manifestó que "nos estamos moviendo rápidamente para aprender todo lo que podamos sobre la enfermedad, y para prevenir que más personas resulten afectadas. Reconocemos que la gente estará preocupada por esta epidemia, y continuaremos proporcionando actualizaciones y advertencias".

Aunque no está claro cuál es la fuente de la enfermedad, expertos han dicho que la causa pudo haber sido agua contaminada utilizada para irrigar cosechas, las cuales posteriormente fueron distribuidas en el Medio Oeste del país.

"Probablemente lo que pasó, y no estamos seguros de eso, es que la comida o el agua se contaminó con heces y eso se distribuyó," dijo Bobbi Pritt, director médico del laboratorio clínico de parasitología, que es parte de la Clínica Mayo en Minnesota.

Las autoridades han dicho que la enfermedad no es mortal, aunque de no ser tratada, los síntomas pueden persistir por varias semanas.⁸



Ooquistes de *C. cayetanensis* con tinción de Z. Neelsen. Aumento 1.000x

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

⁸ Ver 'Estados Unidos: Detectan 80 casos de ciclosporiasis en el Medio Oeste del país' en Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 1.175, de fecha 19 de julio de 2013.

Alemania: En 2012 se registraron 2.824 casos de hantavirosis25 de julio de 2013 – Fuente: *Deutsches Ärzteblatt*

En 2012 se reportaron 2.824 casos nuevos de hantavirosis en Alemania, el mayor número jamás registrado en un solo año.

Cada 2-3 años, se producen extensos brotes de hantavirosis, causados por el virus Puumala, cuyo reservorio es el topillo rojo (*Myodes glareolus*), y que es endémico del suroeste y oeste de Alemania. En el norte y este del país, las infecciones por hantavirus son causadas por el virus Dobrava-Belgrad, que es transmitido por el ratón leonado (*Apodemus flavicollis*) y el ratón listado (*Apodemus agrarius*).

Las manifestaciones que se producen habitualmente en el transcurso de la enfermedad por hantavirus presentan varias fases. La primera señal es a menudo una fiebre elevada inexplicable; esto puede ser seguido por choque, insuficiencia renal e insuficiencia pulmonar, dependiendo de la gravedad de la enfermedad. Por lo tanto, siempre que una persona que vive en una zona de alto riesgo presenta fiebre de origen desconocido o insuficiencia renal de origen desconocido, los médicos deben considerar la posibilidad de una infección por hantavirus. Una vez que se ha establecido la sospecha de esta enfermedad, se pueden utilizar técnicas especiales para la evaluación de un diagnóstico viral preciso.⁹

España: Un test de la hepatitis C para los hijos del 'baby boom'

2 de julio de 2013 – Fuente: El Mundo (España)

Todas aquellas personas nacidas entre los años 1945 y 1965 tal vez deberían comentar con su médico la posibilidad de hacerse un análisis de sangre para saber si está infectado por la hepatitis C. En Estados Unidos, las recomendaciones oficiales acaban de incluir a esta población, los hijos del llamado 'baby boom'¹⁰, entre la población diana que debería hacerse las pruebas para detectar esta infección viral silenciosa.

En España aún no existe ninguna recomendación oficial como la que acaba de realizar en Estados Unidos la Preventive Task Force, un órgano consultivo. Sin embargo, como explica el Dr. José Luis Calleja, secretario de la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH), a partir del próximo mes de septiembre se llevará a cabo una campaña informativa en 17.000 farmacias y centros de salud con el mismo objetivo.

El problema es que algunas de las personas nacidas en esas dos décadas podría estar infectada por el virus de la hepatitis C sin saberlo; y este test de sangre barato y sencillo –que en España cubre la Seguridad Social– podría sacar a la luz esas infecciones silenciosas. "El problema de las hepatitis virales es que suelen ser asintomáticas en el 75% de los casos –explica Calleja–, y cuando ya aparecen los primeros síntomas, la infección está más avanzada y el tratamiento es más complejo".

Detectar e iniciar a tiempo el tratamiento de estas hepatitis "puede cambiar la historia natural de la enfermedad" y reducir el riesgo de las principales y más peligrosas de sus consecuencias: la cirrosis hepática, el cáncer de hígado o la necesidad de someterse a un trasplante. "Algunos de los pacientes que den positivo en el test no requerirán tratamiento inmediato, pero sí podremos hacerles un seguimiento exhaustivo", explica el hepatólogo español. Para aquellos que sí requerirán tratamiento, la medicación actual es capaz de curar más de 70% de los casos.

En Estados Unidos se calcula que 75% de las personas con hepatitis C son *baby boomers*, es decir, nacidos entre los años 1945 y 1965. Muchos de ellos desconocen que están infectados, porque podrían haberse contagiado sin saberlo por vía materna (cuando aún no se realizaban pruebas de rutina en el embarazo), por una transfusión de sangre anterior a 1990 (cuando todavía no se analizaba la sangre), o por el uso de drogas inyectables. Otros factores de riesgo más modernos que también aumentan el riesgo de infección por hepatitis C son los tatuajes y piercings.

La decisión del Task Force en Estados Unidos tendrá repercusión de cara a que las compañías aseguradoras se vean obligadas a cubrir el test para esta población de riesgo. En España, a partir de septiembre, farmacias y centros de salud informarán de ello a los *baby boomers* nacionales, que hoy en día tendrán entre 48 y 68 años de edad.



⁹ Los brotes de infección por el virus Puumala están relacionados con el aumento de la población del topillo rojo, y el aumento de la población de este roedor se debe en gran parte al aumento de la producción de hayucos, las semillas de las hayas (*Fagus* sp.); los brotes de hantavirosis por el virus Puumala ocurren un año después que se produce una gran abundancia de hayucos. El topillo rojo está ampliamente distribuido en toda Europa. Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

¹⁰ Se denomina *baby boom* al fenómeno demográfico surgido tras la Segunda Guerra Mundial, en el período comprendido entre 1946 y 1964, caracterizado por un incremento notable de la natalidad. Varios países anglosajones –Estados Unidos, Canadá, Australia y Nueva Zelanda– experimentaron este inusual repunte en las tasas de natalidad. Una expresión equivalente en lengua castellana sería 'explosión de la natalidad'. A los miembros de esa generación se los conoce como *baby boomers*.



Países Bajos: El brote de sarampión en el “cinturón bíblico” se extiende y suma ya 613 casos

25 de julio de 2013 – Fuente: EFE

El brote de sarampión que sufren los Países Bajos en el llamado ‘cinturón bíblico’, un área de calvinismo extremo donde las familias se niegan a vacunar a sus hijos por razones religiosas, se está extendiendo y se registran ya 613 casos. Solo la semana pasada se registraron 147 casos.

El brote se originó en mayo y se ha extendido a cuatro nuevas áreas, incluidas Utrecht y La Haya. Entre los nuevos casos detectados figuran dos enfermeros que probablemente se contagiaron en su trabajo.

Varios hospitales en las áreas afectadas y con unas tasas bajas de vacunación contra el sarampión están tomando medidas preventivas.

El Instituto Nacional de Salud Pública (RIVM) aconsejó al Ministerio de Salud que ofrezca una vacuna adicional contra el sarampión a los niños con mayor riesgo de contagiarse.

El llamado “cinturón bíblico” se extiende de oeste a este formando una franja en la parte central de los Países Bajos, área que coincide con una mayoría de votantes del partido calvinista SGP, que entre otras cosas es contrario a que las mujeres ocupen puestos decisivos en esa agrupación política.

De acuerdo con el RIVM, los primeros casos surgieron a fines del pasado mes de mayo en escuelas calvinistas en cuatro municipios del centro de los Países Bajos y en menor medida en la provincia de Zeeland, en el suroeste del país.

Es la primera vez en trece años que se constata un brote de sarampión en los Países Bajos, después del registrado entre 1999 y 2000, cuando los infectados llegaron a 3.300 personas y tres niños fallecieron.

Según la Organización Mundial de la Salud, el sarampión es una de las principales causas de muerte entre los niños pequeños, a pesar de que hay una vacuna segura y eficaz para prevenirlo. En 2011 hubo 158.000 muertes por sarampión en todo el mundo.¹¹

EMERGING INFECTIOUS DISEASES

Sudáfrica: Detectan en un murciélago un virus estrechamente relacionado con el MERS-CoV

24 de julio de 2013 – Fuente: *Emerging Infectious Diseases*

El coronavirus del síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS-CoV) ha afectado mortalmente a personas en lugares tan lejanos como Gran Bretaña y el norte de África. Sin embargo, como la mayoría de las infecciones y muertes se han producido en Arabia Saudí, muchos creyeron que éste era el origen del virus, similar al que causa el síndrome respiratorio agudo severo (SARS). La enfermedad tiene una tasa de letalidad superior a 50%, y existen temores de que el virus podría extenderse a nivel mundial durante la peregrinación anual del Hajj a Arabia Saudí, que tendrá lugar en los próximos meses. Los investigadores han tratado de averiguar dónde se originó el virus para, a partir de esta información, saber cómo prevenir su transmisión.

Científicos de la Universidad de Bonn (Alemania) e investigadores en Sudáfrica han encontrado evidencia de que un virus muy similar al MERS-CoV se encuentra en las heces de murciélagos de las provincias sudafricanas de KwaZulu-Natal y Western Cape. Estos quirópteros de la familia Vespertilionidae, a la que pertenecen los géneros *Neoromicia* y *Pipistrellus*, albergan un virus genéticamente más similar al MERS-CoV que cualquier otro virus estudiado. Los hallazgos pueden proporcionar pistas importantes sobre el verdadero origen de este nuevo virus.

Los investigadores analizaron los coronavirus de 62 murciélagos sudafricanos pertenecientes a 13 especies, para determinar si sus heces contenían virus relacionados con el MERS-CoV. Esto fue posible debido a que se ha secuenciado genoma del MERS-CoV desde el comienzo de la investigación de la enfermedad.¹²

Aunque el virus relacionado se encontró en un único murciélago, el hallazgo es más que interesante. Aún se desconoce cómo el virus fue transmitido originalmente a los humanos, ya sea directamente por los murciélagos o a través de un intermediario, como el ganado, pero la evidencia ha demostrado que el virus puede transmitirse de persona a persona cuando éstas se encuentran en lugares cerrados.



Neoromicia zuluensis, la especie de murciélago en el que se encontró el virus genéticamente más relacionado con el MERS-CoV que cualquier otro virus conocido.

¹¹ Ver ‘Países Bajos: Detectan un brote de sarampión en el cinturón bíblico’ en Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 1.152, de fecha 13 de junio de 2013.

¹² Puede consultar información sobre la secuenciación genética del MERS-CoV, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

Se requiere de urgentes investigaciones sobre los murciélagos y posibles huéspedes intermedios –carnívoros y ungulados, tales como los camellos– “para esclarecer la aparición de MERS-CoV”, dijeron los investigadores. “Estos estudios deberían centrarse en la Península Arábiga y en África”.

África ha sido el origen de otros virus que se encuentran en el Medio Oriente, como el de la fiebre del Valle del Rift, que causó un severo brote en Arabia Saudí en el año 2000, escribieron los autores.¹³

The Local Suecia, Kronoberg: Brote de psitacosis con transmisión interhumana

24 de julio de 2013 – Fuente: The Local (Suecia)

Un hombre que murió de psitacosis en el sur de Suecia transmitió esta rara enfermedad a por lo menos ocho personas. Los expertos señalaron que la transmisión de humano a humano es excepcionalmente inusual.

Después que un hombre de 75 años de edad murió en Kronoberg en marzo de 2013 de psitacosis, la enfermedad se diseminó entre aquellos que estuvieron cerca de él durante su enfermedad, incluyendo al personal de salud que lo atendió.

“Esta persona estaba muy enferma y fue un caso extremo. Es sorprendente que nadie fuera infectado de tercera mano a partir de los casos secundarios que tuvimos”, declaró Arne Runehagen, médico del Instituto Sueco para el Control de Enfermedades Infecciosas (*Smittskyddsinsti-tutet*).

La transmisión de humano a humano de la psitacosis es excepcionalmente rara, con solamente un caso anterior reportado constatado en Escocia. La enfermedad generalmente se transmite exclusivamente entre aves.

Generalmente se reportan unos 5 a 10 casos anuales de la enfermedad en Suecia.

La psitacosis debe notificarse al Instituto Sueco para el Control de Enfermedades Infecciosas, así como a especialistas en enfermedades infecciosas de las autoridades locales de salud. La enfermedad puede ser contraída después de entrar en contacto con pájaros, sus nidos o sus excrementos. El Instituto recomienda que cualquiera que entre en contacto con aves o sus excrementos debe lavarse las manos cuidadosamente. Comúnmente la infección es transmitida por loros, como guacamayos, cacatúas y periquitos australianos, así como palomas, patos, gallinas y gaviotas.¹⁴



Curso

Tuberculosis en el Niño y en el Adolescente Curso teórico-práctico



- Directores: Dr. Gerardo Laube y Dr. Eduardo Rubinstein
- Asesores Científicos: Dra. María Cristina Brian y Dr. Domingo Palmero
- Organiza: Comité de Docencia e Investigación del Hospital de Infecciosas ‘Dr. Francisco Javier Muñoz’
- Sede: División Pediatría del Hospital de Infecciosas ‘Dr. Francisco Javier Muñoz’. Uspallata 2272. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Auspicia: Fundación Barceló
- Duración: Desde el 06/09/13 hasta el 29/11/13, todos los viernes de 08:00 a 18:00 horas.
- Modalidad: Se dictarán clases teóricas de una hora de duración.
Se completarán con un foro de discusión y bibliografía por correo electrónico. Se realizarán prácticas en Consultorio Externo de Pediatría, Consultorio Externo de Adolescencia, Internación en Unidad 32 y Guardia.
- Coordinador: Dr. Gabriel Saidman - Secretaria: Dra. Verónica Oroz
- Colaboradores Docentes de trabajos prácticos:
Consultorio Externo Pediatría: Dra. Sandra Zarwanitzer
Consultorio Externo Adolescencia: Dr. Miguel Viberti , Dra. Ana M.Castrucci (Vespertino)
Internación: Dra. Patricia Santamaría y Dra. Alicia Lacher
Guardia Pediatría: Dra. Mariana Núñez
- Mecanismos de evaluación: Se evaluará en forma permanente en las clases teóricas, la concurrencia práctica y en la presentación de ateneos clínicos sobre pacientes. Requisitos de aprobación: 80% de presencia teóricos-prácticos y monografía grupal final.
- Carga horaria total: 300 horas
Teóricas: 52 horas presenciales y 64 horas a distancia (bibliografía y foro de discusión)
Prácticas: 104 horas. Monografía, ateneos y presentación de casos: 80 horas.
- Informes e inscripción: gcsaidman@yahoo.com.ar – vnoroz@gmail.com.

Curso no arancelado

¹³ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

¹⁴ La posibilidad de transmisión interhumana de la enfermedad fue originalmente sospechada en Tayside, Escocia, y confirmada mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Puede consultar el artículo completo sobre el brote en Escocia, en inglés, haciendo clic [aquí](#).



**Está
más
cerca
de lo
que
crees**

No la ignores. La hepatitis es una enfermedad potencialmente mortal que afecta a 1 de cada 12 personas en el mundo, pero apenas produce síntomas evidentes.

Esto es hepatitis...
Conócela. Afróntala. Hazte la prueba.

Día Mundial de la Hepatitis: 28 de julio
www.worldhepatitisday.info



World Hepatitis Alliance (2013).

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.