



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina



Número 1.180

31 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

Ílida Selene De Lisa
Enrique Fariás

Editores Asociados

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

Noticias

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

Argentina

- Vigilancia de malaria
- Más de 30.000 adolescentes dejaron de fumar en los últimos cinco años
- San Juan: Los casos de mal de Chagas en niños disminuyeron 75% en 15 años

América

- América Central: Afirman que la enfermedad renal crónica que azota la región es "una entidad diagnóstica nueva y única"
- Bolivia, La Paz: El 44% de los municipios tiene población con VIH/sida
- Colombia es el primer país del mundo en erradicar la oncocercosis
- El Salvador: Mal de Chagas y sífilis son las principales causas de rechazo en donantes

- Estados Unidos: Brote de intoxicación por consumo de ostras
- Estados Unidos, Arkansas: En condición crítica una niña a causa de una infección por *Naegleria fowleri*
- México, Durango: Aumentan 15% los casos de alacranismo
- República Dominicana: Alerta en tres provincias y la capital por brotes de dengue

El mundo

- Arabia Saudí: Notifican un nuevo caso de MERS y una nueva muerte
- Europa: Las nuevas superbacterias se propagan por la región
- Laos: Siguen en aumento las muertes por dengue
- Descubren un marcador que consigue anticipar las complicaciones de la bronquiolitis

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/



Jornada de Actualización en Temas de Medicina del Viajero

Buenos Aires, Universidad de Belgrano,
26 de septiembre de 2013

Temas centrales

- » Vacunas: desafíos en la consulta de pre-viaje
 - » Vigilancia epidemiológica y viajeros: la importancia de estar informados
 - » Infecciones respiratorias en viajeros
 - » Malaria en Viajeros
 - » Discusión de casos clínicos

Informes e inscripción

www.slamviweb.org
(011) 4774 7531



Vigilancia de malaria

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.¹

Provincia/Región	2012		2013	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1	—	4	4
Buenos Aires	3	2	2	2
Córdoba	1	1	—	—
Entre Ríos	1	—	—	—
Santa Fe	17	—	15	—
Centro	23	3	21	6
San Juan	—	—	1	—
San Luis	1	—	1	—
Cuyo	1	—	2	—
Jujuy	13	—	1	1
Salta	1	—	3	3
Santiago del Estero	—	—	1	1
NOA	14	—	5	5
Tierra del Fuego	—	—	1	1
Sur	—	—	1	1
Total Argentina	38	3	29	12

¹ Los casos notificados incluyen sospechosos, probables, confirmados y descartados. La notificación y confirmación de los casos de malaria se presenta por lugar de atención, no por lugar de residencia del afectado.

De acuerdo a los resultados de la cuarta edición de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adolescentes (EMTA) 2012, más de 30.000 jóvenes de entre 13 y 15 años dejaron de fumar en los últimos cinco años en Argentina, lo que representa una reducción del consumo de 24,5 a 19,6%. Además, 6 de cada 10 jóvenes fumadores intentaron dejar de fumar en los últimos 12 meses.

Con el apoyo del Ministerio de Educación de la Nación, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), esta encuesta relevó datos de 2.789 alumnos de 75 escuelas de todo el país con el objetivo de actualizar la información referida al consumo de cigarrillos, la exposición al humo de tabaco ajeno, el alcance de las publicidades, las actividades de promoción de la industria tabacalera, el acceso a la compra de cigarrillos y el progreso de las políticas de control de tabaco, entre otros temas.

En relación al consumo, la encuesta –que ya tuvo ediciones anteriores en 2000, 2003 y 2007–, mostró que actualmente 17,4% de los varones y 21,5% de las mujeres fuman; cifras que han descendido sustancialmente en comparación con los datos de la EMTA 2007, en la que se evidenció 21,1% de consumo en los varones y 27,3% en las mujeres.

“Si bien hubo una reducción en el consumo de tabaco en los adolescentes, todavía debemos estar en alerta ya que la cantidad de mujeres que fuma sigue siendo muy alta, y superior a la de los hombres”, explicó Marina Kosacoff, la subsecretaria de Prevención y Control de Riesgos de la cartera sanitaria.

Ambientes libres de humo

En relación a la exposición al humo de tabaco ajeno, la EMTA 2012 mostró que 47,5% de los estudiantes estuvieron expuestos al humo de tabaco ajeno en el hogar, otro claro descenso comparado a la encuesta 2007, que evidenció 54,7%.

Por otra parte, 52,5% de los adolescentes manifestó estar expuesto al humo de tabaco en espacios públicos cerrados, lo que evidencia el incumplimiento de la Ley Nacional de Control del Tabaco N° 26.687 –promulgada en 2011 por la Presidenta Cristina Elisabet Fernández Wilhelm–, en la que se prohíbe fumar en lugares cerrados de acceso público, entre otras cosas.

Para derribar mitos acerca de la falta de apoyo público a la legislación de ambientes libres de humo de tabaco, 83,6% de los adolescentes encuestados dijo estar a favor de la prohibición de fumar en lugares públicos cerrados, lo que deja entrever que si se fortalece el cumplimiento para que los ambientes cerrados de acceso público sean ciento por ciento libres de humo, como establece la ley, la medida sería respetada casi sin resistencia.

Cesación, venta a menores y publicidad

En lo referido a dejar de fumar, la EMTA mostró que 6 de cada 10 fumadores intentaron dejar el cigarrillo en el último año, al tiempo que disminuyó el interés de los jóvenes en empezar a fumar. En 2007, la cifra era de 28,1%, y en esta nueva encuesta descendió a 23,2%.

Un dato preocupante del sondeo tiene que ver con el acceso a la compra de cigarrillos por parte de los menores de edad, ya que 81,5% de los encuestados de entre 13 y 15 años de todo el país afirmaron que no se les negó la venta de cigarrillos, a la vez que 32,8% expresó que pudo comprar cigarrillos sueltos, ambas acciones prohibidas por la legislación nacional de control de tabaco.

Interesantes resultados arrojaron los puntos de la encuesta referidos a la publicidad en medios de comunicación, ya que si bien 7 de cada 10 adolescentes advirtieron publicidad o promoción de tabaco en los puntos de venta –lugares en los que se venden cigarrillos–, otro tanto (7 de cada 10) advirtió mensajes antitabaco en los medios de comunicación.



Por una resolución del Ministerio de Educación de la Provincia de San Juan, el Programa de Chagas pudo comenzar en 1998 a hacer controles sobre la enfermedad en las escuelas de nivel primario. En esa primera etapa, con estos análisis y los realizados en la Red de Laboratorios, se detectaban unos 40 niños enfermos por año. Ahora, en cambio, se hallan menos de 10 casos. Así, se marca una merma de 75%.

Según Rubén Carrizo Páez, a cargo del programa, la disminución en la cantidad de niños enfermos “tiene que ver con que ahora la presencia de la vinchuca (*Triatoma infestans*, vector de la enfermedad) está controlada. Por eso, en general, cada vez hay menos personas que se enferman”.

A su vez, el médico detalló que en 15 años se controlaron 50.000 niños. Y se detectó que 300 padecían el mal, de los cuales, 240, es decir 80%, logró que el parásito desapareciera de su sangre tras someterse a un tratamiento.

“Los análisis que realizamos en las escuelas son muy importantes. Esto porque en la mayoría de los casos, durante la infancia, el mal de Chagas no provoca síntomas, por lo que es difícil de detectar. Y es necesario encontrar el parásito temprano, porque la enfermedad sólo se puede negativizar con el tratamiento cuando se realiza a menores de 14 años”, explicó el médico.

Carrizo Páez detalló que en estos casos es fundamental la participación de las docentes, que se capacitan para hablar con los padres y obtener las autorizaciones para controlar a los niños. Además, contienen a los alumnos y asesoran a las familias en el desarrollo del tratamiento.

Estas campañas fueron tan exitosas que piensan extenderlas a las escuelas secundarias. “Si bien no se ha detectado casos de negativización de la presencia del parásito en mayores de 14 años, sabemos que los adultos que hacen el tratamiento logran no padecer las enfermedades cardíacas o digestivas que puede provocar el mal de Chagas”, explicó Carrizo Páez.

América



América Central: Afirman que la enfermedad renal crónica que azota la región es “una entidad diagnóstica nueva y única”

12 de julio de 2013 – Fuente: *American Journal of Kidney Diseases*

Especialistas en salud renal de Suecia y El Salvador caracterizaron una forma endémica desconocida de enfermedad renal que está matando a los trabajadores campesinos de América Central. Conocida como “enfermedad renal crónica de causas desconocidas”, un equipo multinacional de América Central la bautizó en 2012 como “nefropatía mesoamericana”.

Ahora, con el resultado de las biopsias renales de ocho pacientes con la enfermedad, los científicos dicen que la nefropatía mesoamericana “es clínica y morfológicamente una entidad diagnóstica nueva y única”.

“Uno de los motivos de la gran importancia de esta serie de casos es que no existían biopsias renales analizadas sistemáticamente de pacientes potencialmente afectados con esta enfermedad renal crónica en esta región”, explicó el Dr. Daniel Weiner, profesor de la Facultad de Medicina de Tufts University, Boston. “Hasta ahora, parecería que no es la enfermedad renal típica de Estados Unidos y otras naciones industrializadas”, agregó.

La enfermedad renal crónica es endémica en América Central y la Organización Mundial de la Salud asegura que El Salvador encabeza la lista mundial en tasa de mortalidad por esta enfermedad. Nicaragua y Honduras están entre los 10 primeros países. Se ignora qué porcentaje de esas muertes podría atribuirse a la nefropatía mesoamericana.

“La verdad es que no lo sabemos con certeza”, dijo el Dr. Daniel Brooks, epidemiólogo de Boston University que participó en muchos de los primeros estudios sobre la enfermedad. Señaló que este estudio es valioso, entre otros motivos, “porque algunos observadores necesitaban convencerse de que el exceso de enfermedad renal crónica en América Central es realmente un fenómeno distinto”.

El equipo de la doctora Julia Wijkström, del Instituto Carolino de Estocolmo, Suecia, reunió muestras de biopsias renales, de sangre y orina de ocho pacientes del Hospital Nacional Rosales de San Salvador, El Salvador. Analizó el tejido renal con microscopía óptica, inmunofluorescencia y microscopía de electrones.

Al analizar el tejido en detalle, “lo más sorprendente fue ver la existencia de esclerosis globular relativamente extensa, cubriendo 29-78% de los glomérulos analizados”. Esta característica separa a la nefropatía mesoamericana de otras dos nefropatías endémicas, la nefropatía por hierbas chinas y la nefropatía de los Balcanes, en las que los glomérulos están conservados.

Las biopsias revelaron también un daño tubulointersticial crónico: cuatro con cambios leves y cuatro con cambios moderados.

La Dra. Catharina Wesseling, epidemióloga y directora regional del Programa sobre Trabajo y Salud (SALTRA) de América Central, explicó que “los resultados coinciden con los estudios epidemiológicos. Los autores observaron la enfermedad tubulointersticial, identificada clínicamente en los estudios epidemiológicos, e interpretada por la mayoría de los epidemiólogos, aunque no todos, como asociada con el estrés por calor y la deshidratación crónica”.

Esos estudios previos habían hallado que la nefropatía mesoamericana afecta principalmente a los hombres que trabajan en la agricultura en baja altitud, donde el clima es más cálido y húmedo.

Con la información disponible, Weiner adelantó que la enfermedad no se puede tratar. “El trasplante renal no se realiza en algunos países de América Central y, evidentemente, no está disponible para la cantidad de pacientes de los países donde existe experiencia en trasplante renal”, indicó Wesseling.

“Los recursos de hemodiálisis son muy escasos en todos los países. Sólo la diálisis peritoneal está disponible algo más masivamente en nuestros países y que muchos trabajadores no toleran y se complica por la pobreza de las víctimas”.²



² Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#) (requiere suscripción).

En los últimos nueve años, el índice de personas que viven con el VIH se expandió en La Paz, ya que de 25 municipios que tenían a pacientes con esta patología en 2004, se incrementaron a 35 para este año. La población infectada es heterosexual, menor de 34 años, con estudios medios y solteros, en su mayoría.

“De los 82 municipios que tiene La Paz, 35 tienen entre su población a personas con VIH”, destacó el jefe de la Unidad de Epidemiología del Servicio Departamental de Salud (SEDES), René Barrientos. Esto representa 44%. Agregó que el virus tiende a expandirse cada vez más al área rural.

Barrientos explicó que una de las razones para ello es que los habitantes de esas poblaciones emigran al interior o exterior del país y luego retornan con el virus y lo transmiten a sus parejas.

De acuerdo con el profesional, Viacha, Caranavi y Patacamaya registran más casos en todo el departamento, con 19, 16 y 15, respectivamente.

Un reporte epidemiológico del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/Sida del SEDES de 1987 al primer semestre de 2013, muestra que desde 2004 el número de casos estuvo en ascenso. Ese año se anotaron 25 infectados; en 2006 fueron 87; en 2007, 75, y en 2008 se llegó a 119. En 2009 se reportaron 116 casos, en 2010 se registraron 180, en 2011 llegó a 278, en 2012 subió a 323 y durante los primeros seis meses de 2013 ya se registraron 214 casos, los que están dispersos en 35 municipios.

“Si seguimos en ese ascenso hasta fin de año tendremos unos 400 casos”, enfatizó Barrientos.

Solteros y trabajadores

De acuerdo con el reporte del SEDES, las personas que tienen VIH son en su mayoría varones, heterosexuales, jóvenes de entre 15 a 34 años, solteros, con un grado de estudio medio y trabajadores de empresas privadas.

El estudio refleja que por cada mujer con VIH hay dos varones infectados. También destaca que 71% de los pacientes con el virus refieren que son heterosexuales. Asimismo, que 47% de los casos se trata de personas solteras. También que 18% estudio en secundaria y que el mismo porcentaje trabaja en empresas privadas.

De acuerdo con Barrientos, el incremento de casos se debería a que hay más centros donde se realiza la prueba rápida de detección del virus y además en el hemocentro se analiza la sangre de donantes. “Ahora se vigila más la sangre donada, para evitar la transmisión transfusional”, detalló. Desde el primer caso confirmado, que se registró en 1987, al primer semestre de este año se contabilizaron 1.736 casos.

El perfil del portador

- De los 1.736 casos registrados en el departamento, 1.132 (68%) son varones.
- El 71% (1.231) son heterosexuales, 7% (126) homosexuales, y 7% (115) bisexuales.
- La principal vía de transmisión es la sexual (87%), seguida de la perinatal y la sanguínea (2% cada una).
- El 47% es soltero, 18% casado, y 18% conviviente.
- Recibieron educación primaria 23%, secundaria 38%, profesional 17%.
- El 18% es trabajador de una empresa privada y 10% comerciante.

El 5% de los casos son importados de otros países

De los casos de VIH registrados en La Paz, casi 5% (81 casos) se importaron de otros países. De ellos, 15 son de Argentina, 13 de Brasil, 12 de Perú y una cifra similar de Estados Unidos.

De Chile e Italia se importaron cinco casos cada uno; de Colombia, cuatro, y de Alemania, tres. También se reportaron casos de Francia, Cuba, Uruguay y Europa, dos de cada uno. Y con uno cada uno figuran Venezuela, Suecia, España y Ghana.

EL PAÍS Colombia es el primer país del mundo en erradicar la oncocercosis

30 de julio de 2013 – Fuente: El País (España)

Naicóná es una pequeña comunidad en el Cauca, al suroeste de Colombia, que no sobrepasa los 1.400 habitantes. Allí se concentraba el último foco que quedaba en el país de la oncocercosis, una enfermedad también conocida como “ceguera de los ríos”, que afecta principalmente a los africanos, pero presente también en Brasil, Ecuador, Guatemala, México y Venezuela.

Colombia también estaba en la lista, pero la Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció que, tras 16 años de trabajo, el país ha logrado eliminar por completo la enfermedad, que es causada por el parásito *Onchocerca volvulus* y transmitida por la picadura de una mosca negra que abunda en las riberas de los ríos, que produce daños en la piel y también ceguera.

Según la OMS, la oncocercosis es la segunda causa de ceguera de origen infeccioso en el mundo, y Colombia es el primer país en erradicarla, luego de aplicar durante 12 años (1996–2007) un tratamiento a los pobladores de Naicóná. “De esta manera, se interrumpió la transmisión y no se han detectado casos nuevos”, dice el informe de la OMS tras una visita de expertos internacionales en noviembre de 2012.

La primera vez que se detectó la enfermedad en Colombia fue en 1965, cuando un hombre de 39 años fue perdiendo poco a poco la visión. Desde entonces empezaron a rastrearla. Durante años se hicieron una serie de evaluaciones que reportaron personas afectadas en toda la región del río Chuare, que atraviesa el municipio de López de



Jimmy Carter y Juan Manuel Santos.

Micay, que es donde se encuentra la comunidad de Naicioná, bañada por un río que lleva el mismo nombre y que va a desembocar en el Chuare.

En 1996 empezó una campaña de intervención en Naicioná -donde finalmente se detectó el foco de la enfermedad- y cuyos habitantes se dedican a la extracción de oro en el río. Trabajaron conjuntamente investigadores nacionales e internacionales con la ayuda del Centro Carter que coordina el Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en América (OEPA).

Los investigadores visitaban a los enfermos dos veces al año para suministrarles un antiparasitario –ivermectina–, donado por el laboratorio Merck. La campaña se interrumpió en 2006 cuando se demostró que se había detenido la transmisión del parásito y la pequeña población pasó a una fase de vigilancia epidemiológica.

El ex presidente de Estados Unidos Jimmy Carter fue el invitado de honor en la ceremonia en la que OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) le entregaron al presidente Juan Manuel Santos, el documento que certifica la erradicación de la oncocercosis.

Santos recordó que Carter estuvo en la década de 1980, como delegado del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), para hacerle también un reconocimiento a Colombia por ser uno de los primeros países en poner en marcha las campañas de vacunación masiva para los niños.

“Colombia ha trabajado durante muchos años para eliminar esa terrible enfermedad y ahora, cuando han tenido éxito y eso ha sido certificado por la Organización Mundial de la Salud, como le dije al presidente Santos, Colombia es el primer país del mundo que ha podido lograr este éxito”, indicó el ex mandatario de Estados Unidos.

Según datos de la OMS, en el mundo hay 17,7 millones de personas afectadas por esta enfermedad, de las cuales 270.000 están ciegas y más de 100 millones de personas viven bajo riesgo de contraerla.



El Salvador: Mal de Chagas y sífilis son las principales causas de rechazo en donantes

28 de julio de 2013 – Fuente: El Salvador (El Salvador)

En El Salvador, la enfermedad de Chagas y la sífilis son las dos afecciones detectadas con mayor frecuencia en los bancos de sangre tras el análisis de rigor que se les realiza a las muestras.

El año pasado, en la red de centros del Ministerio de Salud (MINSAL), 1.431 personas dieron positivas para mal de Chagas y 705 para sífilis.

En el primer semestre del año, el MINSAL identificó a 309 personas positivas para *Trypanosoma cruzi*, pero de ellos solo 12 en fase aguda, lo que significa que la mayor cantidad fue diagnosticado mediante exámenes en los bancos cuando se acercaron a donar sangre.

“Sífilis y mal de Chagas son los agentes más frecuentes que detectamos”, comentó Neyde Madrid, coordinadora de los Bancos de Sangre del MINSAL.

El año pasado, 124 personas dieron positivo para hepatitis B y 105 para hepatitis C, mientras que los casos de VIH fueron menores.

Madrid dijo que a todas las muestras recolectadas se le realizan pruebas de tamizaje para cinco agentes infecciosos: hepatitis B y C, mal de Chagas, sífilis y VIH. El procedimiento se hace para asegurar que el líquido que será transfundido a otra persona sea seguro. A las personas positivas para cualquiera de esas patologías se las difiere permanentemente, es decir, que no son aptas para donar.

En el Laboratorio del Centro de Sangre de Cruz Roja, la situación es similar. Frida Candray, jefa del área, dijo que entre las principales causas de descarte de las muestras de sangre colectadas se encuentra el mal de Chagas. “Por lo general los que vienen a donar son personas sanas; sin embargo, salen positivas”, comentó Candray.

El año pasado, en los bancos de sangre del MINSAL se difirió permanentemente a 2.412 personas porque dieron positivo para alguno de estos agentes. Esa misma cantidad de unidades de sangre colectadas fueron descartadas tras identificar cualquiera de estos anticuerpos.

“Como ministerio tenemos normada la parte de serología en todos los bancos de sangre. En promedio, se detectan entre 800 y 1.000 casos de mal de Chagas en los bancos de sangre. Son números más elevados que los de VIH, hepatitis y sífilis. Tenemos una presencia de casos bastante alta”, manifestó Eduardo Romero, coordinador nacional de mal de Chagas del MINSAL.

Madrid explicó que las personas positivas para alguna de estas infecciones son referidas a los centros de salud para que se les haga una prueba confirmatoria y una evaluación médica, antes de decirles que es positiva para alguna de estas enfermedades.

En los bancos del MINSAL la prevalencia de mal de Chagas en donantes se ha reducido en los últimos cuatro años, pasando de 2,3% a 1,5%. En cuanto a la sífilis, en 2008 fue de 0,9% y el año pasado de 0,7%.



En Cruz Roja, en el primer semestre del año, 1,86% de las donaciones fueron rechazadas por dar positivo para alguna de estas cinco patologías.

En los donantes voluntarios, 0,75% dio positivo para mal de Chagas y 0,45% en donantes de reposición, mientras que 0,68% de los donantes voluntarios tenía sífilis y 0,55% de los de reposición.

Candray comentó que estas personas dejan de ser donantes y pasan a ser pacientes, y son derivadas al centro que les corresponde para que se les hagan los chequeos necesarios.

Según la OMS, los donantes voluntarios por motivos altruistas presentan menor prevalencia de estas infecciones transmitidas por la sangre que aquellos que donan para algún familiar.

En la Cruz Roja se ha reducido casi a la mitad el número de donantes, luego que el MINSAL reorganizará sus bancos. La cantidad de donantes de reposición es baja.

La coordinadora de los bancos de sangre del MINSAL manifestó que en 2012, de 127.216 donaciones, las efectivas, es decir las que se pudieron usar, representaron 94,49%. Un total de 32.722 personas fueron catalogadas como no aptos o diferidos temporal o permanente. Aparte de las pruebas serológicas hay otras causas por los que el componente no puede ser usado, entre ellos las conductas o estilos de vida catalogadas de riesgo, por perforaciones, tener tatuajes y el uso de drogas.

A este grupo se les difiere por un periodo de un año, pero después pueden acercarse a los bancos y hacer efectiva su donación. Madrid comentó que esperan ese periodo porque las pruebas que se realizan no son suficientemente sensibles para detectar el anticuerpo en el periodo conocido de ventana de la infección; la persona puede tener el virus en su sangre, pero no tener manifestaciones.

Las personas con enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión que no tengan la patología controlada se difieren temporalmente.

El año pasado, el 26% de los diferidos fueron de forma permanente por el MINSAL.

La jefa del Laboratorio del Centro de Cruz Roja, expresó que el primer filtro es la entrevista médica, ahí se selecciona aproximadamente 90% de los donantes.

“Podemos hacer el llamado a muchos, pero no se puede permitir donar a todos”, añadió Candray.

El año pasado, 79% de las personas fue catalogado como apto. En total se atendieron a 21.476 personas.

The Virginian-Pilot Estados Unidos: Brote de intoxicación por consumo de ostras

16 de julio de 2013 – Fuente: The Virginian-Pilot (Estados Unidos)

Tres personas se enfermaron poco después de comer ostras crudas recolectadas en Fisherman Island en la costa este de Virginia. Las ostras fueron consumidas en restaurantes de Massachusetts y Maryland, y el patógeno detectado fue *Vibrio parahaemolyticus*, que prospera naturalmente en aguas cálidas.

Por lo general, los consumidores intoxicados presentan vómitos, diarrea y otras dolencias estomacales. “Uno de los tres casos estuvo enfermo durante 10 días”, dijo Keith Skiles, especialista en sanidad de mariscos del Departamento de Salud de Virginia. Skiles dijo que Virginia no ha experimentado nunca antes “un brote” de este tipo, como definen las normas nacionales a más de dos casos de infección derivada de las mismas aguas. “Esperamos que no vuelva a ocurrir”, dijo Skiles el 15 de julio, tres días después que el Departamento de Salud anunciara que se prohibía la extracción en las aguas de Fisherman Island para el próximo año. El comunicado de prensa no menciona la palabra “brote”, sino que cita que el cierre forma parte de una “emergencia”.

El incidente renueva el debate sobre el permiso para la recolección de ostras en los meses cálidos del verano. En terrenos públicos, la recolección está limitada al otoño e invierno, cuando los *Vibrio* y otros potenciales patógenos no están activos. Pero el Estado permite a las granjas de ostras privadas hacer la recolección en cualquier momento del año, siempre y cuando se tomen precauciones para evitar los contaminantes que pudieran estar presentes. Los granjeros, por ejemplo, pueden congelar su cosecha inmediatamente o trabajar sólo en las horas frescas de la mañana, antes de las 10:00 horas, de acuerdo a las regulaciones estatales.

Skiles dijo que las ostras contaminadas fueron recogidas en un terreno privado en Fisherman Island, a mediados de mayo de 2013, no lejos de donde desemboca el Puente-Túnel de Chesapeake Bay en el condado de Northampton. Al parecer fueron recolectadas respetando las regulaciones estatales, dijo, y fueron consumidas hace varias semanas, a mediados o fines de junio de 2013.

La palabra “brote” es algo que los estados y los comerciantes de mariscos tratan en todo momento de evitar, sabiendo que rápidamente puede afectar su reputación y la demanda del consumidor.

El Consejo de Productos Marinos de Virginia, que comercializa los mariscos del estado, dijo no tener conocimiento hasta el 16 de julio del brote en Fisherman Island, pero que buscaron información de forma inmediata. Agregaron que no había recibido llamadas de empresas de otros estados.

La prohibición de recolección en Fisherman Island sólo afecta a ostras y almejas, no a los peces. Es posible que el área se reabra antes de un año, dijo Skiles, dependiendo de los resultados de los análisis de calidad del agua.³

³ *Vibrio parahaemolyticus* está naturalmente presente en las aguas marinas, y no implica la contaminación de aguas residuales, como sería el caso con *Salmonella* sp. o *Escherichia coli*. Su presencia es más común en aguas cálidas como las de la Costa del Golfo, pero en aguas de áreas más septentrionales, como las de Virginia, también puede detectarse *V. parahaemolyticus* asociado a ostras.



Estados Unidos, Arkansas: En condición crítica una niña a causa de una infección por *Naegleria fowleri*

29 de julio de 2013 – Fuente: Univisión (México)

Una niña de 12 años está en condición crítica tras infectarse con un parásito que penetra en el organismo por la nariz y causa una gravísima infección cerebral. Su infección fue causada por una ameba microscópica llamada *Naegleria fowleri*, a la que se denomina “come-cerebro” y se reproduce en aguas cálidas como la de lagos y pozas.

“Se halla generalmente en personas que nadaron en aguas cálidas”, explicaron oficiales de salud de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). La niña fue admitida en el Hospital de Niños de Arkansas hace nueve días.

Las autoridades aclararon que la infección no se contrae por tomar agua contaminada.

“Ésta es una de las peores infecciones que conocemos. El 99% de la gente que la contrae, muere”, expresó Dirk Haselow, del Departamento de Salud de Arkansas.

Esta ameba provoca una encefalitis cuyos síntomas aparecen a los siete días luego que ingresa al organismo, y que incluyen náuseas, vómitos, fiebre, dolor de cabeza y rigidez de nuca. Tras estos signos iniciales, la persona va perdiendo lucidez, el equilibrio, comienza a sufrir ataques y alucinaciones. La enfermedad progresa rápidamente y la muerte suele llegar a los 12 días de manifestarse los primeros síntomas.

Willow Springs Water Park, en Little Rock, Arkansas, ha sido al parecer el lugar en donde se han contagiado las dos personas afectadas por esta infección. El caso anterior fue registrado en 2010. Las autoridades sanitarias pidieron al dueño cerrar el parque para prevenir nuevas infecciones.

Entre 2001 y 2010, los CDC han registrado 32 infecciones por esta ameba, todos en el sudeste del país.

EL SIGLO México, Durango: Aumentan 15% los casos de alacranismo

30 de julio de 2013 – Fuente: El Siglo (México)

Debido al intenso calor de las semanas anteriores y pese a la temporada de lluvias, en 2013 se registra un incremento de picaduras de alacrán en Durango.

Cinthia Mora Muñoz, subdirectora de Epidemiología de los Servicios de Salud, explicó que en lo que va de 2013 se tiene registro de casi 5.000 personas atendidas por picadura de alacrán en prácticamente toda la entidad. Detalló que esta cifra representa un incremento de entre 10 y 15% en comparación con los números que se tenían a esta fecha del año pasado.

De 221 especies de alacrán que existen en México, destacan *Centruroides suffusus* y *C. margaritatus*, considerados altamente venenosos, y que abundan en el territorio duranguense. Mora Muñoz enfatizó que ahí radica la importancia de no confiarse en recurrir a remedios caseros ni chamanes, sino recurrir a ayuda médica de manera inmediata, pues puede causar la muerte.

Las estadísticas de la Secretaría de Salud revelan que las principales víctimas de picadura de alacrán atendidas por el Sector Salud son mujeres, sobre todo las que se encuentran en el rango de edad de 25 a 44 años.

Comparativamente, en el caso de los varones la principal incidencia se presenta en adolescentes de 10 a 14 años de edad. Cabe destacar que casi 67% de las picaduras de alacrán registradas, ocurrieron dentro de los domicilios o de algún inmueble.

Las extremidades inferiores es donde más se producen las picaduras y en segundo lugar, las extremidades superiores. Además, se ha detectado que debido a las campañas de difusión de las autoridades involucradas y al conocimiento que se tiene sobre el tema, las personas que sufren una picadura acuden dentro de un plazo de tiempo de menos de dos horas a recibir atención médica.



Centruroides suffusus



República Dominicana: Alerta en tres provincias y la capital por brotes de dengue

30 de julio de 2013 – Fuente: Prensa Latina

Varios brotes de dengue mantienen hoy en alerta a tres provincias de República Dominicana y el Distrito Nacional cuando las proyecciones para cerrar 2013 se refieren a la mayor cantidad de afectados en los últimos años.

Ante esta situación en Moca (Español), San Francisco de Macorís (Duarte), Santiago de los Caballeros (Santiago) y Santo Domingo, las autoridades sanitarias llamaron a la población a cambiar su actitud con respecto a la enfermedad.

“Vamos a tener este año la mayor epidemia de dengue si no nos cuidamos”, consideró Rafael Schiffino, viceministro de Salud Pública.

A su juicio, la mayoría de los dominicanos hacen caso omiso de los esfuerzos gubernamentales por mantener controlada la enfermedad, especialmente después de las fuertes lluvias ocurridas en días recientes.

Schiffino criticó la acumulación de basura en las casas y las aguas estancadas como maneras de que proliferen los criaderos de mosquitos. "Después de las últimas precipitaciones tenemos todas las condiciones para tener dengue", recalcó antes de referirse al reporte de 40 casos sospechosos de dengue en Moca y Santiago de los Caballeros.

El mundo



Arabia Saudí: Notifican un nuevo caso de MERS y una nueva muerte

29 de julio de 2013 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha sido informada de un nuevo caso confirmado por laboratorio del síndrome respiratorio de Medio Oriente por coronavirus (MERS-CoV) en Arabia Saudí.

Se trata de un hombre de 83 años, de la región de Assir, que enfermó el 17 de julio de 2013, y actualmente se encuentra hospitalizado.

Además se informó el fallecimiento de un caso previamente confirmado por laboratorio, también de la región de Assir.

Globalmente, desde septiembre de 2012 hasta la fecha, la OMS ha sido informada de un total de 91 casos confirmados por laboratorio de infección por MERS-CoV, incluyendo 46 muertes.

En base a la situación actual y la información disponible, la OMS insta a todos los Estados Miembros continuar sus actividades de vigilancia de las infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) y revisar cuidadosamente los patrones inusuales.

Se aconseja a los proveedores de salud a mantener la vigilancia. Los viajeros que regresen recientemente de Medio Oriente que desarrollen IRAG deben hacerse el análisis para MERS-CoV, como se aconseja en las recomendaciones actuales de vigilancia.

Deben obtenerse muestras de las vías respiratorias inferiores de los pacientes para el diagnóstico siempre que sea posible. Los médicos deben recordar que la infección por MERS-CoV debe considerarse incluso con signos y síntomas atípicos, como diarrea, en pacientes inmunocomprometidos.

A los centros de salud se les recuerda la importancia de la aplicación sistemática de la prevención y control de infecciones (PCI). Los centros de salud que atienden a pacientes sospechosos o confirmados de infección por MERS-CoV deben tomar las medidas adecuadas para reducir el riesgo de transmisión del virus a otros pacientes, trabajadores de la salud y visitantes.

A todos los Estados Miembros se les recuerda evaluar rápidamente y notificar a la OMS cualquier nuevo caso de infección por el MERS-CoV, junto con información sobre las potenciales exposiciones que pueden haber dado lugar a la infección y una descripción de la evolución clínica. Debe iniciarse sin demora la investigación de la fuente de exposición, a fin de prevenir la transmisión del virus.

La OMS no aconseja un tamizaje especial en los puntos de entrada con respecto a este evento ni recomienda actualmente la aplicación de restricciones a los viajes o al comercio.

La OMS ha convocado un Comité de Emergencia en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) para asesorar al Director General sobre el estado de la situación actual. El Comité de Emergencia, que está integrado por expertos internacionales de todas las regiones de la OMS, concluyó por unanimidad en que, con la información disponible actualmente, y utilizando un enfoque de evaluación de riesgos, hasta el momento no se cumplen las condiciones para una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII).

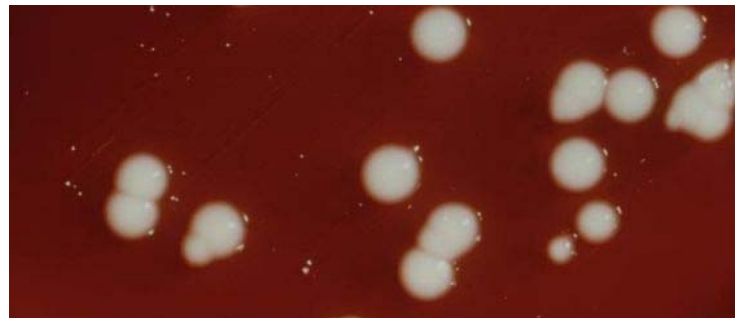
EL PAÍS Europa: Las nuevas superbacterias se propagan por la región

23 de julio de 2013 – Fuente: El País (España)

Las superbacterias se han propagado en los últimos tres años por Europa, sobre todo aquellas conocidas -en el mundo medicinal- como enterobacterias, que son resistentes a los antibióticos de última generación, por lo que su tratamiento hospitalario requiere de mayor inversión, según un informe del Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC).

En el informe, elaborado a partir de datos proporcionados por expertos de 39 países, se afirma que "la situación epidemiológica en Europa se ha deteriorado". En 2010 se realizó una evaluación similar, en la que solo participaron 31 naciones, y de éstas, "17 pasaron en 2013 a una etapa superior", según el documento.

Entre 2010 y 2012, España ocupó el nivel 2b, establecido para "brotes hospitalarios esporádicos", y para este año aparece en el número 3 (de una escala del 0 al 5), lo que indica que los casos ya no se limitan a hospitales específicos, sino que se ha pasado a una "difusión regional".



Muestra de sangre con *Klebsiella pneumoniae*

Las bacterias cruzan las fronteras

Para el catedrático en Microbiología Rafael Rotger Anglada, que España haya sido catalogada como en "difusión regional" revela que se han detectado brotes epidémicos en varios hospitales, y además "sugiere que puede haber indicios de transmisión de cepas entre distintos hospitales".

Tal transmisión de microorganismos no se limita al nivel hospitalario sino que se ha dado de país a país. Rafael Cantón informó de que en estudios realizados en centros europeos de microbiología se demostró que "cepas que se encontraban en Grecia, se podían hallar en Suecia, en Alemania o Inglaterra".

Este fenómeno se debe al llamado turismo sanitario, que es cuando una persona viaja a otro país para recibir un tratamiento médico y al regresar a su lugar de origen -para continuar con su medicación- entra al sistema sanitario y propaga las bacterias resistentes. También se puede dar el caso de individuos que estando de turistas son ingresados a un hospital y al volver se convierten en dispersores de estos microorganismos, según Cantón.

"Los utilizamos con dosis más altas, o bien con esquemas de tratamiento distintos, acortando los tiempos entre las dosis o con asociaciones de microbianos", afirmó Cantón, quien añadió: "Al necesitar un tratamiento especial pasan más tiempo ingresados y tienen más demandas de recursos sanitarios".

Para el microbiólogo, España "está muy lejos" del nivel de Italia o Grecia, que junto a Malta son los únicos países en situación "endémica". Sin embargo, también no es posible compararse con las naciones nórdicas, que ocupan los primeros lugares. Islandia es el único país donde no se han registrado brotes.

La diferencia con los países nórdicos reside en la utilización de los antimicrobianos. "Hay una correlación, a mayor uso de antibiótico, mayor la resistencia de las bacterias", afirmó Cantón, que es jefe del Servicio de Microbiología del Hospital Universitario 'Dr. Santiago Ramón y Cajal' en Madrid.

España está entre los primeros diez países de Europa en consumo de antibióticos. Datos del Ministerio de Sanidad muestran que diariamente 20 personas, de cada 1.000, toman antibióticos fuera del sistema hospitalario. Los más consumidos son las penicilinas, seguidos por las quinolonas, macrólidos y cefalosporinas.

Para Cantón los médicos deben trabajar con los microbiólogos para "conocer mejor" los antibióticos y recetarlos cuándo sean necesarios, en la dosis correcta y el tiempo mínimo posible, aunque aclaró: "No quiere decir que los antibióticos se están usando mal, sino que se puede mejorar su utilización".

Las superbacterias se adquieren únicamente en los hospitales por el contacto entre los pacientes, o entre estos y los miembros del equipo sanitario o los utensilios. Los más propensos son aquellos que previamente han recibido un tratamiento con antibióticos o que tienen el sistema inmune debilitado porque están en terapias inmunosupresoras.

En la batalla contra las superbacterias una de las desventajas de los equipos médicos es que se ha detenido la innovación de antibióticos. "Hasta ahora la comunidad científica estaba tranquila, porque pensaba que si había una resistencia, existía otro antimicrobiano que evitaba esa resistencia", comentó Cantón, para quien ahora el proceso de invención es cada vez más complicado, largo y costoso, por lo que es muy poco probable que las compañías farmacéuticas retomen la inversión en ese campo.

Las superbacterias más comunes son *Klebsiella pneumoniae* y *Escherichia coli* (causa común de infecciones urinarias y respiratorias). En el pasado las más populares fueron *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (SARM) y el resistente-intermedio a vancomicina (SAIV), que en 1999 era el antibiótico más fuerte con que contaban los médicos.

Otra desventaja del sistema sanitario es que los casos de superbacterias no son de declaración obligatoria, según el experto, por lo que se carece de una base de datos en tiempo real, que ayude a saber la dimensión de un brote y establecer las medidas epidemiológicas más adecuadas.

Rafael Cantón Moreno, experto español que participó en la evaluación, aseguró que en España se detectaron alrededor de 800 casos diseminados en todas las comunidades autónomas, por lo que no existe "una con más brotes que otra".

En Europa las superbacterias generan unas 25.000 muertes al año y unos costos sanitarios adicionales de 2.000 millones de dólares. Además, estos microorganismos son las causantes de unas 400.000 infecciones anuales.

Las infecciones que producen son fundamentalmente respiratorias, ya que están más asociadas a los pacientes que requieren de cuidados intensivos. También se encuentran en infecciones urinarias e intrabdominales (personas que han sufrido cirugías), así como las que invaden la sangre, llamadas bacteriemias.

Una vez que se detecta un brote, se ingresa al paciente en una habitación individual, se hace un mayor control de las medidas de contacto, y clínicamente se cambia la forma de aplicar los antibióticos porque estos han perdido su utilidad.



Laos: Siguen en aumento las muertes por dengue

23 de julio de 2013 – Fuente: Prensa Latina

Pese al denodado enfrentamiento de Laos a la peor epidemia de dengue que haya experimentado, sus víctimas fatales ascienden hoy a 74, entre más de 27.000 infectados en todo el país en los primeros seis meses del año.

"Cada dos días fallece un enfermo", señaló Bounlay Phommassack, director del Departamento de Control de Enfermedades Transmisibles del Ministerio de Salud Pública, luego de reconocer un alarmante incremento del número de pacientes.

Manifestó la urgencia de concentrarse en la destrucción de las fuentes que alimentan los focos de mosquitos y volvió a insistir en la eliminación regular de depósitos de agua en recipientes caseros, neumáticos abandonados y la limpieza.



En un nuevo llamamiento puso el acento en el incumplimiento por parte de la población de las reiteradas medidas recomendadas, que incluyen también el uso de insecticidas y mosquiteros y acudir al médico ante cualquier síntoma de la enfermedad el lugar de recurrir a la automedicación. Apeló asimismo a los medios informativos a continuar la campaña contra el dengue, asegurándose de que el público siga las advertencias del ministerio competente, un factor que se considera aquí fundamental pero de inconsistente cumplimiento.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, también se registran curvas ascendentes de casos en otros países del Sudeste Asiático como Camboya, Malasia, Vietnam y Singapur.

europa Descubren un marcador que consigue anticipar las complicaciones de la bronquiolitis

press 29 de julio de 2013 – Fuente: Europa Press

Investigadores del Hospital Infantil Universitario ‘Niño Jesús’ en Madrid han descubierto un nuevo uso para la proteína del receptor en productos de glicosilación avanzados (AGEs), una molécula ya descrita como marcador en enfermedades crónicas, que ahora ha demostrado ser muy útil para anticipar las complicaciones por bronquiolitis en el niño, permitiendo el pronóstico de la gravedad clínica y, en consecuencia, facilitando la atención temprana.

“Esta proteína que se encuentra en sangre lo que hace es frenar la inflamación. Su modificación en los procesos infecciosos hablaría de la capacidad que tiene el paciente de poner en marcha sus defensas y frenarlos”, explica el Dr. Alberto García Salido, quien coordina esta investigación junto al también pediatra Gonzalo Oñoro.

Se trata de una investigación novedosa, tanto por el área que trata como por la tecnología que usa, ya que trabaja con la citometría de flujo para diagnosticar infecciones y su posible etiología. A través del marcador, los investigadores son capaces de anticiparse a las complicaciones del paciente porque define la gravedad de la bronquiolitis.

Concretamente, estudia mediadores en procesos inflamatorios de las infecciones graves. Esta proteína no solo se busca en sangre, “intentamos marcar las células sanguíneas para ver cuáles tienen esta proteína en su superficie porque lo que queremos ver es si las células tienen con que frenar las inflamaciones”.

La bronquiolitis es la enfermedad respiratoria más frecuente y grave en niños pequeños, causante de un gran número de hospitalizaciones en las unidades de cuidados intermedios pediátricos, y que puede causar una neumonía si no se atiende correctamente.

“La bronquiolitis es muy frecuente en niños, y se desencadena por una infección viral que se torna epidémica en niños menores de 24 meses, sobre todo entre diciembre y fines de febrero”, advierte recordando que en este periodo el centro hospitalario atiende innumerables ingresos por esta infección.

El problema, añade, “es que cuanto más pequeños son, más problemas tienen en la evolución de la enfermedad y muchos de ellos acaban en cuidados intensivos”. Teniendo en cuenta, por tanto, que la bronquiolitis supone quizá 70% de los ingresos de niños en UCIs en esa época del año, se hace necesaria una estrategia de abordaje.

“Con esta investigación hemos aprendido mucho no solo de estos marcadores”, aunque el descubrimiento inmediato es que se ha demostrado que los valores de la proteína se relacionan con el número de días del ingreso y, sobre todo, con la asistencia respiratoria que necesitan.

A largo plazo, el trabajo puede suponer el uso de la proteína sintética como tratamiento; de hecho ya se está usando en otras patologías, como la retinopatía de pacientes diabéticos. Se ha testado ya en un modelo animal, concretamente en ratones, a los que se les ha inyectado la proteína tras provocarles una bronquiolitis, con muy buenos resultados inicial.

Otras líneas de investigación

El proyecto, que empezó en el año 2012 y finalizará el próximo año, se inició con la búsqueda de marcadores para neumonía. Para ello se seleccionaron niños sanos para ver los valores de esta proteína en sangre y células; sin embargo en el camino se les cruzó ampliar la investigación a la bronquiolitis.

“Elegimos una enfermedad muy común en pediatría, como las neumonías, que son la primera causa de mortalidad infantil en el mundo a nivel global”, con el objetivo de discriminar si había un marcador que permitiera predecir si se trata de una infección viral o bacteriana, para más tarde hacer un control de la evolución, para abordar el tratamiento, complicaciones y días de hospitalización.

En estos momentos se están incluyendo pacientes con neumonía, de los que ya se han estudiado 55 niños, aunque es un trabajo laborioso, ya que los pacientes que ingresan a la UCI pediátrica por neumonía son escasos.

García Salido afirma que los resultados conseguidos hasta ahora son muy positivos, aunque todo apunta que podría significar un paso gigante para avanzar en el tratamiento de estos pacientes, ya que gracias a los resultados obtenidos hasta ahora, en el laboratorio pueden intuir el tipo de neumonía que presenta sin conocer la clínica del niño.

La neumonía dio paso a la investigación en bronquiolitis, y esto mostró el camino de otras infecciones respiratorias, y a poner en marcha el estudio de este marcador en fibrosis quística. Al investigar más se conoció que los AGEs se están estudiando en Japón en adultos para el fallo de trasplante de pulmón, abriéndose una nueva vía.

Además han abierto otro proyecto de investigación dirigido a la sepsis, que obtuvo la Beca ‘Francisco Ruza’ de la Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos (SECIP), y, dentro de ella, se va estudiarán los menores de tres meses.

“La sepsis es lo peor, y lo que más miedo da en pediatría son los menores de tres meses con sepsis, porque su sistema inmune es inmaduro, no están vacunados, y es incapaz de contener la infección donde se origina”, explica.

En estos casos los protocolos que se manejan en el tratamiento son claros y facilitan al médico su abordaje; sin embargo se rigen por escalas de valoración que no se han actualizado en los últimos años. La actualización también conlleva un proceso, ya que para incluir nuevos datos hay que trabajar sobre niños y, explica, “no sería correcto ponerse a investigar sobre niños de tres meses”.

Sin embargo, se ha planteado a los servicios de urgencias pediátricas la posibilidad de integrar la citometría de flujo para ver si estos niños se pueden beneficiar de esta técnica; asimismo, García Salido se plantea en el futuro llevar la investigación al paciente oncológico en pediatría, ya que están inmunodeprimidos y esto abre la puerta a muchas infecciones respiratorias, complicando el tratamiento.

Investigación llevada al paciente

Este estudio muestra lo importante que es realizar la investigación clínica cerca del paciente, ya que *in situ* se pueden ver los resultados de los hallazgos, guiando el trabajo de los investigadores apoyado directamente por los médicos. “No solo trabajamos con los experimentos en el laboratorio, recopilamos también datos clínicos al ingreso, durante la evolución y al alta, con el objetivo de integrar la clínica con lo que hacemos en el laboratorio”, afirma.

No obstante, apunta, esto es más fácil de realizar en hospitales como el ‘Niño Jesús’, donde su tamaño, menor que el de otros centros de referencia, hace que el acceso a la información clínica este muy disponible y el *feedback* con los biólogos sea directo, así como con el paciente.

“Esto permite ver de manera muy dinámica cada paciente y correlacionarlo con lo que vemos en el laboratorio, hasta el punto de que se puede hacer un experimento a las ocho horas del ingreso, hablar con el médico que lo lleva e informarle del tipo de infección que es, qué tratamiento le puede servir y si puede tener complicaciones”, añade.

El problema para seguir todas las líneas de investigación abiertas es la financiación. Concretamente, este estudio necesita para los tres años de trabajo 133.000 dólares; esto es barato y el beneficio a largo plazo es mayor, ya que si esto cambia el tratamiento de la neumonía, y que los niños en vez de estar cinco días ingresados estén tres, representa un gran ahorro para el hospital.



¡Escuche esto!

Si Ud. tiene el VIH, el virus que causa el SIDA, y está embarazada, podría pasárselo a su bebé.

¡Infórmese!

Hable con su médico o enfermera, o llame al 1-800-448-0440 para información sobre el virus VIH y el embarazo.

HIV/AIDS Treatment Information Service (Rockville, Maryland, 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.