



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina



Número 1.235

21 de octubre 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

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)

Semana Internacional de Prevención de la Intoxicación por Plomo

- Intoxicación por plomo y salud

Argentina

- Vigilancia de fiebre hemorrágica argentina
- Nueva estrategia para tratar el VIH diseñada por argentinos
- El fármaco con que se trata el mal de Chagas no afecta la lactancia
- Terminar con la hepatitis B con tres dosis

América

- Estados Unidos: Los adolescentes se han vuelto más vulnerables al herpes genital
- Estados Unidos, Tennessee: Una víctima del brote de meningitis fúngica de 2012 sufre una recaída

- México, Sonora: 194 casos de salmonelosis por consumo de sushi

- Paraguay: Salud emite un alerta ante el aumento de cianobacterias en el lago Ypacaraí

El mundo

- Gran Bretaña, Inglaterra: El Tribunal Superior de Justicia ordena que dos hermanas deben recibir la vacuna triple viral
- India batalla contra un brote de dengue
- Qatar: Reportan un nuevo caso de MERS
- Siria: La OMS alerta de la aparición de casos sospechosos de poliomielitis por primera vez en 14 años
- Sudán, Darfur: Reportan un brote de "una misteriosa enfermedad"
- Taiwán: Alertan sobre el consumo de alimentos crudos ante un aumento de casos de hepatitis A

Adhieren:



www.circulomedicocba.org/



www.apinfectologia.org/



www.slamviweb.org/



www.consejomedico.org.ar/



www.sadip.net/



www.said.org.ar/



www.sap.org.ar/



www.apargentina.org.ar/

Datos y cifras

- El plomo es una sustancia tóxica que se va acumulando en el organismo afectando a diversos sistemas del organismo, con efectos especialmente dañinos en los niños de corta edad.
- Se estima que en los niños la exposición al plomo causa cada año 600.000 nuevos casos de discapacidad intelectual.
- La exposición al plomo se cobra cada año un total estimado de 143.000 vidas, registrándose las tasas más altas de mortalidad en las regiones en desarrollo.
- Alrededor de la mitad de la carga de morbilidad asociada a la intoxicación por plomo se concentra en la Región de Asia Sudoriental de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en tanto que la Región del Pacífico Occidental y la Región del Mediterráneo Oriental acaparan una quinta parte cada una.
- El plomo se distribuye por el organismo hasta alcanzar el cerebro, el hígado, los riñones y los huesos y se deposita en dientes y huesos, donde se va acumulando con el paso del tiempo. Para evaluar el grado de exposición humana, se suele medir la concentración de plomo en sangre.
- No existe un nivel de exposición al plomo que pueda considerarse seguro.
- La intoxicación por plomo es totalmente prevenible.



Intoxicación por plomo

El plomo es un metal tóxico presente de forma natural en la corteza terrestre. Su uso generalizado ha dado lugar en muchas partes del mundo a una importante contaminación del ambiente, un nivel considerable de exposición humana y graves problemas de salud pública.

Entre las principales fuentes de contaminación ambiental destacan la explotación minera, la metalurgia, las actividades de fabricación y reciclaje y, en algunos países, el uso persistente de pinturas y gasolinas con plomo. Más de tres cuartos partes del consumo mundial de plomo corresponden a la fabricación de baterías de plomo-ácido para vehículos de motor. Sin embargo, este metal también se utiliza en muchos otros productos, como pigmentos, pinturas, material de soldadura, vidrieras, vajillas de cristal, municiones, esmaltes cerámicos, artículos de joyería y juguetes, así como en algunos productos cosméticos y medicamentos tradicionales. También puede contener plomo el agua potable canalizada a través de tuberías de plomo o con soldadura a base de este metal. En la actualidad, buena parte del plomo comercializado en los mercados mundiales se obtiene por medio del reciclaje.

Los niños de corta edad son especialmente vulnerables a los efectos tóxicos del plomo, que puede tener consecuencias graves y permanentes en su salud, afectando en particular al desarrollo del cerebro y del sistema nervioso. El plomo también causa daños duraderos en los adultos, por ejemplo aumentando el riesgo de hipertensión arterial y de lesiones renales. En las embarazadas, la exposición a concentraciones elevadas de plomo puede ser causa de aborto natural, muerte fetal, parto prematuro y bajo peso al nacer, y provocar malformaciones leves en el feto.

Fuentes y vías de exposición

Las personas pueden verse expuestas al plomo en su puesto de trabajo o en su entorno, principalmente a través de:

- la inhalación de partículas de plomo generadas por la combustión de materiales que contienen este metal (por ejemplo, durante actividades de fundición, reciclaje en condiciones no seguras o decapado de pintura con plomo, o al utilizar gasolina con plomo);
- la ingestión de polvo, agua o alimentos contaminados (por ejemplo, agua canalizada a través de tuberías de plomo o alimentos envasados en recipientes con esmalte de plomo o soldados con este metal).

Otra posible fuente de exposición al plomo es el uso de determinados productos cosméticos y medicamentos tradicionales.

Los niños de corta edad son particularmente vulnerables porque, según la fuente de contaminación de que se trate, llegan a absorber una cantidad de plomo entre 4 y 5 veces mayor que los adultos. Por si esto fuera poco, su curiosidad innata y la costumbre, propia de su edad, de llevarse cosas a la boca, los hace más propensos a chupar y tragar objetos que contienen plomo o que están recubiertos de este metal (por ejemplo, tierra o polvo contaminados o escamas de pintura con plomo). Esta vía de exposición es aún mayor en los niños con pica (ansia persistente y compulsiva de ingerir sustancias no comestibles), que pueden arrancar, y luego tragar, por ejemplo, escamas de pintura de las paredes, los marcos de las puertas o los muebles. En Senegal y Nigeria, la exposición a tierra y polvo contaminados por plomo debido al reciclaje de baterías y a actividades mineras ha provocado intoxicaciones masivas por plomo en niños de corta edad, que se han cobrado ya numerosas vidas.

Semana Internacional de Concienciación sobre
la Prevención del Envenenamiento por Plomo
Eliminación del Plomo en las Pinturas
20 – 26 de Octubre de 2013



Infórmese acerca del envenenamiento
causado por plomo

http://www.who.int/ipcs/assessment/public_health/pb_campaign/en/index.html



Una vez dentro del cuerpo, el plomo se distribuye hasta alcanzar el cerebro, el hígado, los riñones y los huesos, y se deposita en dientes y huesos, donde se va acumulando con el paso del tiempo. El plomo almacenado en los huesos puede volver a circular por la sangre durante el embarazo, con el consiguiente riesgo para el feto. Los niños con desnutrición son más vulnerables al plomo porque sus organismos tienden a absorber mayores cantidades de este metal en caso de carencia de otros nutrientes, como el calcio. Los grupos expuestos a mayor riesgo son los niños de corta edad (incluidos los fetos en desarrollo) y los pobres.

Efectos de la intoxicación por plomo en la salud de los niños

El plomo tiene graves consecuencias en la salud de los niños. Si el grado de exposición es elevado, ataca al cerebro y al sistema nervioso central, pudiendo provocar coma, convulsiones e incluso la muerte. Los niños que sobreviven a una intoxicación grave pueden padecer diversas secuelas, como retraso mental o trastornos del comportamiento. Se ha comprobado además que en niveles de exposición más débiles sin síntomas evidentes, antes considerados exentos de riesgo, el plomo puede provocar alteraciones muy diversas en varios sistemas del organismo humano. En los niños afecta, en particular, al desarrollo del cerebro, lo que a su vez entraña una reducción del cociente intelectual, cambios de comportamiento –por ejemplo, disminución de la capacidad de concentración y aumento de las conductas antisociales– y un menor rendimiento escolar. La exposición al plomo también puede causar anemia, hipertensión, disfunción renal, inmunotoxicidad y toxicidad reproductiva. Se

cree que los efectos neurológicos y conductuales asociados al plomo son irreversibles.

No existe un nivel de concentración de plomo en sangre que pueda considerarse exento de riesgo. Sí se ha confirmado, en cambio, que cuanto mayor es el nivel de exposición a este metal, más aumentan la diversidad y la gravedad de los síntomas y efectos a él asociados. Incluso las concentraciones en sangre que no superan los 5 µg/dl – nivel hasta hace poco considerado seguro– pueden entrañar una disminución de la inteligencia del niño, así como problemas de comportamiento y dificultades de aprendizaje.

Un hecho alentador es que la supresión paulatina de la gasolina con plomo en la mayoría de los países ha contribuido a reducir considerablemente su concentración sanguínea en la población. Hoy por hoy, su utilización solo sigue estando permitida en seis países.

Respuesta de la OMS

La OMS ha incluido el plomo dentro de una lista de diez productos químicos causantes de graves problemas de salud pública que exigen la intervención de los Estados Miembros para proteger la salud de los trabajadores, los niños y las mujeres en edad fértil.

La Organización está elaborando una serie de directrices para la prevención y el tratamiento de la intoxicación por plomo; su finalidad es ofrecer a los responsables de la formulación de políticas, las autoridades de salud pública y los profesionales sanitarios una orientación de base científica sobre las medidas que se pueden adoptar para proteger la salud de la población, tanto infantil como adulta, frente a la exposición al plomo.

En vista de que la pintura con plomo sigue constituyendo una importante fuente de exposición en numerosos países, la OMS ha unido fuerzas con el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente con el fin de crear la Alianza Mundial para Eliminar el Uso del Plomo en la Pintura. Esta iniciativa de colaboración tiene por finalidad concentrar y catalizar los esfuerzos desplegados para alcanzar los objetivos internacionales de prevenir la exposición de los niños al plomo a través de pinturas que contienen ese metal y minimizar el riesgo de exposición ocupacional a las mismas. El objetivo general es promover la eliminación gradual de la fabricación y venta de pinturas que contienen plomo y, con el tiempo, eliminar los riesgos a ellas asociados.

La Alianza Mundial para Eliminar el Uso del Plomo en la Pintura representa un valioso instrumento para avanzar hacia el cumplimiento de lo establecido en el párrafo 57 del Plan de Aplicación de las Decisiones de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible y en la resolución II/4B del Enfoque Estratégico para la Gestión de los Productos Químicos a Nivel Internacional.

Vigilancia de fiebre hemorrágica argentina

16 de octubre de 2013 – 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 37. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.¹

Provincia/Región	2012		2013	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Buenos Aires	42	3	49	7
Córdoba	2	—	1	1
Entre Ríos	1	—	1	—
Santa Fe	188	20	255	21
Centro	233	23	306	29
Mendoza	—	—	1	—
San Juan	1	—	—	—
San Luis	1	—	—	—
Cuyo	2	—	1	—
Corrientes	—	—	1	—
Chaco	—	—	1	—
Misiones	1	—	—	—
NEA	1	—	2	—
Jujuy	13	—	46	—
NOA	13	—	46	—
La Pampa	2	—	—	—
Sur	2	—	—	—
Total Argentina	251	23	355	29



Nueva estrategia para tratar el VIH diseñada por argentinos

18 de octubre de 2013 – Fuente: Docsalud

Un tratamiento alternativo para las personas que viven con VIH, que consta sólo de dos drogas en lugar de tres como se utiliza actualmente, lo que abarata los costos y reduce la toxicidad, fue presentado por el infectólogo argentino Pedro Cahn en un congreso en Bélgica.

La investigación, que se denominó GARDEL, se llevó adelante con 535 pacientes de 27 centros de Argentina, España, Estados Unidos, Chile, México y Perú, y determinó que la combinación de las drogas lopinavir/ritonavir (LPV/r) y lamivudina (3TC) dio resultados “no inferiores a la terapia con tres drogas”.

“Con el VIH nos encontramos en este momento en una etapa en la que hemos logrado conseguir que el virus no se replique y disminuir la carga viral con las terapias triples. Entonces los investigadores estamos en una ‘sintonía fina’, es decir, estamos viendo cómo hacer para que estos tratamientos sean mejores”, expresó Cahn, director de la Fundación Huésped, que estuvo al frente de la investigación.

El especialista, jefe de Infectología del Hospital General de Agudos ‘Dr. Juan Antonio Fernández’, comentó que “esa fue entonces la motivación de esta investigación, a la que le pusimos GARDEL, que es un acrónimo donde cada letra es de una palabra que explica la estrategia del estudio, pero que además va a permitir que reconozca que es de origen argentino”.²

Una vez conseguidos los fondos, la Fundación Huésped se puso al frente del estudio que comparó la respuesta en dos grupos de pacientes vírgenes de tratamiento: una rama tomó la combinación de terapia triple estándar y la otra, la combinación lopinavir/ritonavir (LPV/r) y lamivudina (3TC).

“El 88,3% de los pacientes tratados con la nueva estrategia logró llevar su carga viral a niveles indetectables, contra 83,7% con la terapia tradicional, demostrándose así la no-inferioridad, en tanto, la recuperación de las células CD4 del sistema inmunológico fue similar entre las dos ramas”, detalló el especialista.

“Esta alternativa de tratamiento presenta numerosas ventajas. Por un lado, reduce los costos, lo que puede implicar sumas importantes en la salud pública; pero fundamentalmente lo que se logra es reducir la toxicidad del tratamiento actual por dos motivos: son menos drogas y las que se utilizan son ‘más seguras’, es decir, tienen menos efectos secundarios que las que se dejaron fuera”, agregó.



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

² Exactamente, GARDEL son las siglas de *Global ARV Design Encompassing Lopinavir/ritonavir and Lamivudine vs Lopinavir/ritonavir based standard therapy*.

El infectólogo aseguró que “la satisfacción por los resultados es doble, por un lado por hacer una contribución porque esto ofrece una alternativa al tratamiento; y por el otro, por el hecho de haber podido diseñar y coordinar un estudio multicéntrico internacional donde participaron pacientes de Europa, Estados Unidos y América latina”.

El GARDEL fue presentado en el 14º Congreso Europeo de Sida, que se realiza en Bruselas (Bélgica) desde el 16 y hasta el 19 de octubre.

“Por supuesto que esta es la primera investigación que se presenta en este sentido, con lo cual faltará recorrer un largo camino que incluirá la realización de otras pruebas, para que esto se establezca como ‘el tratamiento recomendado’ si es que pasa; por el momento lo que sí podemos afirmar es que se trata de una alternativa segura”, concluyó.³



El fármaco con que se trata el mal de Chagas no afecta la lactancia

19 de octubre de 2013 – Fuente: *Therapeutic Drug Monitoring*

Un método desarrollado por investigadores argentinos para medir en la leche materna la presencia de benznidazol –el medicamento con que se trata el mal de Chagas– reveló que la concentración transferida es mínima y no implica riesgo de toxicidad para el bebé.

El hallazgo, considerado preliminar, implica que durante el puerperio las mujeres infectadas podrían recibir tratamiento, el que actualmente se suspende durante este período o se indica a la madre no amamantar, para evitar potenciales efectos tóxicos para el bebé.

Aunque se creía que había riesgo para el lactante, “esto no había sido evaluado hasta ahora, ya que no se habían desarrollado las técnicas de medición necesarias”, escribieron los investigadores de la Universidad Nacional de La Plata, la Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires y el Servicio de Parasitología-Chagas del Hospital General de Niños ‘Dr. Ricardo Gutiérrez’, en Buenos Aires.

El método desarrollado permite separar los lípidos y proteínas de la leche, los que son sucesivamente filtrados y finalmente inyectados en un equipo que detecta y cuantifica la cantidad de droga presente en la muestra.

Guido Mastrantonio, coautor del estudio, dice que es justamente en la etapa perinatal cuando un porcentaje de mujeres que viven en zonas endémicas de mal de Chagas acceden a la atención médica. “Por eso, si se les pide que regresen para iniciar el tratamiento cuando terminen la lactancia, probablemente no lo hagan o regresen cuando la enfermedad ya se ha hecho incurable por sus efectos crónicos inhabilitantes”, advierte.

A partir de los resultados, el Hospital General de Niños ‘Dr. Ricardo Gutiérrez’ y Médicos sin Fronteras en Paraguay ya comenzaron a administrar benznidazol a mujeres con mal de Chagas en período de lactancia.

“Aunque los resultados obtenidos en este estudio son favorables, es preciso que sean confirmados por otras investigaciones para generalizar su aplicación”, aclara Cynthia Spillmann, coordinadora del Programa Nacional de Chagas del Ministerio de Salud de Argentina.

Si el procedimiento es aprobado por la comunidad científica, se espera que se modifiquen los protocolos del tratamiento y así toda madre infectada que amamante reciba benznidazol.

Considerando que en Argentina aproximadamente 3% de las embarazadas tienen el mal de Chagas, se estima que anualmente 14.000 mujeres podrían beneficiarse con el tratamiento durante la lactancia.⁴

Los mismos investigadores desarrollaron otro procedimiento, hoy en etapa experimental, para medir la concentración de benznidazol en sangre y orina.

“Actualmente no existe ningún estudio que permita medir si las dosis administradas son las adecuadas”, explica María Elena Marsón, coautora de ambos estudios. El método desarrollado permitirá monitorear en cada paciente –adulto o niño– las concentraciones de benznidazol en sangre y orina, para ajustar las dosis y evitar o reducir al máximo los efectos adversos del tratamiento.⁵



Página 12 Terminar con la hepatitis B con tres dosis

18 de octubre de 2013 – Fuente: *Página 12 (Argentina)*

Argentina es, desde 2012, el único país latinoamericano donde la vacuna contra la hepatitis B es universal, para todas las edades. La vacunación obligatoria en niños logró una reducción drástica entre quienes tienen menos de 21 años.

Es como si se hubiera descubierto la vacuna contra el sida y se ofreciera gratis pero muchos, por desconocimiento o distracción, no se la aplicarían: en Argentina, desde hace más de un año, se ofrece a todos los adultos la vacuna

³ La Fundación Huésped (www.huesped.org.ar) es una organización argentina que, desde 1989, trabaja en la lucha contra el VIH/sida, no sólo como enfermedad biológica sino también como una problemática social.

⁴ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#) (requiere suscripción).

⁵ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#) (requiere suscripción).



contra la hepatitis B, pero “la demanda es claramente subóptima”, según la terminología utilizada desde el Ministerio de Salud para advertir que, hasta ahora, sólo se administró menos de un tercio de las dosis adquiridas. En cambio, entre los jóvenes de hasta 20 o 21 años la incidencia de la enfermedad cayó, a causa de la incorporación de la vacuna, desde hace varios años, al calendario de inmunización en la infancia. Algo parecido sucedió con la hepatitis A, desde que en 2005 se implantó la vacunación para toda la población infantil.

La Organización Mundial de la Salud hizo un llamado para “tomar medidas contra la hepatitis”, que en sus cinco formas causa casi un millón y medio de muertes al año en el mundo pese a que “puede ser controlada con medidas simples”.

“Desde el 28 de julio de 2012, Argentina se convirtió en el primer país latinoamericano en disponer la vacunación universal contra la hepatitis B, independientemente de la edad –recordó Carla Vizzotti, directora del Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (PRONACEI) del Mi-

nisterio de Salud de la Nación–. Se aplican tres dosis: la segunda, un mes después de la primera, y la tercera a los seis meses. Pero –aclaró la funcionaria– ése es sólo el intervalo mínimo: si alguien recibió una o dos aplicaciones y dejó pasar más tiempo, no hace falta que reinicie la serie y alcanza con que se aplique las dosis faltantes. O bien, si alguien no está seguro de haber recibido alguna dosis de esta vacuna, no hay perjuicio en que se aplique las tres dosis.”

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la vacuna contra la hepatitis B es el principal pilar de la prevención de esta enfermedad; es eficaz en más de 95% de los casos; la protección dura al menos 20 años y posiblemente persiste toda la vida”.

Sin embargo, advirtió Vizzotti, “la demanda de la vacuna en adultos es claramente subóptima: Argentina adquirió 18 millones de dosis, correspondientes a seis millones de esquemas de vacunación, y hasta ahora se aplicaron alrededor de cinco millones de esas dosis. La vacuna debe estar disponible en todas las provincias, en todos los hospitales y centros de vacunación; es necesario que todos los equipos y profesionales de la salud lo tengan presente y que la población se entere, para que realmente demande la vacuna”. La funcionaria destacó que “10% de los casos de hepatitis B evoluciona a hepatitis crónica; de éstos, 30% conduce a cirrosis, que a su vez puede evolucionar a cáncer de hígado. Se estima que 2% de la población argentina puede haber tenido contacto con el virus de la hepatitis B, lo cual hace un total de 800.000 personas”.

La población que sí está protegida es la de los niños y jóvenes de hasta 20 años que cumplieron con el calendario de vacunación. “El recién nacido recibe la primera dosis dentro de las 12 horas de vida, para disminuir el riesgo de contagio en el canal de parto si la mamá estuviera infectada; después, a los dos, cuatro y seis meses, como parte de la vacuna quintuple –precisó Vizzotti–. Este esquema se aplica desde el año 2000 y, desde 2003, los chicos de 11 años que no completaron el esquema también reciben la vacuna. Por eso la generación de chicos de hasta 20 o 21 años ya está vacunada o tendría que estarlo, y efectivamente vemos que los casos de hepatitis B han caído en los jóvenes de esa edad. Pero no todavía entre los adultos”.

Según la información oficial de la OMS, “el virus de la hepatitis B (VHB) se transmite por contacto directo de sangre a sangre o a través del semen o las secreciones vaginales de una persona infectada. Los modos de transmisión son los mismos que los del VIH, pero el VHB es entre 50 y 100 veces más infeccioso. A diferencia del VIH, el VHB puede sobrevivir fuera del organismo durante siete días como mínimo, y en ese lapso todavía puede causar infección si penetra en el organismo de una persona no protegida por la vacuna”.

“El VHB no se transmite por alimentos o agua contaminados, y tampoco en contactos ocasionales en el lugar de trabajo”, aclara la OMS, y puntualiza que “el período de incubación medio es de 90 días, pero oscila entre 30 y 180. El virus se puede detectar a los 30-60 días de la infección”. Además, “otras acciones importantes para cortar la transmisión de la hepatitis B incluyen no compartir cepillos de dientes, cortaúñas o agujas, y el uso de preservativo, que también previene otras infecciones de transmisión sexual”.

Rafael Mazín, asesor principal en hepatitis, VIH e infecciones de transmisión sexual de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), señaló que “hay poblaciones que estadísticamente pueden tener más riesgo de exposición al VHB: personas que hacen trabajo sexual, hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trans y usuarios de drogas inyectables o no inyectables, ya que estas últimas pueden facilitar la aparición de conductas de riesgo; también los profesionales de la salud, especialmente en urgencias, cirugía y traumatología; y suele dejarse de lado el riesgo para los estudiantes de medicina u otras carreras, que, en sus prácticas clínicas, pueden pincharse y exponerse a fluidos contaminados”. De todos modos –subrayó Vizzotti–, “la hepatitis B, como cualquier infección de transmisión sexual, puede afectar a cualquiera. Defendemos la vacunación universal en el marco de desestigmatizar estas enfermedades: el estigma supone que le va a pasar a otro, no a uno, y lleva a disminuir los cuidados”.

“Desde este año, Colombia y Paraguay comenzaron a implementar la ‘estrategia argentina’ de prevención de la hepatitis A, que consiste en incluir en el calendario oficial una dosis de la vacuna contra este virus a los 12 meses de vida –contó Vizzotti–. Este abordaje se adoptó en 2005, cuando tuvimos un brote con más de 60.000 casos. En 2012, hubo menos de 500 casos, una reducción superior a 90%. Al bajar la circulación del virus, la enfermedad también cayó entre la población general. La hepatitis A era la principal causa de hepatitis fulminante, a su vez el

principal motivo de trasplante hepático: desde 2005 no hizo falta ningún nuevo trasplante hepático por esta causa". El Ministerio de Salud precisa que "el virus de la hepatitis A se contrae cuando una persona come alimentos o toma agua que está contaminada con el virus o tiene contacto cercano con una persona que está infectada".

Hay otras tres formas de hepatitis que pueden afectar al ser humano. Para la hepatitis C no existe todavía vacuna, pero "se puede curar con antivirales", según la información oficial de la OMS. "Se transmite por el contacto con la sangre de una persona infectada", por "jeringas contaminadas", por "relaciones sexuales con una persona infectada", o en el parto si la madre está infectada. La OMS subraya que "la hepatitis C no se transmite por la leche materna, los alimentos ni el agua; tampoco por contacto social, besos y abrazos o compartir alimentos o bebidas con una persona infectada". En 80% de los infectados no produce síntomas, y en el resto "puede ir desde un padecimiento leve hasta una afección grave y permanente".

La hepatitis D "se da sólo en personas previamente infectadas con hepatitis B, particularmente en ciertas poblaciones de la cuenca amazónica", señaló Mazin, desde la OPS. En cuanto a la hepatitis E, "se la considera una enfermedad emergente: es un virus recientemente descubierto, que estamos empezando a conocer. Nos inquieta porque puede ocasionar cuadros graves en mujeres embarazadas", contó Mazin. Este virus se transmite en forma parecida al de la hepatitis A. La OMS emitió una declaración que "insta a los gobiernos a tomar medidas contra la hepatitis, que da lugar a 1,4 millón de muertes cada año", pero que "puede ser controlada con medidas simples como mantener una buena higiene, evitar el consumo de alimentos y agua contaminados, vacunarse contra la hepatitis B, practicar sexo con protección y no compartir equipos de inyección o perforación del cuerpo".

América

The Journal of
Infectious
Diseases

Estados Unidos: Los adolescentes se han vuelto más vulnerables al herpes genital

17 de octubre de 2013 – Fuente: *The Journal of Infectious Diseases*

Los adolescentes de hoy en día podrían estar en un mayor riesgo que nunca de contraer herpes genital porque no tienen suficientes anticuerpos en el sistema inmunitario para protegerles de este virus de transmisión sexual. Este aumento en el riesgo podría ser el resultado de que menos adolescentes se expongan en la niñez al virus del herpes simple tipo 1 (VHS-1), una causa común de herpes labial.

"El VHS-1 es ahora la cepa predominante de herpes causante de infecciones genitales", explicó el Dr. David Kimberlin, catedrático de enfermedades infecciosas en la Facultad de Medicina de la Universidad de California en Birmingham.

Según Kimberlin, casi uno de cada diez adolescentes que hace una década ya habría adquirido el VHS-1 y creado cierta inmunidad podrían ahora encontrarse con el VHS-1 cuando inician la actividad sexual. Esto podría dejarles más susceptibles al herpes genital que los jóvenes del pasado.

"Esto también tiene consecuencias potencialmente significativas sobre la transmisión del herpes neonatal", que ocurre cuando un bebé contrae el virus del herpes de una madre que tiene una infección genital, explicó Kimberlin. "Debemos seguir monitorizando estos cambios y estar atentos a los que podrían ocurrir en la infección neonatal".

De los ocho tipos de herpes, los dos que son más importantes en términos de transmisión de la enfermedad son el VHS-1 y el virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2). Ambos provocan infecciones para toda la vida que no tienen una cura conocida. Estos virus pueden tener periodos de inactividad tras el brote inicial. Generalmente, el VHS-1 se contrae en la niñez, mediante contacto cutáneo con un adulto infectado, mientras que el VHS-2 con frecuencia se transmite sexualmente.

Sin embargo, investigaciones recientes indican que el VHS-1 se está convirtiendo en una causa importante de herpes genital en los países industrializados. Un estudio halló que casi 60% de las infecciones de herpes genital eran provocadas por el VHS-1, anotaron los investigadores.

Un cambio en la participación en el sexo oral de los jóvenes podría ayudar a explicar la tendencia, apuntan los expertos, dado que el virus del herpes se puede transmitir fácilmente de la boca a los genitales de esta forma.

"Les digo a mis pacientes que el herpes es como el historial de crédito: no se puede borrar lo que se ha hecho", comentó un experto no relacionado con el estudio, el Dr. Marcelo Laufer, especialista en enfermedades infecciosas pediátricas del Hospital Pediátrico de Miami.

"Cada año, la proporción de pacientes que se infectan con VHS-1 a través del sexo oral aumenta", dijo. "Los adolescentes que llegan a esa edad sin exponerse al VHS-1 podrían, a través del sexo oral, ser más susceptibles a la infección".

"El virus por lo general se transmite a través de la saliva, pero en años más recientes, una mejor higiene podría haber evitado que el virus se propague a los niños pequeños", teorizó Laufer. Esto significa que menos niños están ahora expuestos y producen anticuerpos contra el VHS.

El VHS-1 y el VHS-2 pueden también provocar problemas significativos en los recién nacidos, que aún no cuentan con sistemas inmunitarios maduros capaces de combatir los virus. "Hasta 30% de los bebés infectados mueren de esa infección si tienen la forma más grave de la enfermedad", anotó Kimberlin.



En el nuevo estudio, un equipo de investigadores liderados por Heather Bradley, de los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades (CDC) de Estados Unidos utilizó datos de encuestas del gobierno federal para rastrear la prevalencia del herpes entre personas de 14 a 49 años en la nación.

En general, hallaron que 54% de los estadounidenses en ese rango de edad estaban infectados con el VHS-1. Pero entre las personas de 14 a 49 años, los casos de anticuerpos protectores contra el VHS-1 se redujeron en casi 23% entre 1999 y 2010, halló el equipo de investigación.

Entre los de 20 a 29, los casos de VHS-1 se redujeron en más de 9%. La prevalencia del VHS-1 permaneció estable entre los que tenían de 30 a 49.

Estos datos sugieren que actualmente más adolescentes carecen de anticuerpos contra el VHS-1 en su primer encuentro sexual que en décadas pasadas, y por tanto son más susceptibles al herpes genital.

“En combinación con el aumento en las conductas de sexo oral entre los jóvenes, esto significa que los adolescentes podrían ser más propensos que en periodos anteriores a adquirir VHS-1 genital”, concluyeron los investigadores.⁶

THE TENNESSEAN Estados Unidos, Tennessee: Una víctima del brote de meningitis fúngica de 2012 sufre una recaída

5 de octubre de 2013 – Fuente: *The Tennessean* (Estados Unidos)

Una víctima no identificada del brote de meningitis fúngica sufrió una recurrencia un año después del mismo, lo que provocó un inmediato esfuerzo por parte de un hospital de Nashville para contactar a otras víctimas conocidas y detectar otras posibles recaídas. Esta recurrencia fue dada a conocer el 4 de octubre de 2013, por Rebecca Climer, portavoz de Salud de Saint Thomas, quien dijo que el hospital está en el proceso de contactar a las víctimas originales para conocer su estado actual.

“El paciente fue ingresado en el Saint Thomas West Hospital el 3 de octubre, y está recibiendo el tratamiento correspondiente en el hospital”, informó Climer. Agregó que el paciente había contraído meningitis fúngica durante el brote inicial vinculado inyecciones de esteroides contaminados.

“Se trata de una medida de precaución –declaró Climer–. El personal del Saint Thomas West Hospital está actualmente contactando a pacientes previamente diagnosticados con meningitis fúngica para conocer su estado de salud e instarlos a estar atentos a los siguientes posibles síntomas: dolor de cabeza intenso y persistente, dolor de espalda y fiebre inexplicable”.

La revelación se produce un año después que la noticia del brote se hizo pública⁷. En Tennessee 16 pacientes murieron y 153 enfermaron. El brote se atribuyó a una farmacia de preparaciones magistrales de Massachusetts –ahora cerrada– que comercializó miles de viales de acetato de metilprednisolona contaminados con hongos.

Los pacientes locales recibieron las inyecciones en la columna en el Saint Thomas Outpatient Neurosurgical Center, en Nashville, Tennessee, uno de los tres establecimientos que recibieron esteroides del New England Compounding Center.

Aunque se han reportado recaídas o recurrencias, es más probable que éstas ocurran a los pocos meses de la infección original. El caso actual es el primero que se reporta un año después de que el brote se hiciera público. Un artículo publicado en *The New England Journal of Medicine*, médicos de Virginia y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) informaron sobre el caso de un hombre de 80 años de edad, que enfermó a principios de octubre de 2012 y presentó una recurrencia en marzo de 2013⁸. “Esto demuestra la posibilidad de una recaída en la después de más de 4 meses de la terapia antifúngica”, afirma el estudio.

El Dr. William Schaffner, director del Departamento de Medicina Preventiva en Vanderbilt University Medical Center, dijo que las recurrencias “han sido una preocupación para nosotros todo el tiempo”. “Estoy seguro de que esto debe ser muy preocupante para los pacientes, sus familias y los médicos –dijo Schaffner–. Esperamos que esto no sea un indicativo de que habrá más recurrencias”.

El Dr. Peter Pappas, de la Universidad de Alabama en Birmingham, está conduciendo un estudio de seguimiento de las víctimas de meningitis fúngica. Este especialista dijo que era demasiado pronto para sacar conclusiones acerca de la recaída. Agregó que el Saint Thomas West Hospital es uno de los focos del estudio, que está recién comenzando. También dijo que las recaídas son “bastante comunes” en las infecciones fúngicas.⁹



Un cultivo de hongo crece en una muestra de líquido cefalorraquídeo de un paciente de meningitis.

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

⁷ Ver ‘Estados Unidos, Tennessee: Reportan dos muertes por meningitis en pacientes que recibieron inyecciones de esteroides’ en Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 995, de fecha 4 de octubre de 2012, y posteriores.

⁸ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

⁹ Hasta septiembre de 2013, el número de casos de infecciones por *Exserohilum rostratum* asociadas con los esteroides inyectables contaminados era de 750, en 20 estados, causando 64 muertes. En las meningitis fúngicas, como las causadas por *Coccidioides immitis*, pueden presentarse recaídas incluso después de prolongados períodos de tiempo.

17 de octubre de 2013 – Fuente: Excelsior (México)

De 71 intoxicados que la Secretaría de Salud reportó a principios de esta semana, la cifra se incrementó a 194 casos de pacientes afectados por ingerir comida japonesa en la cadena sushi "Que Rollo" de Hermosillo, capital de Sonora.

Sergio Olvera Alba, director del Área de Epidemiología de la dependencia estatal, dijo que en las próximas horas la cifra de afectados podría aumentar, ya que el periodo de incubación del patógeno que provoca el malestar culminará el 21 de octubre.

"Para el 18 de octubre esperamos tener los resultados de las pruebas realizadas a muestras humanas y de alimentos. Tenemos un resultado preliminar atribuible por exámenes de laboratorio a *Salmonella*", comentó el especialista de la Secretaría de Salud.

La mayoría de los casos registrados son personas de entre 15 y 24 años de edad (80 casos), seguido por el grupo etario de 25 a 44 años (67).

Según datos de la dependencia, 44% de las personas afectadas fueron atendidas en hospitales privados con sintomatología como dolor de estómago, diarrea, fiebre, náuseas y vómitos.

Hasta el momento, permanecen suspendidas las nueve sucursales de esa franquicia de comida japonesa en Hermosillo. La Comisión Estatal de Protección contra Riesgos Sanitarios (COESPRIS) es la encargada de establecer las sanciones a la cadena de restaurantes cuando se confirme la causa del brote de intoxicación alimentaria.

**Paraguay: Salud emite un alerta ante el aumento de cianobacterias en el lago Ypacaraí**

19 de octubre de 2013 – Fuente: ABC (Paraguay)

La Dirección General de Vigilancia Sanitaria (DGVS) del Ministerio de Salud de Paraguay emitió ayer una alerta moderada sobre el aumento de algas en el lago Ypacaraí, lo que puede producir toxinas mortales para los seres humanos.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cantidad de células por mililitro (cél/ml) de cianobacterias aceptable para uso recreativo es de 20.000 células/ml. Sin embargo, los resultados del 8 de octubre registran 166.000 células/ml de cianobacterias, con tendencia a un aumento acelerado y progresivo.

Los resultados corresponden a los análisis laboratoriales realizados por la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA), dependiente de Salud Pública.

Ante esta situación, Vigilancia Sanitaria emitió ayer la alerta moderada, principalmente para las poblaciones que están en contacto directo con el lago.

Los servicios de salud de la cuenca del lago, y en especial los de ciudades próximas a dicho recurso natural, deben registrar y notificar cualquier caso de pacientes que presenten complicaciones atribuibles al agua del lago.

"Ante la información del aumento de cianobacterias en el lago Ypacaraí, la DGVS alerta a toda la ciudadanía de Cordillera, Central y Paraguarí" refiere el documento.

**Contacto indirecto**

Las cianobacterias detectadas en el lago tienen capacidad neurotóxica y pueden causar parálisis. No es necesario tener contacto directo con el agua para intoxicarse. La ingesta de toxinas puede darse a través de alimentos (frutas, hortalizas regadas con agua del lago), peces del lago o por usar el agua para el lavado de cubiertos y preparación de alimentos (comidas, jugos).

La intoxicación por toxinas pueden manifestarse en forma de vómitos, diarrea, dolor de cabeza, dolores abdominales; afectaciones dermatológicas, con reacciones alérgicas e irritación de la piel y de los ojos.

También la aspiración de las toxinas puede ser dañina, a través del contacto con las mucosas, produciendo erupciones y ampollas alrededor de la boca y la nariz.



Gran Bretaña, Inglaterra: El Tribunal Superior de Justicia ordena que dos hermanas deben recibir la vacuna triple viral

11 de octubre de 2013 – Fuente: British Broadcasting Corporation (Gran Bretaña)

Un juez dictaminó que dos hermanas de 15 y 11 años deben recibir la vacuna triple viral a pesar que ellas y su madre no lo desean.

La decisión del Tribunal Superior, tomada en septiembre, se produjo después que el padre de las niñas presentara una demanda solicitando la vacunación. Los padres, ahora divorciados, habían acordado cuando estaban casados no vacunar a las niñas a raíz de la controversia sobre la vacuna.

Pero el descrédito de las preocupaciones sobre un vínculo entre la vacuna triple viral y el autismo y los recientes brotes de sarampión hicieron cambiar la opinión del padre.

Esta es la tercera vez que un asunto como este se presenta ante el tribunal. En 2003, se ordenó a una madre que vacunara a su hijo contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola después que el tribunal dictaminara que los beneficios de la vacunación superaban a los riesgos. En 2011, se ordenó que los niños debían recibir la vacuna aún contra los deseos de sus padres.



La vacuna triple viral no está bajo debate

Al justificar su decisión en este último caso, Justice Theis enfatizó que era un caso concreto que “sólo se refiere a las necesidades de bienestar de estos niños”, pero los abogados dicen que no existe ningún debate acerca de los beneficios de la vacuna.

El sarampión es una enfermedad altamente contagiosa que se caracteriza por una fiebre alta y una erupción.

En uno de cada 15 casos, pueden producirse complicaciones graves, como neumonía, y en un número muy pequeño de casos puede causar encefalitis, lo que conduce a daño cerebral o incluso la muerte.

La vacuna triple viral es una vacuna combinada contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola, tres enfermedades infecciosas comunes de la infancia. Fue introducida en Gran Bretaña en 1988 para sustituir a las vacunas individuales para cada enfermedad.

La primera dosis de la vacuna se administra a los bebés como parte de su programa de vacunación de rutina, por lo general dentro del mes posterior a cumplir su primer año, y luego un refuerzo, antes de comenzar la escuela.

La primera dosis brinda una protección de 95% contra el sarampión, mientras que con las dos dosis la protección es de 99-100%.

Cronología del sarampión

1988: Se introduce en Gran Bretaña la vacuna combinada contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola.

1998: Se publica la investigación –ahora desacreditada– del Dr. Andrew Wakefield que vincula la vacuna triple viral con el autismo.

2003: La cobertura de vacunación con triple viral a los dos años de edad cae de un máximo de 94% en 1995 a 78% en 2003.

Noviembre de 2012: Comienza un brote en Swansea cuando un pequeño número de niños regresa con sarampión de un campamento de vacaciones en el suroeste de Inglaterra.

Principios de 2013: Se registran entre 10 y 20 casos sospechosos de sarampión por semana.

18 de abril: Gareth Colfer-Williams, de 25 años, es encontrado muerto en su casa en Port Tennant, Swansea. Una investigación posterior descubrió que murió de neumonía después de contraer sarampión.

22 de abril: Se produce un rápido aumento de casos. El brote llega a su punto máximo, con cerca de 200 notificaciones en una única semana.

22 mayo: Último caso confirmado por laboratorio.

3 de julio: Se declara la finalización del brote.

Preocupaciones vegetarianas

En 1998, un estudio realizado por el Dr. Andrew Wakefield fue publicado en la respetada revista médica *The Lancet*, planteando la posibilidad de que la vacuna triple viral estaba vinculada con el autismo y la enfermedad intestinal.

El informe y el posterior furor de los medios llevaron a muchos padres a decidir no aplicar esta vacuna a sus hijos, incluyendo a los padres de las dos chicas que son el centro de este caso.

A la hija mayor se le aplicó la primera dosis, pero no el refuerzo, mientras que la hija más joven no recibió ninguna, según la decisión tomada conjuntamente por ambos padres en su momento.

Sin embargo, en 2010 Consejo Médico General encontró que la investigación del Dr. Wakefield había sido “des-honesta” y desde entonces ha sido desestimada por completo.¹⁰

El padre de las dos niñas, dice que este cambio, combinado con un brote de sarampión en Swansea a fines del año pasado, lo hizo cambiar de opinión en enero de 2013 acerca de si sus hijas debían recibir la vacuna triple viral. Él dice que estaba preocupado porque estas enfermedades pueden tener graves consecuencias.

¹⁰ Ver ‘El médico que vinculó vacunas y autismo cometió un fraude’ en Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 586, de fecha 14 de enero de 2011.

De acuerdo con el texto de la decisión judicial, el abogado del padre escribió a la madre de las niñas en enero en busca de su acuerdo para que sean vacunadas, y estableciendo que, de no ser así, se llevaría el asunto a los tribunales. La madre no brindó su acuerdo y el asunto finalmente se presentó ante la División de Familia del Tribunal Superior.

“La comprensión de las niñas”

Un asistente social designado por la corte que habló extensamente con las niñas dijo que ninguna de las dos quería la vacunación. Estaban particularmente preocupadas por los componentes de la vacuna, que incluyen materiales de origen animal; una de las niñas es vegetariana.

Sin embargo, el funcionario dijo que cuando ella le preguntó qué pasaría si se enfermaba de sarampión, parotiditis o rubéola y necesitaba medicamentos, que no había pensado claramente en que los ingredientes de la medicina podían incluir también materiales de origen animal.

La asistente social dijo que ambas niñas habían sido fuertemente influenciadas por su madre, que estaba muy preocupado por esta vacuna.

Justice Theis decidió que era del mayor interés de los niños que fueron vacunados. “Soy consciente de que esto va en contra de los deseos de las niñas, pero que no es el único factor”, escribió. “Asimismo, el tribunal debe tener en cuenta su nivel de comprensión de los temas involucrados y qué factores han influido en sus puntos de vista. No considero que haya un nivel equilibrado de comprensión por parte de ellas de los temas en cuestión”.

Philippa Dolan, abogada de la madre, dijo que las niñas no han sido vacunadas aún, a pesar de que la fecha límite para hacerlo era el 10 de octubre. “Hay dificultades prácticas en la ejecución de la orden ya que se trata de un asunto aún no resuelto totalmente. No hay un plazo legal sino un problema grave que los padres están discutiendo, y todos esperamos que se resuelva sin más litigios”.

BBC India batalla contra un brote de dengue

13 de octubre de 2013 – Fuente: British Broadcasting Corporation (Gran Bretaña)

Un brote de dengue desde febrero ha matado a más de 100 personas, ha saturado los hospitales y provocado el cierre de escuelas.

En India, muchos esperan el momento en que los cielos se vuelven grises y llegan las lluvias monzónicas para dar un respiro al insoportable calor del verano.

Este año, el país registró las lluvias más fuertes en casi dos décadas, particularmente beneficiosas para los agricultores que dependen de los monzones para ganarse la vida.

Pero las lluvias también traen problemas, entre ellos la aparición de *Aedes aegypti*, una especie de mosquito que propaga el dengue y la fiebre amarilla.

El Gobierno dice que 109 indios han muerto a causa de esta enfermedad tropical en los primeros nueve meses de este año y 38.179 casos se han registrado en total, más del doble del número de todo el año 2011.

Los expertos dicen que este año la llegada temprana del monzón y su extensión ha proporcionado más criaderos a los mosquitos portadores de enfermedades, que ponen sus huevos en el agua estancada, incluyendo ollas de agua limpia, charcos y las aguas residuales de los drenajes abiertos.

Escasez de camas

Los casos de dengue suele aumentar durante y justo después de la temporada de lluvias, que normalmente se extiende de junio a septiembre, pero este año se ha ampliado hasta el mes de octubre en algunos estados de India.

Los hospitales y clínicas de todo el país han sido saturados de pacientes, aplicando una gran presión sobre los servicios de emergencia, mientras que muchas escuelas han cerrado como medida de precaución.

“Ha habido escasez de camas”, dijo el Dr. Sanjay K. Tandon, director médico del Paras Spring Meadows Hospital, una instalación privada en la capital, Nueva Delhi.

“Hemos debido rechazar pacientes. Si la fase crítica para un paciente ha sido superada, les explicamos que ya no es necesaria su admisión, así que vamos a otra persona que sí la necesita”.



Una mujer duerme bajo un mosquitero en Nueva Delhi.



Un indio cubre su rostro mientras los niños siguen a un trabajador municipal que fumiga la zona para combatir los mosquitos en Nueva Delhi.

Mientras tanto, en el mayor hospital estatal de Nueva Delhi, las cirugías programadas fueron suspendidas la semana pasada tras una orden del gobierno para que el equipo y el personal pudieran asistir a la diaria avalancha de pacientes que vienen desde hace algunas semanas a hacerse el análisis para dengue.

“Las cirugías programadas se han aplazado temporalmente. Pero las operaciones de emergencia, los que obligatoriamente deben realizarse, aún se están haciendo,” dijo el Dr. R.B. Mittal, director médico del Hindu Rao Hospital.

Las zonas más afectadas en India son el estado sureño de Kerala –donde más de 23 personas han muerto y 7.000 personas están infectadas– y el estado occidental de Maharashtra –que ha registrado 31 muertes y 2.681 infecciones.

La Organización Mundial de la Salud dice que cerca de la mitad de la población del mundo está ahora en riesgo de la infección y un estudio publicado en abril en la revista científica *Nature* encontró que India tenía más casos de dengue que cualquier otro país del mundo.¹¹

Todos los hospitales y clínicas en India están obligados a informar todos los casos de dengue confirmados, pero muchos no lo hacen, lo que algunos expertos en salud adjudican a una insuficiente supervisión.

En Nueva Delhi, el número oficial de casos reportados es de 3.298. Pero el Dr. Navin Dang, que dirige un centro de diagnóstico médico, dijo que el número real podría ser 10 veces mayor. “Hemos estado estudiando 50 a 60 pacientes por día en el último mes y medio, con entre 20 y 25 resultados positivos por día, por lo que, como laboratorio independiente, hemos reportado más de 1.000 pacientes con dengue”, dijo.

“Las cifras del gobierno adolecen de un subregistro muy sustancial. El gobierno sólo recoge datos de unos pocos hospitales y laboratorios”.

El Dr. A.C. Dhariwal, director del Programa Nacional de Control de Enfermedades Vectoriales, un organismo gubernamental, admitió que era “muy, muy difícil obtener cifras exactas”.

Gareth Camilo Sims, un expatriado galés que vive en Nueva Delhi, fue diagnosticado recientemente con dengue, tras sufrir de dolor de cabeza, cansancio, fiebre alta y erupciones corporales, signos claros de que había contraído el virus a pesar de la adopción de medidas preventivas.

“Yo era muy cuidadoso”, dijo el abogado de 31 años de edad. “Me aplicaba repelente para mosquitos varias veces al día y no he sido picado muchas veces”, agregó.

Su recuento de plaquetas en sangre no bajó a niveles peligrosos, pero cuando esto ocurre, puede ser mortal. No existe un tratamiento para el virus.

Sims dijo que le recomendaron mantenerse hidratado bebiendo seis litros de agua al día, tomar una píldora de paracetamol cada seis horas y, ocasionalmente, aplicarse una toallita fría en la frente para reducir la fiebre.

Dhariwal dice que la vigilancia se lleva a cabo en todo el país y en las áreas más sensibles se están organizando extensas campañas de educación para informar a la población de los riesgos. “El dengue entra a un país y allí se queda”, agregó.

Pero algunos culpan al gobierno por no hacer lo suficiente para hacer frente a la propagación de la enfermedad a pesar de que nuevos casos se reportan año tras año.

“Es una responsabilidad conjunta de toda la sociedad –dijo el Dr. Dang–. Pero, por supuesto, el gobierno, como representante elegido tiene que jugar un papel significativo. Si se toman las medidas adecuadas, si no hay agua estancada, si la fumigación es la apropiada, si se hace una correcta limpieza del alcantarillado y las tuberías de drenaje, si no hay acumulación de agua, y si hay peces en los cuerpos de agua, estoy muy seguro de que el dengue puede ser controlado”.



Un anciano indio vende medicamentos ayurvédicos en la vía pública mientras un trabajador municipal fumiga el área para combatir los mosquitos en Nueva Delhi.



Qatar: Reportan un nuevo caso de MERS

18 de octubre 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 Qatar.

Se trata de un hombre de 61 años de edad, con condiciones médicas subyacentes, que fue hospitalizado el 11 de octubre de 2013. Actualmente permanece internado, en condición estable. Los análisis tuvieron resultado positivo para la infección por MERS-CoV en Qatar, lo que fue confirmado por el laboratorio de referencia de Salud Pública Inglaterra el 17 de octubre.

Las investigaciones preliminares revelaron que el paciente no había viajado fuera de Qatar en las dos semanas previas al inicio de los síntomas. El paciente es dueño de una granja y tiene un contacto significativo con los animales, incluidos camellos, ovejas y gallinas. Algunos de los animales de su granja han sido estudiados y fueron negativos para MERS-CoV. Otras investigaciones sobre el caso y los animales de la granja están en curso.

A nivel mundial, desde septiembre de 2012 hasta la fecha, la OMS ha sido informada de un total de 139 casos confirmados por laboratorio de infección por el MERS-CoV, incluyendo 60 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.

¹¹ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

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).

**europa
press**

Siria: La OMS alerta de la aparición de casos sospechosos de poliomielitis por primera vez en 14 años

19 de octubre de 2013 – Fuente: Europa Press

Dos casos sospechosos de poliomielitis han sido detectados en Siria, los primeros de esta enfermedad viral en el país en 14 años, según informó el 19 de octubre de 2013 la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La agencia de Naciones Unidas indicó que los resultados de los análisis iniciales de un grupo de casos de parálisis aguda flácida en la provincia de Deir al Zor, en el este, a principios de octubre fueron positivos.

La OMS todavía está a la espera de los resultados de los análisis finales de su laboratorio de referencia regional. El último caso de poliomielitis en Siria se registró en 1999.

“El Ministerio de Sanidad de Siria confirma que está tratando este caso de un grupo y se está planificando una respuesta urgente en todo el país”, señaló la OMS en un comunicado.

“Siria está considerado como un país de alto riesgo para la poliomielitis y otras enfermedades prevenibles con vacuna debido a la actual situación”, precisó.

Según los últimos datos de la Iniciativa Global para la Erradicación de la Poliomielitis, hubo 296 casos de la enfermedad en todo el mundo en lo que va del año. No existe cura para la poliomielitis, pero la enfermedad puede prevenirse mediante la inmunización.



Sudán, Darfur: Reportan un brote de “una misteriosa enfermedad”

11 de octubre de 2013 – Fuente: Radio Dabanga (Sudán)

Varias zonas de East Jebel Marra, en Darfur, están informando de un brote de una “enfermedad misteriosa” que está afectando especialmente a los niños pequeños.

Los síntomas de la enfermedad son hinchazón de cara y piernas y pequeñas erupciones “que se convierten rápidamente en moretones”.

Una fuente explicó que tres adultos también se infectaron, pero se recuperaron después de ser tratados en el hospital de El Fasher. “Sin embargo, cuatro niños que también fueron trasladados a El Fasher hace cuatro días no se curaron y su salud sigue deteriorándose”, relató la misma fuente.

Hizo hincapié en que decenas de otros niños están sufriendo los mismos síntomas, y que el número de casos sigue aumentando, “en medio de una total falta de posibilidades de tratamiento” en las zonas afectadas. Estas áreas incluyen Koshna, Karfola, Dali, Massaliet, Nimra, Dubbo, Kenjara y Shurfa.

Los activistas están haciendo un llamado al Gobierno central para permitir que las organizaciones accedan a las áreas afectadas de East Jebel Marra.

También apelan a la Organización Mundial de la Salud para que envíen un equipo médico para controlar la situación, “ya que el Gobierno ha negado el acceso a médicos, medicinas y tratamiento por un tiempo considerable”.¹²

¹² La descripción de esta enfermedad hemorrágica que afecta a los niños, y en menor medida, a algunos adultos, en East Jebel Marra, en la región sudanesa de Darfur, no es lo suficientemente precisa como para proponer un diagnóstico específico. En los últimos meses, esta región de Sudán erradicó con éxito un extenso brote de fiebre amarilla mediante un exhaustivo programa de vacunación. La aparición de esta enfermedad hemorrágica que afecta principalmente a los niños en lugar de los adultos podría ser una señal del regreso de la fiebre amarilla.



Taiwán: Alertan sobre el consumo de alimentos crudos ante un aumento de casos de hepatitis A

15 de octubre de 2013 – Fuente: Central News Agency

El Centro para el Control de Enfermedades (CDC) de Taiwán instó hoy a la población a evitar el consumo de alimentos crudos con el fin de reducir el riesgo de contraer hepatitis A.

Con 117 casos registrados hasta el 12 de octubre de este año, el mayor número en cuatro años de esta enfermedad, que se propaga a través del contacto con las fuentes poco higiénicas, dijo Liu Ting-ping, oficial del CDC. En comparación, Taiwán registró 96 casos en todo 2012, 104 en 2011 y 110 en 2010. El 40% de los casos de este año son personas que acostumbran comer alimentos crudos, sobre todo mariscos, por lo que el CDC recomendó que se eviten totalmente los alimentos sin cocinar o se opte por comer en restaurantes con altos estándares de higiene.

La enfermedad por lo general se contrae por el consumo de alimentos o agua contaminados con la virus de la hepatitis A, advirtió Liu, y la mayoría de las personas más jóvenes de Taiwán no tienen inmunidad contra la enfermedad, ya que han crecido bajo un saneamiento mejorado. Los alimentos que plantean mayores riesgos incluyen ostras, crustáceos y otros mariscos, así como arándanos y frambuesas congelados, tomates secos y verduras crudas, añadió.

La tasa de mortalidad de la hepatitis A es baja, en torno a 0,1%, y una persona se vuelve inmune a la enfermedad después de la infección, según el CDC. Pero el riesgo de muerte se incrementa con la edad y para los portadores de la hepatitis B y los pacientes de hepatitis C, todos los cuales son más propensos a desarrollar insuficiencia hepática aguda después de contraer hepatitis A, añadió Liu.

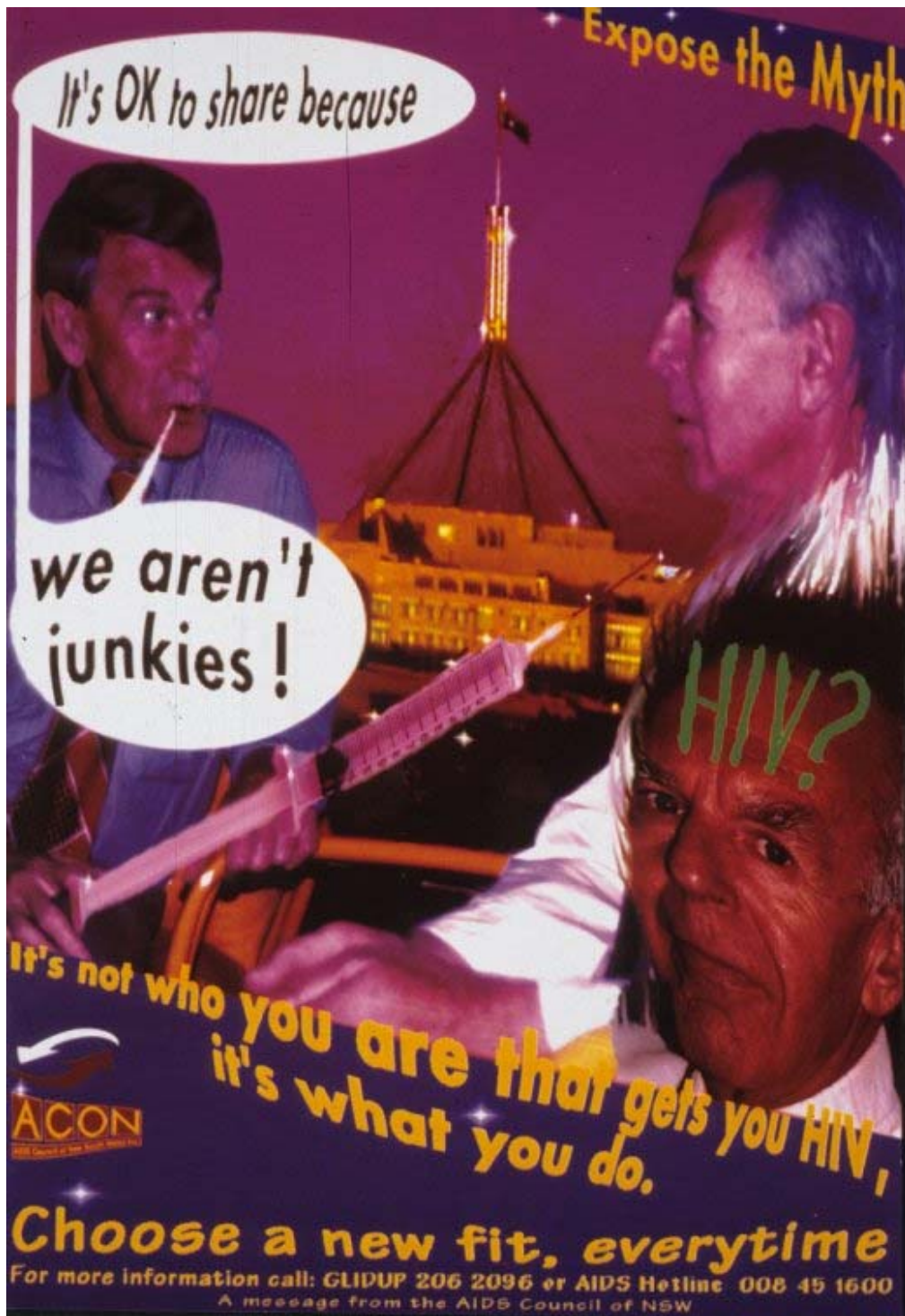
Aunque la higiene de los alimentos puede ayudar a prevenir la propagación de la enfermedad, las personas sin inmunidad contra la hepatitis A pueden reducir el riesgo de infección aún más mediante la vacunación, según el CDC.¹³



¹³ La hepatitis A es una enfermedad del hígado causada por el virus de la hepatitis A. El virus se propaga principalmente cuando una persona no infectada (y no vacunada) ingiere alimentos o agua contaminados con las heces de una persona infectada. La enfermedad está estrechamente asociada con la falta de agua segura, saneamiento inadecuado y falta de higiene personal. A diferencia de las hepatitis B y C, la hepatitis A no causa hepatopatía crónica, y rara vez es mortal, pero puede causar síntomas debilitantes y hepatitis fulminante (insuficiencia hepática aguda), que se asocia con una elevada mortalidad.

La hepatitis A es una de las causas más frecuentes de infecciones de transmisión alimentaria. El virus persiste en el ambiente y puede resistir los procesos de producción de alimentos que se utilizan de rutina para inactivar y/o controlar los patógenos bacterianos. El período de incubación de la hepatitis A es generalmente de 14-28 días. Los síntomas de la hepatitis A son de moderados a severos y pueden incluir fiebre, malestar general, pérdida de apetito, diarrea, náuseas, malestar abdominal, orina oscura e ictericia. No todas las personas infectadas presentan algunos o todos los síntomas.

No existe un tratamiento específico para la hepatitis A. La recuperación después de la infección puede ser lenta y tardar varias semanas o meses. La terapia está dirigida a mantener el bienestar y un adecuado equilibrio nutricional, incluyendo el reemplazo de los fluidos que se pierden a causa de los vómitos y la diarrea. La mejora del saneamiento, la seguridad alimentaria y la inmunización son las formas más eficaces de combatir la hepatitis A.



Exponiendo el mito.

No hay problema en compartirla porque ¡no somos drogadictos!

No es lo que tú eres lo que contagia el VIH, es lo que haces.

Busca una nueva jeringa cada vez.

Concejo de Sida (New South Wales, Australia).

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.