



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina



Número 1.258

27 de noviembre 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)

Argentina

- La situación de la meningitis por meningococo W135 en Argentina

- Neuquén: Emiten un alerta por triquinelosis

- Vigilancia de enfermedad tipo influenza

- Santiago del Estero: Detectan un brote de conjuntivitis atípico para esta época del año

América

- Chile: Dan de alta al primer chileno que sobrevive al virus de la rabia

- Costa Rica: Proyectan erradicar la malaria en cuatro años

- Estados Unidos, New York: Reportan primer caso autóctono de dengue en la ciudad

- Estados Unidos, California: Aumentan los casos de tos convulsa en San Diego

- México: Cuatro nuevos casos de cólera

- Uruguay: Incluyen en el calendario nacional de vacunación la segunda dosis contra la varicela

El mundo

- África: Previsión de las enfermedades relacionadas con el cambio climático

- Arabia Saudí: Reportan tres nuevos casos de MERS

- España: Una plataforma en Internet predice la incidencia de la influenza en tiempo real con datos de los ciudadanos

- Europa: Una nueva alternativa para la tuberculosis resistente

- Siria: Confirmaron dos nuevos casos de poliomielitis

- ONUSIDA recomienda hacer las pruebas al momento de nacer a los niños en situación de riesgo para sida

Adhieren:



www.circulomedicocba.org/



www.apinfectologia.org/



www.slamviweb.org/



www.consejomedico.org.ar/



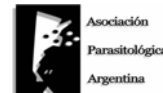
www.sadip.net/



www.said.org.ar/



www.sap.org.ar/



www.apargentina.org.ar/

Argentina detiene el reloj contra la meningitis por meningococo

**CONTRA LA MENINGITIS POR MENINGOCOCO
EL 26 DE NOVIEMBRE ARGENTINA DETIENE
EL RELOJ A LAS 17:00 HS.**



América Latina detiene el reloj propone que el próximo 26 de noviembre cada país de la región detenga el reloj durante una hora con el objetivo de concientizar sobre una enfermedad severa y devastadora como es la meningitis por meningococo, que en tan sólo 24 horas podría ser mortal, o dejar a una persona incapacitada de por vida. Para que esas 24 horas nunca sucedan, América Latina se une, América Latina suma, América Latina detiene el reloj.

América Latina detiene el reloj es una campaña que forma parte de la iniciativa 24 horas. Juntos contra la enfermedad meningocócica y que es promovida por la Americas Health Foundation.

Podrás seguir toda la iniciativa, paso a paso en nuestra página de Facebook. ¡No te la pierdas! Se parte.



Argentina



La situación de la meningitis por meningococo W135 en Argentina

26 de noviembre de 2013 – Fuente: Americas Health Foundation

Expertos en Infectología de Argentina y otros países se reunieron en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para debatir sobre la meningitis meningocócica por el serogrupo W135 y su situación en el país.

La meningitis causada por *Neisseria meningitidis* (meningococo) es una infección grave de las membranas que rodean el cerebro y la médula espinal, y representa una de las condiciones de mayor gravedad que se observa principalmente en la niñez y en adultos jóvenes, con alta mortalidad. El Prof. Muhamed-Kheir Taha, experto en infectología proveniente de Francia, explicó que se han identificado 12 serogrupos de esta bacteria y seis de ellos (A, B, C, Y, W135 y X) son responsables de los casos reportados mundialmente. Estos serogrupos se comportan geográficamente de manera variable y cambian constantemente, por lo que su estudio y seguimiento resultan indispensables.

Situación en Latinoamérica

En los últimos años, el serogrupo W135 ha aumentado su prevalencia, causando cambios epidemiológicos significativos en Latinoamérica; primero en Brasil (2003-2005); luego en Argentina donde datos del SIREVA II (Sistema de Redes de Vigilancia de Agentes Bacterianos Causantes de Meningitis y Neumonías) demuestran que el W135 incrementó significativamente su incidencia desde 2006 (5,8% de casos), alcanzando un pico en 2008 hasta explicar 48% en 2011 y casi 60% durante 2012¹. Y actualmente en Chile, donde el W135 explica más de 60% de los casos de meningitis, según explicó la bioquímica argentina Adriana M. Efrón, del Servicio de Bacteriología Clínica de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán'.

Ampliar el conocimiento de epidemiología global

Uno de los puntos centrales del encuentro fue expresado por el Dr. Taha, director de diversas investigaciones y autor de más de 130 artículos científicos sobre el tema: la importancia del conocimiento de la epidemiología a través de las nuevas técnicas moleculares de laboratorio, que permiten monitorear la diseminación de cepas de *Neisseria meningitidis* para prevenir la enfermedad y así disminuir el número de casos aislados y evitar brotes epidémicos.

De acuerdo a sus investigaciones en Europa, la correcta definición del caso (con presencia de la bacteria) a través de estudios de sangre y piel resulta esencial. Entre los avances en materia de diagnóstico destacó el estudio por reacción en cadena de la polimerasa (PCR), una técnica de biología molecular que permite replicar cantidades míni-

¹ Sordelli N, Orlando N, Neyro S, Echave C, Procopio A, Fallo A, *et al.* Artritis meningocócica primaria en pediatría. Presentación de nueve casos. Arch Argent Pediatr 2011; 109 (2): 150-9. ([Ver artículo](#))

mas de material genético de manera rápida y económica. Ésta permite la detección temprana y fiable de la enfermedad meningocócica, a diferencia de los métodos tradicionales de diagnóstico microbiológico que resultan menos sensibles y/o específicos. "La eficacia del tratamiento de la meningitis en general y principalmente de la meningitis por serogrupo W135 depende del tiempo de su inicio, por eso la detección temprana resulta esencial", destacó Taha.

Síntomas y detección

Los síntomas de la infección se presentan en dos fases: durante las primeras 10 horas, el paciente experimenta malestar y dolor de cuerpo, signos inespecíficos que pueden dificultar la detección de la enfermedad (suele confundirse con una gripe) por lo que el objetivo a futuro es establecer criterios adecuados; y durante las siguientes 13 a 15 horas aparece fiebre, dolor de miembros, sensibilidad, modificación en el color de la piel y diarrea (único síntoma específico de la meningitis W135). La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que entre 10 y 20% de los casos de pacientes con meningitis por meningococo podrían resultar fatales. De los casos que desarrollan sepsis o meningococcemia, se estima que la mortalidad podría ser de 40% a 50%. Por esto, Taha enfatizó que es imprescindible que el paciente sea internado, estudiado y tratado con antibióticos ante cualquier mínima sospecha, para evitar la evolución de la bacteria.

Los más afectados: la prevención es esencial

El meningococo coloniza la nasofaringe y se transmite de persona a persona a través de las secreciones respiratorias, como puede ser la saliva o las gotitas expulsadas al estornudar o toser. Es por ello que quienes permanecen por tiempo prolongado en ambientes cerrados tienen mayor riesgo de adquirirla. Si bien cualquier persona puede enfermarse, los lactantes y niños de hasta cinco años de edad, junto con los adolescentes y adultos jóvenes constituyen los principales grupos de afectación, según el Dr. Roberto Debbag, miembro de la comisión directiva de la Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica.

En este sentido, la mayoría de los casos argentinos corresponde a menores de cinco años, a la vez que se ha observado un aumento considerable en adultos sanos. En Chile, la edad media de los afectados es de 43 años, según Debbag. En Europa, 45% se da en niños menores de 4 años y en algunos países, como Estados Unidos, ocurre un segundo pico de enfermedad en los adolescentes y adultos jóvenes.²

La vulnerabilidad de los niños se debe a la falta de maduración de su sistema inmunológico, lo que significa que su organismo no está preparado para enfrentar la bacteria. En los adultos, se explica por la falta de inmunización durante sus primeros años de vida. "Es por ello que resulta de suma importancia la inclusión de la prevención del serogrupo W135 en cualquier estrategia de vacunación", señaló Debbag.

Argentina cuenta con vacunas conjugadas que protegen contra 4 de los 5 serogrupos de mayor circulación e incidencia (A, C, W135 e Y) indicadas a partir de los 9 meses de edad en adelante. "Las vacunas conjugadas son preferibles a las monovalentes (que protegen contra un único serogrupo de la bacteria) debido a su mayor protección y mejor respuesta luego de la primera dosis de aplicación", destacó Taha.

Debbag expresó que para disminuir la transmisión de la enfermedad meningocócica es necesario trabajar sobre la transmisión de la bacteria y esto se logra en una población que tenga altas tasas de cobertura de vacunación. Esto reduce la probabilidad de que haya una diseminación bacteriana y, además, sirve de base para la "inmunidad de rebaño" que permite que las personas no vacunadas tengan menos riesgo de contraer la enfermedad, pues los individuos vacunados tienen menor probabilidad de albergar la bacteria y transmitirla. "Se trata de una estrategia enfocada en la salud de la comunidad, no sólo de la persona afectada", enfatizó.

Los especialistas concluyeron, entonces, que el mejor conocimiento de la epidemiología global a través de las nuevas técnicas moleculares de laboratorio, junto con la disponibilidad de las vacunas conjugadas son las herramientas más relevantes para controlar períodos hiperendémicos o epidémicos de enfermedad meningocócica.

rionegro Neuquén: Emiten un alerta por triquinosis

23 de noviembre de 2013 – Fuente: Río Negro (Argentina)

El Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) alertó sobre el consumo de carne proveniente de animales salvajes ante la posibilidad de que se encuentren infectados con triquinosis. El alerta surge a partir de que recientemente se detectó en la zona de Junín de los Andes y San Martín de los Andes a once jabalíes (*Sus scrofa*) y un puma (*Puma concolor*) que dieron positivo en el análisis de la enfermedad.

A partir de estos datos, que representan casi 2,8% del total de los realizados en el período, los profesionales del servicio infieren que esta enfermedad transmisible a otros animales y a los humanos se encuentra ampliamente difundida en la zona y existe la posibilidad cierta de que ocurran más contagios.

Cabe remarcar que la triquinosis no se encuentra limitada a los cerdos domésticos, ya que hay un mantenimiento del ciclo a nivel silvestre que se ve agravado por los malos hábitos de caza.

Por esta razón, el Centro Regional Patagonia Norte del SENASA recomienda a los cazadores no abandonar las carcasas de los animales que capturan, ya que serán alimento de otros que podrían enfermar y diseminar aún más la enfermedad. Asimismo sugiere analizar todos los jabalíes abatidos destinados al consumo. También aclara que los procesos de salado y ahumado, así como la congelación o la cocción en microondas no destruyen el parásito.

² American Academy of Pediatrics. Meningococcal infections. In Pickering LK, Baker CJ, Kimberlin DW, Long SS, eds. Red Book 2012 Report of the Committee on Infectious Diseases. Elk Grove Village, IL. American Academy of Pediatrics; 2012: 500-9.

Por ello, el organismo sanitario recomienda a la población no consumir carne ni productos de cerdo doméstico, jabalí o puma sin la garantía que los mismos hayan sido debidamente analizados por los profesionales del Laboratorio Regional de San Martín de los Andes del SENASA o por veterinarios del sector privado que estén habilitados.

Vigilancia de enfermedad tipo influenza

12 de noviembre de 2013 – Elaboración propia, en base a datos del Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

Tabla 1. Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes, según provincia y región. Argentina. Años 2011/2013, hasta semana epidemiológica 40. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.³

Provincia/Región	2011		2012		2013	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	26.314	910,48	19.942	690,01	24.787	857,65
Buenos Aires	327.296	2.094,60	309.970	1.983,72	297.033	1.900,92
Córdoba	87.037	2.630,41	70.447	2.129,03	58.630	1.771,90
Entre Ríos	65.932	5.334,33	52.988	4.287,08	59.022	4.775,27
Santa Fe	74.385	2.328,51	68.788	2.153,30	66.598	2.084,75
Centro	580.964	2.212,75	522.135	1.988,69	506.070	1.927,50
Mendoza	29.373	1.688,95	22.648	1.302,26	20.071	1.154,08
San Juan	21.280	3.124,56	16.220	2.381,60	18.618	2.733,70
San Luis	10.451	2.417,48	6.862	1.587,29	8.958	2.072,12
Cuyo	61.104	2.142,13	45.730	1.603,16	47.647	1.670,36
Corrientes	38.786	3.907,54	40.122	4.042,14	48.578	4.894,05
Chaco	44.745	4.240,19	43.064	4.080,89	52.981	5.020,66
Formosa	23.280	4.391,12	27.726	5.229,73	28.168	5.313,10
Misiones	69.546	6.313,22	69.343	6.294,79	64.025	5.812,04
NEA	176.357	4.792,82	180.255	4.898,76	193.752	5.265,56
Catamarca	13.528	3.677,80	15.672	4.260,68	24.047	6.537,56
Jujuy	22.783	3.383,74	20.839	3.095,02	27.273	4.050,60
La Rioja	5.237	1.569,64	6.657	1.995,25	11.686	3.502,55
Salta	35.639	2.934,60	25.251	2.079,23	38.326	3.155,85
Santiago del Estero	30.072	3.440,71	27.149	3.106,27	24.567	2.810,85
Tucumán	28.598	1.974,74	36.612	2.528,12	42.229	2.915,99
NOA	135.857	2.766,15	132.180	2.691,28	168.128	3.423,21
Chubut	16.748	3.289,67	8.294	1.629,12	10.849	2.130,98
La Pampa	11.261	3.520,33	7.910	2.472,76	13.080	4.088,97
Neuquén	14.383	2.609,08	11.153	2.023,16	18.411	3.339,76
Río Negro	19.524	3.056,96	18.402	2.881,28	17.545	2.747,10
Santa Cruz	5.236	1.911,20	5.237	1.911,56	4.961	1.810,82
Tierra del Fuego	3.180	2.499,92	3.268	2.569,11	3.048	2.396,15
Sur	70.332	2.906,16	54.264	2.242,22	67.894	2.805,42
Total Argentina	1.024.614	2.553,95	934.564	2.329,49	983.491	2.451,44

Mapa 1. Tasas de notificación cada 100.000 habitantes. Argentina. Año 2013, hasta semana epidemiológica 40. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.

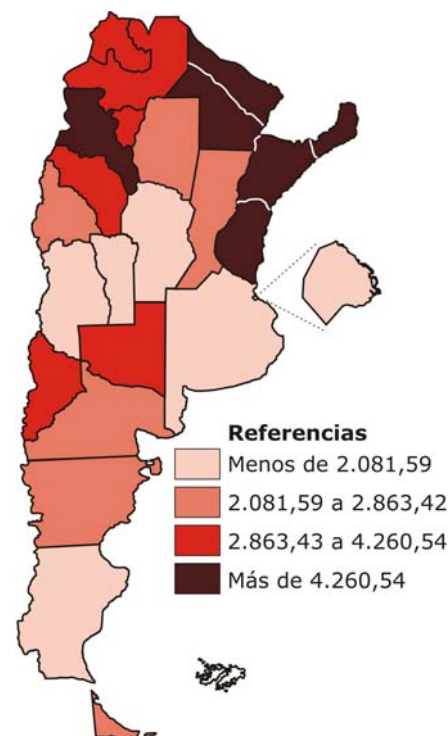
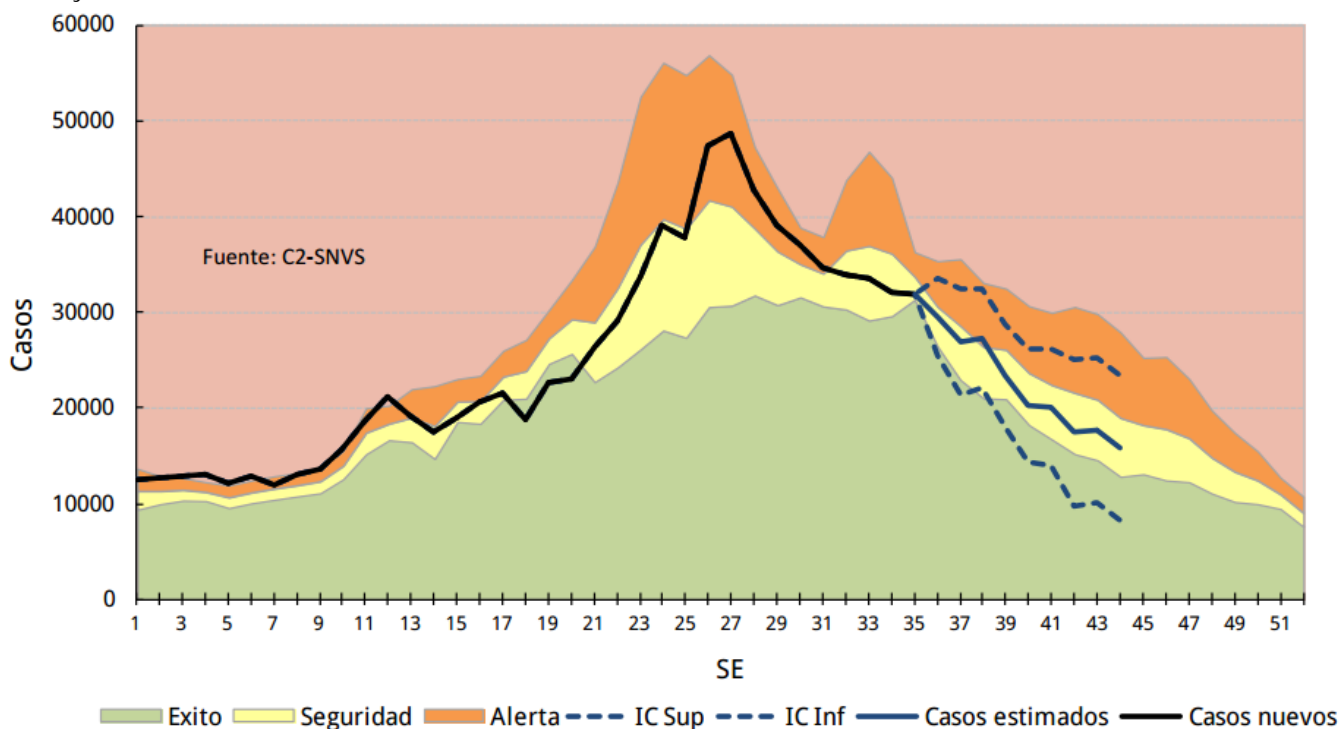


Tabla 1. Corredor endémico semanal. Argentina. Año 2013, en base a datos de los años 2007/2012, con exclusión del año 2009, hasta semana epidemiológica 35, con proyecciones hasta semana epidemiológica 44. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.



³ Debe tenerse en cuenta la heterogeneidad existente respecto de la notificación en cada provincia en términos de atraso, cobertura y regularidad, al momento de leer los datos de esta tabla.

22 de noviembre de 2013 – Fuente: El Liberal (Argentina)

En el último mes hubo un importante aumento de casos de conjuntivitis viral en la provincia, al punto que constituyó la causa del más de 30% de las consultas en los servicios de oftalmología. Así lo confirmó la Dra. María Luisa Montoto de Rogel, quien definió a este importante incremento de casos como un brote estacional.

“Es impresionante el número de casos de conjuntivitis que se atienden a diario. En estos momentos hay un brote. Se trata de una conjuntivitis muy resistente y se la conoce como blefaroconjuntivitis estacional porque además de afectar la conjuntiva del globo, toma los párpados. Incluso se ven casos en los que hay un sangrado y esto se debe a que el gran edema de la conjuntiva rompe los vasos conjuntivales”, explicó la oftalmóloga.

Además, la especialista remarcó que se trata de un brote de casos atípico para esta época del año, lo que generó asombro en los especialistas locales.

“Este notable incremento se ve desde hace aproximadamente 20 días y todavía está en ascenso. Esto nos sorprendió porque no es típica de esta época la aparición de la conjuntivitis. Cada profesional está atendiendo por día entre 20 y 30 pacientes con esta patología. Cuando se enferma una persona, niño o adulto, luego la sufre toda la familia”, sostuvo.

Montoto de Rogel, advirtió sobre los síntomas que pudieran indicar la aparición de la conjuntivitis e hizo un especial pedido a la comunidad: no automedicarse.

“Generalmente, el paciente siente mucha fotofobia, edema de párpados, lagrimeo y visión borrosa, muchas veces acompañado por el ganglio preauricular que produce mucho dolor. No hay que automedicarse porque cada caso es único. Lo que puede hacer bien a unos, puede perjudicar a otros”, explicó la especialista.

Por último, se refirió a la duración de la conjuntivitis. “Hay algunos casos en los que es muy sencillo dar respuesta y otros que son muy largos de sanar. Generalmente dura entre 7 a 15 días, y hay pacientes a los que se le prolonga un poco más”, remarcó Montoto de Rogel.

América



Chile: Dan de alta al primer chileno que sobrevive al virus de la rabia

25 de noviembre de 2013 – Fuente: EFE

Tras 16 semanas hospitalizado, fue dado de alta hoy el chileno César Barriga, diagnosticado con el virus de la rabia, tras una mordedura de un perro que sufrió el 17 de julio pasado, mientras se trasladaba en motocicleta en Quilpué, una localidad situada a unos 130 kilómetros al noroeste de Santiago.⁴

De esta manera, el joven de 24 años se convirtió en el primer chileno que se recupera de esta enfermedad y en el séptimo caso de sobrevida a nivel mundial.

“Soy un inmortal. Estoy feliz y con ganas de seguir progresando con la rehabilitación”, señaló Barriga a la salida del Hospital ‘Dr. Gustavo Fricke’ de Viña del Mar.

Este caso tiene implicancia a nivel nacional e internacional, pues en 2010 Chile fue reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como libre de la variante canina del virus de la rabia.

El diagnóstico de Barriga es el tercero en las últimas décadas en Chile y el primero registrado en los últimos 17 años, luego que en 1996 un niño contrajera la rabia mordido por un murciélago.

El tratamiento de Barriga fue seguido de cerca por el médico estadounidense Rodney Willoughby, experto en el tema nivel internacional, quien viajó a Chile para vigilar de cerca la evolución del joven.

Quilpué se ubica a unos 20 kilómetros de Valparaíso, ciudad que es una de las con mayor cantidad de perros vagos, algo que llama la atención de los turistas y sus propios habitantes, una situación que en opinión de los especialistas, se les ha escapado de las manos a las autoridades sanitarias.



Costa Rica: Proyectan erradicar la malaria en cuatro años

22 de noviembre de 2013 – Fuente: Diario Extra (Costa Rica)

Dentro de las proyecciones del Ministerio de Salud de Costa Rica se encuentra eliminar, dentro de los próximos cuatro años, la presencia de la malaria en el territorio del país, y para esto el Fondo Mundial contra el Sida, Tuberculosis y Malaria, perteneciente a la Organización de Naciones Unidas (ONU) girará a Costa Rica 200.000 dólares.

Según explicó María Ethel Trejos, directora de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud, dichos recursos se emplearán para el fortalecimiento del sistema de vigilancia, capacitación de personal para la detección de vectores, cambiar la técnica de diagnóstico y para la búsqueda activa de casos, entre otros.

En lo que va del año, se han detectado seis casos de malaria y los afectados son oriundos de Santa Rosa de Poçosol en San Carlos, Lepanto en Puntarenas, y Aguas Claras de Upala. Tres casos eran importados: uno de estos fue

⁴ Ver ‘Chile, Quilpué: Confirman un caso de rabia humana, el primero en 17 años’ en Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 1.188, de fecha 12 de agosto de 2013.

un alajuelense que estuvo en Honduras; un vecino de La Cruz, Guanacaste que fue infectado en Nicaragua y un estadounidense que fue a Mozambique, África.

La funcionaria comentó que dentro de la iniciativa de la ONU para erradicar la malaria participan países centroamericanos, Isla La Española, República Dominicana y Haití y que de las naciones del istmo, Costa Rica y El Salvador son los que se encuentran en una etapa más avanzada pues están en la fase de preeliminación de la malaria.



Estados Unidos, New York: Reportan primer caso autóctono de dengue en la ciudad

20 de noviembre de 2013 – Fuente: The Examiner (Estados Unidos)

El Comisionado de Servicios de Salud del Condado de Suffolk, James Tomarken, anunció el 20 de noviembre de 2013 que su Departamento había confirmado un caso de dengue adquirido localmente. El paciente, un hombre de 50 años de edad, fue hospitalizado con síntomas de dengue en septiembre y ya se ha recuperado. Se cree que éste representa el primer residente local que ha adquirido dengue en el estado de New York. El mismo no presentaba historial de viajes fuera de la región.

Se cree que el paciente fue picado por un mosquito tigre asiático (*Aedes albopictus*). Esta especie fue descubierta por primera vez en la parte continental de Estados Unidos en 1985, en Texas, y ha estado diseminándose hacia el norte desde esa fecha. En 2010, un experto en mosquitos de la Cornell University predijo que el primer caso de dengue en New York podría originarse a partir de una picadura de un mosquito tigre asiático.



Mosquito tigre asiático (*Aedes albopictus*)

Hasta el 9 de noviembre, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) han recibido reportes de 445 casos de dengue y 2 casos de dengue hemorrágico en 2013. New York ha reportado el mayor número, con 99 casos.

El sur de la Florida ha estado experimentando casos de dengue localmente adquiridos desde el año 2009, y en el sur de Texas se han identificado varios casos en 2013. El informe de vigilancia de arbovirus de Florida hasta el 16 de noviembre afirma que ha habido 23 casos de dengue adquiridos localmente y 104 casos de dengue importado en 2013. Dieciocho casos de dengue han sido diagnosticados en los condados de Cameron e Hidalgo, a lo largo del río Grande. Algunos se cree que son autóctonos.

Se cree que los adultos de *Ae. albopictus* no son capaces de sobrevivir el invierno, o hibernar, en zonas que alcanzan el nivel de congelación en el mes de enero. Eso incluiría el Condado de Suffolk. La presencia de *Ae. albopictus* en Long Island sería estacional, y la aparición de pacientes con síntomas de dengue claramente apunta a una picadura del mosquito en el verano. Esta especie de mosquito también es portador potencial del virus del Nilo Occidental y de la fiebre amarilla.

MILENIO Estados Unidos, California: Aumentan los casos de tos convulsa en San Diego

19 de noviembre de 2013 – Fuente: Milenio (México)

La Agencia de Salud y Servicios Humanos (HHS) de San Diego reportó seis casos más de tos convulsa en escuelas de San Diego, con lo que suman 232 contagios en lo que va del 2013, superando lo visto el año pasado.

De acuerdo a datos de la dependencia de salud, en 2012 se registraron 165 casos de esta enfermedad, siendo las edades más comunes entre los 10 y 18 años.

Las autoridades exhortaron a la comunidad a vacunarse para prevenir esta enfermedad, principalmente niños y adolescentes.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) recomiendan que los bebés reciban la vacuna en los primeros seis meses y un refuerzo cuando son preadolescentes y adultos.

La vacuna está disponible en farmacias, a través de médicos particulares y en clínicas comunitarias para aquellos que no cuentan con seguro médico.

En 2011 se promulgó una ley estatal que obliga a los estudiantes entre el séptimo y doceavo grado a recibir la vacuna como requisito de inscripción, luego de que un año antes se registrara una cifra sin precedentes de tos convulsa, con 1.144 casos, incluyendo la muerte de dos infantes.



México: Cuatro nuevos casos de cólera

25 de noviembre de 2013 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

El Ministerio de Salud de México ha informado de cuatro nuevos casos de infección por *Vibrio cholerae* O1 Ogawa toxigénico. De éstos, tres corresponden al estado de Veracruz y uno al de Hidalgo.

Desde el comienzo de este brote, en septiembre de 2013, hasta el 25 de noviembre, se ha confirmado un total de 184 casos, uno de ellos fatal, de infección por *Vibrio cholerae* O1 Ogawa toxigénico en el país. De ellos, 160 corresponden al estado de Hidalgo, 11 al de Veracruz, nueve al de México, dos al Distrito Federal, y dos al de San Luis Potosí.

Las autoridades de salud de México continúan fortaleciendo la investigación del brote y la vigilancia a nivel nacional, y garantizando la disponibilidad y calidad de la atención en las unidades médicas.

Se están aplicando medidas para garantizar el acceso a agua potable y saneamiento básico a nivel comunitario. Las campañas de sensibilización, en particular sobre el consumo de agua potable y alimentos, se implementan en idioma español e indígena. Los profesionales de la salud en los diferentes niveles del sistema de atención están siendo capacitados en la prevención y tratamiento de la enfermedad.

El Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica (INDRE) llevó a cabo una prueba de sensibilidad a los antimicrobianos de *Vibrio cholerae* O1 Ogawa toxigénico, el cual demostró que la bacteria era sensible a los medicamentos doxiciclina y cloranfenicol, con susceptibilidad reducida a ciprofloxacina y resistencia a trimetoprima/sulfametoxazol.

Este es la primera transmisión local de cólera registrada desde la epidemia de 1991-2001 en México. El perfil genético de la bacteria obtenida de pacientes en México presenta una alta similitud (95%) con la cepa que está circulando actualmente en tres países del Caribe (Haití, República Dominicana y Cuba), y es diferente de la cepa que estuvo circulando en México durante la epidemia de 1991-2001.

La OMS no recomienda la aplicación de ninguna restricción a los viajes o el comercio con México con respecto a este evento.

EL OBSERVADOR **Uruguay: Incluyen en el calendario nacional de vacunación la segunda dosis contra la varicela**

26 de noviembre de 2013 – Fuente: El Observador (Uruguay)

El Ministerio de Salud Pública (MSP) de Uruguay incluirá como obligatoria en el calendario de vacunación una segunda dosis de la vacuna contra la varicela, que deberá aplicarse a los cinco años. La decisión es que antes del comienzo de clases en marzo de 2014, los aproximadamente 50.000 uruguayos de cinco años estén vacunados.

Según informó Gustavo Giachetto, adjunto de la Dirección General de la Salud (DIGESA), la evidencia a nivel regional y local demostró un aumento de notificaciones de infectados de varicela y un corrimiento que muestra una mayor concentración de enfermos en edades mayores, entre los 10 y 12 años.

De 2012 a 2013, el aumento fue sensible, ya que se notificó hasta el doble de casos en determinado momento. En la semana epidemiológica 45 del año, el departamento de Vigilancia del Ministerio de Salud Pública (MSP) recibió 1.200 notificaciones de varicela, casi el doble de las 619 que había recibido en la misma semana del año anterior.

“Esta ya no es una enfermedad que se observa tanto en niños pequeños. La edad más frecuente son nueve años y la media se da en la adolescencia”, afirmó el funcionario.

Agregó que esto sucede porque “la vacuna genera inmunidad que se va perdiendo con el correr del tiempo. Cuando introdujimos esta vacuna, al igual que en todos los países, no sabíamos a ciencia cierta cuál era la duración total de la protección”.

Por este motivo, la Comisión Asesora de Vacunas del MSP decidió que sea obligatorio un refuerzo de la vacuna, para que se extienda la edad de protección contra la enfermedad.

Giachetto consideró que las cifras que se estaban registrando ameritaban “actuar inmediatamente”, pero aclaró que “no es una situación grave, ni de riesgo para la población”.

“Se encuentra un comportamiento atípico y se trabaja sobre él. El Ministerio tomó medidas, se hizo control de brote”, aseguró.

“Es una enfermedad que está siempre. Todos los años surgen casos y este año ocurrieron más de lo que esperábamos”, puntualizó el especialista.

A mediados de octubre se detectó un foco de la enfermedad en el Hospital ‘Pereira Rossell’. Un niño había incubado el virus en su casa y no tenía nada que ver con la patología por la que había ingresado al hospital. Los pacientes que compartían la sala con el niño infectado recibieron una dosis de gammaglobulina y aquellos que por distintos motivos no habían sido vacunados fueron inmunizados. Finalmente ninguno se contagió. Pero en pocos días sucedió lo mismo con otro niño internado en otro sector del Pereira Rossell, por lo que debieron tomarse las mismas medidas.

A su vez, al mismo tiempo que surgieron estos casos, se registraron más casos a nivel nacional. En ese momento, el MSP informó que en esa semana hubo aproximadamente 50 casos, cuando lo habitual para esa semana epidemiológica era que hubiera 40.

Varicela con vacuna

Giachetto destacó que desde que se comenzó a vacunar en 1999 “se logró disminuir la frecuencia de formas graves de varicela, las hospitalizaciones y los ingresos a unidades de terapia intensiva”. “Lo que estamos viendo hoy es que es una enfermedad mucho más benigna”, dijo.



Por otra parte, destacó que los casos de varicela que se ven en pacientes vacunados son más leves y mucho menos graves que antes de que se aplicara la vacuna.

Aclaró que formas graves de varicela ya no se ven, pero "como la vacuna no tiene una eficacia de 100%, puede haber casos". Explicó que desde que se introdujo la vacuna, todos los años se registran brotes de la enfermedad, porque hay un remanente de personas susceptibles.

En la región

Uruguay fue el primer país de la región en vacunar contra la varicela. En toda la región se está observando el mismo comportamiento de mayor cantidad de casos y un desplazamiento en la edad de los pacientes. "Ya otros países dieron el paso de dar la segunda dosis", explicó Giachetto.

El mundo



CORDIS

África: Previsión de las enfermedades relacionadas con el cambio climático

21 de noviembre de 2013 – Fuente: Community Research and Development Information Service

Es bien sabido que el cambio climático afecta en mayor medida a los países en desarrollo, pero sus efectos sobre la salud son en extremo complicados de predecir. A través del proyecto QWECI (*Quantifying Weather and Climate Impacts on Health in Developing Countries*, Cuantificando el Impacto del Clima en la Salud en Países en Desarrollo) se realizó un trabajo coordinado destinado a eliminar parte de la incertidumbre aparejada. En él se buscó prestar asistencia a médicos y políticos dedicados a la sanidad a la hora de asignar recursos y poner en marcha medidas preventivas que se adelanten a posibles epidemias.⁵

Si bien las previsiones sobre el cambio climático ya dependen de un sinnúmero de variables y resultan todo un reto para la comunidad científica mundial, el impacto de este cambio en la salud humana es aún más incierto si cabe. Muy pocos dudan ya de que el calentamiento global aumenta la concentración de contaminantes del agua y la atmósfera e influye en la estacionalidad de varias enfermedades epidémicas. Sin embargo, cabe preguntarse cómo sería posible predecir este tipo de cambios, sobre todo en África, donde los conocimientos locales apenas cuentan para los métodos de predicción.

El proyecto QWECI reunió a investigadores de trece institutos científicos de Europa y África para que integrasen datos procedentes de distintos sistemas de modelización climática y previsión de enfermedades. El proyecto se ocupó del clima y las enfermedades en Senegal, Ghana y Malawi y se propuso dar a los responsables políticos el tiempo necesario para desplegar métodos de intervención y contribuir a prevenir el contagio a gran escala de enfermedades como la malaria y la fiebre del valle del Rift. Con las herramientas creadas se espera predecir la probabilidad de una epidemia de malaria con entre cuatro y seis meses de antelación.

El objetivo general de QWECI fue la combinación de modelos climáticos de última generación, datos de control de infección en función de la meteorología para enfermedades africanas clave y conocimientos locales sobre el comportamiento de poblaciones, enfermedades, vectores y patrones de contagio. Los resultados podrían plasmarse en mapas de riesgo de infección útiles para profesionales sanitarios con responsabilidad decisoria y para la redacción de políticas gubernamentales en países susceptibles.

El valor añadido de QWECI reside en la integración de los modelos de previsión más fiables basados en el clima con modelos de control de las variables de riesgo de enfermedades en función del clima para enfermedades de transmisión vectorial, ambos en escalas medias y largas. Este método crea una información singular y significativa que puede comunicarse con rapidez a los usuarios finales y que permite medir y predecir la influencia del clima y la meteorología en la salud de los africanos.

A fines de la década de 1990 se hizo patente que los países en desarrollo, en especial los africanos, debían contar con herramientas de previsión y contención de enfermedades relacionadas con el cambio climático. La prácticamente nula utilización de corpus de datos de modelos climáticos en estudios de impacto era obvia, por lo que el equipo se propuso contribuir a su generalización.

Resulta complicado coordinar un proyecto que se desarrolla en una zona tan extensa y lejos de Europa y que los usuarios locales mantengan su adhesión a los resultados de los modelos. El equipo científico al cargo del proyecto superó este obstáculo al hacer partícipes a varios socios regionales clave mediante talleres a nivel nacional y local.

El mismo equipo ha logrado todo un hito operativo en la modelización de la malaria mediante sistemas de predicción por conjuntos a escala estacional. La capacidad de la región para utilizar y aprovechar las tecnologías de modelización de la malaria se amplió mediante el establecimiento de parámetros locales extraídos de estudios ejecutados en la región así como de métodos que incluyen Wi-Fi de larga distancia con la que transmitir los resultados a los usuarios locales.



⁵ Puede ingresar a la página web oficial del Proyecto QWECI haciendo clic [aquí](#).

Mediante desplazamientos y talleres internacionales, los socios de QWECI contribuyeron a difundir conocimientos de profesionales de la medicina en comunidades aisladas y métodos de modelización de última generación.

También se estableció una cooperación duradera entre distintos institutos, países, comunidades científicas y agentes dedicados a la sanidad de África y Europa que debería facilitar futuras colaboraciones.

Si el proyecto lograra que los modelos de la malaria funcionasen adecuadamente en un sistema de predicción estacional, habrían alcanzado un nivel idóneo para desarrollar un sistema panafricano de alerta rápida.

De cara al futuro, el equipo desearía generar sistemas similares para otras enfermedades de transmisión vectorial impulsadas por el cambio climático como la fiebre del valle del Rift, que afecta sobre todo a animales pero puede resultar también muy grave en caso de contagio a humanos.

La coordinación del proyecto corrió a cargo de la Universidad de Liverpool (Gran Bretaña).



Arabia Saudí: Reportan tres nuevos casos de MERS

26 de noviembre de 2013 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha sido informada de tres nuevos casos confirmados por laboratorio del síndrome respiratorio de Medio Oriente por coronavirus (MERS-CoV) en Arabia Saudí.

El primer caso es una mujer de 73 años de edad con condiciones médicas subyacentes de Riad, que enfermó el 12 de noviembre de 2013, fue hospitalizado el 14 de noviembre y falleció el 18 de noviembre. El segundo caso es un hombre de 65 años de edad con una condición médica subyacente de la región de Jawf, que enfermó el 4 de noviembre y fue hospitalizado el 14 de noviembre. El tercer caso es un hombre de 37 años de edad, de Riad, que enfermó el 9 de noviembre, fue hospitalizado el 13 de noviembre y falleció el 18 de noviembre. Ninguno de los tres pacientes estuvo expuesto a animales ni tuvo contacto con un caso de MERS-CoV previamente confirmado por laboratorio.

A nivel mundial, desde septiembre de 2012 hasta la fecha, la OMS ha sido informada de un total de 160 casos confirmados por laboratorio de infección por el MERS-CoV, incluyendo 68 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.

Los pacientes diagnosticados y reportados hasta la fecha han desarrollado enfermedades respiratorias principalmente. También se ha reportado con frecuencia diarrea en los pacientes, y las complicaciones severas incluyen insuficiencia renal y síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) con shock. Es posible que los pacientes gravemente inmunodeprimidos puedan presentar signos y síntomas atípicos.

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).



España: Una plataforma en Internet predice la incidencia de la influenza en tiempo real con datos de los ciudadanos

25 de noviembre de 2013 – Fuente: Servicio de Información y Noticias Científicas (España)

Una plataforma de ciencia ciudadana en Internet, creada por investigadores del Instituto de Biocomputación y Física de Sistemas Complejos (BIFI) de la Universidad de Zaragoza, simula el avance de la influenza en la población a partir de los datos de los usuarios que se registren. Hoy se ha presentado la segunda parte de este proyecto, que servirá para que se eviten colapsos en los hospitales y la población conozca la situación en su entorno. Si un usuario se registra en GripeNet, podrá conocer en tiempo real la incidencia de la influenza en su barrio.

Hoy se presentó en Madrid la segunda parte de este proyecto, que utilizará los datos sobre el estado de salud de la población para simular el avance de la enfermedad en un periodo mínimo de una semana.



Las personas que quieran participar de forma anónima en la iniciativa solo tienen que proporcionar periódicamente esta información durante la estación gripal mediante un formulario elaborado por médicos.

“Recibes un correo electrónico cada 15 días, excepto cuando la incidencia es mayor, que sería semanal”, explica Yamir Moreno, director del proyecto, que ya cuenta con más de 600 usuarios. “Si tienes síntomas, debes marcarlos en una tabla, no hay que escribir nada, y los médicos pueden distinguir así si es una influenza o un resfriado común”.

Además de conocer la incidencia real de la enfermedad, el modelo requiere datos sobre los mecanismos de transmisión y las costumbres de la población. “Se pregunta la franja de edad, el

código postal, los hábitos diarios o si usa el transporte público –indica Moreno–. No es lo mismo ir al trabajo en coche o en autobús, la influenza se transmite por contacto”.

El sistema permite extraer información en función de los grupos de edad. “Los niños son un agente de transmisión muy eficiente porque están en contacto con muchos focos”, comenta Moreno. En el caso de los menores, serán sus tutores los que rellenen el cuestionario. “Se puede crear un grupo en la página e incluir a más personas”.

La información procedente de los propios afectados permite que las predicciones sean más fiables y valiosas que las que proporcionan los centros de salud. “Sólo 30% de los que tienen influenza van al médico”, apunta el investigador del BIFI.

Las clínicas y hospitales revelan sus datos solo cuando ya ha pasado la estación de influenza, en torno al mes de julio, lo que hace imposible la simulación de la evolución del virus durante dicho periodo.

El modelo se encuentra en una fase temprana y aún es necesario calibrar los parámetros. “Lo iremos perfeccionando mediante aproximaciones sucesivas. Llegará un momento en que pueda predecir con un grado razonable de certeza cuándo se va a producir el pico de la enfermedad”, señala Moreno. Entonces, “podremos alertar a las autoridades sanitarias para que tomen medidas”.

Participación ciudadana

El método permite avanzar en la investigación de los mecanismos de propagación y evolución de las enfermedades infecciosas e involucrar directamente al ciudadano en un estudio científico.

Moreno también alude a las ventajas que el sistema supone para los ciudadanos: “Mandamos boletines con información y recomendaciones. Además, en la página web hay un mapa en el que, según el código postal, puedes ver cuál es el nivel de incidencia de la influenza en tu vecindad”.

El proyecto GripeNet forma parte de una iniciativa europea, Influenzanet, que ya incluye a países como Gran Bretaña, Países Bajos, Francia e Italia. “España está un poco más atrasada en la recolección de los datos porque aún hay pocos usuarios y respecto al diálogo con las autoridades. En Francia, por ejemplo, el grupo que está impulsando esta iniciativa está en muy estrecho contacto con las autoridades sanitarias, por lo que se encuentra mucho más cerca de poder implementar este tipo de herramientas”, dice el investigador.

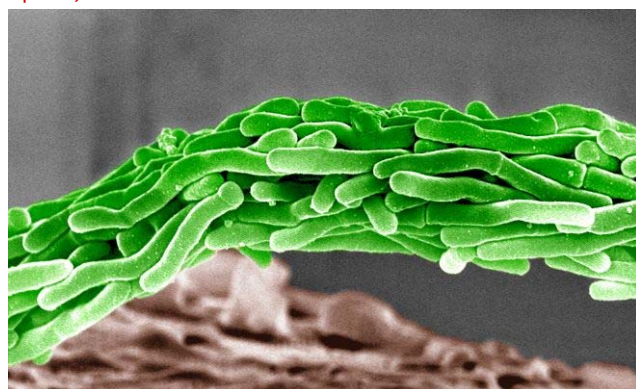
EL MUNDO

Europa: Una nueva alternativa para la tuberculosis resistente

25 de noviembre de 2013 – Fuente: El Mundo (España)

A partir del año 2014, los pacientes europeos con tuberculosis resistente a los tratamientos actuales dispondrán de una nueva alternativa. La farmacéutica japonesa Otsuka ha recibido el visto bueno del Comité de Medicamentos para Uso Humano (CHMP) de la Agencia Europea del Medicamento (EMA) para delamanid y se espera su autorización definitiva para principios de 2014.

La tuberculosis resistente a los actuales tratamientos con antibióticos es un problema creciente en todo el mundo, donde este tipo de cepas resistentes comienzan a hacerse fuertes. Por eso, la llegada al mercado de un nuevo fármaco para los pacientes afectados por la tuberculosis más grave ha sido muy bien recibida por organizaciones como Médicos Sin Fronteras, que emitió un comunicado en el que considera la aprobación “una decisión histórica”.



En realidad, la aprobación definitiva no se espera hasta dentro de unas semanas, pero la EMA suele tener en cuenta la decisión del CHMP a la hora de tomar sus decisiones. De hecho, hace ya unos meses que este organismo rechazó aprobar el nuevo fármaco y solicitó nuevos datos a su fabricante antes de pronunciarse.

Delamanid (que se comercializará bajo el nombre comercial de Delytba®) es el segundo medicamento contra la tuberculosis que se desarrolla en medio siglo. Este fármaco, estará disponible para pacientes con tuberculosis pulmonar multirresistente y extensamente resistente (cuyo bacilo no responde a ningún antibiótico disponible) en com-

binación con el régimen actualmente recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para estas cepas rebeldes.

A diferencia de sus predecesores, delamanid no es un antibiótico sino un antibacteriano más complejo que funciona inhibiendo la síntesis de ácido micólico. Los resultados de un ensayo clínico mostraron una eficacia de 45,5% en los pacientes tratados con el fármaco frente a 29,6% de los que tomaron un placebo.⁶

Como recuerda Médicos Sin Fronteras, el tratamiento para estas tuberculosis difíciles es largo, caro y difícil de cumplir, lo que a su vez facilita y favorece la transmisión de la enfermedad. Por eso, pidió al laboratorio japonés que facilite la dispensación del nuevo tratamiento por vías administrativas, como el llamado uso compasivo, para pacientes que han agotado ya todas sus opciones de tratamiento contra esta infección respiratoria.

Según los últimos datos de la OMS, en 2012, más de un millón de personas fallecieron a causa de la tuberculosis, un 10% de ellas por cepas resistentes.



Siria: Confirmaron dos nuevos casos de poliomielitis

26 de noviembre de 2013 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

Un total de 17 casos de infección por poliovirus salvaje tipo 1 (WPV1) han sido confirmados en la República Árabe Siria. A los 15 casos confirmados en la provincia de Dayr az-Zawr, dos nuevos casos han sido confirmados, uno en el área rural de Dimashq y otro en Aleppo, lo que confirma la circulación generalizada del virus. El caso de más reciente inicio desarrolló parálisis el 8 de octubre de 2013.

Continúa implementándose una respuesta global al brote en toda la región. Siete países y territorios llevan adelante campañas de vacunación masiva contra la poliomielitis dirigidas a 22 millones de niños menores de cinco años. En una resolución conjunta, todos los países de la Región del Mediterráneo Oriental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) han declarado que la erradicación de la poliomielitis es una emergencia, solicitando el apoyo a la negociación y el establecimiento de acceso a los niños que en la actualidad no han sido alcanzados por la vacunación contra la poliomielitis. La OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) se han comprometido a trabajar con todas las organizaciones y organismos que prestan asistencia humanitaria a los sirios afectados por el conflicto para asegurar que todos los niños sirios sean vacunados, sin importar donde vivan.

Se prevé que la respuesta a los brotes deberá mantenerse durante un mínimo de seis a ocho meses, dependiendo de la zona y en base a la evolución epidemiológica.

Dada la situación actual en el país, los movimientos de población frecuentes en toda la región y las lagunas de inmunidad subnacionales en áreas clave, el riesgo de propagación internacional del WPV1 en toda la región se considera elevado. Ha sido emitida una alerta de vigilancia para la región para fomentar la búsqueda activa de casos potenciales adicionales, además de la implementación de las actividades suplementarias de inmunización recomendadas con la vacuna antipoliomielítica oral.



ONUSIDA recomienda hacer las pruebas al momento de nacer a los niños en situación de riesgo para sida

20 de noviembre de 2013 – Fuente: Reuters

Unos 260.000 niños nacen cada año infectados con el virus que provoca el sida, pero muy pocos son examinados tempranamente para recibir tratamiento y prolongar sus vidas.

Michele Sidibé, director ejecutivo del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), pidió que se mejoren los kits de diagnóstico para la detección del VIH en los bebés, y que disminuya su precio actual aún elevado, de entre 25 y 50 dólares.

“Los niños son las víctimas olvidadas de la epidemia de sida: 260.000 bebés se sumaron a sus filas el año pasado, principalmente en el África subsahariana”, destacó.

“Independientemente del tamaño del mercado, necesitamos asegurarnos de que los diagnósticos sean puestos a disposición de los niños”, agregó días antes del Día Mundial del Sida el 1 de diciembre.

“Hicimos muchos progresos durante los últimos 2-3 años en términos de tratamiento, en términos de medicamentos. Pero estamos fallando en hacer diagnósticos tempranos”, afirmó.

Abbott Laboratories, con sede en Estados Unidos, y la farmacéutica suiza Roche están entre los principales productores de métodos de diagnóstico del VIH, según funcionarios de ONUSIDA.

Unos 3,3 millones de niños menores de 15 años tienen VIH, pero sólo 1,9 millones requieren tratamiento actualmente, según la agencia con sede en Ginebra.

Menos de 650.000, o 34% de los 1,9 millones, recibieron medicamentos antirretrovirales en 2012, lo que representó un aumento de 14% respecto al año anterior, informó.



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

Unos 14 millones de adultos con VIH necesitan tratamiento y 9 millones de ellos, o 64%, están recibiéndolo, una tasa de cobertura mucho más alta que la de los niños.

ONUSIDA ha identificado a 22 países prioritarios para detener las infecciones en niños, 21 de ellos en el África subsahariana, que tiene a 90% de las mujeres viviendo con sida. El otro es India.

En tres de estos países –Chad, República Democrática del Congo y Malawi– menos del 5% de los pequeños en riesgo son examinados para el VIH al nacer, dijo ONUSIDA.

Todos los niños menores de 5 años que dieron positivo para el virus deben realizar tratamiento, según Mahesh Mahalingam, director del plan global para detener las nuevas infecciones en niños de ONUSIDA.

“Los actuales exámenes son capaces de detectar el virus en un bebé sólo después de las seis semanas de vida y requieren enviar una muestra de sangre a un laboratorio especializado”, afirmó.

“Estamos buscando pruebas más fáciles que podamos administrar antes. Esto ayudará a detectar el virus y a comenzar a darles medicamentos más rápido. Recomendamos que apenas se sepa que el niño es VIH positivo, se comience con medicamentos antirretrovirales”, dijo Mahalingam.

Publicidad relacionada con la salud



¿Primer amor? No totalmente.

¿Sabías que cuando te acuestas con tu pareja, también te acuestas con todas las parejas de tu pareja, y con todas las parejas de las parejas de tu pareja, y con todas las parejas de las parejas de las parejas de las parejas de tu pareja...?
Health Education Resource Organization (1991. Baltimore, 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.