



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina



Número 1.262

3 de diciembre 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)

Día del Médico

- 3 de diciembre:
Día del Médico

Argentina

- Vigilancia de tos convulsa
- Mueren 2.500 personas al año por abuso de fármacos

América

- Bolivia: Alrededor de 7.000 portadores del VIH no saben que los son
- Estados Unidos, Oklahoma: Brote de salmonelosis en prisiones
- Estados Unidos: Los CDC recomiendan administrar la vacuna contra el VPH a los niños de 11 años

El mundo

- África: Detectan una nueva cepa de VIH más agresiva
- Emiratos Árabes Unidos: Reportan tres nuevos casos de MERS

- España: Hasta 45% de las tiras reactivas de glucosa envasadas en viales multiusos están contaminadas

- Japón: Transfundieron sangre contaminada con VIH a dos pacientes

- Nueva Caledonia: Reportan dos casos de síndrome por virus Zika

- Siria: La nueva campaña de vacunación contra la poliomielitis abarcará todas las provincias

- Togo: Un brote de cólera afecta a 130 personas y causa siete muertes

- La OMS alerta de un aumento de 50% de las muertes por sida en adolescentes

- La OMS emite nuevas directrices para tratar a 20 millones de niños malnutridos

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/

3 de diciembre: Día del Médico

El Día del Médico, en América, fue decretado en 1933, en el Congreso Médico reunido en Dallas, Texas, e instituido en homenaje al nacimiento del médico Carlos Juan Finlay y Barrés (Camagüey, Capitanía General de Cuba, España, 3 de diciembre de 1833 – La Habana, Cuba, 19 de agosto de 1915).

Finlay fue el más profundo, talentoso e intenso investigador de la fiebre amarilla, y por sus análisis y estudios llegó a la conclusión de que la transmisión de la enfermedad se realizaba por un agente intermediario. Existe una anécdota que dice que, estando una noche rezando el rosario, le llamó la atención un mosquito zumbando a su alrededor. Entonces fue cuando decidió investigar a los mosquitos.

Con los medios aportados por la comisión mixta hispano-estadounidense, fue capaz de identificar al mosquito *Aedes aegypti* como el agente transmisor de la enfermedad. Sus estudios lo llevaron a entender que era la hembra fecundada de esta especie la que transmitía la fiebre amarilla.

En 1881 fue a Washington DC como representante del gobierno colonial ante la Conferencia Sanitaria Internacional, donde presentó por primera vez su teoría de la transmisión de la fiebre amarilla por un agente intermediario, el mosquito. Su hipótesis fue recibida con frialdad y casi total escepticismo. Solo fue divulgada por una modesta revista médica de New Orleans a través del Dr. Rudolph Matas, recién graduado en medicina, quien había participado en la comisión mixta hispano-norteamericana en calidad de intérprete, por ser hijo de españoles.

De regreso a Cuba, en junio de 1881, realizó experimentos con voluntarios y no solo comprobó su hipótesis, sino que descubrió también que el individuo picado una vez por un mosquito infectado, quedaba inmunizado contra futuros ataques de la enfermedad. De ahí nació el suero contra la fiebre amarilla. En agosto de ese mismo año presentó ante la Academia de Ciencias Médicas de La Habana su trabajo de investigación fundamental: 'El mosquito hipotéticamente considerado como agente transmisor de la fiebre amarilla', en el que describía los detalles, las características y los hábitos del mosquito y anunciaba la trascendente experiencia del contagio en personas: "Cinco casos en los cuales, por una sola picadura de mosquito, se reprodujo la enfermedad", decía.

Tras la lectura de Finlay hubo silencio total en el auditorio, y los académicos se retiraron uno a uno. Y hubo que esperar 19 años para que la IV Comisión Americana para el Estudio de la Fiebre Amarilla (integrada por Reed, Carroll, Agramonte y Lazear) se dispusiera a comprobar si la teoría de Finlay era cierta. En 1901, la comisión confirmó y amplió las ideas de Finlay, que dieron las bases para la prevención por medio de la lucha contra los mosquitos, dejando atrás la idea de que el mal se transmitía por la ropa o por los objetos que hubieran estado en contacto con los enfermos.

El Dr. William Crawford Gorgas, médico militar que había tratado, sin conseguirlo, de erradicar la fiebre amarilla en Santiago de Cuba, fue nombrado Jefe Superior de Sanidad en La Habana en diciembre de 1898. A iniciativa de Finlay creó una Comisión Cubana de la Fiebre Amarilla que, siguiendo las indicaciones del médico cubano, combatió al mosquito y aisló a los enfermos. En sólo siete meses había desaparecido la terrible enfermedad de Cuba.

Gorgas fue finalmente enviado a sanear el Istmo de Panamá a fin de poder completar la construcción del canal; allí aplicó los mismos principios indicados por Finlay, lo cual permitió terminar esta gran obra de ingeniería. Una placa en el propio Canal de Panamá reconoce la contribución de Finlay en el éxito de esta obra.

La importancia del descubrimiento de Finlay radica en que se trata de la primera infección humana en que se demostró la intervención causal de un virus y la transmisión de éste por la picadura de un insecto.

En Argentina se festeja este día por iniciativa del Colegio Médico de Córdoba, avalada por la Confederación Médica Argentina, y oficializada por decreto del Gobierno en 1956.



Argentina

Vigilancia de tos convulsa

26 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)

Situación actual

Después del incremento observado en las notificaciones de tos convulsa a partir del año 2010, y especialmente en 2011, interpretado como la conjunción entre el ciclo epidémico de la enfermedad y la mayor sensibilidad del sistema, se observó un adecuado nivel de sospecha de la patología y notificación que se mantiene durante el año 2013 (ver Gráfico 1).

Tabla 1. Casos confirmados y resultados positivos para *Bordetella pertussis*. Argentina. Años 2012/2013, hasta semana epidemiológica 43. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA. Datos parciales, actualizados al 4 de noviembre de 2013.

Estrategia	Año 2012	Año 2013
C2 Casos confirmados	1.123	461
SIVILA Muestras positivas	1.124	651
SIVILA % positivos	10,0	9,1

A diferencia de lo ocurrido en los años 2010-2011, durante el año 2013 se comprueba la existencia de menor volumen de casos positivos con mantenimiento de la sospecha diagnóstica (ver Gráfico 2). Este es un dato importante que refuerza la idea de un sistema de vigilancia activo, sensible y específico.

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 43 del año 2013, se registraron 4.816 casos sospechosos en C2, de los cuales 461 fueron clasificados como confirmados. SIVILA registró 7.181 notificaciones, con 651 resultados positivos para *Bordetella pertussis*.

Lo expresado en términos anuales, se verifica también al comparar el periodo SE 1 a 43 del año 2013 con el correspondiente al año 2012; hay un marcado descenso de la notificación de sospechosos y de la confirmación de casos registrados en ambas estrategias (ver Tabla 1).

Indicadores a nivel país

Al igual que en 2011, durante el año 2012 se continuó observando una diferencia importante en el total de casos sospechosos del Módulo de Vigilancia Laboratorial (SIVILA) y del módulo C2 de vigilancia clínica, contando el primero con un mayor número de casos notificados. Estas modalidades de notificación son diferentes en su ingreso y se está trabajando en su vinculación, pero por el momento se analizan en forma separada.

A la SE 42 del año 2013, todas las provincias notificaron casos al Módulo C2. La proporción de notificación entre las dos estrategias es 1,5 en favor del SIVILA. Se enfatiza la importancia y necesidad de ingresar los casos por el componente clínico (C2) del SNVS para estimular el análisis local de la enfermedad así como lograr oportunidad para las acciones de control y generación de información. La proporción de clasificación y cierre de los casos del total acumulado a la SE 38 es de 56% a nivel nacional, luego de cuatro semanas epidemiológicas.

Gráfico 1. Casos notificados por semana epidemiológica. Argentina. Años 2007/2013 (2013 hasta SE 43). Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2. Datos parciales, actualizados al 4 de noviembre de 2013.

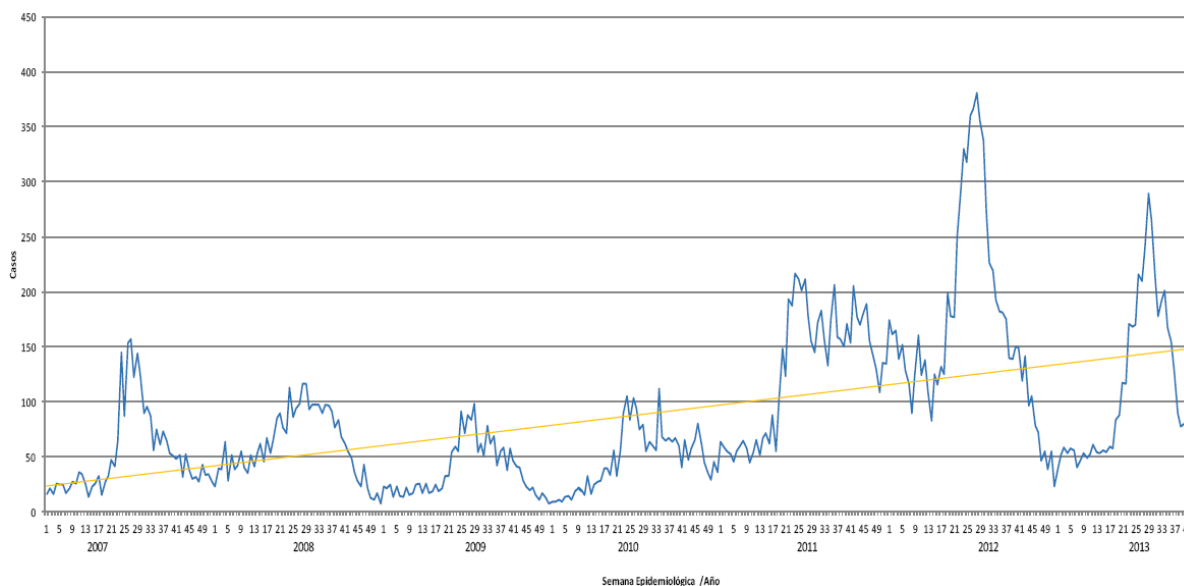
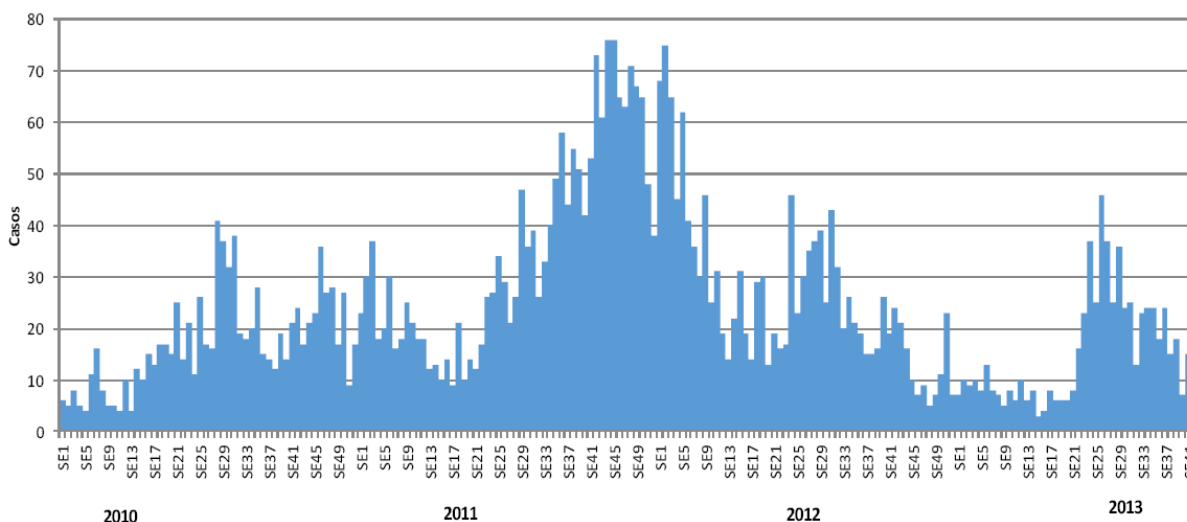


Gráfico 2. Casos con resultado positivo para *Bordetella pertussis* por semana epidemiológica. Argentina. Años 2011/2013 (año 2013 hasta SE 44). Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2. Datos parciales, actualizados al 4 de noviembre de 2013.



Según el análisis de la información con que cuenta SIVILA desde la SE 1 a la SE 42 del año 2013, la mediana de retraso ha sido de 4 días, calculada entre la fecha de inicio de síntomas y la fecha de toma de muestra.

Indicadores a nivel provincial

Todas las provincias cuentan con casos sospechosos notificados. La relación de notificación entre el módulo SIVILA y C2 muestra que en nueve provincias el registro de casos sospechosos se encuentra más fortalecido en SIVILA, y en otras seis en C2, con retraso en el registro por SIVILA (Tabla 2).

Tabla 2. Casos sospechosos notificados por C2 y SIVILA y proporción de notificación, según provincia y región. Argentina. Año 2013. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA. Datos actualizados al 4 de noviembre de 2013.¹

Provincia/Región	Notificados por SIVILA	Notificados por C2	Proporción SIVILA/C2
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	163	103	1,58
Buenos Aires	2.043	896	2,28
Córdoba	1.107	1.082	1,02
Entre Ríos	86	76	1,13
Santa Fe	1.429	273	5,23
Centro	4.828	2.430	1,99
Mendoza	578	675	0,86
San Juan	22	9	2,44
San Luis	26	24	1,08
Cuyo	626	708	0,88
Corrientes	50	20	2,50
Chaco	138	91	1,52
Formosa	2	13	0,15
Misiones	97	24	4,04
NEA	287	148	1,94
Catamarca	78	89	0,88
Jujuy	59	60	0,98
La Rioja	20	—	—
Salta	299	335	0,89
Santiago del Estero	5	9	0,56
Tucumán	233	309	0,75
NOA	694	802	0,87
Chubut	40	36	1,11
La Pampa	49	47	1,04
Neuquén	204	212	0,96
Río Negro	137	108	1,27
Santa Cruz	40	27	1,48
Tierra del Fuego	6	10	0,60
Sur	476	440	1,08
Total Argentina	6.911	4.528	1,53

Perfil Mueren 2.500 personas al año por abuso de fármacos

1 de diciembre de 2013 – Fuente: Perfil (Argentina)

Ocho de cada diez argentinos se automedican. Es decir, que recurren a un fármaco “por las dudas”, para prevenir un dolor o bien para seguir tratándolo una vez que la indicación médica terminó. Esta utilización irracional de medicamentos, como analgésicos y antiinflamatorios –que son los que encabezan la lista–, provoca resultados alarmantes: 2.500 personas mueren cada año por abuso de fármacos, según el Sindicato Argentino de Farmacéuticos y Bioquímicos. Además, 10.000 deben ser internadas con picos de hipertensión, úlceras o sangrados. Estas son algunas de las consecuencias del abuso, que también puede desencadenar cuadros fatales.

“Algunos de los fármacos más utilizados actualmente en Argentina en forma crónica son aspirina, paracetamol, naproxeno e ibuprofeno. De hecho, 50% de la población mayor de 18 años toma este tipo de analgésicos y muchos lo hacen diariamente, cayendo en un claro sobreuso”, explicó Marcelo Peretta, doctor en Farmacia y Bioquímica.

“La morfina y la oxicodeona provocan dependencia física y psíquica. Por eso, nunca deben administrarse juntas, sino intercambiarse cuando el paciente ya no muestra respuesta, bajando la dosis lentamente. Por otro lado, debe haber permanente supervisión –e inclusive intervenir un farmacólogo que chequee las dosis– porque estos fármacos provocan el aumento de la presión arterial e incrementan la posibilidad de sufrir una hemorragia”, sostuvo Peretta.

Por su parte, Fernando Esper, director ejecutivo de la Confederación Farmacéutica Argentina dijo que “la publicidad ofrece soluciones rápidas, cuando en realidad el camino es ir al médico y tomar fármacos sólo cuando están prescritos. Sin embargo, también debemos revisar ese sistema porque es incoherente, además de peligroso, que un diclofenac de 25 miligramos sea de venta libre y esté expuesto en una góndola y uno de 50 miligramos deba estar recetado. Se debe advertir que ninguna droga, sea cual sea su método de expendio, es inocua”.



¹ Para la confección de esta tabla se utilizó la información online de cada provincia en el SNVS, en el día de la fecha referida. No se toman en cuenta los registros de casos notificados con residencia desconocida.



Bolivia: Alrededor de 7.000 portadores del VIH no saben que los son

2 de diciembre de 2013 – Fuente: Agencia Boliviana de Información

El viceministro de Salud de Bolivia, Martín Maturano, informó que, según los cálculos del Ministerio, alrededor de 7.000 ciudadanos bolivianos no saben que son portadores del VIH y, por tanto, no están registrados en el sistema público de salud para tratar la enfermedad.

“En Bolivia existen 17.000 casos positivos, pero tenemos 10.700 confirmados, es decir, tenemos 7.000 bolivianos que viven con el VIH y no lo conocen”, informó el viceministro. Sin embargo, Maturano indicó que dentro de estas 7.000 personas que no figuran en el sistema de salud, podrían encontrarse casos aislados que conozcan su situación y estén recibiendo tratamiento por otros medios.

El Gobierno boliviano incrementará de 291.000 a 874.000 dólares la financiación destinada a comprar medicamentos antirretrovirales y a tratar la infección en las personas portadoras. “Desde el Gobierno hemos diseñado una serie de acciones para la prevención y el tratamiento, pero también hemos establecido mecanismos intersectoriales para dar toda la información correspondiente”, destacó el viceministro.

En la actualidad, 80% de la financiación para el tratamiento del VIH proviene del Tesoro General del Estado y el resto de la cooperación internacional. “Antes era al contrario: 80% provenía de la cooperación internacional”, recordó Maturano.



Estados Unidos, Oklahoma: Brote de salmonelosis en prisiones

23 de noviembre de 2013 – Fuente: Tulsa World (Estados Unidos)

Siete reclusos en Oklahoma fueron hospitalizados en las últimas tres semanas con síntomas de salmonelosis.

Los funcionarios aún no saben cuántos presos en total han sido afectados por la enfermedad, según Jerry Massie, portavoz del Departamento de Correccionales. Informó que 47 mujeres en el Centro Correccional ‘Eddie Warrior’, en Taft, reportaron síntomas, junto con 37 reclusos en el Centro Correccional ‘Jim E. Hamilton’.

“Otros reclusos enfermaron en el Centro Correccional ‘Joseph Harp’ en Lexington y el Centro Correccional ‘Bill Johnson’ en Alva”, dijo.

Massie dijo que es raro que tantos presos enfermen en diferentes instalaciones. Las autoridades no han encontrado una causa específica, pero el Departamento de Salud del estado está investigando la fuente de la bacteria.²



Estados Unidos: Los CDC recomiendan administrar la vacuna contra el VPH a los niños de 11 años

26 de noviembre de 2013 – Fuente: Europa Press

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos recomiendan administrar la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) a niños preadolescentes, de entre 11 y 12 años, para protegerle de adulto frente a los tipos de cáncer asociados. Y, en caso de no haberla recibido, aconseja a los jóvenes de entre 13 a 26 años acudir a su médico para recibir la vacuna.

La recomendación de la administración de la vacuna debe ser igual para niños y niñas, y, por tanto, tal y como ya se recomendaba a las adolescentes, los chicos deben recibir la inmunización mucho antes de su primer contacto sexual, así tienen tiempo para desarrollar la protección de la vacuna.

“Esta es la época en la que la vacuna funcionará mejor, ya que los preadolescentes tienen una mejor respuesta inmune a la vacuna que los adolescentes mayores”, señalan desde los CDC.

Actualmente, existen dos vacunas diferentes contra el VPH –Cervarix® (GSK) y Gardasil® (Sanofi Pasteur)– que se pueden dar a las niñas y mujeres jóvenes; aunque actualmente sólo Gardasil® incluye en sus indicaciones que se puede dar a los niños y hombres jóvenes. No obstante, recuerda que ambas vacunas protegen contra los tipos de VPH que causan cáncer de cuello uterino y la mayoría se han demostrado para prevenir el cáncer cervical.

Ambas vacunas son muy efectivas en la prevención de infecciones por los tipos 16 y 18 de VPH, dos de los VPH de “alto riesgo” que causan la mayoría (70%) de los cánceres de cuello uterino y de ano. Gardasil® impide también la infección por los tipos 6 y 11 de VPH, los cuales causan 90% de las verrugas genitales.

En Estados Unidos unos 79 millones de personas, la mayoría en la adolescencia y los 20 años, están infectados con el VPH; y se estima que cerca de 14 millones se infectan cada año. “El VPH es tan común que casi todos los hombres y mujeres sexualmente activos lo contraen en algún momento de sus vidas”, advierten.

Cada año, en Estados Unidos alrededor de 19.000 cánceres causados por el VPH ocurren en mujeres, siendo el cáncer de cuello uterino el más común; además, más de 12.000 mujeres son diagnosticadas con cáncer cervical, y cerca de 4.000 mujeres mueren por esta causa. En los hombres se estima que el VPH causa unos 8.000 cánceres cada año en hombres, siendo los orofaríngeos los más comunes.

² Aunque no está claro, es probable que los casos de salmonelosis estén todos relacionados con el mismo serotipo de *Salmonella enterica*, propagado desde una instalación central de preparación de las prisiones. Las cárceles están ubicadas en condados esparcidos por todo el estado.

África: Detectan una nueva cepa de VIH más agresiva

29 de noviembre de 2013 – Fuente: *The Journal of Infectious Diseases*

Investigadores suecos identificaron una nueva cepa que desarrolla la enfermedad mucho más rápido. Afortunadamente, no impacta en la efectividad de la medicación.

Esta nueva y peligrosa cepa llamada A3/02 combina las dos cepas más comunes de VIH. Angelica Palm, una de las científicas del estudio, explica que se descubrió en 2011 en Guinea-Bissau, en el oeste de África, y desarrolla el sida en un lapso de 5 años, dos veces y media más rápido que los otros virus conocidos. Este tipo de cepa, del tipo recombinante, modifica su ADN fusionándose a partir de dos cepas distintas, formando una nueva.

Investigadores de la Universidad Lund advierten que las cepas recombinantes pueden propagarse más rápidamente. Los riesgos aumentan a causa de la inmigración a Estados Unidos o Europa, y es probable que haya otras cepas que aun no han sido identificadas.

“La buena noticia –declara Palm– es que esta cepa, hasta donde se sabe, responde a la medicación disponible, y también funciona en los otros subtipos. La velocidad con que se propaga no impacta en la efectividad de la medicación en personas infectadas”.³



Emiratos Árabes Unidos: Reportan tres nuevos casos de MERS

2 de diciembre 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 Emiratos Árabes Unidos.

Los tres casos pertenecen a una familia de Abu Dhabi: la madre de 32 años, el padre de 38 años y un hijo de 8 años. Los primeros síntomas de enfermedad comenzaron el 15 noviembre de 2013. Tanto la madre como el padre están hospitalizados en condición crítica. No tenían antecedentes de viaje, ni contacto con un caso confirmado conocida ni antecedentes de contacto con animales. Durante la hospitalización, la madre dio a luz a un niño. El hijo de 8 años, con síntomas respiratorios leves, fue detectado a partir de la investigación epidemiológica de los contactos familiares, y se lo mantiene bajo aislamiento hospitalario. Están en curso investigaciones adicionales sobre los contactos cercanos de la familia, el bebé recién nacido, y los trabajadores de la salud.

Además, dos casos anteriormente confirmados por laboratorio de Qatar murieron los días 19 y 29 de noviembre de 2013.

A nivel mundial, desde septiembre de 2012 hasta la fecha, la OMS ha sido informada de un total de 163 casos confirmados por laboratorio de infección por el MERS-CoV, incluyendo 70 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.

Las personas con alto riesgo de enfermedad grave por MERS-CoV deben evitar el contacto cercano con animales al visitar granjas o establos donde se sabe que el virus puede estar circulando. El público en general, al visitar una granja o un establo, debe respetar las medidas generales de higiene: lavarse las manos antes y después de tocar animales, evitar el contacto con animales enfermos, y seguir las prácticas de higiene de los alimentos.

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.

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

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**

España: Hasta 45% de las tiras reactivas de glucosa envasadas en viales multiusos están contaminadas

27 de noviembre de 2013 – Fuente: Europa Press

El 45% de las tiras reactivas de glucosa procedentes de viales multiusos están contaminadas por microorganismos como *Staphylococcus epidermidis* y *Staphylococcus haemolyticus*, por lo que la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH) recomienda las tiras en envase individual para medir la glucosa en sangre por ser "más seguras y costo-eficientes".

Estos expertos consideran que la prevención de las infecciones nosocomiales causadas por estas tiras supondría un gran ahorro para los sistemas sanitarios. Las infecciones adquiridas por los pacientes hospitalizados afectan a 5,61% de las personas ingresadas en España y supondría un ahorro de más de 1.350 millones de dólares anuales, según datos del 'Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España (EPINE-EPPS 2012)'.⁴

El estudio *Prevalence of Bacterial Contamination of Glucose Test Strips in individual Single-use packets versus multi-use vials*, realizado en tres hospitales universitarios de España este año, determinó que 45% de las tiras reactivas de glucosa envasadas en viales multiusos estaban contaminadas.⁴

En este sentido, el estudio EPINE-EPPS 2012 sobre contaminación de tiras reactivas indica que estas tiras pueden actuar como fomites para la transmisión, tanto paciente-paciente como profesional-paciente, de bacterias y microorganismos potencialmente patógenos que son importantes para los procedimientos de control de las infecciones.

Esto ya se sugería en el estudio *Bacterial contamination of glucose test strips: Not to be neglected*, realizado en Francia, el cual señalaba que el estrecho acceso de los viales multiusos facilitaba que pudiera haber una contaminación cruzada manual de las tiras y los dedos, ya que los viales pasaban de una habitación a otra del hospital, por lo que se recomendaba que se las tiras reactivas de glucemia se dispensasen en unidades individuales que pudieran administrarse sin ser tocadas.⁵

El formato individual de estas tiras previene su exposición al ambiente, la humedad y la suciedad, garantizando su buen funcionamiento hasta la fecha de caducidad y minimizando así los errores en las mediciones a causa del mal estado de las mismas.

En este sentido y según la SEMPSPH, se deberían aplicar instrucciones o guías locales sobre el manejo de estos dispositivos que prevengan la contaminación bacteriana de las tiras reactivas de glucemia en el ámbito hospitalario.⁶

**The
JapanNews**

Japón: Transfundieron sangre contaminada con VIH a dos pacientes

27 de noviembre de 2013 – Fuente: The Japan News (Japón)

La sangre de un donante infectado con VIH fue transfundida a dos pacientes, después de pasar por los chequeos realizados por la Sociedad de la Cruz Roja Japonesa.

La Sociedad de la Cruz Roja Japonesa y el Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar identificaron a los receptores de las transfusiones de sangre y están comprobando si fueron infectados con el virus. El Consejo de Asuntos Farmacéuticos e Higiene Alimentaria, del ministerio, discutirá las medidas a seguir en un panel sobre las operaciones con hemoderivados.

Es la primera vez que se detecta la transfusión de sangre de un donante infectado con VIH a pacientes en Japón, desde que la Sociedad de la Cruz Roja Japonesa reforzó sus sistemas de control en 2004, después que se detectara un caso de infección por VIH a través de transfusiones de sangre en el año anterior. De acuerdo con el ministerio y la Sociedad de la Cruz Roja Japonesa, se detectaron anticuerpos para VIH en la sangre que fue donada a principios de noviembre de 2013. Aunque esa sangre no se utilizó para transfusión, se encontró que el mismo donante también había donado sangre en febrero de 2013.

La Sociedad analizó la muestra almacenada de la primera donación, y se detectaron genes del VIH. La Sociedad también confirmó que la sangre, donada por un hombre no identificado, fue transfundida a dos pacientes en 2 instituciones médicas diferentes.

La Sociedad de la Cruz Roja Japonesa, dijo el hombre escribió respuestas falsas en una encuesta de 23 puntos al momento de su última donación, que incluye una pregunta sobre si hacía la donación para recibir un test de VIH,

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

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

⁶ Las tiras reactivas para medir la glucemia que se presentan en envases que contienen varias de ellas están sujetas al riesgo de contaminación bacteriana, un hallazgo que suena obvio, pero que muy pocas veces se había estudiado, hasta los trabajos descritos en el presente reporte. A ello hay que agregar la pésima costumbre observada en algunos servicios hospitalarios, en los cuales, las citadas tiras reactivas son cortadas longitudinalmente a fin de 'ahorrar' y tener una tira reactiva adicional. La solución planteada, la individualización de los envases, aparentemente elevaría costos; pero esa elevación es mucho menor a los costos potenciales por transmisión de infecciones en el ámbito de los servicios de salud. El siguiente paso es convencer de tal ventaja a las autoridades competentes.

debido a que temía estar infectado. La opinión del ministerio es que el hombre posiblemente donó sangre con el objetivo de comprobar si estaba infectado con sida.

Los controles se llevan a cabo en dos fases. Primero, cada muestra de sangre se somete a pruebas para detectar anticuerpos del virus. Desde 1999, esta ha sido seguida de pruebas de mayor precisión realizadas en grupos de 20 muestras. Si se detecta un grupo que contenga una muestra de VIH-positivo, todas las muestras se comprueban con mayor detalle para identificar al donante en cuestión. La sangre que se transfundió a los dos pacientes de este año no se detectó como VIH-positiva al momento de la comprobación en febrero de 2013. Sin embargo, esto puede deberse al hecho de que la infección por VIH pasa por una etapa inicial llamada 'periodo de ventana', durante el cual no se puede detectar al VIH debido a su muy escasa presencia en la sangre.

La prueba que la Sociedad de la Cruz Roja Japonesa introdujo en 1999 se llama prueba de amplificación de ácido nucleico (NAT), que multiplica el número de los genes del virus en una muestra para detectar con más precisión su presencia. Sin embargo, en 2003, una cantidad de sangre donada superó la verificación de la NAT y fue transfundida a un paciente, que más tarde fue encontrado que fue infectado con el VIH.

Para mejorar aún más la precisión de los chequeos, la Sociedad de la Cruz Roja Japonesa ajustó los procedimientos en 2004. Las pruebas NAT, que se llevaban a cabo en grupos de muestras de 50 donantes, ahora se hacen en grupos de 20. La Sociedad está considerando la posibilidad de reducir aún más el número de los grupos a controlar. "Queremos acortar tanto como sea posible el período durante el cual los virus no se pueden detectar", dijo un funcionario de la Sociedad.

Norihisa Tamura, Ministro de Salud, Trabajo y Bienestar dijo el 26 de noviembre que "quisiera considerar la opción de analizar las muestras de cada donante en forma individual, no en grupos".



Nueva Caledonia: Reportan dos casos de síndrome por virus Zika

27 de noviembre de 2013 – Fuente: Radio New Zealand (Nueva Zelanda)

Dos casos de síndrome por virus Zika se han registrado en Nueva Caledonia, tras un brote confirmado en la Polinesia Francesa.⁷

El síndrome por virus Zika es una enfermedad que se propaga a través de las picaduras de mosquitos.

El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades dice que el Departamento de Salud de Polinesia Francesa confirmó un brote de varios cientos de síndrome por virus Zika en Tahití y otras islas del grupo, incluyendo Bora Bora.

Se recomienda a los viajeros utilizar repelente de insectos, vestir camisas de manga larga y pantalones largos y dormir en habitaciones cerradas o bajo mosquiteros.

Los síntomas del síndrome por virus Zika incluyen temperatura elevada, dolor de cabeza, enrojecimiento de los ojos, erupción de la piel, dolores musculares y articulares que duran hasta una semana.

Los mosquitos portadores del virus pueden picar tanto de día como de noche, en interiores y exteriores, y viven alrededor de los edificios en las zonas urbanas.⁸



Siria: La nueva campaña de vacunación contra la poliomielitis abarcará todas las provincias

30 de noviembre de 2013 – Fuente: Prensa Latina

La próxima campaña de vacunación en Siria contra la poliomielitis, que deberá iniciarse el 8 de diciembre, abarcará todas las provincias del país, afirmó el ministro de Salud, Saad Nayef.

El Ministerio ya ha completado todos los preparativos para las acciones de inmunización, agregó al-Nayef, las cuales llegarán incluso hasta Ar-Raqqa, en el noreste sirio, donde hay una fuerte presencia de extremistas islámicos contrarios al gobierno constitucional sirio.

"Todas las demarcaciones del país –especificó– ya han recibido sus asignaciones de vacunas contra la poliomielitis".

"El Ministerio de Salud ya envió un cargamento de 528.000 dosis de esa vacuna a la provincia nororiental de Hasaka, para la ejecución de las primeras campañas en esa región, así como la vecina Dayr az-Zawr", acotó.

"Asimismo –reveló–, Siria recibió dos millones de dosis de vacunas contra la poliomielitis como primer lote para el lanzamiento de las próximas campañas de vacunación". Está previsto que el Ministerio de Salud realice seis campañas consecutivas contra la poliomielitis, la primera durará una semana.

⁷ Ver 'Polinesia Francesa: Brote de síndrome por virus Zika' en Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 1.247, de fecha 8 de noviembre de 2013.

⁸ El brote de síndrome por virus Zika en las islas de la Polinesia Francesa continúa, con individuos infectados que llegaron hasta Nueva Caledonia. Un informe adicional aclaró que los casos en Nueva Caledonia eran importados. Pero si estos individuos eran virémicos al momento de la llegada, hay un significativo riesgo de transmisión en curso. Nueva Caledonia ha tenido un brote de infecciones por el virus chikungunya este año (septiembre), y los mosquitos vectores implicados en el brote son vectores competentes del virus Zika.

Las islas de la Polinesia Francesa afectadas por el brote de síndrome por virus Zika en 2013 son: Tahití, Moorea, Raiatea, Tahaa, Bora Bora, Nuku Hiva y Arutua. Hubo un importante brote de infecciones por el virus Zika en Yap y las islas cercanas de la República Federada de Micronesia en 2007. No se informó el mosquito vector de este flavivirus. Sería interesante saber si han sido identificados los mosquitos vectores del virus Zika en los brotes mencionados anteriormente.

Cuando se registraron los primeros casos en la provincia de Dayr az-Zawr, en el noroeste del país, Nayef alertó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el peligro sanitario que representan los extranjeros de 83 naciones que han penetrado en Siria con el propósito de derrocar el gobierno del presidente Bashar Hafez al-Asad.

Al asistir en Omán a la sexagésima sesión del Comité Regional para el Mediterráneo Oriental de la OMS, Nayev insistió en la necesidad de que las organizaciones internacionales de salud insten a los países vecinos de Siria a detener la infiltración de personas que cruzan ilegalmente la frontera común.

“Esa acción resulta imprescindible en el control de la poliomielitis en Siria”, explicó en esa ocasión, teniendo en cuenta que esos grupos armados provienen de zonas afectadas por el virus de esa enfermedad, sobre todo Afganistán, Pakistán, Somalia y Nigeria.



Togo: Un brote de cólera afecta a 130 personas y causa siete muertes

26 de noviembre de 2013 – Fuente: Reuters

Miles de tabletas de cloro se están distribuyendo para combatir un brote de cólera en Togo. La ONG Plan International ha proporcionado 120.000 tabletas para potabilizar el agua en las zonas afectadas.

El brote se ha extendido fuera de la capital, Lomé, hacia el norte, hasta la Región Centrale. Se han identificado al menos 130 casos de cólera, y siete personas han muerto hasta el momento.

Algunos de los casos provienen de la zona de pesca de Katanga, en Lomé, que está considerada como una de las fuentes del brote. “Parece que algunas personas no siguen las normas de higiene y algunos continúan bebiendo agua sin potabilizarla con las pastillas de cloro”, dijo Mohamed Bah, director de Plan International en Togo.

Además de las pastillas de cloro, Plan International también ha proporcionado jabón, guantes de goma y pastillas para purificar el agua. La organización está siguiendo de cerca la situación y participa en las reuniones de vigilancia diarias con el Ministerio de Salud y otros organismos de ayuda.

“Los niños menores de cinco años son particularmente vulnerables. La falta de acceso al agua y las malas condiciones de higiene y saneamiento les agrega un riesgo adicional de infección. Pero el cólera es fácil de prevenir mediante la mejora de la higiene básica, el acceso al agua potable y el intercambio de información”, añade Bah.

La venta callejera de comida y la venta de alimentos en las escuelas habían sido prohibidas temporalmente como consecuencia del brote, pero ya se les ha permitido operar nuevamente.



La OMS alerta de un aumento de 50% de las muertes por sida en adolescentes

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

La Organización Mundial de la Salud (OMS) alertó de que en los últimos años aumentó 50% el número de muertes por sida en adolescentes, según datos de 2005 a 2012, cuando entre la población general la mortalidad por esta causa ha caído 30% en el mismo periodo.

Este organismo de la Organización de Naciones Unidas estima que en todo el mundo hay más de dos millones de adolescentes de entre 10 y 19 años con VIH, y atribuyen el aumento de las muertes por sida a la falta de apoyo de los programas de VIH a este colectivo.

Además, una séptima parte de las nuevas infecciones por VIH se producen durante la adolescencia, por lo que “a menos que se eliminen las barreras, nunca se hará realidad el sueño de una generación libre de sida”, apuntó Craig McClure, director de los programas de VIH del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Para corregir esta situación, la OMS y el UNICEF han elaborado una guía para favorecer el acceso de los test del VIH a los adolescentes y ofrecer asesoramiento y atención tanto a los jóvenes infectados como a quienes están en riesgo de sufrir la enfermedad.

“Los adolescentes se enfrentan a presiones emocionales y sociales difíciles, y a menudo confusas, a medida que se hacen adultos”, reconoció Gottfried Hirnschall, director del Departamento de VIH/Sida de la OMS, quien considera que esto hace que necesiten que los servicios de salud y sociales “se adapten a sus necesidades”.

De hecho, reconoce que los jóvenes son “menos propensos” que los adultos a someterse a la prueba del VIH, al tiempo que también “necesitan más apoyo para ser atendidos y mantener la adherencia al tratamiento”.

La OMS destacó que muchos de los que fueron diagnosticados con el virus al nacer están llegando a la adolescencia y, además de los muchos cambios relacionados con esta etapa de la vida, también se enfrentan a los retos de vivir con una infección crónica, de tener que contárselo a amigos y familiares y de estar atentos para evitar el contagio a sus parejas.

Además, destacó el caso del África subsahariana, donde hay un porcentaje elevado de jóvenes que desconocen si padecen la enfermedad. De hecho, hay datos que cifran que sólo entre 10 y 15% de los hombres y mujeres de 15 a 24 años conocen su infección.



Facilitar el acceso al test del VIH sin el consentimiento de los padres

Entre las propuestas de la OMS, piden a las autoridades sanitarias que hagan más fácil para los adolescentes acceder a la prueba del VIH sin tener el consentimiento de sus padres, que se mejore la calidad de la atención y el apoyo social para este colectivo, y que los servicios de salud tengan a profesionales preparados para atender a pacientes con estas edades.

“Los jóvenes tienen que estar mejor equipados para manejar su infección por el VIH y tomar las riendas de su salud”, defendió Elizabeth Mason, directora del Departamento de Salud del Adolescente de la OMS.

Además, para ayudar a los profesionales sanitarios a poner en práctica estas recomendaciones de la OMS se ha desarrollado una nueva herramienta *on-line* que se lanzará en enero de 2014, con casos prácticos de programas de aquellos países que están trabajando en estrecha colaboración con los adolescentes sobre temas de VIH.



La OMS emite nuevas directrices para tratar a 20 millones de niños malnutridos

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

Unos 20 millones de niños en todo el mundo padecen malnutrición severa aguda, una situación que la Organización Mundial de la Salud (OMS) busca paliar con nuevas directrices para su tratamiento, como la hospitalización inmediata, alimentación con leche de fórmula fortificada y uso de antibióticos.

Estas nuevas directrices, que sustituyen a las de 1999, son recomendaciones clave para que sean incluidas en los planes de salud nacionales, ya que, según la OMS, muchos de ellos no tienen en cuenta las necesidades específicas de estos niños.

“Si estos niños no reciben los cuidados médicos y nutricionales correctos suelen morir”, señaló Francesco Branca, director del departamento de nutrición para la salud y el desarrollo de la OMS.

La malnutrición severa grave es el mayor grado de desnutrición que un niño puede padecer y se diagnostica cuando la circunferencia de la parte superior del su brazo mide menos de 115 milímetros.

En cuanto al tratamiento basado en antibióticos, la OMS recomienda ahora que se restrinjan a los menores de cinco años con malnutrición severa grave, que son los que tienen el sistema inmune más debilitado y son más propensos a infecciones.

Indicaron que el uso generalizado de antibióticos en los niños que no los necesitan puede hacer que las infecciones se vuelvan resistentes a los tratamientos.

Sin embargo, los niños que no presenten complicaciones médicas evidentes y sean capaces de comer por sí mismos pueden seguir un tratamiento a base de comida terapéutica desde sus casas, con lo que se evitará exponer a los niños al riesgo de infecciones y enfermedades hospitalarias.

Otra de las directrices que ha cambiado la OMS se refiere al tratamiento de los niños gravemente desnutridos con VIH, ya que en 1999 los tratamientos antirretrovirales no estaban muy avanzados y había escasa disponibilidad de este tipo de fármacos.

En la actualidad, el acceso a estos medicamentos ha mejorado, por lo que aconsejan hacer pruebas rutinarias de detección de la enfermedad en los países donde es más común, además de empezar los tratamientos para VIH en niños seropositivos combinados con alimentos especiales y antibióticos.

Otro grupo a los que la OMS se refiere por primera vez en estas directrices son los niños menores de seis meses, para los que recomienda una nutrición basada en el uso exclusivo de leche materna, que proporciona una óptima protección contra infecciones.

La organización pone especial énfasis en los bebés gravemente desnutridos e insta a los servicios de salud a dar un apoyo especial a las madres que no pueden amamantar a sus hijos, proporcionándoles leche de fórmula y ayuda para prepararla de forma segura.





Flu jab →

Beat flu, use a jab.

Flu isn't like the common cold. It can put you in hospital or even kill. There's now a free Flu jab ready and waiting for anyone 65 and over, as well as those in at risk groups. If you're unsure contact your local surgery, or NHS Direct on 0845 46 47 or visit www.nhsdirect.nhs.uk Don't let your jab go to waste.

GET THE RIGHT TREATMENT. 

Those at risk include people with a chest or heart condition, kidney failure, diabetes or any other serious medical condition.

Vence a la influenza, usa la vacuna. (Juego de palabras: en inglés, *jab* es tanto 'inyección' como 'golpe directo', en la jerga boxística). **La influenza no es como un resfrío común. Puede mandarte al hospital e incluso matarte. Ahora hay una vacuna gratuita contra la influenza que está esperando por todas las personas de 65 y más años, como así también a las de otros grupos de riesgo. No dejes que tu inyección (o tu golpe) se pierda.**

National Health Service (Inglaterra, Gran Bretaña).

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.