



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina



Número 1.264

5 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)

Argentina

- **Vigilancia de síndrome de rubéola congénita**
- **Buenos Aires: Investigadores de la UBA estudian la dinámica de las epidemias**
- **Misiones, Posadas: Confirman un nuevo caso de leishmaniosis visceral**

América

- **Canadá, Alberta: Consideran controlado un brote de sarampión**
- **Costa Rica: Un canadiense es el sexto caso de malaria del año**
- **El Salvador: La epidemia de sida tiende a disminuir**
- **Estados Unidos: Retienen a los pasajeros de un vuelo de Texas a Arizona, por temor a tuberculosis**
- **Estados Unidos, California: Reportan cuatro casos de meningitis meningocócica**

- **Estados Unidos: La vacuna contra la varicela no tiene la culpa del aumento de casos de culebrilla**

El mundo

- **Alemania/Gran Bretaña: Ya está disponible una vacuna contra el meningococo B**
- **Europa: En marcha el desarrollo de una vacuna universal contra la influenza**
- **República Democrática del Congo, Idiofa: Registran 300 casos de sarampión en un mes**
- **Sudáfrica, Vulindlela: Un centro trabaja con adolescentes vulnerables para prevenir la infección del VIH/sida**
- **El tratamiento de la malaria podría mejorarse en los niños ajustando las dosis**
- **La OMS define la investigación de enfermedades olvidadas**

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/

Vigilancia de síndrome de rubéola congénita

3 de diciembre 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)

Estudio serológico de rutina para rubéola durante el embarazo

Dado que la definición de caso incluye 'Historia de infección por rubéola (confirmada o sospechosa) de la madre durante el embarazo', es importante clarificar la conducta correcta ante estudio serológico de rutina para rubéola durante el embarazo.

Si bien una de las estrategias principales para prevenir el síndrome de rubéola congénita (SRC) es la vacunación, también es importante determinar el estatus inmunológico para rubéola de las mujeres en edad fértil, idealmente antes de la concepción.

Asimismo, debido a que el diagnóstico clínico de rubéola es inespecífico, es necesario realizar pruebas serológicas para confirmarlo, especialmente cuando la paciente está embarazada o estuvo en contacto con una gestante.

Ante todo caso sospechoso de rubéola, corresponda o no a embarazada, (paciente con fiebre y exantema eritemato-máculo-papular), el diagnóstico se realiza por detección de IgM específica contra rubéola. Existen varios métodos comerciales que varían en sensibilidad y especificidad. Además, la IgM específica de rubéola puede perdurar un año o más después de la infección natural o la vacunación e incluso de la reinfección asintomática.

Como la incidencia de rubéola es baja actualmente, se pueden presentar resultados falsos positivos debidos a reacción cruzada con otras infecciones virales o con factor reumatoideo. Es esencial que la interpretación de los resultados de laboratorio sea realizada por expertos y en el contexto del cuadro clínico para evitar interpretaciones erróneas y minimizar la ansiedad de las pacientes.

La determinación de rubéola IgM no está indicada en forma rutinaria en las embarazadas, salvo que exista el antecedente de síntomas compatibles con la enfermedad. En diferentes estudios se demostró que la interpretación de los resultados de IgM de rubéola en embarazadas debe ser realizada con precaución. Se debe considerar el antecedente de exantema, estudio serológico previo y vacunación específica. El estudio serológico innecesario de rubéola IgM puede generar interpretaciones erróneas, por cuanto el valor predictivo positivo de esta determinación disminuye en los países sin circulación viral como resultado de los falsos positivos, la persistencia prolongada de IgM específica y los errores en la interpretación de los resultados. Se ha comunicado que entre 1 y 2% de las muestras de suero estudiadas para IgM rubéola serán falsos positivos.

Para evitar estos casos se sugiere no realizar determinaciones innecesarias en pacientes sin evidencia clínica ni epidemiológica de rubéola y, ante la sospecha, derivar la muestra a los laboratorios especializados de la red para la correcta interpretación.

Se recomienda el estudio serológico rutinario con IgG específica anti-rubéola en embarazadas sanas para la prevención de la rubéola congénita en el postparto inmediato o como parte de la evaluación concepcional. De resultar IgG negativa se recomienda la vacunación con vacuna doble (SR) o triple viral (SRP) en el puerperio. En las no gestantes detectadas susceptibles por la determinación de IgG específica está recomendada la profilaxis activa con vacuna SR o SRP preconcepcional, con la indicación de evitar el embarazo durante el mes siguiente a la vacunación específica.

Esta vacuna está contraindicada durante el embarazo, por el riesgo teórico de embriopatía, aunque no hay evidencia que asocie la vacuna con el SRC en más de 40 años de uso a nivel mundial.

Aun cuando las recomendaciones lo desaconsejan, numerosos profesionales optan en ocasiones realizar también el cribado o tamizaje con IgM específica contra rubéola. Los casos positivos representan un serio problema diagnóstico ya que el resultado puede condicionar las decisiones respecto a la continuación del embarazo al plantear un alto riesgo de transmisión vertical del virus. Estos casos deben ser derivados a los laboratorios de referencia para completar los estudios con títulos y prueba de avidéz de IgG específica. Se sugiere fuertemente la toma de una segunda muestra de suero a como también las muestras para la detección viral (orina e hisopado nasofaríngeo).

Tabla 1. Casos sospechosos notificados y tasas de notificación cada 10.000 nacidos vivos, según provincia y región. Argentina. Año 2013, hasta semana epidemiológica 37. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS), Módulos C2 y SIVILA – Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (PRONACEI). Datos preliminares.

Provincia/Región	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	4	0,88
Buenos Aires	7	0,24
Córdoba	4	0,68
Entre Ríos	—	—
Santa Fe	10	1,88
Centro	25	0,53
Mendoza	—	—
San Juan	—	—
San Luis	1	1,26
Cuyo	1	0,16
Corrientes	8	3,91
Chaco	2	0,88
Formosa	7	5,97
Misiones	1	0,41
NEA	18	2,26
Catamarca	1	1,47
Jujuy	3	2,24
La Rioja	1	1,63
Salta	10	3,60
Santiago del Estero	—	—
Tucumán	—	—
NOA	15	1,56
Chubut	2	2,00
La Pampa	—	—
Neuquén	2	1,64
Río Negro	—	—
Santa Cruz	1	1,64
Tierra del Fuego	1	3,97
Sur	6	1,24
Total Argentina	65	0,86

Recomendaciones

- Para estudio serológico de rutina la detección de anticuerpos IgG contra la rubéola, en mujeres en edad fértil, como parte de la evaluación preconcepcional.
- Administrar vacuna doble o triple viral en el puerperio inmediato (óptimo antes del egreso del servicio de obstetricia) a toda mujer con estudio serológico negativo para rubéola (IgG negativa).
- En las embarazadas sin estudios serológicos previos, una sola prueba serológica IgG permite determinar el estado de inmunidad contra la rubéola. Se desaconseja el cribado serológico con IgM en pacientes asintomáticas.
- Ante sospecha de rubéola (síntomas compatibles: fiebre y exantema) estudiar IgM específicas contra la rubéola entre los 4-30 días después de la presentación de la enfermedad.
- Todo paciente sospechoso de rubéola debe ser notificado al Sistema de Vigilancia Nacional de Salud, para su estudio e implementación de las acciones de control correspondientes.¹



Buenos Aires: Investigadores de la UBA estudian la dinámica de las epidemias

18 de noviembre de 2013 – Fuente: Universidad de Buenos Aires (Argentina)

En diciembre de 1870, Buenos Aires tenía 187.000 habitantes. Las casas –algunas de madera o barro– no daban abasto frente al crecimiento inmigratorio; mucha gente se hacinaba en los barrios del sur. La higiene urbana era deficiente y la principal fuente de agua era de lluvia, almacenada. El famoso aguatero vendía el agua del río a buen precio, por lo que sólo era para los ricos. Así, el agua era escasa y dudosamente potable. Finalizada la Guerra del Paraguay, los soldados comenzaron a regresar trayendo consigo un compañero indeseado: el virus de la fiebre amarilla, que terminó produciendo una epidemia que mató a casi 15.000 porteños, paralizó la ciudad, y modificó sus rasgos para siempre. “Cuando uno estudia una epidemia histórica, como nosotros hicimos con la epidemia de fiebre amarilla en Buenos Aires, entiende que la epidemia se da por una suma de factores que en ese caso tienen que ver con el ambiente urbano, pero también por otros factores sociales e históricos como la Guerra de la Triple Alianza y la reacción social (miedo y desplazamientos internos) a la epidemia”, dice el físico Hernán Solari.

Hay, sin dudas, muchas áreas de la ciencia desde donde abordar las epidemias, por eso no sorprende encontrar en el Departamento de Física de la Facultad de Ciencias Exactas de la Universidad de Buenos Aires (UBA) un grupo de investigadores dedicado a su estudio. Hernán Solari, docente en Ciencias Exactas de la UBA e investigador del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), dirige el Grupo de Dinámica de Sistemas Complejos, con el cual trabaja en la comprensión de la dinámica de procesos epidémicos en los que actúan vectores tales como *Aedes aegypti*, el vector del dengue. Les interesa la evolución temporal del problema como consecuencia de las “fuerzas” que operan, es decir, en función de las causas de los cambios. Por eso se trata de un proceso dinámico al que han llamado eco-epidemiología matemática.

“En estos procesos hay tres poblaciones principales en interacción: el hospedador (el ser humano y el maíz, en este caso), el agente patógeno (flavivirus del dengue y *Spiroplasma kunkeli*) y un insecto vector (el mosquito y la chicharrita). Pero ellos no conforman un sistema aislado sino que están ligados a factores climáticos, a otras especies y a las acciones de los humanos. La ocurrencia, el tamaño y duración de una epidemia, como también la efectividad de las acciones para evitarla o limitar su alcance dependen de una correcta integración de esas fuerzas”, explica Solari.

Las epidemias son sistemas complejos, y uno de sus rasgos distintivos es la necesidad de abordarlas de manera interdisciplinaria. Por eso, el grupo cuenta con la colaboración de Nicolás Schweigmann y Sylvia Fischer, del Grupo de Estudio de Mosquitos para sus trabajos sobre dengue.

Otra singularidad es que el método de estudio es parte del problema que hay que resolver. Luego de dialogar con los especialistas –biólogos o médicos– los investigadores comienzan a determinar las fuerzas que actúan y su posible matematización. No suelen contar con toda la información necesaria porque el proceso de construcción de modelos demanda nuevos conocimientos. “Las causas son integradas en modelos matemáticos, y las derivaciones lógico matemáticas de esas causas, comparadas con mediciones directas. Las falencias de los modelos son entonces referidas a las fuerzas que los constituyen en un proceso llamado ‘diferenciación’ por Rolando García. Muchas veces es necesario revisar conceptos previos de las disciplinas y reconceptualizar siguiendo esta forma propia de la investigación en sistemas complejos. También es inevitable vernos involucrados en la realización de experimentos que ponen a prueba nuestras conjeturas o buscan la información que previamente las disciplinas no habían producido. Esta dinámica de la investigación naturaliza al modelo como integrador de los conocimientos y lleva a una continua profundización en las causas integradas y los alcances del modelo. Uno termina sabiendo cosas del sistema que ni siquiera se había preguntado”, precisa Solari.

La eco-epidemiología-matemática puede decir cuál será el curso de las epidemias. “Nuestro modelo de dengue hizo un buen trabajo con respecto a la circulación del virus en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante 2009. Indicamos que eran posibles epidemias y también la circulación forzada del virus por un continuo arribo de personas víremicas y que la situación que se diera dependería de la fecha de arribo de los casos índices. La situación se dio tal como habíamos predicho”, dice Solari. También permite ver cual sería el efecto esperable de las medidas de prevención y calcular el esfuerzo que se debe poner en una u otra. “En definitiva, sirve para tener idea de qué esperar y como manejar situaciones epidémicas, pero los modelos sólo responden a causas previamente identificadas o pen-

¹ Para ficha de notificación, definiciones de casos, flujo de notificación y recomendaciones, hacer clic [aquí](#).

sadas. No son la realidad y hay que usarlos con precaución. Es por eso que por el momento preferimos pensarlos como herramientas para el desarrollo del conocimiento más que en sus posibilidades de aplicarlos a la realidad”, concluye Solari.

LíneaCapital Misiones, Posadas: Confirman un nuevo caso de leishmaniosis visceral

3 de diciembre de 2013 – Fuente: Línea Capital (Argentina)

El Ministerio de Salud Pública de Misiones confirmó ayer que asiste a un paciente que reside en Posadas con leishmaniosis visceral.

Desde el Departamento de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio se confirmó que en la semana epidemiológica 49 se recibió la notificación del Hospital de Enfermedades Transmisibles 'Dr. Pedro Baliña' de la confirmación de un nuevo caso de la enfermedad en Posadas.

Según se informó, el paciente “permanece internado en dicho nosocomio. Se trata de un adulto, con un tiempo de evolución aproximado de dos meses y que presenta hepatoesplenomegalia, RK39 positivo y punción de medula ósea con amastigotes. Se encuentra con afectación del estado general”.

Según se indicó se continúa la vigilancia en pacientes con síndrome febril.



Los casos de 2013

El 1 de junio se conoció el primer caso de leishmaniosis visceral de 2013, en un hombre de 40 años, oriundo de Bonpland, que estuvo internado en el Hospital Escuela de Agudos 'Dr. Ramón Madariaga'.

El segundo caso se registró en San José, en una beba de 2 años. Después, se notificó un caso más en un hombre de 46 años de la zona sur de Posadas. Con el de ayer son cuatro los pacientes confirmados, de los cuales dos son de Posadas.

Una enfermedad que no para

Según estadísticas oficiales, el año pasado el número de casos de leishmaniosis visceral creció 45%, comparado con 2011, y afectó principalmente a los niños.

Los registros muestran que en 2012 el sistema sanitario atendió 11 pacientes pediátricos con la enfermedad y cinco adultos. A causa de cuadros graves fallecieron cinco niños y un adulto en los centros de salud.

Según datos oficiales, desde el año 2006 hasta la fecha son 104 los pacientes confirmados en Misiones.

América



Canadá, Alberta: Consideran controlado un brote de sarampión

29 de noviembre de 2013 – Fuente: The Lethbridge Herald (Canadá)

Han pasado poco más de cinco semanas desde que los funcionarios de los Servicios de Salud de Alberta abrieran un centro para la evaluación del sarampión fuera del Hospital Regional Chinook, en Lethbridge, para ayudar a lidiar con un brote de la enfermedad en el sur de Alberta, que comenzó a principios de octubre de 2013. Desde que se identificó el primero caso, se han confirmado más de 40 casos de sarampión en el área. Desde su apertura, decenas de personas han sido evaluadas, y cientos más han sido inmunizadas.

Está en curso una masiva campaña de educación pública, y equipos de evaluación móviles de paramédicos y enfermeras fueron enviados a la comunidad para ayudar a identificar los casos y ofrecer instrucciones para su cuidado. El centro de evaluación del sarampión está cerrado ahora, pero puede volver a abrirse de inmediato si los números comienzan a aumentar nuevamente.

Los funcionarios son cautelosamente optimistas de que ya ha pasado lo peor del brote, pero también están monitoreando la situación las 24 horas del día y están listos para ponerse en movimiento de inmediato.

INSIDE COSTARICA Costa Rica: Un canadiense es el sexto caso de malaria del año

2 de diciembre de 2013 – Fuente: Inside Costa Rica (Costa Rica)

Un ciudadano canadiense es el sexto caso registrado de malaria en Costa Rica este año, pero las autoridades creen que el paciente adquirió la enfermedad durante un viaje a Perú.

“Una investigación del caso determinó que el paciente contrajo la enfermedad en Perú”, dijo María Ethel Trejos, directora de Vigilancia de la Salud.

Según Trejos, el paciente había pasado dos semanas en Perú, seguido de siete días en Panamá, antes de llegar a Costa Rica. Explicó que las autoridades de salud determinaron que la enfermedad fue contraída mientras el paciente se encontraba en Perú, debido al período de incubación del parásito que causa la enfermedad.

Trejos dijo que el hombre está en Monteverde y en buen estado de salud, y se ha informado a las autoridades de salud de Perú y Canadá sobre su condición.

Este es el sexto caso de malaria reportado en Costa Rica este año. Según las autoridades de salud, la mayoría de los casos fueron pacientes que contrajeron la enfermedad en el extranjero.



El Salvador: La epidemia de sida tiende a disminuir

2 de diciembre de 2013 – Fuente: EFE

La epidemia del sida ha causado más de 30.000 casos en El Salvador, pero muestra una tendencia a la disminución en los últimos años, aseguraron este lunes autoridades del Ministerio de Salud.

Isabel Nieto, jefa del Programa Nacional de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/Sida del Ministerio de Salud, afirmó que “en los últimos tres años se ha reducido el número de casos nuevos” de infecciones con el VIH.

“Hemos ido reduciendo 300, 200 casos nuevos cada año; hace cuatro años andábamos arriba de los 2.100 casos, pero el año pasado tuvimos 1.700 casos y entre enero y octubre pasados, 1.230 casos”, dijo Nieto.

Añadió que esperan que en los dos últimos meses del año el incremento “no sea tanto”.

La funcionaria precisó que el Ministerio de Salud registra al menos 30.487 casos de sida desde 1984, cuando se registró el primer enfermo, hasta fines de octubre pasado.

Sin embargo, Nieto admitió que seguramente hay un subregistro de casos, pues “es probable que haya muchas más personas que estén infectadas con el VIH”.

Atribuyó la tendencia a la disminución de la epidemia a la incidencia de las acciones de prevención del Ministerio de Salud en colaboración con organismos internacionales y de la sociedad civil.

Además, destacó que “hay cambios de actitud, hay cambios de comportamiento; la gente conoce más las formas de prevención” del contagio del VIH.

Empero, en la sociedad salvadoreña todavía “hay mucho temor a hablar del uso del condón, que no es ciento por ciento efectivo, pero que dentro de las alternativas es la que ofrece mayor seguridad”, agregó Nieto.

Por su parte, Salvador Sorto, técnico del Programa Nacional de ITS y VIH/Sida, aseguró que el diagnóstico diario de nuevos casos de VIH ha bajado de seis a cuatro desde 2008.

Asimismo, la tasa de mortalidad ha disminuido de 5,6 en 2008 a 4,0 en 2012, añadió, sin precisar la cantidad de fallecidos desde el inicio de la epidemia.



Estados Unidos: Retienen a los pasajeros de un vuelo de Texas a Arizona, por temor a tuberculosis

3 de diciembre de 2013 – Fuente: The Associated Press

Aproximadamente 70 pasajeros que viajaban de Texas a Arizona en un vuelo de US Airways Express tuvieron que permanecer brevemente en el avión luego que éste ya había aterrizado, y varios de ellos señalaron que les dijeron que se hicieran pruebas de tuberculosis y se vacunaran contra la enfermedad.

El sábado, personal de emergencia abordó en Phoenix el avión y sacó a un hombre a quien se le pidió colocarse una mascarilla médica.

El vocero de US Airways Bill McGlahsen informó que después de salir de Austin la aerolínea fue notificada que el estatus del pasajero se había modificado a “no viajar” debido a una condición médica no especificada.

Funcionarios sanitarios federales y del condado de Maricopa dijeron que no se confirmó de inmediato si el pasajero evacuado padecía de alguna condición médica de riesgo.



Estados Unidos, California: Reportan cuatro casos de meningitis meningocócica

3 de diciembre de 2013 – Fuente: Notimex

Cuatro casos de meningitis se han reportado entre estudiantes de Santa Bárbara, al sur de California, por el Departamento de Salud Pública de ese condado.

Por esa razón las autoridades médicas han suspendido actividades sociales y fiestas en instalaciones de la Universidad de California en Santa Bárbara, una comunidad a 150 kilómetros al noroeste de Los Ángeles.

Los cuatro pacientes han sido infectados durante el último mes y a uno de ellos le han tenido que amputar ambos pies.

Los dos primeros casos confirmados fueron detectados a partir del 11 de noviembre y los cuatro infectados han surgido de un potencial de convivencia social de entre 300 y 500 estudiantes con alto riesgo de contagio.

La enfermedad meningocócica puede ser altamente contagiosa con la convivencia social y la cercanía física.

Las personas infectadas reportan altas fiebres, severos dolores de cabeza y aumento a la sensibilidad a la luz, de acuerdo a las autoridades médicas.

Recomendaron que para evitar el contagio las personas eviten compartir utensilios de comida o botellas de agua.

La prevalencia de la dolorosa afección conocida como culebrilla aumenta en Estados Unidos, y una nueva investigación señala que la vacuna contra la varicela no tiene la culpa.

La culebrilla es provocada por el mismo virus que causa la varicela, el virus varicela-zóster. Los investigadores han planteado la teoría de que la vacunación generalizada contra la varicela a partir de la década de 1990 podría haber dado a la culebrilla un impulso no intencionado. Pero esa teoría no resultó cierta en un estudio de casi tres millones de adultos mayores.

“El programa de vacunación contra la varicela se introdujo en 1996, así que observamos la incidencia de la culebrilla desde principios de la década de 1990 hasta 2010, y vimos que la culebrilla ya había estado en aumento antes del inicio del programa de vacunación”, apuntó el autor del estudio, el Dr. Craig Hales, epidemiólogo médico de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos “Y aunque la cobertura de la inmunización en los niños alcanzó a 90%, la tasa de culebrilla no cambió”.

Una vez que alguien sufre varicela, el virus varicela-zóster permanece en el cuerpo, inactivo durante años –con frecuencia incluso décadas–, pero entonces sucede algo que lo reactiva. Cuando se reactiva, se conoce como herpes zóster o culebrilla.

“La exposición a los niños con varicela aumenta la inmunidad de los adultos al virus”, explicó Hales. Pero los expertos se preguntaban si vacunar a toda una generación de niños contra la varicela podría afectar la tasa de culebrilla en las personas mayores, que ya han sido expuestas al virus de la varicela.

“Nuestra inmunidad natural desciende con el tiempo, y una vez que ha descendido lo suficiente, el virus puede reactivarse”, explicó Hales. “Así que si nunca nos expusiéramos a niños con varicela, ¿perderíamos ese refuerzo normal de la inmunidad?”.

Para responder a esta pregunta, Hales y sus colaboradores revisaron reclamaciones de Medicare de 1992 a 2010 que incluían a unos 2,8 millones de personas mayores de 65 años.

Hallaron que las tasas anuales de culebrilla aumentaron en 39% durante el periodo del estudio de 18 años. Pero no hallaron un cambio estadísticamente significativo en la tasa tras la introducción de la vacuna contra la varicela. También hallaron que la tasa de culebrilla no varió entre un estado y otro cuando hubo distintas tasas de cobertura de la vacuna contra la varicela.

Estos hallazgos sugieren que la vacuna contra la varicela no está relacionada con el aumento en la culebrilla, según Hales. Entonces, ¿qué podría ser responsable del aumento en la culebrilla?

Hales apunta que los expertos no están seguros. “En realidad no sabemos por qué alrededor de entre una cuarta y una tercera parte de las personas que han sufrido de varicela luego contraen culebrilla en algún momento de sus vidas, y las demás no”, explicó.

Hales sí anotó que las afecciones y tratamientos que pueden afectar al sistema inmunitario del cuerpo han aumentado en los últimos años. “Pensamos que quizá eso podría explicar el aumento”, dijo Hales. “Pero seleccionamos a personas que no tenían ninguna enfermedad ni tomaban ningún medicamento que suprimiera al sistema inmunitario, y aún así observamos un aumento en la culebrilla”.

Dijo que los investigadores también pensaban que los casos reportados de culebrilla podrían estar en aumento porque más personas consultan al médico a medida que la exposición al conocimiento médico aumenta. Pero hallaron que la incidencia de culebrilla aumentaba más que la de otras afecciones. “Si los aumentos en la culebrilla se debieran a que más personas van al médico, la incidencia de otros trastornos médicos también estaría en aumento”, planteó Hales.

En el futuro, Hales dijo que debido a la vacuna contra la varicela, “la culebrilla podría ser una enfermedad relativamente rara”. Eso se debe a que los niños que ahora se vacunan nunca habrán sufrido de la infección inicial con el virus varicela-zóster.

Mientras tanto, las personas que han sufrido de varicela deberían considerar vacunarse contra la culebrilla. Y eso significa casi todo el mundo. “Casi 100% de las personas de Estados Unidos han sido afectadas por el virus varicela-zóster”, advirtió Hales. Los CDC recomiendan la vacuna, que se aplica en una sola dosis, para todas las personas a partir de 60 años.

El Dr. Kenneth Bromberg, director del Centro de Investigación en Vacunas del Centro del Hospital de Brooklyn en la ciudad de New York, se hizo eco de esa recomendación. “Hasta ahora, no sabemos por qué hay más culebrilla. Pero hay una vacuna para prevenirla”, dijo Bromberg.

La culebrilla ocurre con mayor frecuencia entre las personas mayores de 50 años. Los síntomas iniciales usualmente incluyen una sensación de quemazón o un dolor punzante en un lado del cuerpo o de la cara. Después de eso surgen sarpullidos o ampollas, y el dolor de la culebrilla puede persistir durante semanas, meses o incluso años.²



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

Alemania/Gran Bretaña: Ya está disponible una vacuna contra el meningococo B

4 de diciembre de 2013 – Fuente: Europa Press

Los niños de Gran Bretaña y Alemania ya pueden vacunarse contra la meningitis por meningococo B con la vacuna Bexsero®, desarrollada por Novartis, la cual puede adquirirse en las farmacias de estos países bajo libre dispensación con receta médica.

Andrin Oswald, jefe de la División de Novartis Vaccines, señaló que la disponibilidad de la vacuna Bexsero® en estos dos países “es un hito importante en la lucha frente a la enfermedad meningocócica invasiva”. También aseguró que están contentos de que la enfermedad por meningococo B “sea prevenible en Alemania y Gran Bretaña” y espera que lo sea “muy pronto en todos los demás”.

Esta vacuna, que está indicada para la inmunización activa a partir de los dos meses de edad, está finalmente disponible tras 20 años de investigación en los laboratorios que la compañía tiene en Italia. La vacuna ya está autorizada para su uso en todos los países de la Unión Europea, y en algunos como Irlanda, Francia y Portugal se sumarán a los dos anteriormente citados para comenzar a distribuir la vacuna en las próximas semanas.

La enfermedad meningocócica invasiva es la principal causa de meningitis en Europa, especialmente entre los lactantes, el grupo de edad más expuesto al meningococo B. En España, la principal causa la representa el serogrupo B, que en 2011 supuso 64% del total de casos tipificados de infección por *Neisseria meningitidis* y constituyó 77% de todas las meningitis meningocócicas en niños menores de un año de edad.

Sin embargo, y dado que su incidencia es baja, todavía se subestima esta patología. Ya que muchos casos terminan con el fallecimiento de la persona incluso antes de ser diagnosticado, “la prevención es la mejor defensa contra esta agresiva enfermedad”, según recomienda Novartis.

**Europa: En marcha el desarrollo de una vacuna universal contra la influenza**

3 de diciembre de 2013 – Fuente: Community Research and Development Information Service

CORDIS

Recientemente levó anclas un proyecto europeo que aspira a lograr grandes avances en el desarrollo de una vacuna universal contra la influenza y a frenar la aparición de epidemias estacionales y cepas nuevas.

Esta infección viral suele extenderse en los meses de más frío; así, la influenza estacional es la causante de entre tres y cinco millones de casos de enfermedad grave y entre 250.000 y 500.000 defunciones en todo el mundo.

Por su rápida propagación, sobre todo en grupos de población considerados de riesgo elevado, la influenza sigue constituyendo un problema grave de salud pública. Hasta la fecha, la forma más eficaz de prevenir la enfermedad o sus síntomas más graves consiste en la vacunación con periodicidad anual, pero las vacunas disponibles actualmente apenas ofrecen una protección limitada frente a las cepas en evolución de esta patología.

Con el ánimo de enmendar estas deficiencias, siete organizaciones europeas de prestigio unieron fuerzas y emprendieron una colaboración público-privada, en forma del proyecto EDUFLUVAC, tendente a desarrollar una vacuna de espectro amplio y larga duración contra la influenza.

EDUFLUVAC inició su andadura hace tan sólo un mes y pretende aplicar un método novedoso consistente en “adiestrar” al sistema inmunitario para que reconozca regiones comunes entre cepas distintas del virus de la influenza.

“El desarrollo de una vacuna universal contra la influenza se ha constituido en una prioridad sanitaria de orden mundial de cara a prevenir la propagación del virus y el surgimiento de cepas nuevas. Estamos convencidos de que EDUFLUVAC supondrá un gran paso adelante hacia la consecución de este objetivo”, aseguró Othmar Engelhardt, investigador principal radicado en el Instituto Nacional de Control y Estándares Biológicos, en Gran Bretaña.

El equipo investigador confía en ofrecer una mayor protección frente a las epidemias de influenza mediante el desarrollo de una vacuna que, además de proporcionar la ventaja inmensa de hacer innecesaria una vacuna estacional cada año, permita reducir la necesidad de realizar costosas campañas anuales de vacunación.

Odile Leroy, director ejecutivo de la European Vaccine Initiative y coordinador de EDUFLUVAC, declaró: “Hoy por hoy, los países de rentas bajas y medias cuentan con programas mínimos de vacunación antigripal. Por tanto, el desarrollo de una vacuna que confiera defensas amplias y duraderas facilitaría las campañas de vacunación y brindaría protección contra la influenza, con una atención sanitaria limitada, a grupos desatendidos hasta ahora”.

Este proyecto de cuatro años de duración está coordinado por la European Vaccine Initiative, con sede en Alemania, y percibió una subvención de la Unión Europea por valor de 5,5 millones de dólares.



Se han registrado 300 casos de sarampión en Idiofa en el curso de un mes, según anunció el Dr. Willy Musantu, Director de la Zona Sanitaria de Idiofa, provincia de Bandundu. Cinco de las 39 áreas que conforman esta Zona Sanitaria se han visto afectadas por el sarampión: Bujimbila, Mbangi, Ingundu-Impini, Kimpata-Nkoy y Saint Lwanga. Bujimbila es el área más afectada de las cinco.

El Director General de la Zona Sanitaria deploró la falta de medicamentos para apoyar a los enfermos. “La Zona Sanitaria ya ha proporcionado una pequeña cantidad de drogas, y éstas han sido puestos a disposición sin costo para los pacientes en la zona más afectada, el distrito Bujimbila. Esta era, sin embargo, insuficiente para cubrir todo el distrito. Un equipo de Médicos Sin Fronteras también ha distribuido medicamentos gratuitamente”.

**Sudáfrica, Vulindlela: Un centro trabaja con adolescentes vulnerables para prevenir la infección del VIH/sida**

21 de noviembre de 2013 – Fuente: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Con una de las mayores tasas de infección de Sudáfrica, Vulindlela –una comunidad rural de la provincia de Kwazulu Natal– se encuentra en el epicentro de la epidemia de VIH/sida.

“Solíamos realizar 8, 10, quizá 12 funerales al día”, dice el dirigente comunitario y asesor Gethwana Mahlase. “No puedo olvidar el día en que los hombres tuvieron que distribuirse entre ellos –¿Quién va a ir a cavar esta tumba? ¿Quién va a ir a cavar esta otra tumba?”– porque se estaba muriendo mucha gente”.

Al no haber pruebas de detección y tratamiento del VIH con antirretrovirales, el sida mataba a las mujeres y los hombres jóvenes, obligando a los abuelos a criar a sus nietos. “Teníamos tantos huérfanos”, explica la Sra. Mahlase, “porque eran sobre todo los jóvenes quienes se estaban muriendo”.

CAPRISA

Las cosas comenzaron a cambiar cuando el Centro para el Programa de Investigación sobre el Sida (CAPRISA) abrió una clínica y una oficina de investigación en la comunidad en 2001. Por medio de un programa integral de prevención, tratamiento, atención y apoyo, el centro pudo comenzar a salvar vidas.

“CAPRISA tiene un enfoque fenomenal, innovador”, explica el Dr. Ayesha Kharsany, un científico de CAPRISA. “Lo que aspiramos a lograr es comprender la epidemia... para poder así adaptar nuestras respuestas”.

Por medio de la investigación, comenzó a surgir un panorama que mostraba una vulnerabilidad permanente. “Cuando observamos la manera de evitar las nuevas infecciones por VIH y dónde se están produciendo esas nuevas infecciones, sabemos que tenemos que trabajar con los adolescentes”, dijo Kharsany.

Llegando a los adolescentes vulnerables

En Vulindlela, el enfoque de CAPRISA tiene que ser necesariamente polifacético, ya que hay factores complejos y relacionados entre sí que contribuyen al riesgo que confrontan los adolescentes.

La tasa de desempleo de cerca de 70%, y la falta de oportunidades hace que muchos jóvenes de la zona carezcan de esperanzas para su futuro. Algunas niñas dicen que tienen que recurrir a hombres mayores para obtener apoyo y seguridad financiera.

A sus 17 años, Zandile Mabhida pensó que una de estas relaciones tenía futuro y abandonó la escuela para casarse. Pero el matrimonio se convirtió pronto en una relación abusiva, y al final tuvo que huir, dejando atrás al hijo que había tenido.

“Comencé a fumar y a beber porque echaba mucho de menos a mi hijo”, dice Zandile, que ahora tiene 19 años. “Pero luego conocí a Gethwana Mahlase. Me uní a su grupo y compartí mis problemas con otros que estaban también compartiendo sus problemas”.

El grupo de apoyo ofrece un entorno seguro en el que los adolescentes se apoyan entre ellos y analizan su pasado y sus esperanzas para el futuro, así como cuestiones en torno al sexo, el género y el VIH/sida.

Al trabajar con dirigentes comunitarios como Mahlase, CAPRISA puede estar al tanto de los cambios que se producen en la epidemia y en la población adolescente, y obtener conocimientos que facilitan combinar y adaptar de la mejor manera posible las intervenciones a fin de prevenir nuevas infecciones.

Prevenir el VIH/sida mediante los propios jóvenes

CAPRISA alentó a jugadores de fútbol de la comunidad a que trabajen como educadores de otros jóvenes de su misma edad. Ídolos de muchos jóvenes, estos futbolistas están en una posición ideal para ofrecer consejos sobre cómo evitar el VIH/sida.

El consejero Terrence Mayisela, de 21 años, es uno de ellos. Terrence se sometió a una circuncisión médica voluntaria por consejo de su madre, una asesora sobre VIH, y comenzó a alentar a otros miembros de su equipo de fútbol a hacer lo mismo. La circuncisión médica voluntaria masculina reduce el riesgo de contraer el VIH por vía heterosexual en un 60% aproximadamente.

Ahora, alienta a los muchachos adolescentes a que se sometan a la prueba del VIH y se ofrezcan como voluntarios para la circuncisión.

Según Terrence, “el período en que dura el dolor de la circuncisión es corto. Pero cuando uno no está circuncidado, puede contraer fácilmente el VIH, y vivir con esta enfermedad el resto de su vida”.

Algunos adolescentes siguen resistiéndose, pero sus esfuerzos están funcionando: todos los sábados, hasta 100 adolescentes reclutados por Terrence y sus compañeros educadores llegan a la clínica de CAPRISA para someterse al procedimiento.

Y hay pruebas de que CAPRISA está comenzando a tener su propio impacto. El objetivo de eliminar las nuevas infecciones en Vulindlela está todavía lejos, pero mediante la investigación, la innovación y la alianza con la comunidad, las tasas de infección se están reduciendo y las personas que viven con VIH están sobreviviendo.

PLOS | MEDICINE **El tratamiento de la malaria podría mejorarse en los niños ajustando las dosis**

4 de diciembre de 2013 – Fuente: *Public Library of Science Medicine*

Una mejor dosificación de un tratamiento antimalárico clave en niños pequeños podría mejorar la terapia, según sugiere un análisis de más de 7.000 pacientes con malaria en África, Asia y América del Sur. En concreto, los hallazgos de este trabajo sugieren que podría estar justificada una mayor optimización de la dosis de los fármacos dihidroartemisinina-piperacuina en los niños pequeños.

La resistencia a los medicamentos contra la malaria ha obstaculizado los programas de control de la enfermedad durante casi 60 años, por lo que un factor clave en la lucha contra esta amenaza es asegurar que todos los medicamentos antimaláricos se despliegan de forma que se asegure que el mayor número de pacientes estén completamente curados.

Esta nueva investigación presenta un argumento convincente para que los diseñadores de políticas de salud pública presten especial atención a las recomendaciones de dosificación de las terapias combinadas con artemisinina (TCA) en la revisión de los protocolos actuales de tratamiento con drogas, sobre todo para los niños pequeños.

El documento examina la combinación de piperacuina y dihidroartemisinina, una opción cada vez más común de tratamiento para los pacientes que padecen malaria causada por el parásito *Plasmodium falciparum*.

Los resultados del estudio, coordinado por la Red de Resistencia contra la Malaria a nivel mundial (WWARN), muestran que mientras que el tratamiento de la malaria con dihidroartemisinina-piperacuina generalmente resulta en una excelente recuperación del paciente, los niños pequeños registran un mayor riesgo de fracaso del tratamiento, lo que puede deberse a que reciben una dosis insuficiente de la droga.

WWARN reunió a 76 investigadores de todo el mundo que contribuyeron con datos de pacientes individuales de 26 estudios clínicos. Los resultados confirman que la combinación de dihidroartemisinina-piperacuina es altamente eficaz en la curación de más de 97% de los pacientes pero que un tercio de los niños de 1 a 5 años recibió una dosis de piperacuina inferior a la recomendada por la Organización Mundial de la Salud.

Por otra parte, los pacientes que recibieron una dosis más baja respondieron más lentamente al tratamiento y tuvieron un mayor riesgo de contraer la malaria de nuevo. La Dra. Corine Karema, del Programa Nacional de Control de la Malaria de Ruanda, y uno de los autores del estudio, hace hincapié en que “es muy importante que las directrices de tratamiento recomienden una dosificación óptima de los fármacos para maximizar su impacto y asegurar que todos los pacientes son rápida y completamente curados”.³

Sci Dev Net **La OMS define la investigación de enfermedades olvidadas**

3 de diciembre de 2013 – Fuente: *SciDev Net*

Un comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) está reunido en Ginebra (3-5 de diciembre) para recortar una lista de 24 propuestas de investigación provenientes de todo el mundo y que apuntan a combatir enfermedades que afectan principalmente a países en vías de desarrollo.

El Comité Ejecutivo de la OMS y la Asamblea Mundial de la Salud elegirán en enero y mayo de 2014, respectivamente, los mejores proyectos.

La iniciativa obedece a una resolución adoptada en mayo de 2013 durante la Asamblea Mundial de la OMS y en la que la directora general instó a las partes a identificar nuevos caminos que permitieran desarrollar tecnologías sanitarias para atender enfermedades en las que se han presentado brechas de investigación por causa de fallas en los mercados.

La idea es que los proyectos seleccionados abran nuevos caminos para desarrollar medicamentos, métodos diagnósticos y otras tecnologías sanitarias.

Las 24 propuestas provienen de las seis regiones de la OMS, cada una de las cuales celebró una reunión de expertos para identificar los cuatro proyectos prioritarios de su zona.



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

En el caso de las Américas, representantes de 19 países se reunieron en octubre, en Washington, para elegir las mejores propuestas de investigación e innovación para la región con base en criterios técnicos y científicos.

Un total de 29 propuestas fueron presentadas por miembros de la sociedad civil, de los centros académicos y de investigación, del sector privado y de las organizaciones no gubernamentales de salud pública de toda la región.

Los cuatro proyectos elegidos fueron: el desarrollo de una vacuna contra la esquistosomosis; una prueba de diagnóstico para fiebre o sepsis; un mecanismo de coordinación para el desarrollo de herramientas innovadoras para el control de la enfermedad de Chagas; y una propuesta para mejorar la quimioterapia de la leishmaniosis cutánea.

De acuerdo con la Iniciativa de Medicamentos para Enfermedades Olvidadas, las enfermedades tropicales olvidadas continúan siendo la causa de una gran mortalidad y morbilidad en los países en desarrollo.

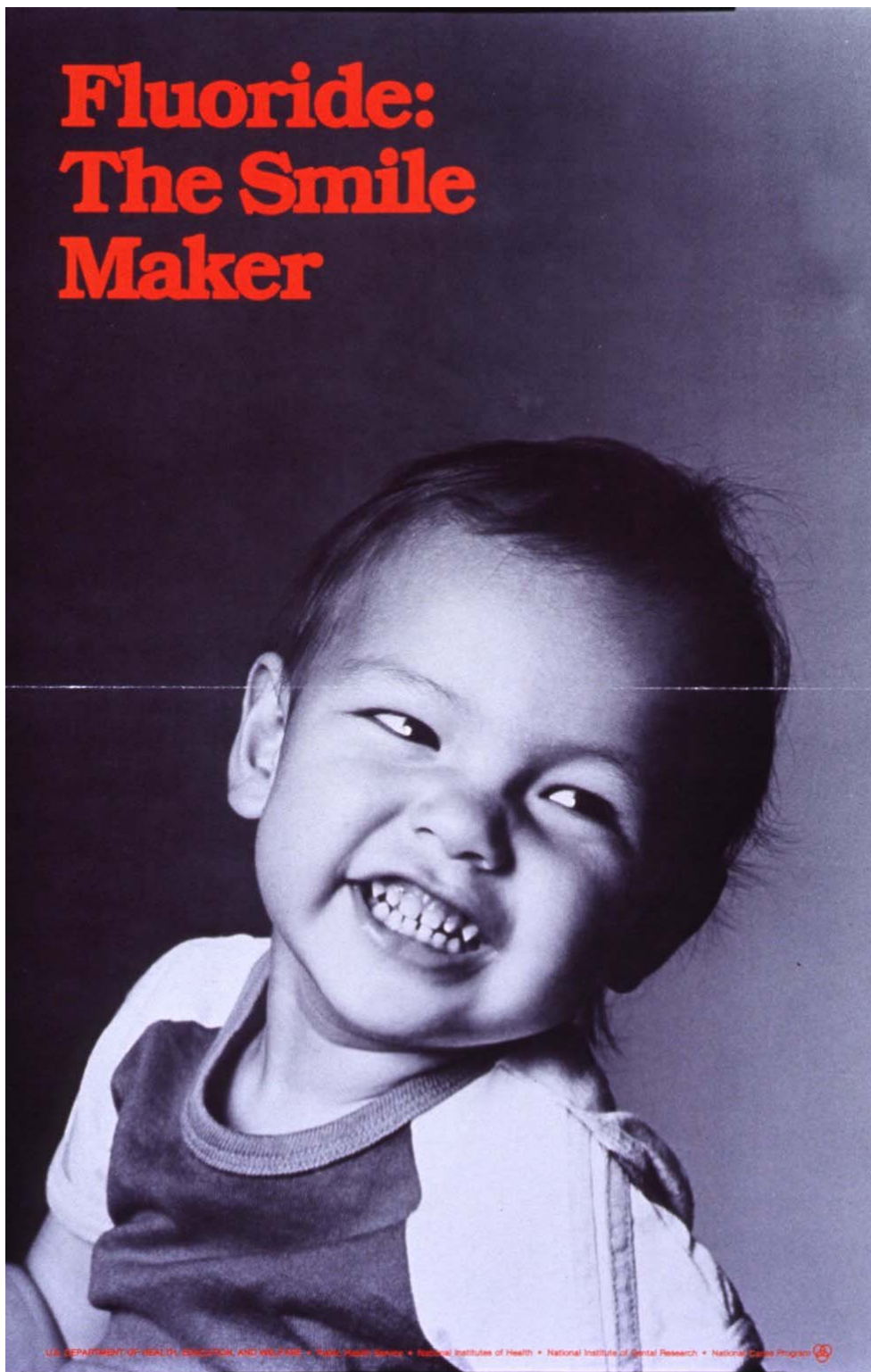
La organización calcula que de 1.556 nuevos medicamentos aprobados entre 1975 y 2004, solo 21 (1,3%) se crearon para tratar enfermedades tropicales y tuberculosis, a pesar de que éstas representan 11,4% de la carga de enfermedad en el mundo.

Fernando Ruiz, viceministro de salud de Colombia, dijo que confía en que la iniciativa de la OMS contribuya a cerrar esta brecha tecnológica. “El 80% de la investigación global de medicamentos se hace en países desarrollados de acuerdo a las prioridades de esos países. Por eso los problemas críticos de otros países quedan subrepresentados”, recordó el funcionario.

El Programa Madre Canguro, que nació en Colombia y consiste en la atención de los niños prematuros manteniéndolos en contacto piel a piel con su madre o un adulto, es un buen ejemplo de cómo una tecnología local menos costosa que otras ha contribuido a reducir la tasa de mortalidad en recién nacidos.

“Esto demuestra que la región si puede generar sus propias tecnologías y estrategias”, dijo Ruiz.⁴

⁴ Puede consultar el sitio web del proyecto de la OMS, en inglés, haciendo clic [aquí](#).



Flúor: El hacedor de sonrisas.
National Caries Program (1975. Bethesda, 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.