



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina



Número 1.266

9 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 eventos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización (ESAVIs)

América

- Bolivia: Disminuyó en 2013 la cifra de casos de dengue
- Chile, La Araucanía: Dos jóvenes mueren por hantavirus
- Chile, Santiago: Confirmaron la presencia de norovirus en el agua de un edificio de la comuna de Providencia
- Costa Rica: Disminuyen los casos de dengue
- Estados Unidos: Entre 2001 y 2010 se registraron 1.208 casos de tularemia
- Estados Unidos: Se triplicaron los casos de sarampión respecto de años anteriores
- Paraguay, Caacupemí-Areguá: Detectan un caso de leishmaniosis en un niño de un año y dos meses

El mundo

- China: Declaran alerta naranja por la grave contaminación
- Costa de Marfil: Es indispensable garantizar que los adolescentes que viven con VIH dispongan de la atención y el apoyo que necesitan
- España, Cádiz: Reportan un brote nosocomial de infecciones por *Acinetobacter* que afectó a ocho internados
- Hong Kong registra el segundo caso humano de influenza aviar A(H7N9) en una semana
- Siria: Poniendo el riesgo de la poliomielitis por encima de cualquier otro interés
- Reapareció el VIH en dos hombres que habían recibido trasplantes de médula ósea
- Afirman que la influenza aviar A(H7N9) no se transmite con facilidad a los humanos

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 eventos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización (ESAVIs)

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)

Introducción

La evaluación del riesgo-beneficio en la aplicación de vacunas permite afirmar que las vacunas disponibles son seguras. Esta seguridad de las vacunas y de la vacunación abarca tanto las características de los productos como su forma de aplicación.

Argentina cuenta con un sistema de vigilancia de ESAVIs pasivo, mediante la notificación de todo caso de reacción post-vacunal. La notificación se realiza por una ficha específica, desde el efector local al provincial, el que, simultáneamente notifica al Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (PRONACEI) y a la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT).

Los casos graves, fatales, rumores o grupo de eventos asociados a un lote, son analizados por la CONASEVA (Comisión Nacional de Seguridad en Vacunas), vigente por Resolución Ministerial 259. Dicha comisión efectúa un análisis de causalidad para arribar a conclusiones sólidas que permitan implementar acciones oportunas y efectivas. La Comisión está conformada por integrantes de PRONACEI, ANMAT, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), sociedades científicas y laboratorios nacionales de referencia, así como expertos en diferentes temas, que la CONASEVA convoca para el análisis correcto de determinados casos específicos.

Preguntas frecuentes

- ¿Qué es un ESAVI?

Un ESAVI es todo aquel cuadro clínico supuestamente atribuible a la vacunación o inmunización. Un ESAVI, si bien denota una asociación temporal, no implica necesariamente una relación de causa-efecto. La causalidad entre el evento y la vacunación se determinará mediante la investigación del caso.

- ¿Cómo se clasifica un ESAVI?

La clasificación final de los ESAVIs es la utilizada por la OPS/OMS¹, considerándose:

- Reacción coincidente: Definitivamente no relacionado a la vacuna (enfermedad producida por otra etiología).
- Reacción relacionada con la vacuna: El ESAVI está relacionado con una o más de las propiedades inherentes de las vacunas. Ejemplo: inflamación (edema) en extremidad luego de la vacunación con DPT.
- Reacción relacionada con un error en la inmunización: El ESAVI es causado por una manipulación, prescripción o administración inapropiada de la vacuna y por lo tanto, es prevenible por naturaleza.
- Reacción relacionada con la ansiedad por la inmunización: El ESAVI se produce debido a la ansiedad respecto al acto de vacunación en sí. Ejemplo: síncope vasovagal en adolescentes luego de la vacunación.
- Reacción relacionada con un defecto en la calidad de la vacuna. El ESAVI está relacionado con uno o más de los defectos en la calidad del producto de vacuna, incluyendo su dispositivo de administración tal y como fue provisto por el fabricante.
- Reacción no concluyente: la evidencia disponible no permite determinar la etiología.

A su vez, pueden ser eventos leves, moderados o graves. Un ESAVI grave es todo aquel evento que resulte en hospitalización o fallecimiento, debiendo ser notificados obligatoriamente al sistema de vigilancia.

- ¿Qué ESAVIs se investigan?

- ESAVIs graves
 - o Requieren hospitalización
 - o Ponen en riesgo la vida de una persona
 - o Producen desenlaces fatales
- Rumores
- Eventos que afecten a un grupo de personas (clústeres)
- Eventos relacionados con el programa.

Vigilancia de ESAVIs en Argentina

A la semana epidemiológica 35 de 2013 se registran con 476 eventos notificados, de los cuales las mayores notificaciones corresponden a la vacuna antigripal y la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH), con 94 eventos cada una, y 62 a DPT/DT. Dos eventos no cuentan con descripción de vacuna asociada, y se aguarda la información. El aumento en las notificaciones de ESAVIs relacionados con la vacuna contra la fiebre hemorrágica argentina (Candid#) se debe a un trabajo interdisciplinario que se está efectuando desde el PRONACEI y el Instituto Nacional

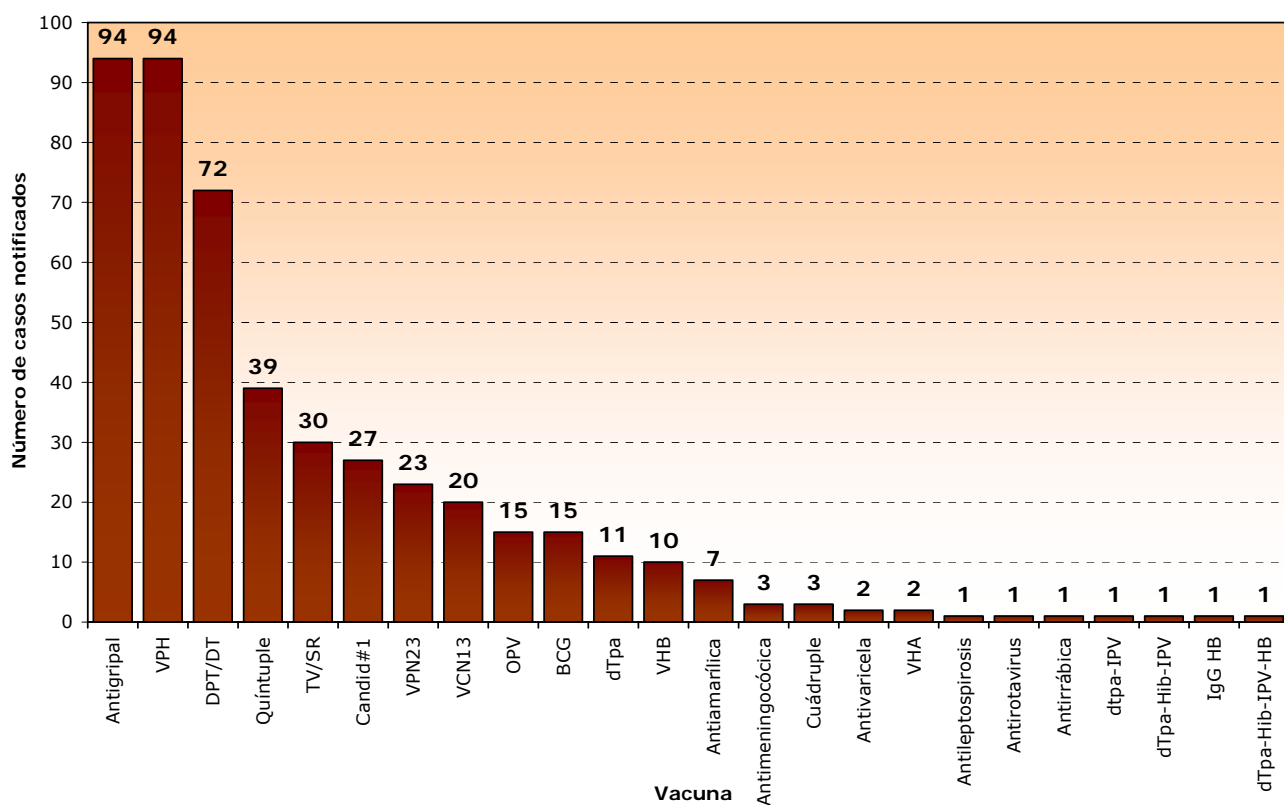
¹ Esta clasificación ha sido publicada en el Boletín de Inmunización de la Organización Panamericana de la Salud (Vol. XXXIV, No. 4). Puede consultar el mismo haciendo clic [aquí](#).

de Enfermedades Virales Humanas 'Dr. Julio Isidro Maiztegui' (INEVH) con las jurisdicciones, el cual no implica un clúster de casos, sino una sensibilización del sistema en lo que respecta a esta vacuna.

Tabla 1. Casos notificados según sexo, clasificación, provincia y región. Argentina. Año 2013, hasta semana epidemiológica 44. Fuente: PRONACEI.

Provincia/Región	Sexo		Confirmados	Descartados	En estudio	No concluyentes	Total
	Femenino	Masculino					
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	68	32	75	5	20	—	100
Buenos Aires	31	7	31	3	4	—	38
Córdoba	8	7	14	—	1	—	15
Entre Ríos	2	—	1	1	—	—	2
Santa Fe	43	22	50	2	13	—	65
Centro	152	68	171	11	38	—	220
Mendoza	67	7	69	1	4	—	74
San Juan	18	9	26	—	1	—	27
San Luis	8	3	8	2	1	—	11
Cuyo	93	19	103	3	6	—	112
Chaco	—	—	—	—	—	—	—
Corrientes	—	—	—	—	—	—	—
Formosa	—	—	—	—	—	—	—
Misiones	—	—	—	—	—	—	—
NEA	—	—	—	—	—	—	—
Catamarca	1	2	1	1	1	—	3
Jujuy	3	3	4	—	2	—	6
La Rioja	—	—	—	—	—	—	—
Salta	6	—	4	—	2	—	6
Santiago del Estero	—	—	—	—	—	—	—
Tucumán	1	—	—	—	1	—	1
NOA	11	5	9	1	6	—	16
Chubut	12	9	18	—	3	—	21
La Pampa	19	11	29	—	1	—	30
Neuquén	36	15	48	—	3	—	51
Río Negro	—	—	—	—	—	—	—
Santa Cruz	6	4	7	1	2	—	10
Tierra del Fuego	—	—	—	—	—	—	—
Sur	73	39	102	1	9	—	112
Centros privados	6	5	8	—	3	—	11
Total Argentina	335	136	393	16	62	—	471

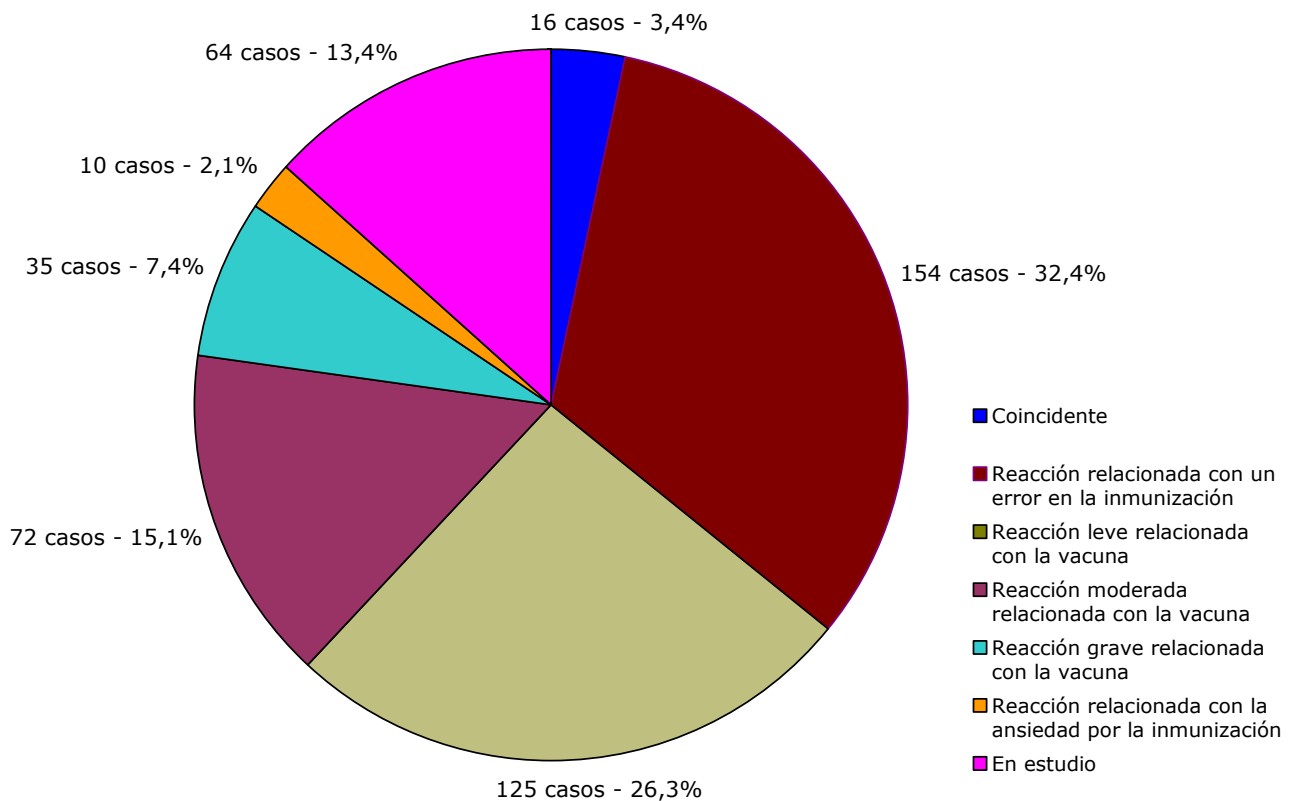
Gráfico 1. Casos notificados según vacuna. Argentina. Año 2013, hasta semana epidemiológica 48 (N=474). Fuente: PRONACEI.



Del total de ESAVIs notificados a la fecha, 7,4% corresponde a reacciones relacionadas a la vacuna en forma grave. Estos 35 eventos están asociados a vacuna triple viral, vacuna contra la fiebre amarilla, BCG, antigripal, DPT/DT, Candid#1 y quintuple. Todos se recuperaron *ad integrum*.

Se notificaron 154 errores programáticos hasta la fecha (32,4%). Se reportaron dos eventos con dos dosis de triple bacteriana acelular en embarazadas; tres casos de administración de OPV a un conviviente de inmunosuprimido y a una niña en estudios por sospecha de inmunosupresión, que se encuentran en seguimiento, y un caso de administración de vacuna contra rotavirus oral en forma intramuscular. Hubo 73 reportes de errores programáticos por vacuna contra el VPH (intervalos menores a la indicación, cuarta dosis de vacuna y niñas fuera de la cohorte, entre otros). Asimismo se reportaron intervalos inadecuados entre distintas dosis de VCN-13V, administración conjunta de DT y dTpa, múltiples dosis de dTpa con intervalos de un mes, todos los eventos sin consecuencias posteriores. Se registraron seis casos de administración de vacuna contra fiebre hemorrágica argentina en mujeres embarazadas, de las cuales una paciente presentó en el primer trimestre un huevo muerto y retenido, que impresiona como evento coincidente; el resto de las embarazadas se encuentra en seguimiento, sin presentar complicaciones hasta la fecha. Se reportaron nueve casos de administración simultánea de vacuna contra fiebre hemorrágica argentina con dt, antigripal y triple viral sin complicaciones posteriores.

Gráfico 2. Casos notificados según clasificación. Argentina. Año 2013, hasta semana epidemiológica 48 (N=476). Fuente: PRONACEI.



Hay 64 casos en estudio por falta de datos complementarios (13,4%) entre los que vale la pena mencionar un caso de pericarditis, un caso de encefalitis, dos casos de síndrome de Guillain-Barre (uno de ellos en una embarazada) y un caso de mielitis transversa asociado a diferentes vacunas.

Entre los eventos coincidentes cabe mencionar dos fallecimientos asociados temporalmente a la vacunación antigripal, es decir, fueron eventos que coincidieron con la vacunación y no producidos por la vacuna, que fueron reportados e investigados oportunamente. Los casos fueron un niño de 12 años fallecido, temporalmente asociado a vacuna antigripal, pero con debut de enfermedad oncohematológica no diagnosticada previamente, y un adulto de 65 años con antecedentes de patología cardíaca isquémica que falleció mientras se aplica vacuna antigripal, sin inoculación completa de la misma, habiendo presentado un cuadro no compatible con shock anafiláctico, sino con infarto masivo de miocardio. Un caso de neuritis óptica asociado a vacuna contra VPH se descartó la asociación al contar con un diagnóstico diferencial (enfermedad de Devic).

La notificación de los casos graves y fallecidos, así como la investigación oportuna de los mismos son fundamentales para reunir evidencia de seguridad de la vacuna y la confianza en una estrategia que permite prevenir muertes por influenza.

Conclusiones y recomendaciones

La notificación de los casos de ESAVI graves, los clusters y los rumores, así como también el trabajo multidisciplinario, conforman la clave para poder realizar un análisis de causalidad y arribar a conclusiones sólidas, que permitan implementar acciones oportunas y efectivas. Esto permite sostener coberturas adecuadas de vacunación, en forma consistente, sin generar confusión en la población general, manteniendo la confianza en las vacunas del Calendario Nacional de Inmunizaciones. Para esto es fundamental la capacitación constante en todos niveles.²

² Puede acceder a la ficha de notificación, definiciones de casos, flujo de notificación y recomendaciones haciendo clic [aquí](#).

Bolivia: Disminuyó en 2013 la cifra de casos de dengue

5 de diciembre de 2013 – Fuente: Prensa Latina

El Director General de Servicios de Salud de Bolivia, Rubén Colque, informó hoy que los casos de dengue confirmados en 2013 fueron 3.000, unos 2.000 menos que el pasado año. "Hemos logrado establecer una disminución sustantiva de casos de dengue comparando con las gestiones anteriores", aseguró Colque.

De acuerdo con estadísticas epidemiológicas, en 2011 se reportaron más de 7.000 casos de dengue y en 2012 alrededor de 5.000.

"Esto demuestra –destacó Colque– que tenemos buenos resultados en materia de control y prevención".

"En este sentido, el Estado desarrolló actividades como la recolección de objetos inservibles, además de equipar centros de salud y capacitar su personal para diagnosticar la enfermedad", puntualizó el funcionario.



Chile, La Araucanía: Dos jóvenes mueren por hantavirus

5 de diciembre de 2013 – Fuente: United Press International

Dos adolescentes, de 15 y 16 años, de La Araucanía, murieron como consecuencia de ser contagiados con el virus Hanta, debido a la presencia del ratón colilargo (*Oligoryzomys longicaudatus*), informó la Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Salud de esa región.

Una de las víctimas, un adolescente de 15 años, vivía en el sector rural de Contraco, comuna de Lonquimay. El 1 de diciembre concurre a la urgencia del Hospital de Lonquimay, siendo derivado el mismo día al Hospital de Victoria, donde fue hospitalizado.

Los exámenes realizados permitieron sospechar infección por virus Hanta, por lo que se indicó su traslado al Hospital 'Dr. Hernán Henríquez Aravena' de Temuco, pero ello no ocurrió dado que falleció previamente.

Las muestras derivadas hasta el Hospital de Valdivia, confirmaron la infección por virus Hanta, convirtiéndose en el cuarto caso de 2013 en esa región, y el primero con resultado de muerte.

En tanto, una joven de 16 años, residente en el sector de Alpehue, comuna de Melipeuco, consultó el 30 de noviembre en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) de Melipeuco, siendo derivada el mismo día al Hospital 'Dr. Eduardo González Galeno' de Cunco, donde fue hospitalizada y se le realizó el test rápido de detección de virus Hanta, el cual resultó positivo, siendo trasladada al Hospital 'Dr. Hernán Henríquez Aravena' de Temuco, el 2 de diciembre.

Al día siguiente presentó complicaciones por lo cual ingresó a la unidad de cuidados intensivos del recinto médico, conectándose a ventilador mecánico y falleciendo el 4 de diciembre.

Las muestras fueron derivadas hasta Hospital de Valdivia, donde finalmente fue confirmado el virus Hanta, convirtiéndose en el quinto caso del año en la Región y segundo caso con resultado de muerte.

Los equipos de epidemiología de la SEREMI de Salud Araucanía se encuentran realizando la investigación epidemiológica correspondiente, visitando los lugares donde presuntamente podría haberse producido el contagio.

La Autoridad Sanitaria hizo un llamado a la población a extremar las medidas de precaución frente al virus Hanta para evitar contagio, a quienes trabajan y viven en zonas rurales y a quienes realizan actividades al aire libre.

El llamado es a tomar todas las medidas necesarias para evitar adquirir la infección, especialmente a quienes residen o trabajan en sectores rurales, quienes están más propensos a compartir el hábitat del ratón colilargo.



Chile, Santiago: Confirmaron la presencia de norovirus en el agua de un edificio de la comuna de Providencia

6 de diciembre de 2013 – Fuente: Cooperativa (Chile)

La Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Salud de la Región Metropolitana informó el 6 de diciembre que el Instituto de Salud Pública (ISP) detectó la presencia de norovirus en las muestras del líquido potable contaminado por aguas servidas de la Torre 32 de Carlos Antúnez, en Providencia.

Se trata de un virus híper resistente y la recomendación a los residentes es a la hidratación constante y la limpieza con cloro directo con permanencia de al menos cuatro minutos para evitar el contagio persona a persona, como lo explicó Daniela Zavando, Secretaria Regional Ministerial (Seremi) de Salud.

"El norovirus no tiene un tratamiento como podrían tenerlo otros virus. La principal recomendación tiene que ver con la



hidratación de las personas, que es lo que se ha estado haciendo acá, también recomendaciones para evitar el contagio, ya que se provoca contagio persona a persona”, sostuvo la autoridad sanitaria.

Este viernes, el fiscal de Providencia, Francisco Jacir, llegó para iniciar las investigaciones pertinentes. “Son delitos que la ley contempla como contra la salud pública, en concreto, adulteración o alteración de sustancia alimenticia, en este caso, agua potable. Justamente estamos iniciando la investigación con ese objeto que es la determinación de quién puede ser el responsable de lo que aquí ha ocurrido”, aseveró.

Hasta este viernes se han registrado más de 500 casos con síntomas de gastroenteritis aguda y se ha logrado vacunar a 711 personas, entre ellos, 645 adultos.

Parte de la investigación fue derivada a la Brigada de Investigación contra Delitos Contra el Medio Ambiente de la Policía de Investigaciones (PDI), la que inició la toma de muestras en cada uno de los pozos de la edificación, como lo comentó el subprefecto Richard Oliva.

“Estamos levantando muestras y también tenemos que realizar diversas coordinaciones tanto con el ISP, como con la SEREMI de Salud. La información preliminar que tenemos es que hubo una mezcla a través de las cámaras que tiene el edificio, combinación de esta agua y que haya sido distribuida en los departamentos”, dijo el funcionario policial.

La autoridad sanitaria sigue a la espera de los resultados de los exámenes de tres casos sospechosos de hepatitis A y de la positiva evolución de los tres hospitalizados por deshidratación, siendo uno de ellos un bebé de 10 meses.

Dos semanas tomará la solución

La contaminación del agua registrada en las torres de Carlos Antúnez tardará al menos dos semanas en ser solucionada, según manifestó Jorge Díaz, subsecretario de Salud Pública.

“Hoy la emergencia tiene un alto nivel de control, se han tomado precauciones, pero según lo informado por la SEREMI, esta es una situación compleja que va a requerir un tiempo aproximado de dos semanas para su reparación”, declaró Díaz.

En el mismo sentido el subsecretario explicó que el Ministerio de Salud, en un trabajo conjunto con la Oficina Nacional de Emergencia del Ministerio del Interior (ONEMI) y la Municipalidad de Providencia, han dispuesto todas las alternativas que están al alcance para asegurar que las personas afectadas dispongan de agua potable y baños mientras se efectúan los trabajos de reestablecimiento.

La autoridad agregó que esta es una emergencia que se está analizando en forma profunda porque existen responsabilidades que se deben aclarar respecto a las personas que resguardan el buen funcionamiento de las instalaciones.



Costa Rica: Disminuyen los casos de dengue

5 de diciembre de 2013 – Fuente: Teletica (Costa Rica)

El descuido de los ciudadanos durante el fin y principio de año, podría volver a poner en jaque a las autoridades sanitarias, quienes a pesar de la relativa calma prefieren seguir bajo alerta.

En la última semana, Costa Rica registró 392 casos nuevos de dengue, lo que significa que ya regresó al comportamiento normal.

Una cifra muy baja si se compara con la registrada del 21 al 27 de junio, cuando se presentaron 2.364 casos, el pico más alto del año 2013.

Esta significativa baja se muestra en los cantones con mayor afectación, por ejemplo, en Santa Cruz pasaron de 73 casos a 23 en una semana. Comportamiento similar se observó en Cañas y Liberia.

Para mantener esta tendencia, el Ministerio de Salud continuará con su plan de intervención, que incluye fumigación y eliminación de criaderos casa por casa.

Durante todo 2013 ya se han registrado casi 48.700 casos de dengue en todo el país.



Estados Unidos: Entre 2001 y 2010 se registraron 1.208 casos de tularemia

29 de noviembre de 2013 – Fuente: *Morbidity and Mortality Weekly Report*

La tularemia es una zoonosis bacteriana rara pero potencialmente grave, que se ha reportado en todos los estados de Estados Unidos, excepto Hawái. El agente etiológico, *Francisella tularensis*, es altamente contagioso y se puede transmitir a través de la picadura de artrópodos, el contacto directo con el tejido infectado de animales, la inhalación de aerosoles contaminados, y la ingestión de alimentos o agua contaminados.

En los seres humanos, *F. tularensis* causa síndromes clínicos distintos en función de la vía de exposición. La inoculación percutánea produce típicamente la tularemia ulceroglandular, caracterizada por una úlcera cutánea en el sitio de la inoculación y una linfadenopatía regional blanda. Una presentación menos común después de una inoculación percutánea es la tularemia glandular, en la que los pacientes presentan linfadenopatía regional sin úlcera. La inhalación de *F. tularensis* puede resultar en una neumonía primaria, mientras que la ingestión causa la enfermedad

orofaríngea que consiste de amigdalitis o faringitis con linfadenopatía cervical. Otras formas de tularemia incluyen la oculoglandular (infección del ojo) y tifoidea (fiebre sin signos de localización). Ciertas cepas de *F. tularensis* subespecie *tularensis* (también conocida como tipo A) se asocian con una enfermedad más grave y un mayor riesgo de muerte. La mortalidad es inferior a 2% en general, pero puede llegar hasta 24% dependiendo de la cepa.

Durante 2001-2010, se reportó un total de 1.208 casos de tularemia. La mediana del número anual de casos fue de 126,5, con un rango de 90 a 154 casos por año. De estos 1.208 casos registrados, 64% fueron confirmados y 35% clasificados como probables. La mediana de edad de los pacientes fue de 39 años (rango: 1-92 años), y 68% eran hombres. La incidencia media anual fue de 0,041 casos cada 100.000 personas. La incidencia anual fue más alta entre los niños de 5 a 9 años (0,071) y en hombres de 65 a 69 años (0,11). Se registró la raza en 887 pacientes (73%); entre éstos, 86% eran blancos, 9% eran indios americanos/nativos de Alaska, y 3% eran negros. La etnia se registró en 718 pacientes (59%), de los cuales 5% eran hispanos. La incidencia anual más alta según la raza fue entre los indios americanos/nativos de Alaska (0,3 cada 100.000 personas).

Los casos fueron reportados en 47 estados. Seis estados representaron 59% de los casos notificados: Missouri (19%), Arkansas (13%), Oklahoma (9%), Massachusetts (7%), South Dakota (5%) y Kansas (5%). Entre los 10 estados con mayor incidencia de tularemia, todos menos Massachusetts estaban ubicados en el centro o el oeste de Estados Unidos.

Se registraron casos de tularemia en 505 condados de Estados Unidos (16%) durante 2001-2010. El 53% de los pacientes residía en los condados clasificados como rurales según el *Esquema de Clasificación Urbano-Rural de Condados*, del Centro Nacional de Estadísticas de Salud de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), aunque los condados rurales representaban sólo 17% de la población de Estados Unidos en 2006. El condado con mayor incidencia anual fue el de Dukes (Martha's Vineyard y Elizabeth Islands), en Massachusetts (67 casos; 43 cada 100.000 personas). Los casos en el condado de Dukes se presentaron sistemáticamente durante el período de 10 años (rango: 2-16 casos por año), con incrementos sustanciales en 2005 (11 casos), 2006 (10 casos) y 2008 (16 casos). Otros condados con altas tasas de incidencia fueron los de Buffalo (seis casos; 29 cada 100.000), y Shannon (24 casos, 18 cada 100.000), ambos en South Dakota.

La mayoría de los casos (77%) se produjo entre mayo y septiembre, en consonancia con el pico de actividad de los artrópodos y el aumento de la actividad humana al aire libre. Sin embargo, los patrones estacionales varían según la región. En los estados de New England, no se presentaron casos en los meses de diciembre a marzo. En contraste, 20% de los casos en los estados del Atlántico Sur, 15% en los estados del Centro Sudeste, y 14% en los estados del Pacífico se produjeron entre diciembre y marzo.

El número total de casos notificados durante 2001-2010 fue similar a la cifra reportada durante el período de 10 años desde 1991 hasta 2000 (1.208 frente a 1.216, respectivamente). Sin embargo, los cambios notables se produjeron en el número de casos reportados de algunos estados: Montana (72% de disminución), Arkansas (42% de disminución), South Dakota (29% de disminución), Massachusetts (incremento de 155%), Nebraska (incremento de 120%) y Oklahoma (aumento de 35%).³

La Opinión Estados Unidos: Se triplicaron los casos de sarampión respecto de años anteriores

5 de diciembre de 2013 – Fuente: La Opinión (Estados Unidos)

A pesar de que el sarampión está virtualmente erradicado en Estados Unidos, hay ocasiones en las que los brotes regresan de forma agresiva y este 2013 es una de ellas: un año en el que el país se está enfrentando al mayor número de casos en una década.

³ Durante 2001-2010, el número y las características demográficas de los casos de tularemia fueron similares a los reportados en la década anterior. Sin embargo, se observaron algunas diferencias entre los dos períodos. La distribución geográfica de los casos reportados fue ligeramente menos concentrada en los estados centrales durante 2001-2010, con una mayor proporción de casos notificados en el noreste y los estados del Pacífico de Washington y California que en años anteriores. Además, cuatro Estados que no habían reportado casos durante 1991-2000 (Connecticut, New Hampshire, Vermont y West Virginia) reportaron casos durante 2001-2010. Se necesita más investigación para determinar si el cambio en la distribución fue causado por alteraciones en los patrones de presentación de informes, la distribución del vector, el comportamiento humano, u otros factores.

Las variaciones estacionales de la región probablemente son atribuibles en parte a las diferencias de clima, ya que los estados con climas más suaves tienen un período de actividad de artrópodos más prolongado y, por lo tanto, mayores períodos de riesgo. Las variaciones estacionales también podrían reflejar, en cierta medida, las actividades de caza que pueden ocurrir durante todo el año, a diferencia de la jardinería y otras actividades recreativas al aire libre que se concentran en los meses de verano. La caza puede dar lugar a la exposición humana a la tularemia a través del contacto directo con los animales infectados y la ingestión de carne infectada. La caza de conejos, que se produce normalmente en otoño e invierno, podría explicar la mayor proporción de casos invernales en los estados del Atlántico Sur y del Centro Sudeste, donde la caza menor es común.

La tularemia no es una enfermedad común, pero sigue causando alrededor de 100 casos humanos anualmente en Estados Unidos y es una enfermedad grave y potencialmente mortal. Aunque pueden ocurrir brotes, la mayoría de los casos de tularemia reportados en Estados Unidos son aislados. Los médicos deben considerar tularemia en pacientes con un cuadro clínico compatible, sobre todo en niños y hombres de edad avanzada con fiebre aguda y linfadenopatía regional. Este informe muestra que la distribución de la tularemia podría estar cambiando poco a poco, por lo tanto, la tularemia se debe considerar incluso en áreas en las que rara vez se ha reportado.

Debido a que la amenaza del bioterrorismo está vigente, los médicos y los departamentos de salud deben mantenerse alertas: por ejemplo, un clúster urbano de casos de tularemia en personas sin exposición natural común podría ser el primer signo de un ataque bioterrorista.

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



“Los infectados se han triplicado, mostrando la agresividad del sarampión medio siglo después del descubrimiento de la vacuna”, anunciaron el 5 de diciembre los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos. “De momento, se han contabilizado 175 afectados, cuando el promedio anual es de 60. Desde principios de 2013, ha habido nueve brotes. Tres han sido muy importantes en los estados de New York, North Carolina y Texas. Veinte personas han sido hospitalizadas”, agregaron los CDC.

“Un brote de esta enfermedad en cualquier lugar del mundo es un riesgo. Esta situación es un recordatorio de que las infecciones mortales nos ponen a prueba cada día”, explicó Tom Frieden, director de los CDC. “La enfermedad es muy contagiosa, pero la vacuna es muy efectiva”, añadió.

El sarampión fue erradicado en Estados Unidos en el año 2000, aunque reapareció en 2011, continúan los expertos. “Y al igual que ocurrió ese año, este 2013 la mayoría de casos se han producido por contagio con gente que ha viajado a otros países –sobre todo europeos– y no estaban vacunados. Esta situación se produjo en 172 casos de los 175 reportados”, prosiguieron desde los CDC. “No sabemos lo que sucedió en los otros tres casos”.

Más de 98% de los casos de sarampión se han dado en personas que no fueron vacunadas. “Esta no es una falla de la vacuna. Esta es una falla de no vacunarse”, subrayó Frieden.

Peter Strebel, director del departamento de inmunización de la Organización Mundial de la Salud (OMS), dijo que “se recomienda que los viajeros tengan sus vacunas al día antes de viajar. En el caso del sarampión, se requiere que la persona reciba dos dosis antes de viajar”.

A principios de este año, el organismo federal vinculó 58 personas infectadas en Brooklyn con un joven de 17 años que había viajado a Londres. Otros 23, sucedidos en North Carolina, fueron relacionados con un hombre que había pasado tres meses en India. La última vez que murió alguien por esta enfermedad en la nación fue en 2003, continuaron los CDC.

Los CDC recomiendan vacunar a los niños a partir de los 12 meses de edad y cada año, de promedio, cuatro millones de menores de 15 años son inmunizados en Estados Unidos. Antes de la implantación del programa de vacunas contra el sarampión en 1963, fallecían por esta causa de 450 a 500 estadounidenses anualmente; 48.000 eran hospitalizados y unos 1.000 sufrían secuelas como daño cerebral o sordera, entre otras.

Desde el año 2001, los CDC y otras agencias sanitarias a nivel mundial han vacunado a 1.100 millones de niños en todo el planeta, “unos esfuerzos que han podido prevenir la muerte de hasta 10.000 millones de menores”, continuó el organismo. “Debemos seguir trabajando porque, a pesar del progreso que hemos hecho en los últimos años, todavía, hoy uno de cada cinco países no tiene los recursos para luchar contra el sarampión”, concluyeron desde el organismo sanitario.

A nivel mundial, cada año, mueren por esta enfermedad 158.000 personas y, cada día, 430 niños del planeta padecen por esta causa, según un estudio elaborado por Mark Papania, médico de los CDC.⁴



Paraguay, Caacupemí-Areguá: Detectan un caso de leishmaniosis en un niño de un año y dos meses

5 de diciembre de 2013 – Fuente: Radio Ñandutí (Paraguay)

En la localidad de Caacupemí-Areguá se detectó recientemente un caso de leishmaniosis humana. La víctima es un menor de un año y dos meses de vida que se encuentra actualmente bajo tratamiento. El pequeño cuenta con un hermano gemelo que presenta abultamiento de abdomen, uno de los síntomas de la enfermedad. Este último se encuentra en estudio.

El Dr. Aurelio Fiori, director del Programa Nacional de Control de Zoonosis y Centro Antirrábico Nacional, informó que ante este hecho se procedió al bloqueo de foco correspondiente, tanto en la casa del afectado como en las cercanías de éste, siete cuadras a la redonda.

“Se llevó a cabo el muestreo de sangre de 105 perros, de los cuales 41 dieron positivo para leishmaniosis visceral”, puntualizó el funcionario.

Tras el hallazgo se dispuso aplicar el procedimiento de eutanasia a los canes enfermos, tal como lo sugiere la Organización Panamericana de Salud (OPS). El operativo se efectuó en la mañana de este jueves y estuvo acompañado por representantes de la Sociedad Protectora de Animales y Plantas de Paraguay, quienes exteriorizaron su acuerdo con lo propuesto.

“La Sociedad Protectora de Animales está consciente que los animales positivos sintomáticos deben ser sacrificados, puesto que la enfermedad en los canes no se cura”, afirmó el titular del Antirrábico.

Expresó que durante el operativo, referentes de la Sociedad alegaron que tanto el método como los medicamentos utilizados para tal efecto eran los adecuados. “Esto fue sentado y rubricado en un acta”, afirmó.

“Esto no lo estamos haciendo a escondidas de nadie. Contamos con el acompañamiento de la Sociedad protectora para verificar el tratamiento que se realiza”, destacó Fiori.

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



China: Declaran alerta naranja por la grave contaminación

7 de diciembre de 2013 – Fuente: EFE

China activó hoy la alerta naranja, la de mayor gravedad por detrás de la roja, ante los graves niveles de contaminación que se registran en el norte, el centro y el este del país, y que han obligado a cerrar autopistas y cancelar o retrasar vuelos hoy.

El Centro Meteorológico chino elevó este sábado la alerta de amarillo a naranja en la costa oriental del país, como en Jiangsu, Zhejiang, Anhui o la metrópolis de Shanghái; en el centro, como en Henan, y el norte, como en Beijing.

A pesar de la alerta, el centro anunció que la situación mejorará a partir de hoy al miércoles, gracias a la llegada de un frente frío que vendrá acompañado de fuertes vientos, lo que ayudará a limpiar el aire, si bien conllevará una baja en la temperatura.

La extrema contaminación hoy provocó el cierre temporal de un centenar de autopistas en el este del país, y diversas cancelaciones o retrasos de vuelos en los aeropuertos de la ciudad costera de Qingtao y Jinan, ambas en la provincia oriental de Shandong.

Numerosas urbes de la parte este del país registraron récords de contaminación, como la ciudad de Suzhou y Wuxi, o hasta Nanning, capital de la región sureña autónoma de Guangxi, que normalmente disfruta de una buena calidad del aire comparada con otras áreas.

Las regiones de Jiangsu, Zhejiang y Henan llevan seis días sufriendo altos niveles de contaminación del aire, mientras que Shanghái, la capital económica china, alcanzó el viernes niveles de extrema gravedad y obligó a retirar vehículos oficiales de las calles, detener obras de construcción y mantener a los niños en el interior de los edificios.

No obstante, la metrópolis consiguió hoy bajar el nivel de contaminantes, aunque siguió manteniéndose por encima de lo considerado como "saludable".



La concentración de partículas PM 2.5, aquellas inferiores a las 2.5 micras y las más peligrosas para la salud por su capacidad de infiltrarse en los pulmones superó los 600 microgramos por metro cúbico ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) en la capital financiera el viernes, el nivel más alto desde que la ciudad comenzó estas mediciones el pasado diciembre, mientras que hoy se situó en los 200.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda una concentración no superior a los 25 $\mu\text{g}/\text{m}^3$.

Hoy en la capital, Beijing, y después de una semana de inusuales cielos azules, se alcanzan los 400 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, un nivel "peligroso", según el cálculo diario que realiza la embajada de Estados Unidos y que se suele considerar más fiable que las mediciones oficiales.

Como consecuencia de la contaminación, las autoridades chinas declararon ya el jueves una alerta amarilla, el segundo indicador más grave en una escala de cuatro niveles cromáticos, para Shanghái y varias provincias del este, mientras que hoy lo ampliaron a la parte norte del país.

La contaminación es una de las graves consecuencias del rápido desarrollo de China, y uno de las preocupaciones más importantes para la población china, cuando se calcula que casi el 40% de las 113 ciudades más grandes de China sufre niveles de contaminación superiores incluso a los laxos límites oficiales que marcan las leyes ambientales del gigante asiático.



Costa de Marfil: Es indispensable garantizar que los adolescentes que viven con VIH dispongan de la atención y el apoyo que necesitan

4 de diciembre de 2013 – Fuente: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Acostumbrarse a vivir con VIH no ha sido fácil para Jean Sangaré⁵, de 13 años. Tímido y con un tono bajo de voz, no se siente cómodo contando a los demás como son las complejidades de crecer con VIH.

"Cuando supe que mi prueba del VIH había sido positiva, la hermana mayor de mi madre me dijo que no se lo dijera a nadie porque hay alguna gente que, cuando escuchan que uno vive con el VIH, no quieren estar cerca de uno", dice.

"La gente aquí no sabe lo que es el VIH, y cuando saben que uno tiene el virus, no quieren tener ningún contacto contigo".

⁵ El nombre ha sido cambiado para preservar su identidad.



La trabajadora de apoyo de OFACI Cécile Traoré y Jean, en Abiján.

Alta incidencia y un estigma constante

Según la Encuesta de Demografía y Salud sobre la prevalencia del VIH de 2011–2012, en Costa de Marfil se registra una de las más elevadas tasas de prevalencia del VIH de África occidental: 3,7%. El especialista en VIH de la oficina del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en Costa de Marfil, el Dr. Jean Konan Kouamé, dice que estas elevadas tasas de infección se pueden atribuir a “un comienzo temprano en la actividad sexual, la ignorancia sobre cómo se transmite el VIH y un acceso limitado a la prevención y los servicios de tratamiento del VIH”.

Según los datos recientes, 88% de la población nunca se ha sometido a una prueba del VIH. Kouamé considera que esto se debe “a que la gente no sabe que si conocen su situación en materia del VIH pueden tener acceso a un tratamiento que les permite vivir vidas más largas y saludables”.

El estigma relacionado con el VIH es tal que las personas que viven con el virus, como Jean, se muestran reacias a revelar su situación incluso a su familia más inmediata. El estigma puede conllevar el aislamiento y la soledad, y esto dificulta el acceso a la atención, el tratamiento y los servicios de apoyo disponibles para estas personas.

Apoyo en favor de Jean

Jean ha perdido a su padre y a su madre. Vive con su tía en Abidjan, la mayor ciudad de Costa de Marfil.

Jean salió de su aislamiento cuando conoció a Cécile Traoré, una trabajadora de apoyo de Femmes Actives de Côte d'Ivoire (OFACI), una ONG que proporciona apoyo a los niños y las mujeres que viven con VIH. Traoré realiza visitas periódicas a Jean en su hogar. Verifica si está tomando sus medicamentos del VIH correctamente y escuchar sus confidencias.

“Los adolescentes necesitan apoyo social, psicológico y moral. Necesitan alguien en quien confiar y con quien compartir sus experiencias vitales”, dice Traoré. “No resulta fácil apoyar a un adolescente porque es preciso realizar continuamente un seguimiento –añade–. Si no se hace, se descuidan”.

Con la ayuda de Traoré, Jean se unió a un grupo de apoyo para niños que viven con VIH. El grupo ofrece a los niños espacio seguro en el que poder compartir sus experiencias, aprender aptitudes y entablar nuevas relaciones.

“Durante la reunión nos hacen preguntas, dibujamos, hablamos sobre lo que ocurre en nuestras vidas y recibimos consejos –dice Jean–. Me siento muy bien. Me siento cómodo porque estoy con niños que tienen la misma situación que yo con el VIH”.

La edad de la adolescencia

La adolescencia es un periodo difícil de transición desde la infancia a la edad adulta que se caracteriza por la madurez física y sexual, el avance hacia una independencia social y económica y el desarrollo de la identidad.

Los servicios de salud en Costa de Marfil no siempre están equipados para proporcionar una atención y un apoyo que tengan en cuenta las necesidades específicas de los adolescentes que viven con el VIH; este grupo de edad puede quedar en una especie de limbo entre la atención a los niños y a los adultos. Según Kouamé, solamente una pequeña proporción de adolescentes que son sobrevivientes a largo plazo nacidos con VIH tienen acceso al tratamiento antirretroviral. La mayoría de estos jóvenes lo reciben a través de un número limitado de centros especializados en los entornos urbanos y periurbanos.

Las ONG como OFACI desempeñan una función clave para los adolescentes. Gracias a Traoré, Jean ha podido acostumbrarse gradualmente a su situación como adolescente que vive con el VIH y aprender la importancia de cumplir con el tratamiento antirretroviral. Por medio del grupo de apoyo, se ha reunido con otros niños con los que puede hablar libremente sobre las preocupaciones comunes en un entorno libre de cualquier tipo de prejuicios.

“Si una persona joven que vive con el VIH no tiene a nadie que le apoye, necesita un montón de apoyo de su familia o de una ONG –dice–. Si no es así, entonces piensa un montón de cosas negativas y sufre estrés debido a que tiene el VIH”.⁶



Con la ayuda de la Sra. Traoré, Jean se unió a un grupo de apoyo para niños que viven con VIH. El grupo proporciona a los niños un espacio seguro donde poder compartir sus experiencias, aprender aptitudes para la vida y entablar nuevas relaciones.

⁶ En Costa de Marfil y en todo el continente africano, los adolescentes sufren muchos obstáculos en el acceso a los servicios de salud y apoyo, y se les pasa por alto sistemáticamente en las estrategias nacionales y mundiales del VIH/sida.

Las oportunidades para obtener mayores éxitos en la reducción de las repercusiones del VIH sobre los adolescentes radican en el aumento de la demanda, el acceso y el uso de intervenciones clave. Es preciso eliminar las barreras que impiden el acceso a los servicios, y abordar al mismo tiempo los factores sociales y económicos que aumentan la vulnerabilidad de los adolescentes al VIH.

Solamente cuando se pongan en práctica todas estas oportunidades, será posible lograr una generación libre del sida.

El Hospital 'Puerta del Mar' de Cádiz ha extremado las medidas de prevención ante la detección la última semana de ocho casos de pacientes infectados por la bacteria *Acinetobacter* en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y ha activado el protocolo de detección y actuación ante estas situaciones.

Según informó la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales en un comunicado, los ocho pacientes infectados han recibido tratamiento. El protocolo puesto en marcha consiste en la realización de análisis "para comprobar el alcance del brote" y la puesta en marcha de medidas de prevención y control de la infección.

Ante la detección de los casos se formó una comisión de control y seguimiento de los pacientes afectados, formada por las direcciones médica y de enfermería, responsables facultativos de las diferentes áreas implicadas y la Unidad de Medicina Preventiva. Esta comisión "diariamente dirige y establece todas las medidas de higiene, limpieza y aislamiento adecuadas" y es "la responsable de la vigilancia y control diario de la infección".

Acinetobacter es un germen que puede encontrarse en el tracto gastrointestinal o a nivel cutáneo, y que en pacientes en situación crítica, con estancias prolongadas o en tratamiento con antibióticos, puede originar infecciones.

En el comunicado se asegura que "las infecciones nosocomiales por gérmenes oportunistas –como las acinetobacterias– pueden existir en los hospitales como consecuencia de la frecuencia en la utilización de antibióticos que favorecen su resistencia".

También se apunta que otra de las causas de la aparición de este tipo de infecciones puede ser "la manipulación intensiva –ventilación asistida, nutrición parenteral, canalización de vías centrales– en pacientes con una situación extremadamente delicada".

**Hong Kong registra el segundo caso humano de influenza aviar A(H7N9) en una semana**

7 de diciembre de 2013 – Fuente: EFE

Hong Kong registró el segundo caso de infección por el virus de la influenza aviar A(H7N9) en una semana, después que el martes la región elevara a "grave" el nivel de alerta tras confirmarse el primer contagio en humanos en una mujer que sigue en estado crítico.

El segundo caso es el de un hombre de 80 años, de Hong Kong, que vive actualmente en la ciudad china de Shenzhen y que, de momento, se encuentra estable, aislado en una unidad de un hospital de la isla.

El director del Centro de Protección Sanitaria, Leung Ting-hung, señaló que el hombre hongkonés llegó este martes a un hospital de la isla en taxi, procedente de Shenzhen.

El paciente requirió tratamiento para la diabetes y por una leve insuficiencia cardíaca, si bien no mostró síntomas gripales hasta el jueves, cuando fue trasladado al hospital donde está siendo tratada la primera mujer confirmada con el virus A(H7N9), el Princesa Margarita.

Los jefes del hospital indicaron que aún no está claro si el hombre tuvo algún contacto con aves.

Tres familiares que llevaron al anciano a Hong Kong han sido contactados por las autoridades a su vuelta a Shenzhen para hacerles las pruebas oportunas, mientras también se trata de hallar al conductor del taxi que le trasladó a la antigua colonia británica.

No obstante, autoridades sanitarias estimaron que las posibilidades de que los parientes se hayan contagiado son escasas, ya que el hombre no mostraba síntomas relacionados con la influenza cuando fue trasladado.

El primer caso de A(H7N9) que se confirmó en la región administrativa especial china fue el de una mujer de 36 años, que anoche seguía en estado crítico en el mismo hospital que el segundo contagiado.

La enferma, de origen indonesio, viajó recientemente a la ciudad china de Shenzhen, en donde consumió un pollo que previamente había comprado vivo el pasado 17 de noviembre, según indicaron las autoridades de Hong Kong.

La mujer trabaja como empleada doméstica para una familia de Hong Kong de cuatro personas, una pareja con dos niños, que también están hospitalizadas, en cuarentena y con síntomas leves de influenza.

La provincia china de Zhejiang también anunció un caso a fines de esta semana, un paciente de 30 años que se encuentra en situación crítica.

El director del centro de protección sanitaria de Hong Kong consideró que los dos casos registrados en la isla son "importados", aunque, de momento, no se haya confirmado ningún contagio del virus en la ciudad china de Shenzhen.

Tras conocerse el primer caso, la ciudad de Hong Kong reforzó los controles sanitarios en puestos fronterizos, mientras que las importaciones de aves de corral vivas de tres granjas en Shenzhen fueron suspendidas.

El primer caso de infección por A(H7N9) en humanos se registró en febrero de este año en China. Desde entonces, el virus ha matado a 45 personas, todas ellas en las provincias orientales de Zhejiang y Jiangsu, así como en Shanghái, y más de un centenar de personas resultaron infectadas.



Cuando el Dr. Salah Salem Haithami, un funcionario médico de la OMS, se enteró que había reaparecido la poliomielitis en la República Árabe Siria, su primer pensamiento fue: ¿puedo ir allí para ayudar? Él había estado trabajando durante una docena de años en la erradicación de la poliomielitis en Sudán, pero pocos días después fue enviado a Damasco.

El segundo pensamiento de Haithami fue para los niños de Yemen, su propio país. “La poliomielitis no tiene pasaporte, puede afectar a cualquier niño de cualquier parte del mundo”, dice. “Mi motivación es ayudar a detener el brote de poliomielitis en Siria y, de esta manera, evitar que los niños fuera de Siria queden paralizados de por vida”.

Desde que llegó a Damasco en octubre, Haithami se ha concentrado día y noche en la campaña de vacunación contra la poliomielitis. “He ayudado con los pedidos de vacunas y otros suministros. He compartido nuestra experiencia en Sudán y otros países y se ha logrado un consenso para las nuevas estrategias, como las visitas casa por casa y las marcas en los dedos, de modo que los vacunadores realmente lleguen a cada niño. Me he reunido con personas de todos los sectores de la sociedad siria para tratar de obtener un apoyo crucial para las campañas”, explico.



Un niño recibe la vacuna contra la poliomielitis en Damasco, Siria.

Los casos de poliomielitis en Siria

Los primeros casos sospechosos de poliomielitis en Siria fueron detectados el 17 de octubre de 2013. El 29 de octubre el Gobierno de Siria anunció que se había aislado el poliovirus salvajes en 10 niños con parálisis en Dayr az-Zawr, una de las zonas más conflictivas del país. Incluso antes de esta confirmación de laboratorio, las autoridades de salud en toda la región habían comenzado la planificación e implementación de una respuesta integral al brote. Esa campaña comenzó el 24 de octubre.



Una niña recibe la vacuna contra la poliomielitis en Damasco, Siria.

Hasta fines de noviembre, 17 niños habían sido paralizados por la poliomielitis en tres gobernaciones diferentes de la República Árabe Siria, que no habían registrado casos de la enfermedad durante más de una década.

La presión para vacunar a todos los niños contra la poliomielitis se ha visto obstaculizada por el conflicto interno en curso en la República Árabe Siria. “Hacemos un llamado a todas las partes a cooperar con pausas temporales en las hostilidades en los próximos seis meses para permitir que las campañas de vacunación que se llevan a cabo lleguen a todos los niños”, dice el Dr. Ala Alwan, Director Regional de la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental de la OMS. “Todos los niños tienen derecho a ser protegidos contra el virus de la poliomielitis paralizante, y la prestación de asistencia sanitaria debe permanecer neutral, sin tener en cuenta el contexto”.

Las campañas apuntan a 22 millones de niños menores de cinco años

Reconociendo el alto riesgo de propagación a los países de la región y más allá, en octubre/noviembre siete países y territorios se adhirieron a la campaña de vacunación masiva contra la poliomielitis dirigida a 22 millones de niños menores de cinco años. En una resolución conjunta a principios de noviembre, todos los países de la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS declararon que la situación de la escalada de la poliomielitis sea una emergencia para toda la Región, pidiendo el apoyo en la negociación y el establecimiento de acceso a los niños que en la actualidad no han sido alcanzados por la vacunación contra la poliomielitis, tanto en Medio Oriente como en Pakistán, donde el virus del brote se habría originado. Se estima que las campañas tendrán que continuar durante los próximos 6 a 8 meses para asegurar que todos los niños en Siria y los países vecinos estén vacunados.

La OMS está trabajando con el UNICEF, otras agencias de la Organización de Naciones Unidas (ONU), la Media Luna Roja Siria y voluntarios locales, organizaciones no gubernamentales internacionales y nacionales, y otros grupos locales e internacionales que prestan asistencia humanitaria a los sirios afectados por el conflicto para garantizar que todos los niños sean vacunados, independientemente de dónde vivan. Se prevé que las actividades de respuesta a los brotes tendrán que seguir durante 6 a 8 meses, dependiendo de la zona y sobre la base de la evolución de la epidemiología.

“Este brote pone de relieve la importancia de la erradicación de la poliomielitis en todas partes, sobre todo en los tres países que siguen siendo endémicos: Afganistán, Nigeria y Pakistán”, dice Alwan. “Mientras la poliomielitis persista en estos bolsones, el mundo siempre estará en riesgo de brotes. Debemos hacer todo lo posible para llegar a todos los niños en esas áreas”.

6 de diciembre de 2013 – Fuente: Docsalud (Argentina)

Los rastros del VIH reaparecieron en dos estadounidenses que parecían haberlo eliminado tras un trasplante de médula ósea realizado para tratar un cáncer, informaron médicos estadounidenses.

Los expertos calificaron al descubrimiento de “decepcionante” en el marco de la búsqueda de una cura para el VIH, pero ofrece nuevas e importantes pistas en la búsqueda de los esquivos escondites de la enfermedad.

El estadounidense Timothy Brown, conocido también como “el paciente de Berlín”, es actualmente la única persona en el mundo que parece haberse curado completamente del sida. Brown, quien también sufría de leucemia, había recibido un trasplante de médula ósea de un inusual donante naturalmente resistente al VIH, y durante seis años no mostró ningún síntoma de un retorno del virus.

“El regreso de los signos detectables de VIH es decepcionante, pero muy importante científicamente –dijo Timothy Heinrich, del departamento de enfermedades infecciosas del Brigham and Women’s Hospital de Boston, Estados Unidos–. Con esto hemos descubierto que los reservorios de VIH son más profundos y más persistentes de lo que pensábamos”.

Heinrich anunció el hallazgo en una conferencia internacional sobre el sida en Miami, Florida. Los dos pacientes, ambos con el virus, habían recibido trasplantes de médula ósea para tratar un tipo de cáncer de sangre conocido como linfoma de Hodgkin, uno en 2008 y otro en 2010.

Los dos hombres, que no quieren ser identificados públicamente, siguieron siendo tratados con antirretrovirales durante un tiempo, antes de dejar este año de tomar esa medicación. En julio, los médicos habían anunciado resultados alentadores: los pacientes parecían haber eliminado por completo el VIH después de siete y 15 semanas sin tratamiento, respectivamente.

Pero rápidamente reaparecieron los primeros signos del virus. En el primer individuo surgieron 12 semanas después de la interrupción del tratamiento antirretroviral, y en el segundo, 32 semanas después.

Heinrich señaló que “ambos pacientes reanudaron el tratamiento y van bien”. Según él, este descubrimiento sugiere que “puede haber un importante reservorio longevo del VIH fuera de la sangre”, y que los métodos actuales para detectar ínfimas señales del virus pueden no ser lo suficientemente precisos.

“Hemos demostrado el VIH puede reducirse a niveles no detectables por análisis muy sofisticados y aún así persistir”, dijo.

A diferencia de Brown, estos dos pacientes no recibieron trasplantes de donantes con una resistencia genética natural al VIH por ausencia del receptor CCR5, por lo que no recibieron protección contra el virus.

Éstos pacientes recibieron trasplantes de donantes con el receptor CCR5, que actúa como una puerta de ingreso del VIH a las células.

Los investigadores tenían la esperanza de que, al continuar el tratamiento de los hombres con medicamentos antirretrovirales durante el proceso de trasplante y después, la medicación podría haber evitado que las células del donante se infectaran.

En cambio, parece ser que el virus era indetectable en la sangre, pero se ocultaba en otras partes del cuerpo, lo que le permitió reaparecer una vez suspendida la terapia con medicamentos represivos.



5 de diciembre de 2013 – Fuente: Science

El virus de la influenza aviar A(H7N9) no parece tener todavía la capacidad de infectar a las personas con facilidad, indica un estudio reciente.

Los hallazgos contradicen a algunas investigaciones previas que sugirieron que el A(H7N9) plantea una amenaza inminente como causa de una pandemia global.

A principios de año, el virus A(H7N9) acabó con las vidas de varias docenas de personas en China. Unos análisis de muestras virales de ese brote sugieren que el A(H7N9) sigue estando sobre todo adaptado para infectar a las aves, no a las personas, según científicos del Instituto de Investigación Scripps en La Jolla, California.

“Afortunadamente, el virus A(H7N9) todavía no parece estar bien adaptado para vincularse con los receptores humanos”, señaló Ian Wilson, profesor de biología estructural y presidente del Departamento de Biología Integradora Estructural y Computacional.

“Debido a que las publicaciones que se han hecho hasta ahora han implicado que el A(H7N9) se ha adaptado a los receptores humanos, creímos que debíamos publicar una declaración clara al respecto”, comentó James Paulson, presidente del Departamento de Biología Celular y Molecular.

Los virus de la influenza A(H7N9) infectan a las aves, provocando pocos o ningún síntoma. Hasta este año, nunca se habían reportado cepas A(H7N9) en humanos. Pero en febrero, docenas de personas de dos áreas urbanas del este de China comenzaron a contraer influenza A(H7N9), y la mayoría enfermó gravemente.

Cuando el brote casi había terminado para fines de mayo, había 132 casos humanos confirmados en laboratorio y 37 muertes, una tasa de mortalidad de casi 30%.

Las autoridades de salud pública se alarmaron con el brote, y surgió la preocupación de que el A(H7N9) pudiera provocar una pandemia global.

"Estos resultados sugieren que debemos seguir observando al A(H7N9) y ver si pasa por cualquier cambio que haga más probable que se propague en la población humana", comentó Wilson.⁷

Publicidad relacionada con la salud

Fluorides are for all ages!



U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES • Public Health Service • National Institutes of Health • National Institute of Dental Research

¡El flúor es para todas las edades!
National Institute of Dental Research (1985. 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.

⁷ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#) (requiere suscripción).