



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina



Número 1.277

27 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 dengue
- Los cánceres con más altas tasas de incidencia y mortalidad en Argentina
- Idean un método que permitiría amamantar a madres con enfermedad de Chagas

- Santa Fe, Rosario: Inusual ataque de palometas en un balneario sobre el río Paraná

América

- Chile, Región Metropolitana: Informan una nueva muerte meningitis por meningococo W135
- Estados Unidos, New México: Tercer caso confirmado de hantaviriosis en el Estado en lo que va de 2013
- Estados Unidos: El sarampión y la rubéola todavía aparecen ocasionalmente en el país

- México, Chihuahua: Uno de cada diez indígenas de la Sierra Tarahumara padece tuberculosis
- México: Aseguran que la transmisión de la rabia se ha logrado controlar en el país
- Perú, Puno: Detectan 17 casos de fasciolosis en Azángaro

El mundo

- China, Hebei: Once personas en cuarentena por alerta de influenza aviar A(H5N2)
- Emiratos Árabes Unidos: Reportan un nuevo caso de MERS
- España, Canarias: Crearán un sistema de erradicación temprana del dengue
- Hong Kong: Confirman la primera muerte por influenza aviar A(H7N9)
- Descubren cómo detener la replicación del parásito de la malaria

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 dengue

16 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

En Argentina fueron notificados 9.153 casos sospechosos de dengue, con 2.919 casos confirmados, entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 a 49 de 2013¹. No se reportaron casos de dengue grave ni muertes por dengue. El período de brote se extendió entre las SE 4 y 28 de 2013, con 2.732 casos autóctonos. En ese período fueron registrados brotes de dengue en 18 localidades de 8 provincias con circulación de los serotipos DEN-1, DEN-2 y DEN-4. El último caso correspondiente a una localidad en brote se registró en la semana epidemiológica 28 en la ciudad de Formosa, provincia de Formosa.

A partir de la SE 29 no se registraron localidades en brote y fueron confirmados 5 casos, todos con antecedente de viaje fuera del país. Los casos que permanecen como probables son 9, de los cuales 7 cuentan con antecedente de viaje y en 2 no se pudo recabar este dato.

Período epidémico (SE 1 a 28)

En Argentina entre las SE 1 y 28 fueron confirmados 2.914 casos de dengue, de los cuales 2.732 fueron considerados autóctonos (ver Tabla 1). Entre las SE 4 a 28 del 2013 fueron registrados brotes de dengue en 18 localidades de 8 provincias con circulación de los serotipos DEN1, DEN2 y DEN4. El último caso correspondiente a una localidad en brote se registró en la semana epidemiológica 28 en Formosa capital.

Tabla 1. Casos notificados y clasificación, según provincia y región. Argentina. Año 2013, hasta semana epidemiológica 28. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.

Provincia/Región	Confirmados		Probables		En estudio	Descartados	Total general
	Autóct.	Import.	Autóct.	Import.			
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1	29	18	30	65	69	212
Buenos Aires	15	40	16	61	54	158	344
Córdoba	82	7	25	—	90	958	1.162
Entre Ríos	—	1	—	1	7	41	50
Santa Fe	1	11	3	1	16	319	351
Centro	99	88	62	93	232	1.545	2.119
Mendoza	—	—	—	2	1	4	7
San Juan	—	—	—	—	3	2	5
San Luis	—	—	—	—	3	8	11
Cuyo	—	—	—	2	7	14	23
Corrientes	12	3	17	3	3	305	343
Chaco	169	4	42	4	15	528	762
Formosa	1.287	58	19	2	176	90	1.632
Misiones	110	1	58	9	15	1.279	1.472
NEA	1.578	66	136	18	209	2.202	4.209
Catamarca	—	—	—	1	1	116	118
Jujuy	4	5	3	1	4	379	396
La Rioja	—	—	—	1	—	24	25
Salta	1.051	22	36	3	31	478	1.621
Santiago del Estero	—	—	—	—	—	24	24
Tucumán	—	1	3	4	2	97	107
NOA	1.055	28	42	10	38	1.118	2.291
Chubut	—	—	—	—	—	—	—
La Pampa	—	—	—	—	1	1	2
Neuquén	—	—	—	—	—	1	1
Río Negro	—	—	—	—	—	1	1
Santa Cruz	—	—	—	—	—	1	1
Tierra del Fuego	—	—	—	1	—	1	2
Sur	—	—	—	1	1	5	7
Total Argentina	2.732	182	240	124	487	4.884	8.649

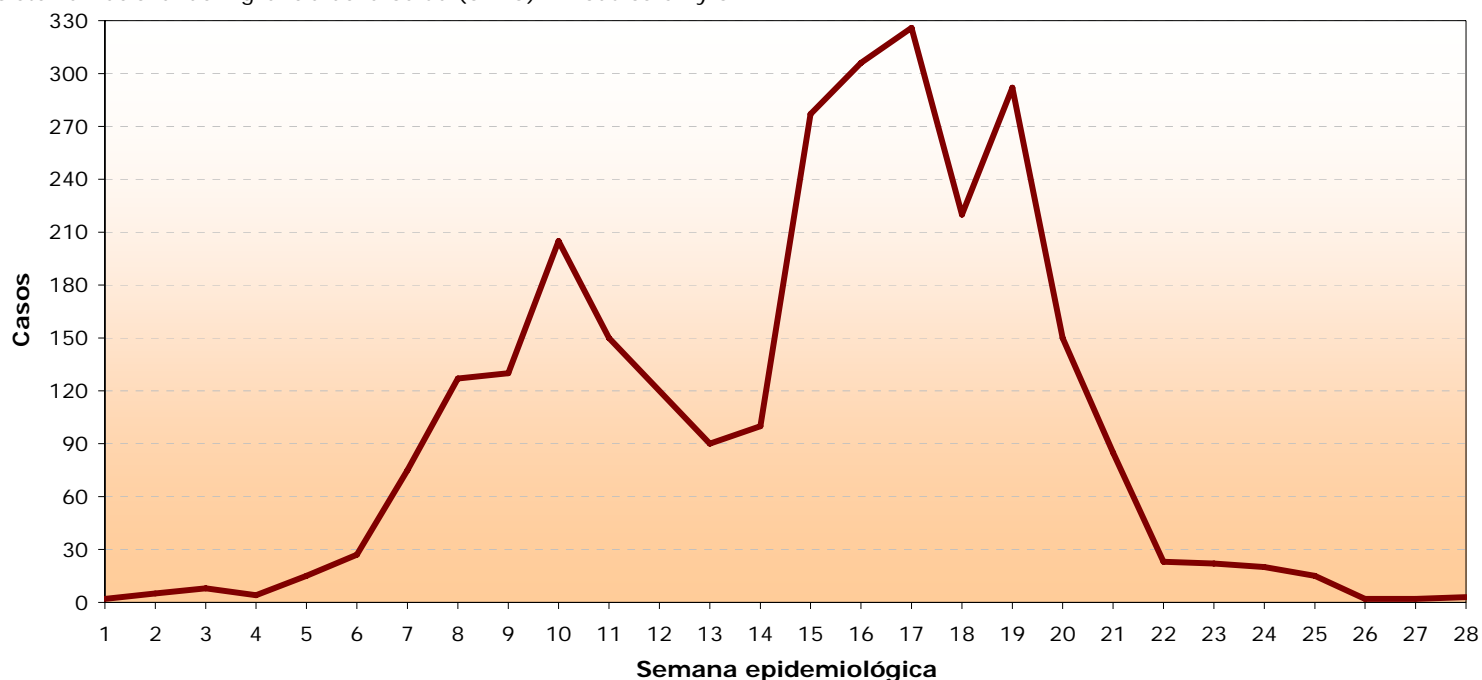
La oportunidad de notificación en este período fue óptima, con una mediana de 2 días de demora entre la fecha de toma de muestra y la fecha de notificación; sin embargo esta oportunidad de notificación fue heterogénea entre las provincias.

La última temporada se caracterizó por registrar el mayor número de casos sospechosos y confirmados, así como de localidades afectadas, luego del brote ocurrido en el primer semestre de 2009. Los casos confirmados presentaron dos períodos de mayor incidencia, el primero entre las SE 7 y 12 y el segundo entre las SE 15 y 21 (ver Gráfico 1).

El primer período de mayor incidencia correspondió principalmente a los brotes registrados en las provincias de Salta y Córdoba, mientras que el segundo período, a Formosa, Chaco y Misiones.

¹ Datos disponibles en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) hasta el 8 de diciembre de 2013.

Gráfico 1. Casos confirmados según semana epidemiológica. Argentina. Año 2013, hasta semana epidemiológica 28 (N = 2.914). Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.



Se comprobó circulación viral autóctona de los serotipos DEN-1, DEN-2 y DEN-4, demostrándose circulación simultánea de dos serotipos en las localidades de Presidencia Roque Sáenz Peña (Chaco) y Córdoba (Córdoba) (ver Tabla 2).

Tabla 2. Provincias y localidades que registraron brotes y serotipos identificados. Argentina. Año 2013, hasta semana epidemiológica 28. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo SIVILA.

Provincia/Región	Localidad	Serotipos identificados
Formosa	Clorinda	DEN-2
	Formosa	
	Laguna Naick Neck	
	Mojón del Fierro	
	Puerto Pilcomayo	
Salta	Profesor Salvador Mazza	DEN-4
	General Ballivián	
	San Ramón de la Nueva Orán	
	Embarcación	
	Tartagal	
	Pichanal	DEN-2
Chaco	Coronel Du Graty	DEN-2
	Santa Silvana	DEN-2 y DEN-4
	Presidencia Roque Sáenz Peña	
Misiones	Posadas	DEN-2
Córdoba	Córdoba	DEN-1 y DEN-4
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Ciudad Autónoma de Buenos Aires	DEN-2
Buenos Aires	José Mármol	DEN-2
Corrientes	Corrientes	DEN-2

Se identificaron casos confirmados por los cuatro serotipos existentes. De los 182 casos registrados con antecedente de viaje a zonas con circulación viral, 167 correspondieron a casos con nexo epidemiológico con países endémicos: Paraguay 121 (DEN-2), Bolivia 24 (DEN-4), Brasil 15 (DEN-1, DEN-3 y DEN-4), Costa Rica 3 (DEN-2 y DEN-3), México 2 (DEN-1), Perú 1 (DEN-2), República Dominicana 1 (sin identificación de serotipo).

El grupo etario más afectado en todas las provincias con localidades en brote fue el de 15 a 64 años. Las provincias de Formosa y Misiones fueron las que registraron el mayor porcentaje de casos confirmados en los grupos de edad de menores de 15 años.

Período interepidémico (SE 29 a 49)

A partir de la SE 29 la vigilancia se mantuvo activa y fueron notificados al Módulo SIVILA 504 casos sospechosos de dengue. Entre las SE 30 a 42 la mediana de la notificación fue de 16 casos semanales mientras que entre las SE 43 y 49, la mediana aumentó a 40 casos semanales.

En este período interepidémico fueron confirmados 5 casos, 4 con identificación del serotipo DEN-1 (3 de los cuales cuentan con antecedente de viaje a México) y 1 con identificación de serotipo DEN-3 y antecedente de viaje a Panamá.

Además, otros 9 casos resultaron probables, 7 de los cuales especifican antecedentes de viaje a México (2), Brasil (2), Paraguay (1), Bolivia (1) y República Dominicana (1).

Los casos probables y confirmados se distribuyeron homogéneamente a lo largo del período. El último caso probable fue detectado en la localidad de Salta en la SE 47.

La oportunidad de notificación en este período fue de 2 días.

Tabla 3. Casos confirmados, según provincia y región, y serotipos identificados. Argentina. Año 2013, hasta semana epidemiológica 28. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.²

Provincia/Región	Confirmados por laboratorio					Por nexos
	Sin serotipo	DEN-1	DEN-2	DEN-3	DEN-4	
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	3	4	—	22	1	—
Buenos Aires	1	2	—	43	1	8
Córdoba	—	12	2	1	42	32
Entre Ríos	1	—	—	—	—	—
Santa Fe	—	6	—	6	—	—
Centro	5	24	2	72	44	40
Corrientes	—	—	—	3	—	12
Chaco	8	10	—	59	—	96
Formosa	—	—	—	126	—	1.219
Misiones	1	—	—	17	—	93
NEA	9	10	—	205	—	1.420
Jujuy	1	6	—	2	—	—
Salta	6	31	—	3	—	1.033
Tucumán	—	1	—	—	—	—
NOA	7	38	—	5	—	1.033
Total Argentina	21	72	2	282	44	2.493

Tabla 4. Casos notificados y clasificación, según provincia y región. Argentina. Año 2013, semanas epidemiológicas 29 a 49. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.

Provincia/Región	Confirmados		Probables		En estudio	Descartados	Total general
	Autóct.	Import.	Autóct.	Import.			
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	—	1	—	3	11	8	23
Buenos Aires	—	—	2	3	9	12	26
Córdoba	—	3	—	—	23	29	55
Entre Ríos	—	—	—	—	2	6	8
Santa Fe	—	1	—	—	20	45	66
Centro	—	5	2	6	65	100	178
Mendoza	—	—	—	—	—	1	1
San Juan	—	—	—	—	—	3	3
San Luis	—	—	—	—	2	5	7
Cuyo	—	—	—	—	2	9	11
Corrientes	—	—	—	—	—	17	17
Chaco	—	—	—	—	30	47	77
Formosa	—	—	—	—	1	11	12
Misiones	—	—	—	—	27	83	110
NEA	—	—	—	—	58	158	216
Catamarca	—	—	—	—	2	5	7
Jujuy	—	—	—	—	12	39	51
La Rioja	—	—	—	—	—	—	—
Salta	—	—	—	1	12	22	35
Santiago del Estero	—	—	—	—	—	5	5
Tucumán	—	—	—	—	—	—	—
NOA	—	—	—	1	26	71	98
Chubut	—	—	—	—	—	—	—
La Pampa	—	—	—	—	—	1	1
Neuquén	—	—	—	—	—	—	—
Río Negro	—	—	—	—	—	—	—
Santa Cruz	—	—	—	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—	—	—	—
Sur	—	—	—	—	—	1	1
Total Argentina	—	5	2	7	151	339	504

Evaluación de la vigilancia en el período interepidémico

Desde la reemergencia del dengue en el año 1998 en Argentina, se registraron brotes todos los años durante los meses de diciembre a junio, principalmente en las provincias del Noroeste Argentino (NOA) y Noreste Argentino (NEA), a excepción de los años 2001 y 2005. La detección oportuna de los mismos requiere de un sistema de alerta temprana con amplia cobertura y una oportunidad de notificación dentro de los dos días desde el momento de la atención.

Desde la SE 29 a la 49, han notificado casos sospechosos de dengue al sistema de vigilancia 73 establecimientos de 17 jurisdicciones, de los cuales al menos 6 pertenecen al subsector privado.

² De acuerdo al algoritmo de diagnóstico y notificación vigente, en áreas con circulación viral confirmada se notificará en el evento 'Dengue agrupado' del Módulo C2 todo caso con clínica compatible con dengue. Por otra parte, se notificará como caso confirmado por laboratorio todos los casos estudiados por laboratorio a partir de las pruebas de tamizaje positivas.

La oportunidad de notificación, medida en base a la diferencia entre la fecha de notificación del caso y la fecha de toma de la primera muestra, arrojó una mediana de 2 días a nivel nacional.

Las regiones de mayor riesgo de circulación viral autóctona son las regiones NOA, NEA y Centro. En estas regiones se observan departamentos limítrofes con una baja oportunidad de notificación en el NEA, así como en las de mayor concentración poblacional en la Región Centro.

Agencia CyTA

Programa de Divulgación Científica
y Técnica del Instituto Leloir

Los cánceres con más altas tasas de incidencia y mortalidad en Argentina

23 de diciembre de 2013 – Fuente: Agencia de Noticias Científicas y Tecnológicas Argentinas

Además del cáncer de pulmón, el cérvico uterino, el de mama y el de colon son los de mayor incidencia y mortalidad en Argentina.

“También son los que tienen mayor posibilidad de cura si se los detecta en una etapa temprana”, afirmó la Dra. María Viniegra, coordinadora técnica del Instituto Nacional del Cáncer (INC), dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.

Si la población estuviese mejor informada, se salvarían muchas vidas. El cérvico uterino afecta a cerca de 17 mujeres de cada 100.000, esto es, se producen unos 4.000 casos nuevos en el país por año. “El Programa de Prevención del Cáncer Cervicouterino está implementando estrategias para que todas las mujeres de 25 a 64 años se realicen periódicamente el PAP, y algunas provincias inclusive están utilizando tecnologías más nuevas como el test del virus del papiloma humano (VPH)”, afirmó Viniegra.

En cuanto al cáncer de mama –que afecta a 74 de cada 100.000 mujeres– el Programa Nacional de Cáncer de Mama del INC viene trabajando fuerte en la capacitación de los equipos de salud (médicos y técnicos radiólogos, patólogos, médicos clínicos y ginecólogos) para detectar de forma temprana estos tumores.

“Hoy en Argentina la tercera parte de las mujeres llegan a atenderse cuando los tumores se encuentran en un estadio avanzado, lo que hace que las posibilidades de curación descendan”, señaló Viniegra. El objetivo del programa es que las mujeres de 50 a 70 años se realicen una mamografía cada dos años.

Por otra parte, el cáncer colorrectal presenta más de 90% de probabilidad de cura si se detecta temprano, sobre todo mediante el test de sangre oculta en heces y la colonoscopia para mayores de 50 años.

El INC también tiene como prioridad reducir el tabaquismo, responsable de más de 80% de los 10.000 nuevos casos de cáncer de pulmón por año.

“Para desarrollar estrategias de prevención efectivas se requiere de un trabajo articulado entre los tomadores de decisión, los equipos de salud, los medios de comunicación y población general”, concluyó Viniegra.



En Argentina la tercera parte de las mujeres con cáncer de mama llegan a atenderse cuando los tumores se encuentran en un estadio avanzado. Esta pintura, de Francisco Speicher, integró la convocatoria “Buscando Miradas” –del Instituto Nacional del Cáncer– para presentar obras de arte en ocasión del mes de la concienciación del cáncer de mama.

DOCSALUD

Idean un método que permitiría amamantar a madres con enfermedad de Chagas

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

Científicos de la Comisión de Investigaciones Científicas (CIC) y la Universidad Nacional de La Plata (UNLP) desarrollan un método que permitiría a las mujeres poder amamantar mientras realizan su tratamiento para la cura del mal de Chagas.

La investigación realizada en conjunto con investigadores del Servicio de Parasitología-Chagas del Hospital General de Niños ‘Dr. Ricardo Gutiérrez’ de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, permitió desarrollar un método para medir la presencia del fármaco benznidazol en la leche de mujeres bajo tratamiento para el mal de Chagas.

En ese sentido, se informó que la concentración transferida sería suficientemente baja para no afectar al lactante, por lo que las mujeres infectadas podrían recibir tratamiento, que actualmente se suspende durante este período o se indica a la madre no amamantar, para evitar potenciales efectos tóxicos para el bebé.

Al respecto, se recordó desde la CIC –dependiente del Ministerio de Producción, Tecnología y Ciencia de la provincia de Buenos Aires– que “el mal de Chagas es la enfermedad endémica más importante de Sudamérica, ocupando más de 50% de los recursos sanitarios respecto del total de las enfermedades endémicas de la región”.

“Este nuevo método permite separar los lípidos y proteínas de la leche, los que son sucesivamente filtrados y finalmente inyectados en un equipo que detecta y cuantifica la cantidad de droga presente en la muestra”, se valoró.



El investigador de la Planta Piloto Multipropósito-Laboratorio de Servicios a la Industria y al Sistema Científico, Guido Mastrantonio, sostuvo: "Hemos podido encontrar que las concentraciones que aparecen en la leche de una madre serían bajas para que signifiquen un riesgo para el bebé".

"Esto es importante porque una madre con enfermedad de Chagas sólo accede con preferencia al sistema sanitario en el período del embarazo y post parto, por lo que si se les pide que regresen para iniciar el tratamiento cuando terminen la lactancia, muy probablemente no lo hagan o regresen cuando la enfermedad ya se ha hecho incurable por sus daños y efectos crónicos inhabilitantes", aseguró.

Mastrantonio indicó que reciben del Hospital Ricardo Gutiérrez muestras de pacientes tratados con el fármaco, que se procesan y se miden usando métodos previamente desarrollados en el mismo laboratorio.

"Con esto buscamos correlacionar estos valores con los perfiles de los pacientes, la eficacia terapéutica y los eventos adversos, obteniendo datos que pueden permitir ajustar las dosis de la terapia para cada tipo de paciente", agregó.

Por otro lado, Mastrantonio remarcó que "la industria farmacéutica no encontró en los enfermos de Chagas un mercado de interés, de manera que no han existido grandes esfuerzos por parte de esas empresas para el desarrollo de mejores tratamientos".

Actualmente, los fármacos para el mal de Chagas sólo se dispensan a través de los sistemas públicos de salud. "Esto es porque es un tratamiento riesgoso, lo que implica que el médico tiene que estar encima del paciente para asegurarse de que no haya efectos adversos; y porque es una enfermedad de pobres, es decir, fundamentalmente el acceso al sistema de salud por parte del chagásico es a través del sistema público", consideró.

27 de diciembre de 2013 – Fuente: Telenoticiosa Americana

Un cardumen de palometas, una especie de pez de la familia de las pirañas, atacó en la tarde del 26 de diciembre a los bañistas que se encontraban en las aguas de la Rambla Catalunya, en la zona norte de la ciudad.

De las 70 personas que sufrieron heridas, 7 fueron niños, y la situación más complicada la vivió una nena de 7 años que perdió parte de su falange del dedo meñique, en tanto otro niño resultó con fractura expuesta en uno de los dedos de su mano.

Gustavo Centurión, uno de los médicos del Sistema Integrado de Emergencia Sanitaria (SIES) que trabaja en la carpa sanitaria instalada en la zona "en la temporada es la primera vez que pasa esto y fue algo muy agresivo. Esto empezó a darse después de la media mañana, cuando empezaron a aparecer personas con mordeduras en los talones, pies y las manos. Hubo personas a quienes las palometas literalmente le arrancaron pedacitos de carne".



Cabe señalar que los guardavidas hicieron muchos intentos para evitar que la gente siguiera ingresando al espejo de agua, pero se complicaba esa tarea debido a la masiva asistencia de público por las altas temperaturas.

Al ser consultado sobre este inusitado suceso, el subsecretario de Recursos Naturales de Santa Fe, Ricardo Biasatti, descartó que se produzca un nuevo ataque de `palometas`, un hecho que calificó de "aislado e insignificante" si se tiene en cuenta el tamaño del río Paraná.

En el mismo sentido se pronunció el presidente de la Asociación de Pescadores 'El Espinillo', Julián Aguilar, quien desechó la posibilidad de que se repita el episodio, ya que los ataques de estos peces a seres humanos "son ocasionales".

Para el pescador, "el cardumen puede haber sentido el movimiento de la gente en el agua y atacó, pero no es algo normal".

En Santa Fe "hay 800 kilómetros de costas. Son absolutamente esporádicas noticias de este tipo", afirmó Biasatti, quien explicó que las palometas permanecen en aguas tranquilas y desmintió que transmitan enfermedades.

Por otro lado, aclaró que la explicación que señala que los peces muerden a la gente porque no tienen alimento debido a la contaminación ambiental es "absolutamente descabellada".

El subsecretario señaló también que la única forma de evitar que las palometas se aproximen a la orilla es con una red, aunque indicó que "detenerlas es cosa difícil por la corriente del Paraná".

En ese contexto, Biasatti advirtió a los kayakistas que se adentran por los brazos del río hacia zonas más calmas, que tomen precauciones, ya que es el lugar donde es habitual encontrarse con estos peces.

Las palometas son peces carnívoros, de dientes filosos, muy agresivos, que suelen atacar grupalmente y aparecen en las costas del Paraná, especialmente con altas temperaturas.³

³ Las especies de pirañas presentes en el río Paraná incluyen principalmente a: *Serrasalmus spilopleura* (piraña de banda negra) y *S. nattereri* (piraña roja). El género pertenece al orden Characiformes, familia Characidae, subfamilia Serrasalminae.



Chile, Región Metropolitana: Informan una nueva muerte meningitis por meningococo W135

23 de diciembre de 2013 – Fuente: Ministerio de Salud (Chile)

El Instituto de Salud Pública chileno informó de una nueva muerte por meningitis por meningococo W135, el que corresponde a una joven de 18 años que falleció en el Hospital 'Luis Tisné', de la Región Metropolitana, lo que eleva a 84 el total de casos a nivel nacional, y a 20 el número de muertes.

Las regiones que han presentado casos en este año 2013 son las siguientes: Región Metropolitana (56 casos), Valparaíso (9), Biobío (5), Atacama (3), Los Lagos (3), Araucanía (2), Tarapacá (2), Antofagasta (1), Coquimbo (1), Los Ríos (1) y Maule (1).



Estados Unidos, New México: Tercer caso confirmado de hantavirus en el Estado en lo que va de 2013

10 de diciembre de 2013 – Fuente: KTSM (Estados Unidos)

El Departamento de Salud de New México anunció el 10 de diciembre de 2013 que un niño de 12 años de edad del condado de McKinley murió a causa de un síndrome pulmonar por hantavirus (SPH). Éste es el tercer caso de infección por hantavirus en New México en 2013, y la segunda muerte. Se llevará a cabo una investigación ambiental en la casa del paciente para ayudar a reducir el riesgo para las demás personas.

El SPH es una enfermedad mortal transmitida por los roedores infectados a través de la orina, los excrementos o la saliva. Las personas pueden contraer la enfermedad al respirar los virus aerosolizados. El ratón ciervo (*Peromyscus maniculatus*) es el principal reservorio del virus Sin Nombre, la cepa del hantavirus más comúnmente registrada en New México.

"Las personas generalmente se exponen al hantavirus alrededor de sus hogares, sobre todo cuando limpian áreas cerradas con abundantes excrementos de ratones", dijo el Dr. Paul Ettestad, veterinario del Departamento de Salud Pública. "Con el clima frío, los ratones pueden tratar de entrar a las construcciones en busca de refugio, por lo que es importante sellar las viviendas y otras estructuras que son utilizadas por las personas. Los ratones pueden pasar a través de un agujeros del tamaño de una moneda de diez centavos".

Los primeros síntomas de la infección por hantavirus incluyen fiebre y dolores musculares, posiblemente con escalofríos, dolor de cabeza, náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, y tos, que progresa a distrés respiratorio. Estos síntomas se desarrollan dentro de 1-6 semanas después de la exposición a los roedores que conducen a la infección.

Aunque no existe un tratamiento específico para el SPH, las posibilidades de recuperación aumentan si se procura rápidamente la atención médica.

Los casos previos de hantavirus durante 2013 en New México fueron los de una mujer de 45 años de edad del condado de McKinley que sobrevivió a la enfermedad y una mujer de 73 años, del Condado de Santa Fe, que murió en octubre.

En 2012, New México registró un único caso de hantavirus, que resultó en la muerte de una mujer de 20 años de edad, del condado de Río Arriba.

En 2011, hubo en New México 5 casos de hantavirus, 3 de ellos mortales: una mujer de 51 años y un hombre de 23 años de edad del condado de McKinley, y un hombre de 35 años del condado de Torrance.



Peromyscus maniculatus

Su hábitat natural es el Biotopo Amazónico y subtropical y se distribuyen en América del Sur, en las cuencas de los ríos Amazonas, Orinoco, La Plata e Itenez/Guaporé. Estas especies, comunes en el norte argentino, suele bajar hasta la desembocadura del río Paraná. Todos los años se registran pérdidas de falanges y heridas menores causadas por estas especies, sin lugar a dudas, unas de las más agresivas de las aguas continentales.

Destaca su poderosa mandíbula que posee unos afiladísimos dientes. Cada lado de la mandíbula superior está provisto con dos filas paralelas de dientes, una fila con 6 dientes está situada en el hueso intermaxilar, la otra con 5-7 dientes pequeños en el borde paladar. La mandíbula inferior posee una sola fila encorvada de 14 dientes en cada lado.

Pez muy voraz, los alevines se alimentan normalmente de crustáceos del género *Artemia*, escamas, larvas de mosquito, pequeñas lombrices y trozos de pescado y carne. A los adultos se les puede alimentar con prácticamente todo tipo de alimento cárnico de toda clase y alimento vivo.

S. spilopleura, a diferencia de *S. nattereri*, habitualmente no caza en cardúmenes. Ambas son especies tremendamente agresivas, no por ser territoriales, sino por su carácter pterigiofágico, es decir que parte de su alimento consiste en aletas de peces.

Las pirañas son peces muy longevos. Aunque en los acuarios de los aficionados suelen vivir poco por falta de interés de los aficionados que las mantienen, si son bien cuidados pueden superar los 30 años de edad.

Desde que fue descubierto en 1993, New México registra un total de 94 casos de hantavirus confirmados por laboratorio, con 39 muertes, el mayor número de casos de cualquier estado de la nación.

A nivel nacional, desde 1993, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) reportan un total de 624 casos, con una tasa de mortalidad de 36%.

**JAMA
Pediatrics**

Estados Unidos: El sarampión y la rubéola todavía aparecen ocasionalmente en el país

5 de diciembre de 2013 – Fuente: *The Journal of the American Medical Association – Pediatrics*

El sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC) fueron erradicados de Estados Unidos hace más de una década, pero aún se registran brotes ocasionales.

“Aunque Estados Unidos eliminó el sarampión y la rubéola, las importaciones internacionales son continuas y la vigilancia es imprescindible para prevenir su diseminación”, aseguró el Dr. Mark J. Papania, de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), Atlanta, Georgia.

Agregó que “la clave para su diagnóstico es tener en mente el sarampión y la rubéola cuando se evalúa a un paciente con erupción leve sin vesículas en todo el cuerpo y fiebre, sobre todo si viajó al exterior o estuvo en contacto con personas de otros países”.

Estados Unidos erradicó el sarampión en el año 2000 y la rubéola y el SRC en 2004. En 2011, los CDC convocaron otro panel de expertos para evaluar si la situación se mantenía. Se entiende por erradicación de una enfermedad a la ausencia de transmisión endémica (cadena de transmisión continua durante por lo menos 12 meses).

La incidencia anual del sarampión y la rubéola se mantuvieron, respectivamente, por debajo de un caso cada millón de habitantes en el período 2001-2011 y de un caso cada 10 millones de habitantes en el período 2004-2011.

El 88% de los 911 casos de sarampión notificados en esta década eran importados y menos de 10% provocó un brote (tres o más casos relacionados).

El 44% de los 77 casos de rubéola notificados ocurrieron por falta de vacunación; no se tenía información sobre la vacunación en 34 casos. El 40% eran casos importados (cuatro estaban asociados con casos importados, siete eran infecciones por virus importados y 35 no tenían origen conocido).

Durante el estudio, sólo se detectaron dos brotes de rubéola, cada uno con tres casos y ninguno asociado con una fuente de exposición importada (aunque un brote estuvo asociado con un genotipo viral importado).

Tres de los cuatro casos de SRC eran importados y el cuarto caso era de origen desconocido: el hijo de una mujer estadounidense que no había viajado al exterior y había recibido una dosis de la vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola (MMR).

Los autores también revisaron la cobertura de la vacunación. Las estimaciones estaduales de vacunación con una dosis infantil de MMR eran de entre 85,1 y 97,8%, mientras que las cifras de inmunización adolescente con dos dosis de la vacuna MMR oscilaban entre 79,7 y 98,4%.

El porcentaje de alumnos que reclamó la exención de la inmunización escolar varió entre menos de 0,1% en Mississippi hasta 6,2% en Washington y se registró evidencia de un aumento de esos pedidos en los últimos años.

En el período 1999-2004, la seroprevalencia de anticuerpos en la población estadounidense de entre 6 y 49 años fue de 95,9% para el sarampión y de 91,3% para la rubéola.

“La mejor manera de reducir la importación del sarampión y la rubéola a Estados Unidos es reducir su transmisión en todos los países con el aumento de la cobertura de la inmunización –sostuvo Papania–. La mejor solución de la importación es la erradicación de las enfermedades”.

“En tanto –indicó–, es importante reforzar la inmunidad de los viajeros internacionales mediante la vacunación. Para los viajeros que nacieron después de 1957 y de más de 12 meses de vida, la vacunación adecuada incluye dos dosis de MMR con un intervalo de por lo menos 28 días. A los bebés de entre 6 y 11 meses de vida hay que aplicarles una dosis de MMR antes de viajar”.⁴

**EL HERALDO
de Chihuahua**

México, Chihuahua: Uno de cada diez indígenas de la Sierra Tarahumara padece tuberculosis

23 de diciembre de 2013 – Fuente: *El Heraldo de Chihuahua (México)*

Primero se manejó como una leyenda urbana, luego como un brote controlado, sin embargo, ahora se ha reconocido que uno de cada 10 indígenas que habita la Sierra Tarahumara padece de tuberculosis en algún grado de intensidad, es decir, unas 10.000 personas, por lo cual el mal puede ser considerado como epidemia, pues ha generado, en un periodo de tres años, la muerte de al menos 152 personas, 75% de ellos niños, mujeres embarazadas o ancianos.

⁴ La virtual erradicación de una enfermedad infecciosa es una buena noticia. Sin embargo, se desvanece la ilusión cuando se reportan brotes aislados, sea en relación a casos importados, a exposición de viajeros y/o a personas que rechazaron la vacunación. Se justifica la preocupación de Estados Unidos por cortar la cadena de transmisión de las enfermedades citadas, la cual debiera acompañarse por mayores y mejores esfuerzos de los otros países del mundo en la lucha contra estas enfermedades inmunoprevenibles.

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

De acuerdo con las cifras dadas por la Secretaría de Salud, durante el presente año, se han atendido 42.473 personas con infecciones respiratorias agudas, de las que una tercera parte presentaría la enfermedad en alguna de sus etapas.

Según la información proporcionada por las agrupaciones defensoras de las etnias, la causa de la proliferación de la enfermedad no se trata de una falta de abastecimiento de medicamentos, ni de atención médica, sino de un problema de logística y de burocracia que provocan que los tratamientos no puedan ser entregados en una sola exhibición a los pacientes, que tienen que viajar, en ocasiones decenas de kilómetros entre la sierra, para llegar hasta la clínica y recibir atención.

De acuerdo con la información médica, los tratamientos más efectivos para tratar la tuberculosis son isoniazida, rifampicina, etambutol o pirazinamida, medicamentos controlados que deben pasar a recoger los enfermos. La ley impide que todo el tratamiento, que consiste en seis cajas de medicamentos, les sea entregado en una sola exhibición a los indígenas y es allí en donde radica el error burocrático.

Para recibir el tratamiento, la gran mayoría de los indígenas debe recorrer grandes distancias y con la salud mermada eso resulta una proeza una vez, pero ya hacerlos pasar por el mismo trámite seis veces, resulta inhumano, pues incluso de vez en cuando se destinan "padrinos" que les intentan entregar la medicina en sus domicilios. Ante semejantes recorridos los enfermos se desalientan a recoger los fármacos, y permanecen enfermos tiempo suficiente para contagiar al resto de los integrantes de la familia y posteriormente se contagian los integrantes de la comunidad.

Por tal razón, los médicos filántropos que realizan revisiones médicas en toda la región, han insistido en que no se trata de un problema de desatención u omisión médica, sino de algo más simple y complicado a la vez, se trata de que no se les entrega el medicamento completo y que no se prevé el radio de contagio que genera el individuo portador primario.

La forma de convivencia entre los indígenas, que duermen todos juntos sobre un tendido de ropa y cobijas, hace que el contagio sea mucho más rápido, por lo cual se hace necesario que no sólo al portador se le entregue el tratamiento completo, sino que también se le dé el medicamento para que atienda a los individuos que están en su radio de acción primario, es decir: su pareja, hijos, padres, etcétera.

El énfasis en la presente información es porque existe el medicamento suficiente, incluso los médicos disponibles pueden abarcar el número de contagios, pero la forma en que se da el tratamiento y la atención que deben recibir el resto de los familiares de los contagiados no se está atendiendo por protocolos, que simplemente en la Sierra Tarahumara, no son lo efectivos que debieran ser.⁵



México: Aseguran que la transmisión de la rabia se ha logrado controlar en el país

26 de diciembre de 2013 – Fuente: Notisistema (México)

"La transmisión de la rabia se ha logrado controlar en México, pero sería aventurado pensar en la posibilidad de erradicarla, pues todavía existen múltiples reservorios entre diferentes especies", afirmó el investigador Jorge Cárdenas Lara, de la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

"Si bien hay riesgo, el programa de control ofrece la certeza de que éste sea limitado por las acciones que ha tomado en materia de protección: vacunación canina anual (en 2012 cubrió 17,7 millones de perros), educación sanitaria, esterilización, reporte inmediato de personas mordidas y, en su caso, vacunación de las mismas", enfatizó.

El investigador dijo que anualmente son agredidos por canes entre 80.000 y 100.000 personas, que aún cuando no son contagiadas de rabia, el asunto representa un problema de salud.

Detalló que de acuerdo con información de la Secretaría de Salud y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), de 1970 a 1979 se reportaron 2.924 casos de rabia humana en América Latina, de los cuales México contribuyó con 732.

⁵ La Sierra Tarahumara es una cadena montañosa que forma parte de la Sierra Madre Occidental. Se localiza en el estado de Chihuahua, al noroeste de México.

Los tarahumaras son un grupo étnico cuyas costumbres y tradiciones aun se encuentran muy arraigadas. Viven en cuevas ubicadas en las montañas y barrancas de la sierra. Los que tienen la fortuna de poseer una vivienda son aquellos que cuentan con parcelas de cultivo retirados de los caminos principales y de los centros de los mestizos.

Existe un bajo nivel educativo entre su población ya que hay pocas escuelas y maestros bilingües (que hablen español y la lengua indígena), por lo que es evidente un alto índice de analfabetismo en la población.

Durante la primavera, permanecen en las laderas de las montañas, sembrando. Al acercarse el invierno buscan las profundas barrancas para protegerse del frío, por lo que se toman en cierto punto como nómadas. Debido a esta situación, el índice de mortalidad en niños y ancianos es alto.

Se llaman a si mismos *rarámuri* que significa pie veloz. Tienen un gobierno propio mezcla de prehispánico y jesuita, integrado por una asamblea formada por todos los vecinos del pueblo y presidida por el gobernador, (y las autoridades menores) cuyo emblema de mando es el Bastón Sagrado.

Las actividades principales de este grupo étnico son la agricultura, la caza, manufactura de cestos y cobijas además de la explotación forestal, cuya madera les es pagada a precios bajísimos lo que ocasiona la sobreexplotación del recurso principal de la Sierra Madre Occidental.

En la siguiente década (1980-1989) se presentaron 1.787, a los que el país aportó 699. Para la siguiente, de 1990 a 1999, los registros mexicanos indicaron 240, de un total de 1.567 contabilizados en Latinoamérica.

Por lo que se refiere a la rabia canina, en la década de 1970 a 1979 se registraron 33.330 casos y para 1999 el número disminuyó a 13.487.

El epidemiólogo consideró que el riesgo persiste en el país en la medida en que no se ha erradicado, pero la situación es diferente.

Pese a que la rabia canina sigue presente y aún cuando entre 2007 y 2012 se presentaron 144 casos positivos, de 2006 a la fecha no hay registro de humanos en que la enfermedad haya sido transmitida por perros; incluso, entre 2006 y 2012 se contabilizaron 20 casos, pero la transmisión fue por especies silvestres.



Perú, Puno: Detectan 17 casos de fasciolosis en Azángaro

23 de diciembre de 2013 – Fuente: Radio Pachamama (Perú)

En 2013 se detectaron en la región Puno 17 casos de fasciolosis humana, todos correspondientes a la Red Educativa de Servicios Solidarios (REDESS) Azángaro, específicamente al distrito de Asillo, informó el coordinador regional de Zoonosis de la Dirección Regional de Salud (DIRESA), Julio Fernández Amachi.

Señaló que los casos se reportaron en niños menores de 10 años, tras un análisis cuyos resultados dieron positivos. Los menores recibieron el tratamiento respectivo de triclabendazol.

Fernández Amachi, explicó que la fasciolosis hepática es una enfermedad parasitaria que afecta a los conductos biliares de los animales así como al hombre.

“En la irrigación Asillo-Progreso, hay una gran prevalencia de ganado lechero, donde existen caracoles y estos poseen parásitos, o de lo contrario los niños consumen plantas verdes con tallo corto y contraen la enfermedad”, explicó.

Finalmente exhortó a la población a evitar ingerir vegetales de tallo corto y tomar agua hervida.⁶

El mundo



China, Hebei: Once personas en cuarentena por alerta de influenza aviar A(H5N2)

23 de diciembre de 2013 – Fuente: Xinhua

Once personas que estuvieron en contacto directo con pollos infectados con el virus A(H5N2) de influenza aviar se encuentran hoy en cuarentena en la provincia de Hebei, norte de China, informó el gobierno local.

Hasta el momento, nadie ha presentado síntomas ni ha sido confirmado un contagio con el virus, señaló el gobierno del distrito de Nanshi, en la ciudad de Baoding, en Hebei.

⁶ La fasciolosis es una enfermedad parasitaria (helminthiasis) causada por dos especies de trematodos digéneos, *Fasciola hepatica* y *Fasciola gigantica*, conocidas vulgarmente como duelas del hígado. Los adultos se localizan en la vesícula biliar o en los conductos biliares del hígado.

Se trata de una zoonosis ya que afecta primariamente a otros mamíferos, pero puede transmitirse al hombre. *F. hepatica* es propia de Europa, América y Oceanía, pero en África y Asia se dan ambas especies y su distribución se superpone en muchas áreas.

El ciclo biológico de los parásitos involucra a dos hospedadores, uno intermediario y otro definitivo. El hospedador intermediario es un caracol de agua dulce; el número de posibles hospedadores definitivos es muy amplio e incluye el ganado y otros muchos mamíferos herbívoros (principalmente ovejas y vacas), incluyendo el ser humano.

La fasciolosis se considera una enfermedad humana emergente; la Organización Mundial de la Salud ha estimado que afecta a 2,4 millones de personas y que otros 180 millones tiene riesgo de infección. El cambio climático parece tener un papel relevante en esta expansión.

F. hepatica mide entre 2 y 3 cm y es cosmopolita. *F. gigantica* mide de 4 a 10 cm y se distribuye principalmente por los trópicos; ha sido citada en África, Medio Oriente, Europa Oriental y el sur y el este de Asia.

La fasciolosis está distribuida por todo el mundo. Mientras que la fasciolosis animal está presente en países con una producción ganadera elevada (especialmente bovinos y ovejas), la fasciolosis humana es más común, excepto en Europa Occidental, en países en vías de desarrollo. La fasciolosis se da solo en las áreas en que existen los hospedadores intermediarios apropiados (ciertas especies de caracoles acuáticos).

La fasciolosis humana se ha convertido un importante problema de salud pública. Ha sido observada en Europa, América, Asia, África y Oceanía y su incidencia se ha incrementado en 51 países de los cinco continentes. Un análisis global muestra que la supuesta correlación entre fasciolosis animales y humanas solo se da a un nivel básico. Prevalencias altas en humanos no se dan necesariamente en áreas donde la fasciolosis es un grave problema veterinario. Por ejemplo, en Sudamérica se dan hiperendemias y mesoendemias en Bolivia y Perú donde la fasciolosis animal es un problema menor, mientras en países como Uruguay, Argentina y Chile las infecciones a humanos son esporádicas (hipoendémicas).

En América del Norte es una enfermedad muy esporádica. En México se han citado 53 casos. En América Central es un problema sanitario en varias islas del Caribe, en especial en Puerto Rico y Cuba; en las provincias cubanas de Pinar del Río y Villa Clara la fasciolosis es hiperendémica.

En Sudamérica es un serio problema en Bolivia, Perú y Ecuador, que son considerados los países con mayores prevalencias del mundo, en especial en las zonas del Altiplano. En el altiplano del norte de Bolivia la prevalencia de la infección alcanza de 72% a 100% en algunas comunidades, deducida por pruebas coprológicas y serológicas respectivamente.

En Perú, *F. hepatica* en humanos se da en todo el país. Las prevalencias más altas se han constatado en Arequipa, Valle del Mantaro, Departamento de Cajamarca y Departamento de Puno. En otros países sudamericanos como Argentina, Uruguay, Brasil, Venezuela y Colombia, la fasciolosis humana parece ser esporádica, a pesar de la elevada prevalencia de la enfermedad en el ganado.



El 22 de diciembre fueron cerradas las áreas en un radio de 3 kilómetros de una granja avícola donde se detectó un brote de influenza A(H5N2) la semana anterior.

El 17 de diciembre, 4.000 pollos en dicha granja fueron sacrificados después de que presentaran síntomas de influenza aviar, indicó el Ministerio de Agricultura. El Laboratorio Nacional de Referencia de Influenza Aviar confirmó el sábado la epidemia de influenza A(H5N2) después de analizar muestras recolectadas en la granja.

Las autoridades locales cerraron el área infectada y la esterilizaron. Un total de 125.700 pollos ha sido sacrificado y eliminado adecuadamente.

Las 11 personas en cuarentena, incluyendo al propietario de la granja y su esposa, permanecen aislados en la granja. Sus necesidades básicas son atendidas por personal de prevención epidemiológica, informó Zhang Wenguang, jefe del Buró de Agricultura del distrito. La temperatura corporal y otros signos de ambos son monitoreados diariamente.

Se establecieron centros de desinfección en todas las rutas de acceso a la granja.

Del 15 al 19 de diciembre, cuatro nuevos casos humanos de influenza aviar A(H7N9) fueron confirmados en la provincia de Guangdong, en el sur de China.

El 18 de diciembre, la provincia oriental de Jiangxi también confirmó un caso humano de influenza A(H10N8), una nueva cepa de la influenza aviar.



Emiratos Árabes Unidos: Reportan un nuevo caso de MERS

22 de diciembre de 2013 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha sido informada de un nuevo caso confirmado por laboratorio del síndrome respiratorio de Medio Oriente por coronavirus (MERS-CoV) en Emiratos Árabes Unidos.

Un hombre de 68 años de edad, que inició los síntomas el 13 de diciembre, fue hospitalizado el 14 de diciembre de 2013 para un reemplazo de cadera; como también sufría de tos, fue trasladado a la unidad de cuidados intensivos el 16 de diciembre debido a un rápido deterioro. El 19 de diciembre de 2013, se confirmó por laboratorio el diagnóstico de MERS-CoV. El paciente tiene condiciones médicas subyacentes. Las investigaciones preliminares revelan que no tenía antecedentes de viajes recientes y no tuvo contacto con animales o con casos de MERS-CoV previamente confirmados por laboratorio. Las investigaciones entre sus familiares y el personal de salud que lo atendió están en curso.

A nivel mundial, desde septiembre de 2012 hasta la fecha, la OMS ha sido informada de un total de 166 casos confirmados por laboratorio de infección por el MERS-CoV, incluyendo 71 muertes.

En base a la situación actual y la información disponible, la OMS insta a todos los Estados Miembros continuar sus actividades de vigilancia de las infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) y revisar cuidadosamente los patrones inusuales.

Se aconseja a los proveedores de salud a mantener la vigilancia. Los viajeros que regresen recientemente de Medio Oriente que desarrollen IRAG deben hacerse el análisis para MERS-CoV, como se aconseja en las recomendaciones actuales de vigilancia.

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

A los centros de salud se les recuerda la importancia de la aplicación sistemática de la prevención y control de infecciones (PCI). Los centros de salud que atienden a pacientes sospechosos o confirmados de infección por MERS-CoV deben tomar las medidas adecuadas para reducir el riesgo de transmisión del virus a otros pacientes, trabajadores de la salud y visitantes.

A todos los Estados Miembros se les recuerda evaluar rápidamente y notificar a la OMS cualquier nuevo caso de infección por el MERS-CoV, junto con información sobre las potenciales exposiciones que pueden haber dado lugar a la infección y una descripción de la evolución clínica. Debe iniciarse sin demora la investigación de la fuente de exposición, a fin de prevenir la transmisión del virus.

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

La OMS no aconseja un tamizaje especial en los puntos de entrada con respecto a este evento ni recomienda actualmente la aplicación de restricciones a los viajes o al comercio.

La OMS ha convocado un Comité de Emergencia en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) para asesorar al Director General sobre el estado de la situación actual. El Comité de Emergencia, que está integrado por expertos

internacionales de todas las regiones de la OMS, concluyó por unanimidad en que, con la información disponible actualmente, y utilizando un enfoque de evaluación de riesgos, hasta el momento no se cumplen las condiciones para una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII).

diario de avisos **España, Canarias: Crearán un sistema de erradicación temprana del dengue**

24 de diciembre de 2013 – Fuente: Diario de Avisos (España)

Canarias creará en los próximos meses un sistema de erradicación temprana del mosquito *Aedes aegypti*, vector del dengue, dentro de su plan de prevención frente a la que la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como la enfermedad de mayor propagación actualmente en el planeta. Sin ir más lejos, este año que termina ha sido declarado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como un año epidémico de dengue en América Latina, mientras que un nuevo caso autóctono en Francia ha despertado las alertas en ese país, que aspira a contar con una vacuna en 2015.

A pesar de que Cabo Verde sufrió un brote en 2010 y que Madeira lo padeció el año pasado, Canarias ya cumple un año sin que el servicio de detección del mosquito instalado en los principales puertos y aeropuertos de Tenerife, Gran Canaria y La Palma hayan registrado la llegada de *Aedes aegypti*, según reveló ayer Basilio Valladares, director del Instituto Universitario de Enfermedades Tropicales y de Salud Pública de Canarias.

“Sólo han aparecido en las trampas dispuestas por nuestros especialistas mosquitos del lugar, lo cual no deja de ser una gran noticia”, detalla el científico, quien además anunció que para 2014 está previsto incluir a Lanzarote dentro de esa red de detección temprana.

Pero una cosa es detectar y otra erradicar, y a esta segunda tarea ya se han puesto tanto el propio Valladares como los máximos responsables en este área de la Comunidad Autónoma Canaria: José Díaz-Flores, director general de Salud Pública, y Domingo Núñez, Jefe de Epidemiología.

Valladares relató que ya se han producido un par de reuniones para hacer balance de la detección y para crear ese sistema de erradicación temprana, que será muy similar a los ya existentes en países otrora impensables en este asunto –como Países Bajos– y que consistirá, en lo básico, en una actuación expeditiva sobre el área donde se localice al mosquito vector. Ello es posible porque su radio de vuelo es muy reducido.

“Aún nos queda tarea y puede estar listo en los dos próximos meses”, confirmó Valladares, para quien “en Canarias se ha trabajado bien este año y hay razones para confiar en que el año que viene seguirá igual”.

A este respecto cabe recordar que la Consejería de Sanidad tiene previsto celebrar unas jornadas en el primer trimestre del año que viene para poder recabar la experiencia de países vecinos como Francia o el caso de Madeira, donde las repercusiones en el turismo resultaron considerables.

Precisamente el dengue es una de las enfermedades transmisibles que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad quiere incluir en su actualización del listado de las consideradas de declaración obligatoria en España para controlar su incidencia. El objetivo de dicho listado es la detección precoz de problemas de salud para facilitar la toma de medidas encaminadas a proteger la salud de la población, y de todas ellas se deben notificar todos los nuevos casos diagnosticados en España.



Hong Kong: Confirman la primera muerte por influenza aviar A(H7N9)

26 de diciembre de 2013 – Fuente: Reuters

Un hombre de 80 años infectado con la cepa A(H7N9) de la influenza aviar murió en Hong Kong y es la primera víctima fatal en la ciudad tras la reaparición del virus a comienzos de diciembre, dijo el jueves el Gobierno.

El hombre, la segunda persona diagnosticada con la cepa en Hong Kong, vivía en la ciudad de Shenzhen, en el sur de China, y había comido aves de corral allí.

La cepa A(H7N9) fue reportada por primera vez en humanos en febrero en China continental, y ha infectado al menos a 139 personas en China, Taiwán y Hong Kong y causado la muerte a más de 40.

Expertos señalan que no hay evidencia de ninguna transmisión sencilla o sostenida de la cepa A(H7N9) entre humanos. Por el momento, las personas que entraron en contacto con la víctima arrojaron resultados negativos a las pruebas para detectar el virus, dijeron las autoridades.

Descubren cómo detener la replicación del parásito de la malaria

23 de diciembre de 2013 – Fuente: Nature Chemistry

Los científicos han dado un paso importante hacia nuevos tratamientos contra la malaria mediante la identificación de una forma de detener la multiplicación de los parásitos. En un estudio en ratones muestran que bloquear la actividad de una enzima llamada NMT en el parásito de la malaria más común impide a los roedores mostrar síntomas y extiende su vida.



El equipo está trabajando para diseñar moléculas que se dirijan a NMT con mayor potencia y esperan comenzar los ensayos clínicos de potenciales tratamientos dentro de cuatro años. Aunque está disponible una variedad de medicamentos antimaláricos, algunas cepas del parásito son resistentes al tratamiento y se están volviendo cada vez más comunes, con fracasos de tratamiento de múltiples fármacos de primera línea.

Si la enfermedad aguda se cura, el parásito puede permanecer en estado latente en la sangre y volver a causar una enfermedad más tarde. Se han investigado intensamente vacunas contra la malaria, pero no se ha llevado ninguna a la práctica clínica.

El nuevo estudio muestra que el NMT está involucrado en una amplia gama de procesos esenciales en la célula del parásito, incluyendo la producción de proteínas que permiten a la malaria transmitirse entre humanos y mosquitos y las proteínas que facilitan a la malaria causar la infección a largo plazo.

Los investigadores han probado un puñado de moléculas que bloquean la actividad de NMT en el parásito que vive dentro de los glóbulos rojos humanos y en ratones, pero se necesitará un mayor refinamiento antes de tener listo un tratamiento para probarlo en seres humanos.

El doctor Ed Tate, del Departamento de Química del Imperial College London, quien dirigió el proyecto, alerta: "La situación de las drogas para la malaria se está volviendo muy seria. La resistencia está emergiendo rápidamente y va a ser un gran problema en el futuro". Por ello, señala que encontrar una enzima que pueda ser dirigida de manera efectiva en la malaria puede ser un gran desafío.

"Aquí, hemos demostrado no sólo por qué NMT es esencial para una amplia gama de procesos importantes en el parásito, sino también que podemos diseñar moléculas que impiden que trabaje durante la infección. Tiene tantas funciones que creemos que el bloqueo podría ser eficaz en la prevención de la enfermedad a largo plazo y la transmisión, además del tratamiento de la malaria aguda. Esperamos que funcione no sólo en *Plasmodium falciparum*, el parásito más común de la malaria, sino también en las otras especies", valora.⁷

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

**FOR TEENAGERS ONLY:
FROM RYAN WHITE**

*You hear a lot of strange
stories about sex and drugs
and AIDS.*

*That can get you in a lot
of trouble.*

Wise up.

*Don't let someone feed
you a line and don't be
afraid to ask questions.*

Find out for yourself.

**FOR CONFIDENTIAL ANSWERS
TO YOUR QUESTIONS CALL:**

*The Indiana AIDS Hotline:
1-800-848-AIDS*

*The National AIDS Hotline:
1-800-342-AIDS*

Developed by the Indiana State Board of Health.

Sólo para adolescentes, de Ryan White
Escuchas un montón de historias acerca del sexo y las drogas y el sida.
Pueden meterte en muchos problemas.
Piensa un poco.
No permitas que nadie te dé letra y no tengas miedo de preguntar.
Encuentra las respuestas tú mismo.
Por respuestas confidenciales a tus preguntas llama a...
Indiana State Board of Health (1988. Indiana, 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.