



# Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente  
Córdoba - Argentina



**Número 1.096**

20 de marzo 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 Fariás

##### Editores Asociados

Jorge Benetucci (Arg.)  
Pablo Bonvehí (Arg.)  
Marina Bottiglieri (Arg.)  
María Belén Bouzas (Arg.)  
Lydia Carvajal (Arg.)  
Arnaldo Casiró (Arg.)  
Ana Ceballos (Arg.)  
Sergio Cimerman (Bra.)  
Ángela Gentile (Arg.)  
Ezequiel Klimovsky (Arg.)  
Gabriel Levy Hara (Arg.)  
Susana Lloveras (Arg.)  
Eduardo López (Arg.)  
Tomás Orduna (Arg.)  
Dominique Peyramond (Fra.)  
Daniel Pryluka (Arg.)  
Charlotte Russ (Arg.)  
Eduardo Savio (Uru.)  
Daniel Stecher (Arg.)

##### Colaboradores

Germán Bernardi (Arg.)  
Guillermo Cuervo (Esp.)  
Milagros Ferreyra (Fra.)  
Leonardo Marianelli (Arg.)  
Lorena Ravera (Arg.)  
Gisela Sejenovich (Arg.)  
Natalia Spitale (Arg.)  
María Lola Voza (Arg.)

## Noticias

(Haciendo clic sobre el titular accederá directamente a las mismas)

### Argentina

- Vigilancia de hantavirus
- Buenos Aires: Ya son once los casos de síndrome urémico hemolítico en 2013

### América

- La carga económica de la enfermedad de Chagas
- Chile: Comienza la Campaña de Vacunación contra la Influenza 2013
- Colombia, Valle del Cauca, Cartago: Declaran en cuarentena a un colegio por 19 casos de varicela
- Estados Unidos: Una comisión dictamina que no es ético probar una vacuna contra el ántrax en niños
- Panamá: Comenzaron los experimentos con mosquitos transgénicos para combatir el dengue
- Paraguay: Más muertes e internados en terapia intensiva por dengue

- Venezuela: Se reportan al menos 1.000 casos de dengue por semana

### El mundo

- España registró más de 5.000 casos de tuberculosis en 2011
- Gran Bretaña, Escocia: Nueva muerte por ántrax en un usuario de drogas intravenosas
- Vietnam: La enfermedad de manos, pies y boca se propaga por el país
- Un estudio revela que la carga genética tiene más peso que los factores ambientales en el desarrollo de la hepatitis C
- VIH: nuevos objetivos para crear pactos a largo plazo
- Extender el uso del jabón podría reducir a la mitad el número de muertes relacionadas con el agua

Adhieren:



[www.apinfectologia.org/](http://www.apinfectologia.org/)



[www.sadi.org.ar/](http://www.sadi.org.ar/)

**SLAMVI**  
Sociedad Latinoamericana  
de Medicina del Viajero

[www.slamviweb.org/](http://www.slamviweb.org/)



[www.sadip.net/](http://www.sadip.net/)

**Comité Nacional de  
Infectología**

Sociedad Argentina de Pediatría  
[www.sap.org.ar/](http://www.sap.org.ar/)

## Vigilancia de hantavirosis

14 de marzo de 2013 – Fuente: Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

**Tabla 1.** Casos notificados y confirmados y tasas de incidencia cada 1.000.000 habitantes, según provincia y región. República Argentina. Años 2012/2013, hasta semana epidemiológica 7. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.<sup>1</sup>

Provincia/Región	2012			2013		
	Notificados	Confirmados	Tasas	Notificados	Confirmados	Tasas
Buenos Aires	14	5	0,33	33	2	0,13
Entre Ríos	17	2	1,56	14	1	0,78
Santa Fe	37	3	0,91	61	1	0,30
<b>Centro</b>	<b>68</b>	<b>10</b>	<b>0,38</b>	<b>108</b>	<b>4</b>	<b>0,15</b>
San Luis	—	—	—	1	—	—
<b>Cuyo</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>1</b>	<b>—</b>	<b>—</b>
Chaco	—	—	—	10	—	—
Misiones	—	—	—	1	—	—
<b>NEA</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>11</b>	<b>—</b>	<b>—</b>
Jujuy	20	2	2,86	89	—	—
Salta	25	4	3,16	18	4	3,16
Santiago del Estero	—	—	—	1	—	—
<b>NOA</b>	<b>45</b>	<b>6</b>	<b>1,26</b>	<b>108</b>	<b>4</b>	<b>0,84</b>
Chubut	1	1	2,12	2	—	—
Neuquén	2	—	—	3	1	1,77
<b>Sur</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>0,43</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>0,43</b>
<b>Total Argentina</b>	<b>116</b>	<b>17</b>	<b>0,42</b>	<b>233</b>	<b>9</b>	<b>0,22</b>

## LA NUEVA PROVINCIA

### Buenos Aires: Ya son once los casos de síndrome urémico hemolítico en 2013

19 de marzo de 2013 – Fuente: La Nueva Provincia (Argentina)

Los 11 casos de síndrome urémico hemolítico (SUH) registrados en lo que va del año, tres de los cuales se sucedieron casi de manera consecutiva durante las últimas horas, no hicieron más que generar una profunda preocupación.

El martes 12 de marzo, una niña de tres años de Bahía Blanca ingresó con SUH en el Hospital Español. Al día siguiente –si bien el caso recién se conoció el viernes– se constató otro paciente, esta vez una niña proveniente de la localidad de De la Garma, en el distrito de Adolfo Gonzales Chaves. Apenas unas horas más tarde se difundió un nuevo contagio: el de una menor de dos años oriunda de Darregueira, que fue internada en el Hospital Interzonal 'Dr. José Penna'. Se desconocen las causas que pudieron provocar la enfermedad en este último caso.

“Queremos expresar nuestra preocupación por el número de pacientes que se registra a esta altura del año. De continuar esta tendencia nos remontaríamos a cinco años atrás, cuando no había difusión de la prevención y la población, en su mayoría, desconocía la existencia de esta enfermedad”, reflexionó Miguel Caracciolo, de la Asociación para la Prevención del Síndrome Urémico Hemolítico (APRESUH).

Por aquellos años, continuó, se atendían anualmente entre 20 y 30 casos, cifra que disminuyó ostensiblemente a partir de iniciadas las campañas de prevención y, con ellas, algunas medidas que alientan a minimizar los casos.

“De todas maneras, pensamos que se debió a una ‘primavera’ que nos hizo ilusionar, pero si esto continúa así, volveremos a contemplar un desfile de pequeños por las salas médicas con esta grave enfermedad”, enfatizó.



## América

### THE LANCET Infectious Diseases

### La carga económica de la enfermedad de Chagas

13 de marzo de 2013 – Fuente: *The Lancet Infectious Diseases*

La enfermedad de Chagas es una carga económica global que cuesta a los países más que otras enfermedades relevantes, según el primer estudio que pone precio a esta enfermedad mortal.

Las nuevas cifras, obtenidas a partir de un modelo matemático, estiman los costos global y regional de la atención sanitaria y la pérdida de productividad relacionados con la enfermedad de Chagas, y podrían contribuir a que los políticos se centraran en combatir la enfermedad.

América Latina, donde la enfermedad es endémica, es la región que paga el precio más alto, siendo Brasil, Argentina y México los países que se llevan la peor parte, dice el estudio.

<sup>1</sup> Esta información es parcial y sujeta a modificaciones. Las notificaciones incluyen casos sospechosos.



Aunque, añade, la enfermedad de Chagas se está expandiendo más allá de las regiones tropicales y subtropicales.

“El costo global de la enfermedad de Chagas es de 7.000 millones de dólares por año”, dice Peter Hotez, director de la Asociación para el Desarrollo de Productos del Instituto de Vacunas Sabin, Estados Unidos, y uno de los autores del estudio.

“Si tomamos en cuenta que 99% de ese costo proviene del Hemisferio Occidental –América Latina y Estados Unidos– es una cantidad de dinero abrumadora”, agrega.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que diez millones de personas en el mundo están infectadas con la enfermedad de Chagas, de las cuales ocho millones viven en América Latina.

Los costos económicos globales de la enfermedad de Chagas son mayores que los de otras enfermedades importantes como la rotavirus (2.000 millones de dólares anuales) y el cáncer de útero (4.700 millones), dice el estudio.

“Esta enfermedad se desarrolla lentamente, la gente solo presenta problemas cardíacos con el paso del tiempo y esto hace que la enfermedad conlleve gastos ocultos y termine siendo mucho más costosa de lo que la gente calcula”, dice Bruce Lee, profesor asociado de la Universidad de Pittsburgh, Estados Unidos, y autor principal del estudio.

Lee considera que los países pueden utilizar las cifras del estudio y comparar los costos de la enfermedad de Chagas con los de otras enfermedades. “Ningún país tiene recursos ilimitados, por lo tanto, aquellos que vean que la carga económica que la enfermedad de Chagas representa es considerable, podrían sentirse motivados a invertir más tiempo y dinero en la prevención de la enfermedad”, agrega.

Tania Araujo-Jorge, directora del Instituto ‘Oswaldo Cruz’, centro brasileño de investigación biomédica, dice que los resultados del estudio son “extremadamente útiles para poner la enfermedad de Chagas en la agenda política. El argumento social debería ser suficiente cuando se trata de una enfermedad endémica con una carga tan abrumadora, pero es mucho mejor tener un argumento económico que depender únicamente de estimaciones generales”.

Cynthia Spillman, coordinadora del Programa Nacional de Chagas de Argentina, señala: “Las cifras de morbilidad y mortalidad son importantes para entender la magnitud de un problema de salud pública, pero esta clase de estudios también demuestran cuanto se puede ahorrar si el problema se controla”.<sup>2</sup>

## LATERCERA

### Chile: Comienza la Campaña de Vacunación contra la Influenza 2013

18 de marzo de 2013 – Fuente: La Tercera (Chile)

El Ministro de Salud chileno, Jaime José Mañalich Muxi, junto a los subsecretarios de Salud Pública y Redes Asistenciales, Jorge Díaz y Luis Castillo, respectivamente, dieron inicio hoy a la Campaña de Vacunación contra la Influenza 2013, que tendrá como objetivo a los segmentos más susceptibles de la población: lactantes entre 6 y 23 meses, adultos mayores de 65 años, enfermos crónicos y embarazadas con tres meses de gestación.

La campaña se lanzó con 10 días de anticipación ante la probabilidad de que el virus comience a circular antes. Esto, luego de observar el avance del virus en el Hemisferio Norte, que permite dar cuenta de cómo se dará la situación en el Hemisferio Sur.

“Vemos cómo ha ido apareciendo en forma más precoz de lo que se estimaba inicialmente la influenza, y cómo ha generado un mayor problema, especialmente en adultos mayores”, señaló el subsecretario de Salud Pública.

El Ministerio de Salud adquirió 3,5 millones de dosis, con presentaciones adulta y pediátrica, para esta campaña de vacunación, que se entregará de manera gratuita en todos los consultorios, postas rurales y lugares habilitados por la autoridad sanitaria. Además, se utilizarán los vacunatorios móviles para ampliar la cobertura y llegar a segmentos de la población que no puedan concurrir a los consultorios.

Acerca del costo de la campaña, el ministro señaló: “Esta vacuna contra la influenza cuesta poco menos de un dólar por dosis”.

La vacunación se está realizando en las distintas regiones del país: “Hemos logrado distribuir la vacuna contra la influenza desde Arica hasta Magallanes, y cada uno de los secretarios regionales ministeriales está propiciando la programación junto a los directores del servicio de salud”, manifestó Díaz.

La campaña del año pasado consiguió una cobertura de 93% en los grupos-objetivo (2.993.452 personas). El propósito actual es mantener altos niveles de vacunación en la población, especialmente en los adultos mayores.

Según información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud (MINSAL), el porcentaje de consultas por causas respiratorias en los servicios hospitalarios de urgencia se mantiene estable y en valores similares a los tres últimos años. En la semana 10 alcanza un 14% del total de las atenciones (en la semana 9 fue de 13%).

Según la Red de Vigilancia de Virus Respiratorios del Instituto de Salud Pública (ISP), en Chile hasta la semana 10 la mayoría de los virus respiratorios corresponde a adenovirus (42%), parainfluenza (22%) y virus sincicial respiratorio (16 %). De los virus influenza, los que más están circulando son influenza B (10%) y A(H3N2) (5%).

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

16 de marzo de 2013 – Fuente: El País (Colombia)

La Secretaría de Salud de Cartago declaró cuarentena para la sede María Inmaculada de la institución educativa Gabo, en Cartago, luego de detectarse 19 casos de varicela en niños desde grado transición hasta primero de bachillerato.

Octavio García, coordinador de la sede María Inmaculada, señaló que el cierre de la institución es desde hoy lunes 18 de marzo hasta el 30 de marzo, según resolución de la Secretaría de Salud Municipal.

De acuerdo con García, los primeros diez casos se presentaron hace dos semanas, por lo que se cerraron los grados primero y segundo de primaria; pero la semana anterior se detectaron nueve más en esos mismos grados y en otros, incluido transición, por lo que las autoridades sanitarias decidieron decretar la cuarentena a partir de hoy.

Alejandra Orozco, funcionaria del área de salud pública de la Secretaría de Salud Municipal, explicó que la decisión se tomó antes de que se convirtiera en un brote y afectara muchos más estudiantes. En la sede María Inmaculada estudian 647 menores de edad.

Orozco explicó además que los brotes de varicela aparecen por temporadas y recordó que el año pasado también se declaró la cuarentena en un jardín infantil, la escuela de El Ciprés, y hace dos años en otra sede de la institución educativa Gabo.

El coordinador de la sede María Inmaculada dijo que se encuentran desinfectando la institución, que el próximo 26 de marzo la Unidad Ejecutora de Saneamiento (UES) hará una fumigación y que esperan instrucciones respecto a la recuperación de esta semana de clases.

Para la varicela hay vacuna, pero no forma parte del Plan Ampliado de Inmunización. De manera particular su costo es de 72 dólares.



## Estados Unidos: Una comisión dictamina que no es ético probar una vacuna contra el ántrax en niños

19 de marzo de 2013 – Fuente: EFE

Una comisión presidencial en Estados Unidos afirmó hoy que el Gobierno Federal deberá tomar muchas medidas antes de que puedan considerarse éticas las pruebas en niños de una vacuna contra el ántrax.

La Comisión Presidencial para el Estudio de Asuntos Bioéticos respondió así a la petición hecha el año pasado por la secretaria de Salud y Servicios Humanos, Kathleen Sibelius, sobre la investigación médica.

El ántrax o carbunco es una enfermedad contagiosa causada por un bacilo aeróbico y esporogénico, que se encuentra en el suelo, y que puede ser aguda y grave para los humanos. Es asimismo una de las armas biológicas más fáciles de producir y de dispersar por áreas extensas.

En 2011 el Gobierno de Estados Unidos llevó a cabo un ejercicio de preparación para enfrentar ataques bioterroristas que estudió los probables resultados de una dispersión en gran escala de esporas de ántrax en una ciudad como San Francisco. Los cálculos de víctimas fueron impresionantes: casi 8 millones de personas se verían afectadas, casi la cuarta parte de ellas niños.

La respuesta incluiría la distribución inmediata de antibióticos que ya han probado su eficacia en el tratamiento de las infecciones de ántrax, y se cree que sería necesaria la vacunación porque las esporas siguen siendo una amenaza por mucho tiempo después de una dispersión inicial.

Después del ejercicio, la Junta Nacional de Ciencia para la Biodefensa recomendó que el Gobierno llevara a cabo un estudio para probar la inocuidad y eficacia de la vacuna en los niños antes de que ocurra un ataque.

Estados Unidos ya ha desarrollado una vacuna contra el ántrax que se administró, de manera experimental, a más de un millón de adultos en las Fuerzas Armadas, pero nadie sabe qué efecto tendría y cuán eficaz sería en menores de edad.

La presidenta de la Comisión Presidencial sobre Bioética, Amy Gutmann, señaló en una declaración que acompaña al informe difundido hoy que "en Estados Unidos tenemos requisitos éticos, desde hace mucho tiempo, bajo los cuales no se usará a los niños meramente como un medio para el bien público".

Entre las medidas que la Comisión recomendó como previas a una prueba de inmunización infantil se incluye la investigación que demuestre, de forma convincente, que los menores no correrán más que "un riesgo mínimo".

Gutmann definió el riesgo mínimo como "el nivel que un niño encuentra, rutinariamente, en la vida cotidiana para un examen médico que no presente un riesgo sustancial o una amenaza para el niño".



19 de marzo de 2013 – Fuente: La Prensa (Panamá)

El Instituto Conmemorativo 'Dr. William Crawford Gorgas' de Estudios de la Salud (ICGES) empezó desde fines de febrero el experimento con mosquitos genéticamente modificados en sus laboratorios para acabar con *Aedes aegypti*, el vector del dengue.

El director del ICGES, Néstor Sosa, manifestó que los entomólogos de esta institución están logrando que los huevecillos eclosionen. Posteriormente a este estudio de los insectos en viveros, los científicos deben verificar que los mosquitos que proceden de Inglaterra sean competitivos con los nativos. Este análisis puede tomar entre dos o tres meses como máximo.

Al respecto, el director de Epidemiología del Ministerio de Salud (MINSAL), Carlos Gálvez, indicó que una vez concluya esta fase, el ICGES debe presentar los resultados obtenidos en el laboratorio a la Comisión Nacional de Bioseguridad, la cual debe aprobar entonces que este estudio se haga en campo.

Preliminarmente esta entidad tiene previsto que la liberación de mosquitos genéticamente modificados se realice en Nuevo Chorrillo, distrito de Arraiján.

La segunda fase de este experimento, que consiste en la liberación de los insectos transgénicos, podría tardar un año, según explica Sosa. En esta etapa hay que ver el comportamiento del mosquito tanto en época de lluvia como en la temporada seca.

El proyecto es promovido desde 2011 por el ICGES y la empresa británica Oxford Insect Technologies (OXITEC). La intención es reducir la presencia del mosquito transmisor del dengue en todo el territorio nacional.

Sin embargo, no fue hasta el pasado 15 de enero cuando la Comisión Nacional de Bioseguridad aprobó la importación de 500 huevecillos de este mosquito.

Para experimentar con esta tecnología transgénica, el MINSAL asignó un presupuesto de 240.000 dólares, de los cuales solo quedan 40.000 para concluirlo. La mayoría de estos recursos se ha invertido en capacitación del personal, construcción del insectario, en la compra de microscopios y otras herramientas científicas.

**Paraguay: Más muertes e internados en terapia intensiva por dengue**

18 de marzo de 2013 – Fuente: Prensa Latina

El número de fallecidos por dengue en Paraguay durante este año aumentó a 32, y se elevaron a 40 los pacientes actualmente internados en salas de terapia intensiva, anunció el ministerio de Salud.

En total, 890 personas están hospitalizadas en todo el sistema de salud público y privado y de esta cifra 235 fueron ingresos recientes.

Este lunes, la Dirección General de Vigilancia de la Salud recibió 1.225 nuevos casos sospechosos provenientes de la capital, Asunción, y los departamentos Central, Amambay, Caaguazú, Alto Paraná, Cordillera, Guairá, San Pedro, Concepción, Itapúa, Alto Paraguay y Misiones.

Hasta la fecha se han confirmado 31.866 casos en todo el país, cuatro de ellos con dengue del serotipo DEN-4 localizados en Amambay.

**Venezuela: Se reportan al menos 1.000 casos de dengue por semana**

19 de marzo de 2013 – Fuente: El Nacional (Venezuela)

El número de reportes de dengue se multiplica cada semana. Entre el 24 de febrero y el 2 de marzo de 2013, 1.028 personas contrajeron la enfermedad.

El Boletín Epidemiológico N° 9 del Ministerio de Salud da cuenta de que en las primeras 9 semanas del año hubo 10.314 reportes de casos de dengue, 404 de ellos del tipo grave. Extraoficialmente se conoció que 10 personas han fallecido por esa causa. En 8 de las 9 semanas resumidas en el reporte se registraron consecutivamente más de 1.000 casos semanales. La incidencia del dengue en territorio venezolano hasta el 2 de marzo era de 33 casos cada 100.000 habitantes.

El epidemiólogo Oswaldo Godoy afirma que la tendencia estadística apunta a que 2013 tendrá características epidémicas como 2010, debido al número de reportes recibidos por el Ministerio de Salud. Hace tres años se registró el pico más alto para la enfermedad en Venezuela cuando se reportaron 123.967 casos.

El especialista criticó que el despacho de Eugenia Sader desarrolle pocas estrategias de prevención para frenar los contagios. "No hay estadísticas ni información suficiente de Malariología para conocer cómo y dónde se están formando los criaderos de mosquitos ni se está educando a la población para que realice el saneamiento doméstico necesario", afirmó.

El médico recordó que aunque la fumigación contra el vector es importante, su efecto tiene una duración aproximada de dos horas y el control real se logra con la organización y la participación de las personas en la erradicación de los criaderos de *Aedes aegypti*.

Godoy, ex coordinador de Epidemiología del Hospital Vargas, indicó que "hay que poner especial atención en los menores de 5 años de edad y en los mayores de 65 años, que también son susceptibles. En 2010, de 125 decesos registrados, hubo 16 muertes en menores de un año, 14 fallecimientos en niños de entre 1 y 4 años y 22 muertes de personas mayores de 65 años", expresó.

Para la semana del 24 de febrero al 2 de marzo de 2013, 8 estados mantuvieron la tendencia ascendente en los casos. La entidad con mayor cantidad de afectados es Mérida con 170 reportes. En ese estado está el mayor número de enfermos por dengue grave con 12.

El dengue también afectó a Zulia con 137 enfermos, Lara con 124, Trujillo con 80 y Aragua con 78 casos.

### **Malaria en alza**

Otra de las epidemias en el país es la malaria, que de acuerdo con los reportes del Ministerio de Salud, afecta a 15.029 personas. El grupo más perjudicado es el de los hombres, con 10.217 enfermos, mientras que las mujeres suman 4.812. El estado con mayor número de registros es Bolívar con 89,5% de los contagios, equivalentes a 13.458 casos. La epidemia casi duplica al número de casos hasta la novena semana de 2012, cuando se reportaron 9.173 enfermos.

Otros 9 estados han reportado la presencia de malaria: Nueva Esparta, Amazonas, Anzoátegui, Apure, Barinas, Delta Amacuro, Monagas, Sucre y Zulia.

## **El mundo**

### **europa** España registró más de 5.000 casos de tuberculosis en 2011 **press** 19 de marzo de 2013 – Fuente: Europa Press

España registró más de 5.000 casos de tuberculosis respiratoria en 2011, la mayoría de ellos en Cataluña, con 929 pacientes afectados, aunque la cifra podría ser superior teniendo en cuenta los casos no notificados, hasta los 12.000 al año, según los últimos datos de la Red de Vigilancia Epidemiológica de España.

Estos datos sitúan la tuberculosis respiratoria como la tercera enfermedad de declaración obligatoria en incidencia, precedida por la gripe y la varicela, informó este lunes la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), en el marco del Día Mundial de la Tuberculosis, que se celebra este miércoles.

Andalucía es la segunda comunidad en casos detectados, con 729 en 2011, 58 más que el año anterior, seguida de Madrid, con 659 casos, Valencia, con 517, y Galicia, con 432.

Sin embargo, en proporción al número de habitantes, Ceuta y Aragón se sitúan a la cabeza de la lista, con 64 y 253 casos, respectivamente, mientras que Catalunya se sitúa en sexto lugar pese a ser la que más pacientes detecta.

Además, las cifras sitúan a España en noveno lugar en Europa, con una tasa de 15,4 casos cada 100.000 habitantes, tras Rumania (98,2), Lituania (58,2), Letonia (41,5), Bulgaria (35), Estonia (24,9), Portugal (25,1), Polonia (19,7) y Hungría (17,7).

### **Investigación y prevención**

Para la presidenta de SEPAR, Pilar de Lucas, "la investigación y la prevención, además de la divulgación de conocimientos básicos sobre la tuberculosis, son la estrategia clave en la lucha contra esta enfermedad", teniendo en cuenta que en 2010 la cifra de casos detectados fue de 7.089.

De Lucas instó al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a elaborar una Estrategia Nacional contra la Tuberculosis que "ayude a los especialistas a reducir al mínimo la incidencia de esta enfermedad en España".

### **Combinación de antibiótico**

El tratamiento más frecuente para la tuberculosis es una combinación de cuatro tipos de antibióticos administrada durante seis meses, recordó De Lucas, que explicó que esta enfermedad está causada por una bacteria que destruye el tejido pulmonar y se trasmite a través del aire.

El riesgo de infección es mayor en las personas con el sistema inmunitario dañado, así como en pacientes con VIH, desnutrición, diabetes o fumadores: un 20% de los casos de tuberculosis son atribuibles al tabaco.

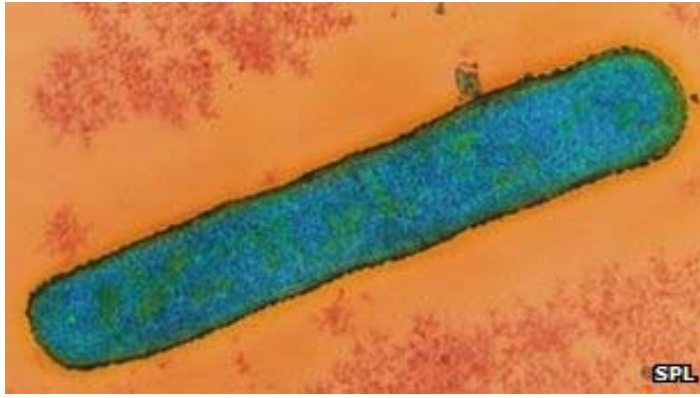


### **BBC** Gran Bretaña, Escocia: Nueva muerte por ántrax en un usuario de drogas intravenosas

14 de marzo de 2013 – Fuente: British Broadcasting Corporation (Gran Bretaña)

Un usuario de drogas inyectables que murió en Glasgow dio positivo para ántrax, informaron funcionarios de salud.

El Sistema Nacional de Salud (NHS) de Greater Glasgow y Clyde (GGC) dijo que el incidente es un "caso aislado" y que puede haber sido provocado por heroína o su agente de corte contaminados. Los funcionarios de salud y la policía están trabajando para identificar la fuente.



El peor brote de ántrax en Gran Bretaña en 50 años se produjo entre consumidores de drogas en Escocia entre 2009 y 2010. Hubo 119 casos registrados y 14 muertes.

El ántrax es una infección bacteriana aguda más común en los animales ungulados, como vacas, ovejas y cabras. Normalmente afecta a los humanos cuando inhalan o ingieren esporas de ántrax, pero no se puede transmitir de persona a persona.

### Envenenamiento de la sangre

Los síntomas pueden incluir un grano pruriginoso e inflamado que se convierte en una ampolla con una gran hinchazón. La lesión suele ser indolora y más tarde se convierte en

una escara negra. Si se deja sin tratamiento, la infección puede extenderse y causar el envenenamiento de la sangre.

El Dr. Syed Ahmed, consultor de salud pública, dijo que se estaban realizando esfuerzos para localizar la fuente de la última infección. "Este es un caso aislado en Glasgow, y ha habido otros casos esporádicos en Gran Bretaña y Europa en los últimos meses –dijo–. Estamos trabajando con otros servicios y colegas para estar pendientes de otros posibles casos, especialmente entre usuarios de drogas inyectables".

Ahmed dijo que la inyección de drogas es "muy arriesgada y peligrosa", e instó a todos los usuarios de heroína "a buscar atención médica urgente si experimentan una infección en el sitio de la inyección".

El Superintendente Grahame Clarke agregó: "Podemos confirmar que la policía de Strathclyde está investigando las circunstancias que rodearon el incidente en estrecha colaboración con la Junta de Sanidad y Protección de la Salud de Escocia. Algunas personas pueden ser remisas a presentarse ante la policía. Sin embargo, la seguridad y el bienestar de todos los miembros de nuestras comunidades es la prioridad de la fuerza. Hago un llamamiento a todos, especialmente los usuarios de drogas, para que nos brinden información que nos permita rastrear el origen del ántrax".



### Vietnam: La enfermedad de manos, pies y boca se propaga por el país

12 de marzo de 2013 – Fuente: Xinhua

La enfermedad de manos, pies y boca (EMPB), una enfermedad viral contagiosa que se presenta mayormente en lactantes y niños, ha afectado a más de 10.000 personas en los dos primeros meses de 2013, advirtió el 12 de marzo el Departamento de Prevención de la Salud, del Ministerio de Salud vietnamita.

Nguyen Van Binh, director del departamento, dijo que la enfermedad se ha extendido a 60 de las 64 provincias y ciudades del país, y en las últimas dos semanas, se ha informado un mayor número de casos en 28 provincias y ciudades. Donde se ha observado un mayor incremento ha sido en las provincias de Da Nang, Khanh Hoa, Quang Ngai, Yen Bai, Tuyen Quang y Soc Trang. En lo que va de este año, se registra un promedio de 1.000 pacientes nuevos por semana en todo el país, según el departamento.

En Vietnam, el más común de los virus detectados es el enterovirus humano 71 (HEV-71), que produce llagas en la boca y ampollas en las manos y los pies de los pacientes. La toxicidad del virus es muy alta, como lo demuestra la muerte de un bebé de 4 meses en la provincia de An Giang el 28 de febrero. El pequeño falleció un día después de contraer el virus, informó el departamento, y agregó que la misma virulencia se ha observado en Camboya, donde 54 niños murieron recientemente dentro de las 24 horas de contraer la enfermedad.

Como muchos otros países y territorios de la región han informado un alto número de pacientes nuevos, entre ellos Japón, Macao, Corea del Sur, Singapur y Camboya, se prevé que la enfermedad continúe extendiéndose en Vietnam, estimándose unos 100.000 casos en este año, según el funcionario de salud. En Vietnam, la EMPB normalmente alcanza su pico en el período abril-mayo y septiembre-noviembre.

El Ministerio de Salud instruyó a las autoridades locales para que den a conocer la información sobre la enfermedad: que los virus que la causan se pueden encontrar en la nariz o en secreciones de la garganta, líquidos de ampollas, así como en las materia fecal; que no existen vacunas ni medicamentos específicos para combatirla; que los niños menores de 5 años son los más vulnerables; y que las medidas preventivas principales son las prácticas higiénicas en todo momento. El ministerio planea lanzar una campaña nacional para fomentar la higiene de manos en abril de 2013, además de los esfuerzos para mejorar la higiene ambiental en las escuelas, especialmente en guarderías y centros preescolares.

En 2012, la EMPB registró 151.100 casos, un aumento de 41,3% respecto del año anterior, de los cuales 45 fallecieron, 72,4% menos en el mismo período, de acuerdo con la Oficina de Estadísticas Generales de Vietnam.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> El enterovirus humano 71 (HEV71) ha surgido como una causa importante de encefalitis viral en el sudeste de Asia en los últimos 15 años. Un patrón de actividad epidémica creciente y la circulación endémica del HEV71 se viene observando desde 1997 y está asociada con la normal aparición de nuevos linajes genéticos. Aunque la razón de este aumento en la circulación del HEV71 sigue siendo desconocido, se acumula evidencia de que los eventos de recombinación podrían conducir a la evolución de los nuevos linajes genéticos. La prevención de epidemias por el HEV71 probablemente requiera del desarrollo de una vacuna eficaz. Varias vacunas candidatas están siendo evaluados, pero ninguna está disponible para su uso clínico en la actualidad.

Un estudio multicéntrico en el que participaron 14 centros hospitalarios de España, dirigidos por Manuel Romero, director de la Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Digestivas del Hospital Universitario de Valme (Sevilla), reveló que la carga genética es un factor predictivo y de riesgo que ostenta más peso a la hora de desarrollar hepatitis C que los condicionantes ambientales, como pueden ser el alcoholismo, el sedentarismo y la obesidad.

Romero explicó que para llegar a esta conclusión se analizaron hasta 250.000 marcadores genéticos en cerca de 2.000 pacientes provenientes de estos 14 hospitales, si bien dejó claro también que los factores ambientales tienen un peso específico suficiente como para poder desarrollar por sí mismos la enfermedad si no se controlan.

En una primera fase de este trabajo, (iniciada en 2010 y con la que se pretendía buscar genes implicados en el desarrollo de esta enfermedad), se cotejaron los datos de 150 pacientes con hepatitis C y las de personas no infectadas que formaban parte del grupo control. Esta primera fase se llevó a cabo en los hospitales de Valme, Virgen Macarena de Sevilla y Clínico de Málaga.

Posteriormente, en una segunda fase y tras "constatar" la relación genética con el desarrollo de la patología, se extendió a los demás hospitales para la validación de los datos, con la participación de 1.500 pacientes. En cuanto al grupo control, el de personas no infectadas, lo integraron 800 individuos.

En concreto, la investigación consistió en conocer la información genética del paciente y del virus de la hepatitis C, al objeto de prever las posibilidades de infección de cada enfermo, hacer una selección de virus a través de sus genotipos, intervenir en la evolución de la enfermedad y posibilidad de curación, además de anticipar los efectos adversos del tratamiento.

### Genes involucrados

Respecto a los genes descubiertos ahora que están relacionados con el desarrollo de la hepatitis C, "por problemas de mutación", Romero detalló que son "el PNPLA3, también denominado adiponutrina, y que es el encargado de regular la grasa; el PTN3A2 o butirofilina, que se encarga de regular la infección; el RAF4, que también regula la infección; y el gen KLF12, que regula el desarrollo de la anemia".

"Cada uno de esos genes, junto a la interlucina 28B anteriormente descubierta, cuando sufren mutaciones provoca a la persona desarrolle la hepatitis C", explicó este especialista, quien insistió en la importancia de este hallazgo por cuanto los resultados obtenidos "demuestran que el factor genético es capaz de predecir si el paciente se infectará o no de hepatitis C y determina además el tipo de virus por el que lo hará".

### Dianas terapéuticas y premio nacional

"Como consecuencia de ello, podemos diseñar dianas terapéuticas que nos ayuden a luchar contra la enfermedad, cambiando el curso de su evolución o evitando, incluso, que se infecte el paciente", avanzó este experto, quien detalló que la hepatitis C es una enfermedad que afecta a entre 1,5 y 2% de la población española.

De hecho, se estima que cerca de 500.000 personas la padecen en España, constituyendo la principal causa de cirrosis, de cáncer de hígado y de trasplante hepático en el país.

Por su parte, el secretario de Calidad e Innovación de la Consejería de Salud y Bienestar Social, José Luis Rocha, ahondó que la importancia de las conclusiones de este estudio ya ha sido refrendadas con el premio a la mejor comunicación oral en el Congreso Nacional de la Asociación Española para el estudio del Hígado, celebrado este año en Madrid, y uno de los foros científicos internacionales más importantes en las enfermedades hepáticas.



### VIH: nuevos objetivos para crear impactos a largo plazo

14 de marzo de 2013 – Fuente: SciDev Net. Autor: Stefano Bertozzi. Director de VIH de la Fundación Bill & Melinda Gates.

En su última carta anual, Bill Gates sostuvo que es esencial medir cuidadosamente el progreso en la innovación y la salud global<sup>4</sup>.

Esta premisa tiene perfecto sentido: lo que se mide e incentiva guía el comportamiento. Este enfoque ha transformado el panorama de los sistemas de salud y bienestar alrededor del mundo, a veces para bien y a veces para mal, y con frecuencia para ambos.

A nivel mundial, los Objetivos de Desarrollo del Milenio han proporcionado metas ambiciosas pero específicas y medibles en cuya consecución han trabajado los países. Ruanda, por ejemplo, condujo un enfoque de incentivos por desempeño para la salud terapéutica, materna e infantil, y servicios de VIH/Sida llamados *approche contractuelle* (enfoque contractual). Ambos programas han sido exitosos y los líderes están buscando formas de replicarlos.

Sin embargo, también es verdad que medir e incentivar lo que corresponde no siempre es fácil. Durante los últimos diez años, la respuesta global al sida se centró en expandir la cobertura de los servicios de prevención y tratamiento. Los proveedores de salud contaron cuántas pruebas de VIH administraron, cuántas personas iniciaron el tratamiento y cuántos condones se distribuyeron.

<sup>4</sup> Puede leer la carta completa haciendo clic [aquí](#).





Con una gran cantidad de esfuerzos y recursos, vimos crecer espectacularmente esos parámetros, especialmente en la última década. Lamentablemente, las medidas que en última instancia son más importantes –el número de personas que contraen VIH y el número de los que mueren por sida– no han exhibido tales mejoras históricas.

Ello se debe a que si bien la cantidad de intervenciones es importante, también necesitamos determinar qué intervenciones –y qué enfoques– crean el mayor impacto en el largo plazo.

### **Probando los incentivos**

Por ejemplo, los centros de exámenes de VIH en muchos países con frecuencia reciben financiamiento basado en el número de pruebas que administran anualmente. A primera vista, este enfoque parece brindar los incentivos correctos. Mientras más pruebas, más gente conoce su estado, ¿verdad?

Pero este escenario ignora el hecho de que algunas personas están en mayor riesgo de dar positivo que otras, incluso en países donde la epidemia está generalizada entre la población. Por ejemplo, un centro podría estar considerado como muy capacitado para administrar muchas pruebas a pesar de que lo logra porque simplemente vuelve

a examinar frecuentemente a los miembros de la misma población de bajo riesgo.

En el caso inverso, un servicio de pruebas que llega a personas que tienen alta posibilidad de haberse infectado desde su última prueba puede encontrar un mayor número de nuevas infecciones, aunque examine a un menor número de personas.

¿Qué centro de pruebas hace más para contener la epidemia? Los estudios demuestran que la consejería y las pruebas de VIH tienen un impacto limitado entre los individuos no infectados. Medir los servicios de salud por lo bien que se dirigen a quienes están en mayor riesgo es más eficiente y eficaz, tanto en llegar a la gente con tratamiento temprano como en la reducción de la transmisión del VIH.

### **Examinar y conectar**

También es importante tener en cuenta que simplemente notificar a los pacientes sobre su estado ha demostrado no tener mucho impacto. En vez de ‘examinar y aconsejar’ sobre el VIH, debemos ‘examinar y conectar’.

Esto significa que quienes dan positivo deben ser conectados inmediatamente para atención. Quienes dan negativo deben ser derivados a servicios apropiados de prevención. Sin estas conexiones, no podrán darse cuenta de los beneficios del examen.

Del mismo modo, los objetivos globales y las metas nacionales se enfocan en aumentar el número de personas VIH positivas que reciben tratamiento. En la Conferencia Internacional de Sida 2012, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) dio cuenta de la terrible noticia de que el número de personas en tratamiento en el mundo en desarrollo había sobrepasado los ocho millones en 2011 y reiteró su llamado a alcanzar a las siete millones de personas restantes que requieren tratamiento, pero que aún no tienen acceso.

Sin embargo, el tratamiento antirretroviral solo previene la enfermedad y la muerte cuando los pacientes reciben el tratamiento adecuado y siguen el régimen prescrito. Esto ha demostrado ser una meta difícil en muchos lugares. Algunos centros de tratamiento tienen tasas de deserción de más de un tercio de pacientes por año, y otros centros no logran controlar con éxito el VIH en muchos de sus pacientes.

La dura verdad es que se salvan menos vidas de las esperadas al tener solo ocho millones de personas bajo tratamiento.

### **Seguimiento de la salud de los pacientes**

Entonces, ¿qué debemos hacer? En lugar de contar solamente el número de personas que empieza el tratamiento, necesitamos evaluar los centros de tratamiento para conocer cuánta gente está siendo atendida exitosamente y tomando su medicación. Y un enfoque aún más sólido sería monitorear si se está suprimiendo la reproducción del VIH en cada paciente.

Son tareas difíciles, pero alcanzables. Los consultorios pueden medir e informar cuántos de sus pacientes siguen con vida, y determinar por qué algunos dejan de acudir a la atención y ya no pueden ser localizados. Las reducciones en el precio de las pruebas de carga viral pueden ayudar a que más consultorios hagan el seguimiento de la salud de sus pacientes y proporcionar a los médicos una información muy valiosa acerca de cómo proceder mejor con el tratamiento.

A medida que se introducen nuevas medidas de cumplimiento, es fundamental entender cuáles proporcionan el mejor retorno de la inversión, es decir, obtienen los mayores beneficios para la salud a menor costo. Esta es una nueva área de enfoque que está siendo reconocida por otros, entre ellos el Instituto de Medicina de los Estados Unidos en su reciente evaluación del Programa Presidencial de Emergencia de Asistencia para el Sida (PEPFAR).<sup>5</sup>

Al medir lo que corresponde, podemos estimar mejor la efectividad de nuestra respuesta al VIH, impulsar mejor el desempeño y, en última instancia, salvar más vidas.

---

<sup>5</sup> Puede leer la evaluación completa, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

Algo tan sencillo como lavarse las manos durante 30 segundos con jabón antes de comer o manipular alimentos y después de defecar podría salvar dos millones de vidas cada año, la mayoría de niños. Esto significa reducir a la mitad las enfermedades relacionadas con el agua (segunda causa de mortalidad infantil en el mundo) y 25% las enfermedades respiratorias (primera causa de mortalidad infantil).

Se trata de un poder *a priori* difícil de entender, ya que “es una creencia extendida que el agua es suficiente para eliminar la suciedad, y no se establece fácilmente un vínculo entre la falta de jabón y la enfermedad, cosa que sí ocurre entre la enfermedad y el consumo de agua o alimentos en mal estado”, explica el responsable de Agua y Saneamiento de Acción contra el Hambre, Pablo Alcalde.

“Aunque no se trata de establecer un ranking, ya que todas las intervenciones son necesarias, la experiencia sobre el terreno, en todas las regiones y continentes en los que intervenimos, nos ha mostrado que la promoción del lavado de manos con jabón y la distribución de jabón en emergencias es mucho más eficaz a la hora de combatir la morbilidad que muchas otras intervenciones de salud preventiva y que cualquier otra acción en materia de agua, saneamiento e higiene”, explica Alcalde.

### La acción más eficaz... y la más rentable

Entre el abanico de posibilidades para proteger la salud, el lavado de manos con jabón no solo es la que tiene mayor impacto, sino también la más rentable: una inversión de 3,35 dólares en la promoción de lavado de manos reporta los mismos beneficios a la salud que una inversión de 11 dólares en construcción de letrinas o una inversión de 200 dólares en abastecimiento de agua para las viviendas o que una inversión de miles de dólares en inmunización, según datos de la Organización de Naciones Unidas.

### Cambiar comportamientos, clave de la solución

Aunque hoy el jabón está disponible y es asequible en gran parte del mundo, todavía no es una prioridad en la canasta básica de muchas familias. Por eso, la promoción de la higiene ha pasado a convertirse en un componente indispensable en prácticamente todas las intervenciones de agua y saneamiento, y muy especialmente en emergencias, donde la población tiene que concentrarse en lugares hacinados y a menudo sin infraestructuras de saneamiento ni acceso a utensilios básicos para la higiene.

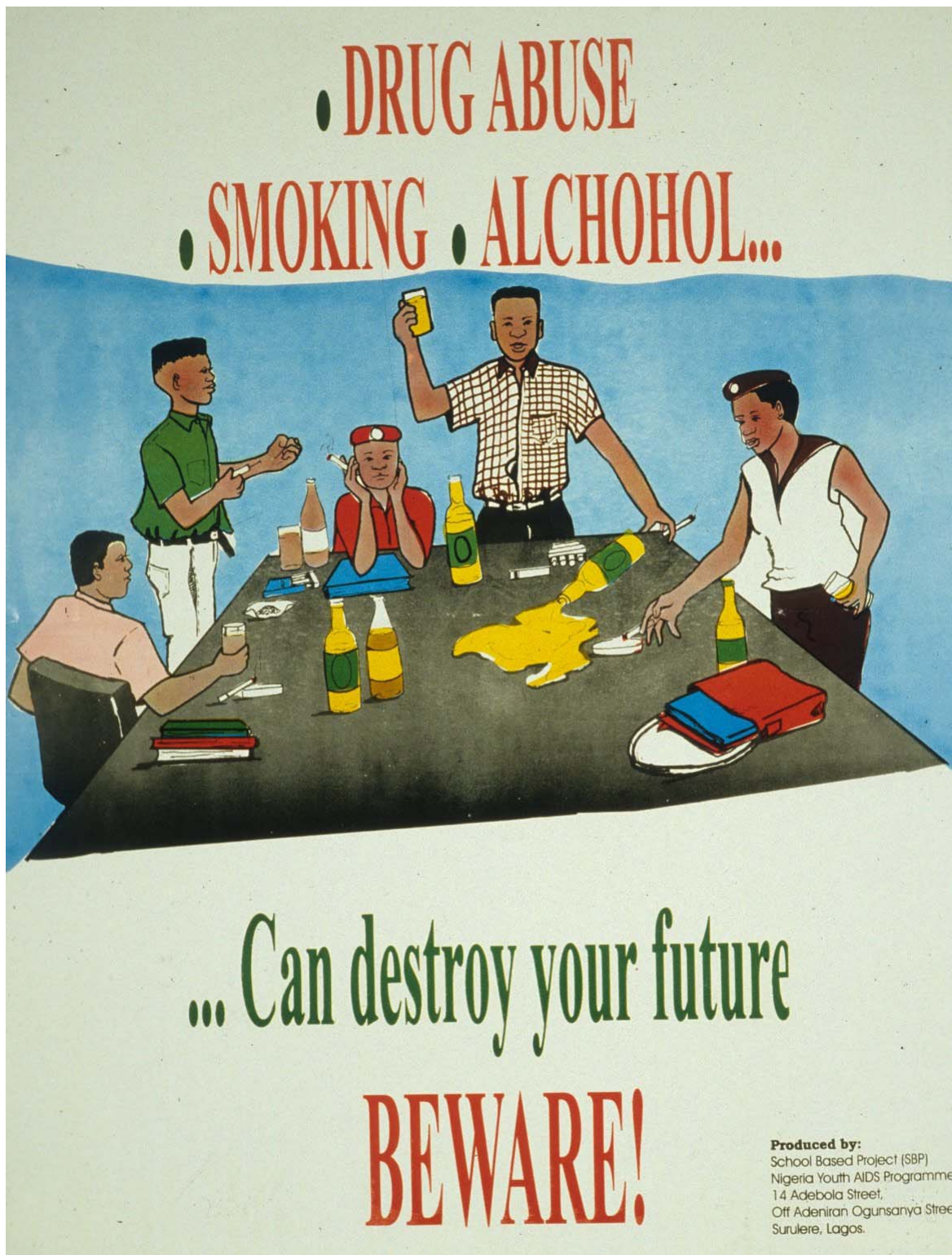
### Niños, grupo prioritario

Pese a que la promoción del lavado de manos se dirige habitualmente a toda la población, los niños son un grupo especialmente importante “no solo porque este tipo de hábitos deben adquirirse desde la infancia, sino porque además suelen ser un agente contaminante al ser más inquietos y estar en contacto con numerosos cuerpos que pueden estar contaminados”, explica Alcalde. Además los niños cuentan con sistemas inmunológicos más débiles y son los más propensos a sufrir diarreas u otras enfermedades relacionadas. Por todo ello, el trabajo en las escuelas es una prioridad para promover buenos hábitos de higiene.

La falta de jabón es, además, una de las causas que puede desembocar en desnutrición, ya que las diarreas son uno de los principales factores desencadenantes de ésta. “Los mapas de la desnutrición y de la falta de higiene podrían, de hecho, superponerse: gran parte de sus fronteras coincidirían”, concluye Alcalde.<sup>6</sup>



<sup>6</sup> Acción contra el Hambre lanza una acción en redes sociales para apoyar al jabón, el gran héroe anónimo: [www.heroeanonimo.org](http://www.heroeanonimo.org).



**Abuso de drogas, tabaco, alcohol... pueden destruir tu futuro. ¡Ten cuidado!**  
School Based Project, Nigeria Youth AIDS Programme (Lagos, Nigeria).

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](mailto:reporteepidemiologicocba@gmail.com), aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.