



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina



Número 1.106

9 de abril 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 supuración genital gonocócica**
- **Buenos Aires: Recomendaciones para el cuidado de los lactantes en situaciones de emergencia**

América

- **Estados Unidos: A pesar de los grandes progresos, muchos niños tienen un elevado nivel de plomo en la sangre**
- **Estados Unidos: Retiran millones de pizzas contaminadas con la bacteria *Escherichia coli***
- **Estados Unidos: El mal de Chagas llega en la sangre de los migrantes**
- **Honduras: Los casos de dengue aumentan 188%**
- **Perú, Juanjuí: Dos muertos por un brote de leptospirosis**

El mundo

- **Australia, Victoria, Bendigo: Brote de criptosporidiosis**
- **China, Shangai: Preparativos para enfrentar una epidemia de influenza aviar**
- **España, Aragón: La incidencia de sífilis y gonorrea se cuadruplicó en la última década**
- **Laos abriga dudas en cumplir con el objetivo de la reducción de los casos de malaria**
- **Rusia, San Petersburgo: En diez años se sextuplicaron los casos de psitacosis**
- **Sudáfrica: Lanzas el tratamiento antirretroviral '3 en 1' más barato del mundo**
- **La prevalencia mundial del dengue es tres veces mayor de lo que estima la OMS**
- **Vigilar la toma de medicamentos no mejora el resultado del tratamiento de la tuberculosis**

Adhieren:



www.apinfectologia.org/



www.sadi.org.ar/



www.slamviweb.org/



www.sadip.net/

**Comité Nacional de
Infectología**

Sociedad Argentina de Pediatría
www.sap.org.ar/

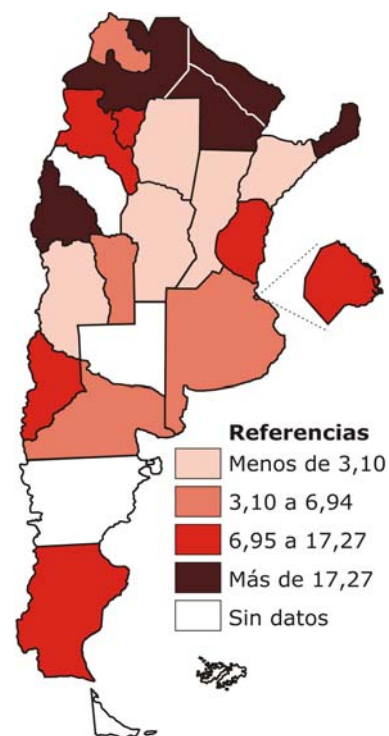
Vigilancia de supuración genital gonocócica

28 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 tasas de notificación cada 1.000.000 habitantes, según provincia y región. República Argentina. Años 2011/2013, hasta semana epidemiológica 9. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.¹

Provincia/Región	2011		2012		2013	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	12	3,92	14	4,58	28	9,16
Buenos Aires	34	2,22	38	2,48	66	4,31
Córdoba	6	1,77	47	13,84	2	0,59
Entre Ríos	31	24,18	24	18,72	17	13,26
Santa Fe	25	7,61	16	4,87	9	2,74
Centro	108	4,10	139	5,28	122	4,63
La Rioja	4	11,26	3	8,44	—	—
Mendoza	4	2,27	8	4,53	3	1,70
San Juan	9	12,59	14	19,58	17	23,77
San Luis	5	10,95	1	2,19	2	4,38
Cuyo	22	6,68	26	7,90	22	6,68
Corrientes	31	29,93	10	9,66	3	2,90
Chaco	51	47,61	77	71,89	24	22,41
Formosa	28	50,39	74	133,17	10	18,00
Misiones	57	51,28	56	50,38	23	20,69
NEA	167	44,25	217	57,50	60	15,90
Catamarca	42	103,90	23	56,90	6	14,84
Jujuy	2	2,86	7	10,02	3	4,30
Salta	37	29,20	41	32,35	25	19,73
Santiago del Estero	4	4,53	12	13,58	1	1,13
Tucumán	8	5,29	5	3,31	25	16,54
NOA	93	19,52	88	18,47	60	12,59
Chubut	—	—	2	4,25	—	—
Neuquén	5	8,85	6	10,62	4	7,08
Río Negro	6	9,94	6	9,94	2	3,31
Santa Cruz	2	8,54	1	4,27	2	8,54
Sur	13	5,53	15	6,39	8	3,41
Total Argentina	403	9,95	485	11,97	272	6,71

Mapa 1. Tasas de notificación cada 1.000.000 habitantes. República Argentina. Año 2013, hasta semana epidemiológica 9. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.



Buenos Aires: Recomendaciones para el cuidado de los lactantes en situaciones de emergencia

6 de abril de 2013 – Fuente: Ministerio de Salud (Argentina)

En el marco de las acciones que se están llevando a cabo para preservar la salud de la población durante el retorno a los hogares tras las inundaciones que afectaron a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, La Plata y otras localidades bonaerenses, el Ministerio de Salud de la Nación brindó recomendaciones para el cuidado de los lactantes, uno de los grupos más vulnerables en el contexto de las emergencias. En tal sentido, la recomendación más enfática es no interrumpir la lactancia materna, ya que la leche posee anticuerpos que protegen a los bebés de distintas enfermedades.

El agua

- Lavarse las manos con agua y jabón varias veces por día, en especial antes de comer y después de ir al baño o atender a un bebé es una de las medidas más sencillas y útiles para evitar la propagación de infecciones.
- Usar agua segura para beber, cocinar, lavarse las manos y los dientes. Si no se cuenta con agua envasada o hay dudas sobre la condición de ese agua, es necesario hervirla entre dos y tres minutos, o bien agregarle dos gotas de lavandina por litro media hora antes de usarla.
- Descartar todo tipo de envase de alimentos de cartón o con tapa no hermética que se haya mojado con agua de la inundación.



La lactancia

En situaciones de emergencia como la ocurrida en los últimos días, resulta muy importante continuar con la lactancia materna. En otras palabras, lo mejor que se puede hacer por los bebés lactantes en estos casos es extremar esfuerzos y favorecer las condiciones para que las madres puedan seguir amamantándolos.

¹ Esta información es parcial y sujeta a modificaciones. Las notificaciones incluyen casos sospechosos.

En la misma línea, es necesario tener en cuenta que, aún si escasea el alimento para los adultos o la mamá sufre estrés, es posible continuar amamantando. Y si hubiera interrumpido la lactancia, puede retomarla; cuanto antes, mejor.

La leche materna es un tejido vivo, de propiedades únicas, rico en anticuerpos que protegen a los bebés de enfermedades como diarreas, neumonías, otitis, bronquiolitis y otras patologías que pueden ser muy graves. Asimismo, fortalece el vínculo entre la mujer y su bebé y, por lo tanto, mejora el estado anímico y general de ambos.

Amamantar en situaciones de emergencia

Hay muchas maneras de amamantar, dependiendo de la situación en la que la mamá se encuentre. En todos los casos, es importante:

- Tratar de que la familia se mantenga junta (niños y adultos).
- Promover que las mujeres sigan amamantando, destacando la importancia especial que eso tiene para la salud de sus hijos.
- Procurar espacios tranquilos para las mamás y sus bebés, ofreciéndoles, si fuera necesario, cuidado para sus otros hijos durante el momento de la lactancia.
- No alentar la alimentación de los lactantes con leche en polvo, ya que no sólo puede contribuir al abandono definitivo de la lactancia, sino que su preparación en condiciones poco higiénicas puede ser muy riesgosa.

Imposibilidad de amamantar

Si por razón de fuerza mayor una madre debiera dejar de amamantar a su bebé durante la situación de emergencia, se deben tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Preparar la leche en polvo en un lugar limpio y con agua segura, respetando las indicaciones del envase.
- Descartar cualquier resto de leche al finalizar la toma.
- Conservar refrigerada tanto la leche que se preparó con anticipación, como la leche fluida. Si no existe forma de refrigerarlas, hay que descartarlas siempre.
- Higienizar cuidadosamente con agua segura la mamadera y todos los elementos usados para prepararla.

Otros cuidados

- Controlar o completar las vacunas que correspondan a niños y adultos según el Calendario Nacional de Vacunación.
- Evitar las heridas en los pies por desplazarse sin calzado en zonas cubiertas de agua.
- Disponer cuidadosamente de los restos de comida para evitar la proliferación de roedores e insectos.

América



Estados Unidos: A pesar de los grandes progresos, muchos niños tienen un elevado nivel de plomo en la sangre

5 de abril de 2013 – Fuente: *Morbidity and Mortality Weekly Report*

El número de niños estadounidenses con un nivel elevado de plomo en la sangre se ha reducido considerablemente en las últimas cuatro décadas, pero 2,6% de los niños de 1 a 5 años de edad todavía tienen demasiado plomo en su cuerpo, según informaron el jueves las autoridades federales.

Se estima que 535.000 niños de ese rango de edad tenían un nivel de plomo en la sangre de 5 microgramos por decilitro (mcg/dL) o superior entre los años 2007 y 2010, según el análisis de los datos de la Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición de Estados Unidos.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos consideran que un nivel de plomo de 5 mcg/dL o mayor es "un nivel preocupante". Los CDC establecieron este nivel en 2012.

Un experto afirmó que las nuevas cifras siguen siendo preocupantes. "Hemos hecho un progreso extraordinario contra la intoxicación con plomo en la infancia en Estados Unidos en las últimas dos décadas", afirmó el Dr. Philip Landrigan, director del Centro Pediátrico de Salud Ambiental del Centro Médico Mount Sinai, en la ciudad de New York. No obstante, "a pesar de este éxito, la intoxicación con plomo sigue siendo epidémica en los niños estadounidenses", agregó.

"Las consecuencias de la transmisión del plomo del entorno a los niños pueden ser desastrosas", indicó Landrigan, que no participó en el nuevo informe. Afirmó que los 535.000 niños citados en el informe son vulnerables a "daños cerebrales que conllevan una pérdida de coeficiente intelectual, una disminución de la capacidad de atención y problemas de conducta durante toda la vida como resultado directo de su exposición al plomo".

"Como los daños cerebrales provocados por el plomo a los niños son permanentes, no se pueden tratar y son muy costosos, la prevención de la exposición al plomo es el único enfoque lógico y probado médicamente para hacer frente a la epidemia de intoxicación con plomo", indicó Landrigan.



Los CDC comentaron que el “nivel de preocupación” anterior para el nivel de plomo en la sangre en los niños se consideró que era de 10 mcg/dL o más. El estudio nuevo halló un progreso significativo en las últimas cuatro décadas en la reducción del número de niños con este nivel de plomo en la sangre.

Entre 1976 y 1980, se estima que 88% de los niños de 1 a 5 años de edad tenían un nivel de plomo en la sangre de 10 mcg/dL o superior, en comparación con 4,4% entre 1991 y 1994, 1,6% entre 1999 y 2002 y 0,8% entre 2007 y 2010.

Sin embargo, hay diferencias persistentes en el nivel de plomo en la sangre de los niños de diferentes grupos raciales o étnicos y con distintos ingresos, que se relacionan con las diferencias en la calidad de la vivienda, las condiciones ambientales, la alimentación y otros factores, afirmó el estudio.

Los esfuerzos para prevenir la intoxicación con plomo deberían centrarse en las áreas y comunidades donde los niños están en un mayor riesgo, recomendaron los autores del estudio.

Otra experta que no participó en la elaboración del informe habló sobre lo que los padres pueden hacer. “Los padres pueden proteger a sus hijos asegurándose de que en sus hogares no haya pintura con plomo y manteniéndolos alejados de las ventanas viejas y los lugares con pintura que se está despegando”, afirmó la Dra. Roya Samuels, pediatra del Centro Médico Pediátrico Cohen en New Hyde Park, New York.

“Mantener la casa limpia y animar a lavarse las manos frecuentemente también son unas buenas medidas preventivas”, afirmó Samuels. “Una dieta sana y equilibrada que incluya alimentos ricos en calcio y hierro también ayudará a los niños a absorber menos plomo en caso de que sean expuestos al metal tóxico”.

Durante las últimas décadas, algunos de los esfuerzos realizados a nivel nacional para reducir el nivel de plomo en los niños han consistido en quitar el plomo de la gasolina, eliminarlo de la pintura de las casas, reducir el nivel del plomo en los productos para niños y realizar exámenes a los niños con un riesgo alto.²



Estados Unidos: Retiran millones de pizzas contaminadas con la bacteria *Escherichia coli*

5 de abril de 2013 – Fuente: Prensa Latina

Más de tres millones de pizzas congeladas fueron retiradas del mercado en Estados Unidos, después que dos docenas de personas se infectaran con la bacteria *Escherichia coli* desde la primera semana de marzo.

Los productos que fueron retirados pertenecen a la empresa Rich Products Corp, con base en Buffalo, New York, y tenían fecha de vencimiento septiembre de 2014.

La última recogida de productos se concretó el 28 de marzo, cuando autoridades sanitarias neutralizaron 196.000 paquetes de pizzas, y otras comidas congeladas como quesadillas y emparedados.

“Desde inicios de 2013, 24 personas en 15 estados enfermaron por ingestión de la bacteria y siete de ellas aún están hospitalizadas”, confirmaron los Centros de Control y Prevención de Enfermedades.

En octubre pasado autoridades sanitarias en North Carolina avisaron de un brote de infecciones por *E. coli*, al tiempo que 13 pacientes fueron aislados para evitar la propagación a otras regiones estadounidenses.

Entre los afectados estuvieron cuatro niños, atendidos en hospitales de aquel estado por síndrome urémico hemolítico, detalló un comunicado de la Oficina de Servicios Humanos del departamento regional de salud.



Estados Unidos: El mal de Chagas llega en la sangre de los migrantes

5 de abril de 2013 – Fuente: British Broadcasting Corporation (Gran Bretaña)

Dos veces al mes, en las mañanas de domingo, Salvador Hernández va a la iglesia a buscar enfermos del mal del Chagas. Recorre las que tienen mayoría de feligreses latinos en los alrededores de la ciudad de Los Ángeles, en el oeste de Estados Unidos. Los busca para ofrecerles un test de sangre que les permita saber si han contraído esta enfermedad tropical, endémica en 21 países de América Latina.

“Ofrecemos una feria de salud gratis donde, entre otras cosas como medir el colesterol y la glucosa, hacemos el diagnóstico de mal de Chagas”, dice el médico.

Hernández es el coordinador de la única clínica especializada en este mal que existe en Estados Unidos, el Centro de Excelencia asociado a la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA). Aquí el mal de Chagas es en cierta medida una novedad: el número de casos ha crecido en los últimos 20 años y está asociado directamente a la llegada de migrantes que contrajeron el mal en sus países de origen. La mayoría de ellos, latinoamericanos.

“La migración ha hecho que los patrones de contagio cambien por completo”, confirma Hernández.

Parásito letal

Quienes fueron a la escuela en Argentina, Brasil, Bolivia u otros países con altos índices de transmisión del mal de Chagas, probablemente aprendieron los conceptos básicos de la enfermedad durante las clases de ciencias de la



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

primaria: que lo causa un parásito llamado *Trypanosoma cruzi*, que se encuentra en las heces de su vector, la vinchuca o chinche.

Que cuando la vinchuca pica a un ser humano suele luego dejar sus excrementos con el parásito sobre la piel y, al rascarse, éste logra acceder al torrente sanguíneo y puede causar afecciones futuras al corazón o el sistema digestivo. Que hay más riesgos de ser picado en zonas rurales, casas con techos de paja o paredes de ladrillos o adobe agrietado donde el insecto puede esconderse.

En Estados Unidos, en cambio, pocos han oído hablar del mal de Chagas. Ni siquiera los médicos la consideran a la hora de encargar estudios de diagnóstico.

Como muchos infectados no desarrollan la enfermedad (se calcula que 30% de ellos tendrá problemas de salud relacionados con el mal de Chagas en algún momento de su vida) y pueden pasar décadas sin que se noten los síntomas, la detección se hace incluso más difícil.

De allí la misión de la clínica de UCLA: crear conciencia de que el mal de Chagas no sólo existe en las zonas pobres de América Latina.

“Los médicos dicen: ‘En mis 30 años de carrera nunca he visto un paciente con mal de Chagas’. Pero la pregunta que cabe es si han hecho los exámenes para buscar este mal. En la mayoría de los casos, no. Y no es su culpa, es parte de lo que se enseña en la escuela de medicina, donde te dicen que es una enfermedad que no se da en este país”, dice Hernández en su consultorio de Sylmar, una localidad del oeste angelino donde los hispanos representan casi 70% de la población.

Allí funciona un hospital escuela donde forman médicos que, al graduarse de sus prácticas, tendrán experiencia en tratar el mal de Chagas. “Es sembrar la semilla poco a poco, para los médicos de nuevas generaciones”, indica Hernández, que estudió medicina en México.



En números

El mal de Chagas se ha vuelto, así, una enfermedad de migrantes. Y la concentración de pacientes que está viendo el sistema de salud estadounidense se da en los estados preferidos por los hispanos para establecerse, como California: los reportes indican que uno cada 100 latinos evaluados da positivo, aunque no existen cifras que todos los expertos den por válidas.

Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) del gobierno estima que existen entre 200.000 y 300.000 casos de mal de Chagas en el país, pero las cifras se basan en proyecciones de las tasas

de contagio que se registran en los países de origen de los inmigrantes y en otras variables de los flujos migratorios.

“Las cifras suenan razonables pero es difícil validarlas sin datos más exhaustivos”, indica Rick Tarleton, presidente de la Fundación para el Mal de Chagas de Estados Unidos, creada hace cinco años.

El peligro que representa este aumento de casos en Estados Unidos, dice el experto, podría agudizarse si no se establecen métodos de diagnóstico temprano que permitan el tratamiento: aunque el mal de Chagas no se cura, la reducción del conteo de parásitos en sangre mejora las perspectivas de salud notoriamente.

“Concienciar es también una manera de reducir la multiplicación de casos. El mal de Chagas no es contagioso por contacto entre personas, pero sí puede pasarse de una mujer embarazada a su hijo o mediante la donación de sangre o tejidos”, agrega el experto, que lleva 30 años de investigación en la materia.

A la calle

La tarea del médico Hernández, junto a voluntarios y enfermeras, por las iglesias de Los Ángeles es parte de esta concienciación: salir a buscar enfermos a los que se les pueda ofrecer tratamiento.

Las drogas son gratuitas y el gobierno estadounidense las entrega a pedido de los médicos, de modo que los latinos que las necesitan pueden acceder a ellas incluso sin seguro de salud o documentos de residencia legal.

Pero no todos las quieren: algunos desestiman la necesidad de medicarse sin síntomas a la vista; otros no quieren saber nada del parásito que se les metió en la sangre por el estigma que acompaña al mal de Chagas como “enfermedad de la pobreza”.

“El *establishment* médico en Estados Unidos es dolorosamente ignorante de estas enfermedades y además de no buscarlas en sus diagnósticos tampoco saben luego cómo acompañar al paciente en el tratamiento”, opina Tarleton.

El mal de Chagas en cifras

- El mal de Chagas, descubierto por el médico brasileño Carlos Justiniano Ribeiro Chagas, es una enfermedad endémica de México, América Central y América del Sur.
- 13 a 15 millones de individuos están afectados en todo el mundo.
- 60 millones de personas se consideran en riesgo de infección.
- Es la tercera enfermedad parasitaria que causa más cardiopatías en América Latina (detrás de malaria y la esquistosomosis).
- 3 a 5 millones de personas infectadas sufren complicaciones digestivas o cardíacas crónicas.
- 21.000 muertes al año se relacionan con el mal de Chagas.

Fuente: Centro de Excelencia para Diagnóstico y Tratamiento del Mal de Chagas, UCLA

¿Hay vinchucas en Estados Unidos?

- En Estados Unidos, el mal de Chagas es considerada una enfermedad de migrantes latinoamericanos que la contrajeron en sus países de origen.
- No es que no existan casos de infecciones dentro del territorio estadounidense, pero son contados: los reportes oficiales hablan de apenas una decena desde la década de 1950.
- Sin embargo, en el país se hallan varias especies de vinchucas que portan a *Trypanosoma cruzi* y se da la transmisión entre animales.
- “El paso a humanos es mucho más raro porque las condiciones de vivienda aquí no se parecen en nada a las zonas de alto nivel de transmisión de los países sudamericanos, donde la exposición a insectos infectados es constante”, dice Rick Tarleton, presidente de la Fundación para el Mal de Chagas en Estados Unidos.

“Además, el reto es que el tratamiento tiene muchos efectos secundarios, la gente lo ve como algo riesgoso y no quiere tomarlo. Creo que es falta de conocimiento de lo que significa el mal de Chagas y de que te puede matar”, agrega Hernández.

La falta de investigación y desarrollo que acompaña a esta “enfermedad del subdesarrollo” ha hecho que las medicinas disponibles hayan avanzado poco en los últimos cien años, desde que el médico brasileño Carlos Ribeiro das Chagas descubrió la dolencia que lleva su nombre en 1909.

Los antiparasitarios nifurtimox y benznidazol –los fármacos aprobados a nivel internacional en la década de 1960 y 1970, respectivamente– pueden generar reacciones severas, a nivel nervioso o digestivo, y ni siquiera han sido específicamente diseñadas para el mal de Chagas.

Los expertos tienen la mirada puesta en un ensayo que está empujando la Iniciativa Drogas para Enfermedades Olvidadas (DNDi) en Bolivia: un tratamiento clínico, del que esperan conocer los primeros resultados en breve, que podría mejorar el panorama para los más de 13 millones de enfermos de mal de Chagas que hay en el mundo y, cada vez más, dispersos fuera de América Latina.

EL HERALDO Honduras: Los casos de dengue aumentan 188%

7 de abril de 2013 – Fuente: El Heraldo (Colombia)

En 188% se han incrementado las cifras de dengue clásico y sospechas de dengue grave, según datos oficiales de la Secretaría de Salud.

Los hondureños estarían a las puertas de enfrentar una crisis como la ocurrida en el año 2010, y lo más escalofriante es que esta situación ha ocurrido ante los ojos de las autoridades de gobierno, que han desviado su atención por otros intereses sin importar la salud de los ciudadanos.

Durante la crisis del año 2010 se registraron más de 11.000 casos sospechosos de dengue grave, de los cuales 3.078 fueron confirmados y 81 perdieron la vida. Para ese año el Programa Nacional contra el Dengue cerró con 66.555 casos confirmados de dengue clásico, cantidad ampliamente superior a los 12.842 de 2009.



Incremento

Según datos oficiales que constan en el Boletín Semanal de Enfermedades de Notificación Obligatoria de la Secretaría, a la semana epidemiológica 12 (10 a 16 de marzo), se han registrado 2.722 casos de dengue clásico. En el año 2012, para la misma semana, se habían reportado 945 casos, lo que representa 1.777 casos de incremento, con un rango de aumento de 240 casos cada semana. Este alto número de casos es también superior si se compara con los 1.352 casos reportados en la misma semana durante la terrible epidemia de 2010.

El mismo aumento se ve reflejado en los casos de dengue grave; hasta esta semana se reportaron 523 casos sospechosos de dengue grave. Mientras que en 2012 se habían registrado 192, es decir 331 casos más. En 2010 se registraron 122 casos de dengue grave, lo que revela un significativo aumento.

Zonas afectadas

Según las cifras contenidas en el boletín, entre las regiones con mayor índice de casos de dengue clásico y grave está la Metropolitana de San Pedro Sula, con 821 casos. En segundo lugar está el municipio del Distrito Central, con un acumulado de 615 casos, en tercer lugar está Atlántida, con 207 casos; Choluteca, con 209 casos; Cortés, con 192, y Olancho, con 167 casos.

Autoridades

Según Bredy Lara, jefe del Departamento de Vigilancia de la Salud, el rápido incremento los mantiene preocupados. “Tenemos un incremento de 187 a 188% más de casos comparados con el año anterior –manifestó Lara–. Definitivamente preocupa y siempre estamos pendientes de que la población implemente las medidas de prevención, pero sí estamos preocupados porque estamos en época seca y se registra una tendencia al incremento”.

Sin embargo, esta preocupación se pone en duda al analizar algunas acciones de las autoridades involucradas en la prevención, control y combate. Tal es el caso de la Comisión Certificadora Nacional que a tres meses de iniciado el año 2013 no se ha reunido para analizar los 523 casos sospechosos de dengue grave. Lara explicó que la Comisión solo se ha reunido para analizar los últimos casos reportados en 2012, pero que no han iniciado la investigación de 2013, pese al rápido incremento de las cifras.

“Estamos pendientes de recibir un informe. El problema que hemos tenido con ellos es que parte del equipo de la Comisión tuvo que salir del país con un brote de dengue que hubo en Perú. Esta gente se fue a capacitar allá el personal”, informó.

A criterio de Lara, la tardanza de esta Comisión para hacer los análisis no significa un problema ya que el trabajo de Salud se orienta en prevenir los casos de dengue clásico para que no existan casos de dengue grave. “Si no tenemos casos de dengue clásico no vamos a tener casos de dengue grave, ya que éste es una complicación que se presenta en virtud de la exposición que la persona haya tenido anteriormente a algún tipo de dengue, no de algún virus diferente”, concluyó.

La leptospirosis ya se ha cobrado dos vidas en la localidad de Juanjuí, ubicada en la provincia de Mariscal Cáceres, región San Martín, donde además se han confirmado 66 casos, aunque hay otras 380 personas que presentan los síntomas del mal.

El alcalde de la zona, Renán Saavedra Sandoval –quien llegó a Lima para pedir ayuda a las autoridades–, dijo que los casos se han incrementado notablemente en los últimos 15 días, a tal punto que el único hospital existente en el lugar para atender a la población afectada ha colapsado.

“La situación es tan grave que ya se puede hablar de una epidemia. Un joven y una niña han muerto y hay varios pacientes cuya evolución es desfavorable. Por eso, le pedimos al Ministerio de Salud que declare en emergencia la jurisdicción y que envíe profesionales y recursos para atender a los afectados”, manifestó.

Saavedra Sandoval señaló que, mientras tanto, su despacho, en coordinación con la Dirección Regional de Salud, ha iniciado las tareas de fumigación y desratización de los mercados y está pidiendo a los pobladores que colaboren con la limpieza de sus viviendas pues no tiene la capacidad para fumigar todas las casas.

El alcalde indicó que la situación se agrava por las lluvias que caen en la zona porque el agua forma charcos en diversos asentamientos humanos, donde la bacteria *Leptospira* encuentra las mejores condiciones para proliferar.

“Por eso, pedimos ayuda al Ministerio de Salud. Esperamos que se elimine a los perros callejeros y que nos ayude en la desratización y fumigación, pues lo que estamos haciendo no es suficiente”, aseveró.

La Unidad de Gestión Educativa de Juanjuí inició una campaña sobre los cuidados que deben tenerse para no contraer el mal, mientras que médicos del Instituto Nacional de Salud de Lima recogen casa por casa muestras de sangre de los posibles infectados.

Alerta roja

El Ministerio de Salud declararía en estos días la alerta roja en la ciudad de Juanjuí. “No es necesario hacer una declaratoria de emergencia en este momento, pero estamos monitorizando la situación”, sostuvo la ministra de Salud, Midori de Habich.

Por su parte, el viceministro José del Carmen Sara apuntó que el brote de la enfermedad es precisamente en San Martín y que 92% de los casos se ha presentado en Juanjuí.

“Es un brote controlable, es una enfermedad tratable. Los medicamentos y las intervenciones que se requieren se están realizando en la zona. Tiene mucho que ver con las lluvias, de alguna manera los factores que intervienen en el brote son similares a los del dengue”, manifestó.

La alerta roja permitirá a las dependencias de salud efectuar en forma inmediata las intervenciones y acciones de respuesta que sean necesarias.



El mundo

Bendigo Advertiser Australia, Victoria, Bendigo: Brote de criptosporidiosis

3 de abril de 2013 – Fuente: Bendigo Advertiser (Australia)

El Departamento de Salud de Bendigo recordó a los residentes de la localidad la importancia de la correcta higiene personal a raíz de un aumento en los casos de gastroenteritis en todo el estado de Victoria. El Departamento confirmó un aumento en el número de casos de gastroenteritis causada por el parásito *Cryptosporidium*, que se encuentra en las heces de humanos, ganado y otros animales.

Se han notificado 458 casos de criptosporidiosis al Departamento en lo que va del año, en comparación con 88 en el mismo periodo de 2012. El Departamento de Salud no tiene un desglose región por región de las cifras, pero las autoridades de salud de Bendigo confirmaron que la región central de Victoria ha sido afectada recientemente por un pequeño brote de gastroenteritis.

Jane Hellsten, directora de Control de Infecciones del Departamento de Salud de Bendigo, dijo que la mejor manera de prevenir esta gastroenteritis altamente contagiosa es a través de una buena higiene personal. “No me canso de enfatizar la importancia de la higiene de las manos. Se deben lavar con frecuencia, y también se puede usar alcohol en gel cuando se está fuera de casa y no se dispone de agua limpia. Las gastroenteritis básicamente se diseminan a través de las manos que se contaminan al entrar en contacto con picaportes y manijas, por lo que la higiene



de las manos es muy importante", dijo Hellsten, y agregó que las personas que experimentan síntomas gastrointestinales deben evitar el contacto con otras personas. "Las personas enfermas deben quedarse en casa", dijo.

Dra. Rosemary Lester, Oficial en Jefe de Salud de Victoria, dijo que existía un vínculo entre el aumento de las notificaciones y la reciente ola de calor, que hizo que un gran número de personas buscaran alivio en piscinas públicas y particulares. "La condición es causada por la ingestión del parásito, provocando síntomas que incluyen diarrea acuosa, calambres estomacales y vómitos", dijo Lester.³

EL PAÍS China, Shanghai: Preparativos para enfrentar una epidemia de influenza aviar

8 de abril de 2013 – Fuente: El País (España)

El este de China ha sacado la artillería pesada para combatir la nueva influenza aviar: ha prohibido el comercio de aves vivas, ha ordenado el cierre de todos los mercados al aire libre, en los que se han sacrificado más de 23.000 pollos y patos, mantiene los hospitales en alerta máxima, y ha enviado las sustancias necesarias para realizar tests a 409 laboratorios repartidos por todo el país. Además, las autoridades sanitarias han aprobado este sábado el uso en pacientes de inyecciones de un medicamento –peramivir–, que consideran efectivo para hacer frente a la cepa del virus que tiene al país en jaque.

Pero, aunque el ritmo al que aparecen nuevos casos se ha reducido –en total son siete–, las autoridades de Shanghai consideran que será difícil evitar una epidemia en la ciudad más poblada del país – 24 millones de habitantes–, que concentra el mayor número de infecciones por el virus H7N9, cuyo total ha ascendido hoy a 24.

La preocupación está en los pollos que han dado positivo en la capital económica de China. Concretamente, ocho de las 19 muestras recogidas el sábado en tres mercados de Shanghai estaban contaminadas por la nueva cepa de la influenza aviar. Por eso, el Gobierno ha decidido mantener el veto al comercio de aves vivas, una medida que han adoptado también las capitales vecinas Hangzhou y Nanjing, y está compensando a los vendedores cuyos animales ha sacrificado con al menos 50% del precio de mercado. "Es muy poco –critican algunos comerciantes–. Es normal que algunos compañeros estén tratando de evitar que maten las aves y busquen otro canal para venderlas".

Eso es precisamente lo que provoca el temor de la población. La Organización Mundial de la Salud (OMS), que no recomienda por el momento ningún control especial en fronteras ni restricciones en los planes de viaje, sí confirma que no se deben comer los animales enfermos, aunque teóricamente el virus muere a altas temperaturas. "Primero aparecieron miles de cerdos muertos en el río, luego fueron patos, hoy han sido 600 kilos de peces flotando. Y luego están los pollos con la nueva influenza aviar. Con la moralidad que tienen nuestros empresarios y la falta de control del Gobierno, seguro que terminan en nuestro plato", se lamentaba un ama de casa de Shanghai.

No es la única que recela de la transparencia cacareada por el Gobierno. Japón ha pedido este sábado a Beijing que envíe cuanto antes muestras del virus para poder continuar trabajando en una vacuna. Y Hong Kong decidió desempolvar las 1.400 camas de aislamiento que instaló tras el brote del síndrome agudo respiratorio severo (SARS) hace una década. "Hay que estar preparado para el H7N9, porque el virus puede llegar a Hong Kong", dijo el responsable del área de Salud del Gobierno autonómico de la ex colonia británica, Ko Wing-man.

Todavía se desconoce el origen de la infección, aunque se especula con la posibilidad de que se encuentre en las penosas condiciones en las que malviven las aves en las explotaciones de las zonas más desarrolladas del país.

No es motivo de pánico, según la OMS

La OMS opina que la nueva cepa de influenza aviar no es motivo de pánico, y elogió a China por movilizar recursos a nivel nacional para combatir el brote.

"Hasta ahora, realmente sólo tenemos casos esporádicos de una rara enfermedad y quizás permanecerá así. De modo que no es momento de sobrerreaccionar o entrar en pánico", declaró Michael O'Leary, representante de la OMS.

"Se trata de un número relativamente pequeño de casos serios con implicaciones médicas, pero sin implicaciones de salud pública conocida en esta etapa", declaró O'Leary.

Sin embargo, advirtió que la información sobre el virus aún es incompleta. "Realmente no podemos depender de información de otros virus. El H7N9 es un nuevo virus en los humanos y el patrón que sigue no puede ser anticipado



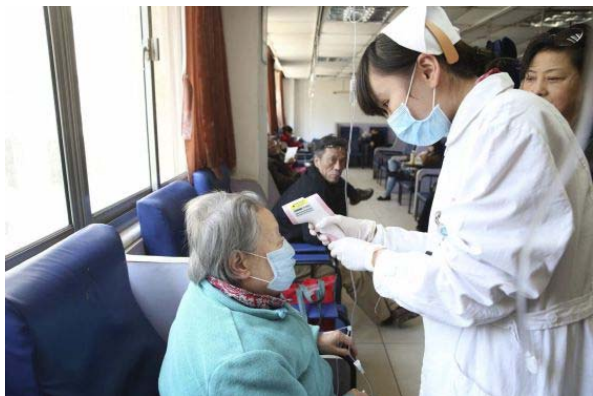
Un operario captura palomas en Shanghai.

³ Un informe sobre este brote del 9 de marzo de 2013 daba cuenta de 155 casos registrados. Es posible que el brote sea causado sólo por la transmisión en piscinas, pero esto sólo podría comprobarse a través de un estudio de casos y controles. El parásito *Cryptosporidium* presenta una reducida sensibilidad al cloro, y es necesaria una estricta higiene en las piscinas para prevenir y limitar la transmisión.

Bendigo es una importante ciudad regional, ubicada muy cerca del centro geográfico del estado de Victoria. Es la segunda mayor ciudad mediterránea y la cuarta más poblada del estado. La población urbana estimada asciende a 91.713 habitantes. Es el centro administrativo de la Ciudad del Gran Bendigo que comprende tanto el área urbana como los pueblos circundantes cubriendo un área de aproximadamente 3.000 km².

por los patrones que tenemos de otros virus de la influenza”, comentó O’Leary, quien agregó que no se han reportado aún casos fuera de China.

En total, 621 contactos cercanos de personas que se sabe que están infectadas eran vigilados y aún no mostraban síntomas de contagio, dijo el director de la Oficina de Control y Prevención del Virus H7N9 de China, Liang Wanjian.



La gripe de Shanghai

La nomenclatura de los virus de la influenza ha constituido hasta ahora un verdadero engorro para científicos, periodistas y lectores. Todos hemos añorado durante los últimos años la manera en que los antiguos bautizaban estas epidemias, desde la ‘gripe española’ de 1918 hasta la peste aviar de 1998 pasando por la ‘gripe de Hong Kong’, la neumonía asiática y otras denominaciones enigmáticas y exóticas. Luego vinieron las haches y las enes –H1N1, H3N2, H5N1— que nos sumieron a todos en la perplejidad alfanumérica. Y nos acaba de caer encima lo que en otros tiempos se habría llamado la ‘gripe de Shanghai’ pero ahora responde al de ‘influenza H7N9’.

Desde que China reconoció a principios de este mes las primeras dos muertes por un nuevo tipo de influenza aviar, la cifra de víctimas humanas ha llegado hasta siete. Si se tiene en cuenta que la influenza convencional mata a medio millón de personas cada año, las estadísticas del H7N9 pueden parecer intrascendentes. Pero a los epidemiólogos les pone los pelos de punta cualquier nuevo virus de la influenza que ataque a las personas. Tienen razones científicas muy sólidas para ello, aunque rara vez cuentan con la comprensión del público y, sobre todo, de los directores generales de ganadería y de salud pública.

Los intercambios de agentes infecciosos y cócteles de genes virales que ocurren en los mercados con animales vivos son los principales sospechosos de cocinar las epidemias emergentes que de cuando en cuando sacuden el planeta. Virus de origen aviar a los que las personas no han estado nunca expuestas, y contra los que el sistema inmune humano está virgen y vulnerable. No es extraño que el Gobierno chino haya puesto a todos los hospitales de Shanghai y las provincias vecinas en alerta máxima.

La claridad y transparencia con que la Comisión Nacional de Salud de la potencia asiática está reaccionando a la presente crisis contrasta con la tradición opaca e irracional que ha sido la marca de Beijing durante las últimas dos décadas, y que le procuró la condena unánime de la comunidad científica internacional.

El empecinamiento del Gobierno chino en ocultar la epidemia de sida en el país –y particularmente en las provincias agrícolas alejadas de las grandes ciudades de su costa este– fue uno de los principales estímulos a la propagación de un virus que se beneficia grandemente de la ignorancia de sus portadores, y lo mismo pasó con la epidemia de SARS y los primeros brotes de influenza del siglo XXI.

La política de salud pública de China, sin embargo, ha evolucionado deprisa en la última década. En primer lugar porque el Gobierno chino ha percibido que la colaboración con la OMS y los mejores científicos expertos en influenza del mundo solo puede contribuir a la contención de sus propias plagas. Segundo, porque uno de los nodos centrales de esa epidemiología mundial está en su territorio, en la Universidad de Hong Kong.

Y en tercer lugar, porque ocultar un brote viral en nuestros días es justo la mejor forma de encender una mecha igualmente viral en las redes sociales, por más que las autoridades se empecinen en censurarlas. La opacidad no solo es el mejor caldo de cultivo para la propagación de un virus, sino también para la del pánico. Cada negación gubernamental multiplica las ventas de mascarillas junto a los mercados de Shanghai. Si el virus se ha extendido a Beijing y Hong Kong, negarlo no detendrá el pánico, ni las ventas de mascarillas en esas ciudades. Informar a la población será la mejor barrera para frenar la propagación del virus. Y la del miedo, que solo sirve para complicar las cosas, como ha resultado patente en las anteriores alertas.

La H y la N significan hemaglutinina y neuraminidasa, las dos proteínas de la cubierta de cualquier virus de la influenza, y los números que las siguen (como en H7N9) designan los grandes subtipos de estas dos proteínas. H1, por ejemplo, es el principal tipo de hemaglutinina viral en los virus de la influenza humanos al menos desde 1918, cuando un virus de esa clase saltó de las aves a los humanos y mató a 50 millones de personas.

Eso es el doble de las víctimas causadas por la Primera Guerra Mundial, que acabó ese mismo año. La preocupación actual de los epidemiólogos tiene mucho que ver con aquella masacre gigantesca y olvidada. La denominación de ‘gripe española’, por cierto, es una curiosa injusticia histórica con un ángulo sobre la libertad de prensa. Los medios de comunicación de los países implicados en la Primera Guerra Mundial tenían prohibido informar sobre la epidemia para no desmoralizar a las tropas, y los periódicos españoles fueron los únicos que hablaron de una de las peores crisis sanitarias de la historia registrada. En realidad, la gripe española surgió en un campamento militar de Kansas y se propagó a Europa con los soldados norteamericanos movilizados para la contienda. Otro silencio fatal.

Los virus H7 (como el actual H7N9) circulan normalmente en las aves, como casi todos los virus de la influenza. Algunos de ellos (H7N2, H7N3, H7N7) se habían detectado antes en brotes humanos limitados, pero esta es la primera vez que un virus H7N9 ha saltado a la especie humana, al menos por lo que consta en los registros de la OMS. Los pacientes, como ocurre con otros agentes infecciosos de esta familia, sufren fiebre alta, tos, dificultades respiratorias y, al menos en los pocos casos descritos hasta ahora, una grave neumonía que pone en riesgo su vida.

De momento no está clara la forma de transmisión a las personas, ni por qué los casos han empezado a darse ahora pese a que el virus lleva décadas circulando entre las aves de China. Los estudios de la secuencia genética del virus aislado de las víctimas humanas indican, según los científicos de la OMS, que sus genes de origen aviar se han adaptado parcialmente a los mamíferos. Las proteínas de la cubierta del virus son ahora más afines a las células humanas que las del virus aviar original, y el metabolismo del agente infeccioso se ha acomodado a las temperaturas (cercasas a los 37°C) que priman en el tejido humano.

Este es el gran problema general que preocupa a los científicos. Hace apenas un año que la modificación en el laboratorio de otro virus aviar, el H5N1, confirió a este agente una alta capacidad de transmisión entre hurones, el modelo clásico para la investigación sobre la influenza humana. Estos trabajos exorbitaron los ojos de los asesores de seguridad de la Casa Blanca, que no alcanzaban a entender la razón de esos experimentos.

Pero el argumento de los científicos que los hicieron no solo se impuso entonces, sino que está ahora más vivo que nunca: que el virus H5N1 que circula por la naturaleza ya había acumulado por sí mismo algunos de esos mismos cambios que ellos habían inducido en el laboratorio. Por todo lo que sabemos, otro tanto cabe decir del nuevo agente infeccioso de la gripe de Shanghai.

el Periódico de Aragón

España, Aragón: La incidencia de sífilis y gonorrea se cuadruplicó en la última década

7 de abril de 2013 – Fuente: El Periódico de Aragón (España)

Aragón registró en la última década un notable incremento en la incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS), como sífilis o gonorrea. En ambos casos, el aumento llega a cuadruplicar los casos detectados hace diez años, según expone el último Boletín Epidemiológico.

Tanto la sífilis como la infección gonocócica son enfermedades de declaración obligatoria. En Aragón, a lo largo del último decenio, se observa un notable incremento de la incidencia de la primera de ellas, con 35 casos en 2003 –2,8 cada 100.000 habitantes– y 136 en 2012, lo que supone que más de 10 de cada 100.000 personas contrajeron la enfermedad en la comunidad autónoma. Zaragoza es la provincia donde el incremento es más notable a lo largo del decenio mientras que en Huesca y en Teruel la incidencia no refleja aumentos tan significativos. Así, la capital albergó 123 casos el año pasado, por 10 en Huesca y otros tres en Teruel.

En cuanto a la gonorrea, el incremento se traduce en 21 casos en las tres provincias en el año 2003 y 96 en 2012. De nuevo, Zaragoza es la provincia con mayor incidencia –76 casos– y donde se observa un mayor aumento.

Comparativa

El número de casos notificados de sífilis es mayor que el de infección gonocócica en el conjunto del decenio (779 y 538, respectivamente).

En el boletín, Salud Pública expone que la evolución de la notificación parece seguir muy claramente una tendencia paralela de las dos enfermedades, y es difícil precisar si en el incremento interviene una mejor notificación de los casos además de un aumento real de la incidencia, si bien parece haber también un paralelismo con otras enfermedades con posibles mecanismos de transmisión sexual, tales como la hepatitis B o C. “Aparte de un posible aumento en el número de casos detectados, está claro que el incremento en la incidencia de ITS se debe también a una mayor promiscuidad”, apuntaron fuentes sanitarias.

Menos tuberculosis

Si la incidencia de dos de las ITS más comunes va en aumento, en la tuberculosis sucede lo contrario. En 2012, en Aragón se notificaron 158 casos –12,2 cada 100.000 habitantes– y en los últimos 20 años, se observa una tendencia estable ligeramente descendente, pero esa caída se acentúa especialmente en el último lustro, aunque en 2012 se presenta una disminución muy notable, que alcanzó 33% respecto de 2011. Se estima que la incidencia en Aragón ocupa una situación intermedia entre las comunidades.

El pasado año se dieron 20 casos en la provincia de Huesca, 8 en Teruel y 130 en Zaragoza. En todo el decenio 2003-2012, el promedio de tasa más alto se obtiene en Huesca (22,1 casos cada 100.000 habitantes), seguido de Zaragoza (20,7) y de Teruel (11,6).

En general, la tuberculosis es más frecuente en hombres (65%), pero en menores de 15 años las tasas son muy similares en ambos sexos. En Aragón, los grupos de edad en los que es más frecuente son entre los 20 y los 39 años (máximo entre los 25-29), y en mayores de 65 años, aunque la media de edad de los casos fue de 43 años (44 en hombres y 41 en mujeres). Los menores de 5 años presentan habitualmente una tasa de más del doble que la del grupo de 5 a 14 años. En la comunidad, la incidencia en menores de 15 años tiene una tendencia descendente con una marcada disminución en 2012.

La tasa en población extranjera (31 casos cada 100.000) es notablemente más alta que en la autóctona (8,8), pero ha disminuido en los dos últimos años. El 35% de los casos son personas con origen en otro país.



Un hombre escoge un condón, el único método contra las infecciones de transmisión sexual, en una tienda.

1 de abril de 2013 – Fuente: Prensa Latina

El Ministerio de Salud de Laos abriga hoy dudas en poder cumplir la meta del Objetivo del Milenio de la Organización de Naciones Unidas referida a la malaria, debido a que se ha convertido en una enfermedad endémica en el país.

El director del Centro de Parasitología y Entomología, Bouasy Hongvanthong, dijo que en la actualidad la enfermedad afecta en promedio a 6,76 cada mil personas, muy por encima del 2 cada mil que el país se ha propuesto alcanzar.

Autoridades sanitarias y la entidad internacional Acción contra la Pobreza en Salud suscribieron el fin de semana un memorando de entendimiento para una asistencia de emergencia, sobre todo en las provincias del sur, ante los registros oficiales que registran casi 41.000 casos de malaria entre 2009 y 2012.

Bouasy lo atribuye principalmente al largo tiempo que los contagiados pasan en los bosques acopiando madera de palo santo y otras materias forestales para venderlas, en ausencia de regulaciones forzosas que permitan evitar la propagación de la enfermedad por esa vía.

“Los fondos destinados al control de la enfermedad expiran en junio próximo y el ministerio necesita unos dos millones de dólares anuales para combatir los frecuentes brotes”, puntualizó el funcionario.

También se señala que trabajadores migratorios que cruzan fronteras para ingresar en la provincia laosiana Attapeu se encuentran en riesgo de sufrir de malaria resistente a las drogas en uso, además de introducir en el país esa peligrosa variedad.

Investigaciones llevadas a cabo allí hace dos años revelaron que más de un tercio de los pacientes nunca tomaron la dosis completa prescrita, y los que se contagiaron en áreas remotas demoraron en acudir a un centro de tratamiento, y en la mayoría de los casos fallecieron.



21 de marzo de 2013 – Fuente: Administración de San Petersburgo (Rusia)

Según el Departamento del Servicio Federal de Supervisión de Protección de los Derechos del Consumidor y el Bienestar, en San Petersburgo se han registrado 102 casos de psitacosis en seres humanos en el último año.

En los últimos 10 años, la incidencia de esta enfermedad se ha sextuplicado, sobre todo entre el personal de las tiendas de mascotas de la ciudad. Los servicios veterinarios de San Petersburgo informaron que las aves mascotas pueden haber sido las portadoras de la enfermedad en 29 de los casos identificados en 2012.

Se están llevando a cabo monitoreos de las condiciones en que son mantenidos los animales y los pájaros, y se ha establecido que las aves fueron adquiridas sin la documentación requerida en el mercado Polustrovsky. Se están llevando a cabo investigaciones para identificar las violaciones.

Una auditoría no programada de la red de tiendas de mascotas Biosfera reveló que habían sido vendidas aves que portaban la psitacosis. Los infractores han sido acusados, y está previsto celebrar un período de sesiones extraordinarias de la Comisión de Emergencias Sanitarias y Epidemiológicas y de la Comisión de Lucha contra las Epizoonosis del Gobierno de San Petersburgo para evitar la propagación de la psitacosis.

8 de abril de 2013 – Fuente: France Press

Sudáfrica, el país con más seropositivos del mundo, lanzó este lunes un nuevo programa de distribución de medicamentos antirretrovirales (ARV), más barato, y que reduce el número de pastillas prescritas por día.

“La principal ventaja es que mejorará la logística –pasando de tres a una pastilla diaria– y además, ahora podremos tratar a pacientes por unos 9 dólares por mes. Es algo que jamás se ha visto antes”, dijo el ministro de Salud, Aaron Motsoaledi.

“Esto significa que podremos tratar a más pacientes”, se felicitó Motsoaledi.

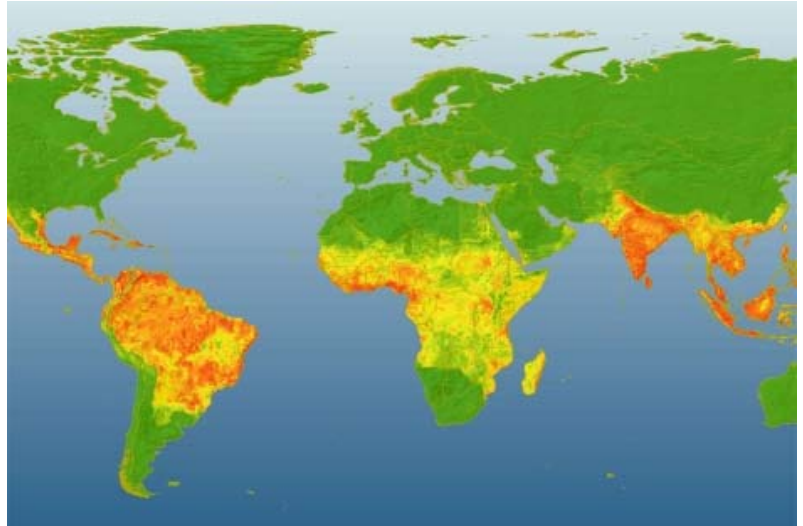
Sudáfrica cuenta con más de seis millones de seropositivos, un récord absoluto en el mundo.

Este programa es el resultado de un acuerdo anunciado en noviembre con tres laboratorios farmacéuticos (Aspen Pharmcare, Cipla Medpro y Mylan Pharmaceuticals) para simplificar el tratamiento y reducir su precio.



Sin vacunas ni tratamientos específicos, el dengue es una de esas enfermedades a las que no se destinan muchos recursos pero que, sin embargo, generan miles de muertes cada año y millones de casos por todo el mundo. No obstante, hasta la fecha no había un registro sobre su distribución geográfica ni cómo afecta a cada país. Un estudio multinacional señala por fin en el mapa cómo se distribuye esta infección por el planeta.

En lo que va del año, tan sólo en Brasil se han registrado 108 muertes por dengue, una cifra superior a la de 2012 por estas fechas, aunque el record de este país se produjo en 2010 cuando se detectaron 580.000 casos. Pero Brasil no es el único afectado. Otros países sudamericanos saben muy bien que, cada año, esta infección merma, cuando menos, la vida de sus ciudadanos. Pero, ¿se registran bien todos los casos?, ¿qué otros países están viendo merma su productividad por esta enfermedad?



Las zonas en rojo tienen alto riesgo de dengue.

“Conocer cuál es la distribución geográfica y cuánto afecta el dengue es esencial para comprender su contribución a las enfermedades y muertes globales, para determinar cómo repartir equitativamente los limitados recursos disponibles para el control de esta enfermedad, y para evaluar el impacto de estas actividades internacionalmente”, afirman los autores de este trabajo.

El dengue es una enfermedad vírica transmitida entre humanos por mosquitos del género *Aedes*. El tratamiento que se utiliza consiste en paliar los síntomas pero no hay ningún antiviral específico para combatir la infección. En la actualidad, la única medida para evitar la transmisión se centra en el vector, es decir, evitar la picadura del mosquito o controlar su reproducción. Este tipo de controles han fracasado pues la incidencia del dengue sigue aumentando y también su expansión.

Con los nuevos datos, se comprueba que la enfermedad es ubicua en los trópicos, con variaciones locales en el riesgo en función de las lluvias (cuantas más precipitaciones, más incidencia), la temperatura (cifras estables favorecen la infección) y la urbanización (las zonas menos pobladas tienen menos riesgo). El equipo estima que hay 390 millones de infecciones de dengue en todo el planeta cada año, de los que 96 millones alcanzan un nivel clínico o subclínico de gravedad. Estas cifras son más del triple de las estimaciones más recientes que la Organización Mundial de la Salud había publicado y que se limitaban a una franja de 50 a 100 millones de casos por año.

Asia copa 70% de las infecciones, por detrás está África con 16% y la zona tropical del continente americano con 13%. Los investigadores señalan que el mayor cambio, detectado con este trabajo, ha sido en la incidencia del continente africano, donde antes se había subestimado la enfermedad. También, explican, siguen existiendo incertidumbres en países con una gran población, como pueden ser India, Brasil o China. No obstante, esta representación del dengue es la mejor hasta ahora.

“El clima y la dispersión de la población fueron factores importantes para predecir el actual riesgo de dengue en todo el mundo. Con la globalización y la constante marcha de la urbanización, anticipamos que puede haber cambios importantes en la distribución de la enfermedad en el futuro: el virus puede ser introducido en áreas en las que previamente no había riesgo, y aquellas que actualmente están afectadas pueden experimentar aumentos en el número de infecciones”, señala el profesor Simon Hay, de la Universidad de Oxford (Gran Bretaña), autor principal de este estudio.

El trabajo que ahora se publica mejora los datos que existen sobre esta enfermedad, ya que los anteriores mapas habían utilizado varias aproximaciones combinando registros históricos y opiniones de expertos para delimitar las áreas endémicas. Ahora, este equipo de investigadores, que forman parte del Consorcio de Investigación Internacional del Riesgo de Dengue, ha empleado técnicas más sofisticadas para mejorar ese mapa, además de una implementación de la evidencia empírica.

Para ello han realizado una sistemática revisión de una base de datos de 8.309 geo-registros de dengue, provenientes de 2.838 fuentes publicadas al igual que otras on line. Con estos datos, el empleo de variables, como aspectos socioeconómicos y ambientales, y el uso de modelos estadísticos de riesgo, se han podido establecer las zonas donde se produce esta enfermedad.

“Nuestro propósito fue contar con toda la evidencia que hay disponible sobre la distribución global del dengue y combinarla con los últimos modelos de mapeo y matemáticos para producir el más refinado mapa de riesgo y enfermedad. Esperamos utilizar este conocimiento para ayudar a predecir en el futuro el daño de esta infección”, afirma Samir Bhatt, responsable del área de análisis informático de este trabajo.⁴

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

Un estudio demuestra que los pacientes con tuberculosis (TB) que toman sus píldoras contra la enfermedad ante la mirada atenta de los médicos evolucionan tan bien como aquellos en los que se confía que cumplirán con el tratamiento.

“¿Todavía tenemos que observar a los pacientes cuando toman sus medicamentos? Nuestros resultados indican que probablemente no sea tan útil y que podrían redireccionar los recursos hacia otras intervenciones más costo-efectivas”, dijo el coautor del estudio, doctor Tawanda Gumbo, profesor asociado de medicina del Centro Médico Southwestern de UT.

El análisis incluyó 10 estudios publicados sobre un total de 8.774 pacientes con TB observados mientras tomaban sus píldoras y 3.708 pacientes que lo hicieron sin ser observados. El equipo analizó si la bacteria causante de la TB permanecía después del tratamiento y si los pacientes tenían recaídas o desarrollaban TB resistente.

Los pacientes obtuvieron buenos resultados en esos tres objetivos, independientemente de si eran o no observados mientras tomaban las píldoras para la TB, encontró el equipo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la TB causó la muerte de 1,4 millones de personas en el mundo en 2011. Sus autoridades admiten que la meta mundial de reducir a la mitad la mortalidad entre 1990 y 2015 no sería viable en África y Europa. Los 630.000 casos de multirresistencia registrados causan alarma.

La OMS implementó un sistema de infraestructura con apoyo gubernamental para garantizar el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes con TB; uno de sus elementos es el monitoreo visual del uso del tratamiento, que dura por lo menos seis meses. Su uso irregular o su suspensión antes de completarlo promueven la aparición de cepas bacterianas resistentes a los medicamentos.

Los detractores de este enfoque sostienen que dejar que los pacientes usen los medicamentos por su cuenta es tan efectivo y cuesta menos que el monitoreo, y que debería prestarse más atención a mejorar los tratamientos.

Gumbo propone utilizar tratamientos más personalizados. Argumenta que dado que los pacientes metabolizan distinto los fármacos contra la TB, deberían ajustarse individualmente las dosis y el tiempo de toma.

Su equipo está estimando el ahorro de costos y la viabilidad de un sistema de atención personalizado en una población de Sudáfrica. “El sistema podría recuperar su costo mediante la reducción del tratamiento de pacientes con TB resistente”, explicó Gumbo.

La terapia observada es más efectiva en los países más ricos, como Estados Unidos, donde la epidemia de TB incluye relativamente pocos pacientes obstinados, según dijo el doctor William Bishai, director del Instituto de Investigación de Tuberculosis y VIH de KwaZulu-Natal, Durban, Sudáfrica.

Dijo que un país más pobre, como Sudáfrica, donde las tasas de TB son casi 300 veces más que en Estados Unidos, la observación distraería recursos claves.

En cuanto a la personalización del tratamiento, Bishai expresó sus dudas. Si no es económico y no está diseñado para que “alguien en una clínica polvorienta de la zona rural de África pueda obtener resultados sin demasiados recursos, entonces no será viable con los recursos disponibles”, sostuvo.

En su lugar, algunos especialistas promueven el uso de enfoques comunitarios que impidan que los pacientes sientan que desconfían de ellos. En algunos casos, según explicó Bishai, miembros de una comunidad afectada que están entrenados para asistir partos, por ejemplo, supervisan los nuevos casos durante el proceso entre el diagnóstico y la recuperación.

“La observación directa no es mágica; es una oportunidad para generar una relación entre el médico o la persona entrenada y el paciente”, opinó Carole Mitnick, profesora asistente de salud global y medicina social de la Facultad de Medicina de Harvard y que no participó del estudio.

“Si se utiliza como un sistema de apoyo más amplio, la observación directa sería beneficiosa”, indicó Mitnick.⁵

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



Aplasta a la tuberculosis y salva a los niños.

Commission Américaine de Préservation contre la Tuberculose (1917. Francia).

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.