



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina



Número 1.050

24 de diciembre de 2012

Publicación de:

Servicio de Infectología
Hospital Nuestra Señora
de la Misericordia
Ciudad de Córdoba
República Argentina

Comité Editorial

Editor Jefe

Ángel Minguez

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 dengue
- La solución para la diarrea causada por rotavirus
- Tierra del Fuego: Decretan veda por marea roja

América

- Brasil puede ser el primer país en terminar con el sida
- Colombia: Se registran casi 87.000 casos de sida desde 1983
- Costa Rica está cerca de erradicar la malaria
- República Dominicana: Alerta epidemiológica por una turista chilena fallecida por meningitis meningocócica
- Perú, Puno: En 2012 murieron por neumonía 57 menores de 5 años

- Uruguay registra en 2012 seis casos importados de dengue

El mundo

- África: Cuba y Brasil desarrollan una vacuna a la medida para el problema africano de la meningitis
- España: Los casos de influenza aumentaron 46% en la última semana
- Noruega, Buskerud: El brote de gastroenteritis en un hotel se debió a *Escherichia coli*
- Indonesia: Nueva amenaza de influenza aviar
- Pakistán: Protestas contra el asesinato de vacunadores contra la poliomielitis
- Una nueva prueba rápida para la tuberculosis aumenta la precisión del diagnóstico

Adhieren:



www.apinfectologia.org/



www.sadi.org.ar/

SLAMVI
Sociedad Latinoamericana
de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/



www.sadip.net/

Comité Nacional de
Infectología

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

A modo de salutación...

Casi sin darnos cuenta el tiempo vuela. Como por arte de magia hemos llegado a los últimos días de diciembre y de 2012. Hasta parece que los años vienen cada vez más cortos. Es como que la modernidad, al igual que hace que los electrodomésticos duren menos que en la época de nuestros padres y abuelos, también le está metiendo mano al almanaque.

En unos días comienza 2013 y con él innumerables nuevos desafíos y oportunidades, a pesar de todas las predicciones que auguraban que el mundo como lo conocemos no pasaría del 12 o el 21 de diciembre de 2012, y como nada pasó en esos días, apareció alguien asegurando que el Armagedón tenía fecha de vencimiento para el 23 (por cierto, hoy es 24, ¿hay alguien allá afuera?).

Saludar por un nuevo año es una de las costumbres más viejas que existen y cada vez que llegamos a este punto, nos prodigamos frases que se han vuelto estereotipos. Podríamos escribir "que en el año que comienza se cumplan todos sus deseos...", o que "el momento es propicio para reflexionar sobre nuestras experiencias pasadas, situaciones presentes y el porvenir..." etc, etc, pero lo único que sabemos con seguridad es que, al llegar a este preciso momento, nos encontramos exactamente donde nos han traído nuestras acciones pasadas.

Y, para nosotros, esas acciones siempre han tratado de respetar la verdadera razón del Reporte Epidemiológico de Córdoba: ustedes, sus lectores, a los que sentimos tan cerca a pesar de las distancias.

Es una experiencia notable interactuar con ustedes a través de esta publicación, y sus numerosos mensajes, dándonos a conocer sus opiniones y críticas, y sugiriendo temas a tratar (además de retornos por nuestros errores). Su confianza y constante respaldo hacen posible nuestra tarea y nos ayuda a fortalecer nuestro esfuerzo, paciencia y dedicación para llevarla adelante.

Invitamos a nuestros casi 38.000 suscriptos a continuar en 2013 con este diálogo que ya se ha extendido por casi 100 países de todo el mundo, para que se transforme en un intercambio cada vez más dinámico y fructífero. Y queremos agradecerles su invaluable aporte recomendando nuestro trabajo a colegas y amigos, haciendo crecer día a día nuestra lista de correo. Brindar el mejor servicio a esta impresionante comunidad de amigos es una gran responsabilidad que con alegría renovada y nuevos bríos reasumiremos a partir del 21 de enero de 2013, al retorno de nuestras vacaciones. Nos vamos entonces a cargar las pilas. Hasta esa fecha, el REC será publicado sólo dos veces por semana, de modo que los integrantes del staff podamos gozar de un merecido (y siempre corto) descanso.

Y en este momento en que cambian las fechas y un nuevo periodo anual se asoma a la ventana de un nuevo amanecer, no haremos promesas que no sabemos si podremos cumplir, pero sepan que nos hemos fijado metas que siempre involucran a nuestros lectores, a fin de que encuentren en el REC un instrumento que les permita disponer de una información cada vez más útil, sólida y confiable sobre la realidad epidemiológica mundial.

Pues bien, un año que se va, otro que toma el relevo, cambiamos el almanaque mientras la humanidad sigue en pie. Sólo queda desearles muy felices fiestas y darles un fuerte abrazo virtual en nombre de todo nuestro equipo.

Y, por supuesto, darles una vez más las gracias...

Argentina



Vigilancia de dengue

18 de diciembre de 2012 – Fuente: Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

Presentación

Argentina no ha evidenciado, hasta el momento, ser territorio endémico de dengue, pero se verifica la presencia del vector en la mayoría de las provincias del país. Por lo tanto, la introducción del virus dengue en el territorio se produce a partir de viajeros infectados provenientes de países con circulación viral. Dicha situación epidemiológica requiere un sistema de vigilancia altamente sensible para captar cada caso sospechoso. En esta etapa (denominada prebrote), se requiere contar con información oportuna y pormenorizada de cada caso que permita la investigación y acciones de bloqueo tendientes a minimizar el riesgo de transmisión autóctona. Se recuerda que todo caso de dengue cuyo período de viremia transcurra en el país, constituye un riesgo para la salud pública y debe desencadenar las acciones de control de manera inmediata y, en todo caso, en menos de 72 horas desde el momento de tomar contacto con el servicio de salud.

De acuerdo a la normativa vigente, la notificación de esta patología, en el período actual, se realiza exclusivamente a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, desde su estrategia de Vigilancia Laboratorial (SNVS-SIVILA).

Situación actual

En base a la información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud hasta el 14 de diciembre de 2012 y los datos aportados por la Dirección de Enfermedades Transmisibles por Vectores, desde el 1 de septiembre (semana epidemiológica 36, SE 36) al 14 de diciembre de 2012 (SE 50) se estudiaron y notificaron 506 casos sospechosos de dengue en 16 provincias con una mediana de oportunidad de la notificación de 2 días. De ellos, 11 han tenido pruebas positivas para dengue, de los cuales 3 fueron importados y 8 autóctonos.

Casos autóctonos

En la SE 50 fueron notificados 4 casos probables sin antecedentes de viaje en la provincia de Catamarca, con fecha de inicio de síntomas entre el 2 y el 27 de noviembre, residentes en Colonia del Valle (1), Santa Rosa (2) y San Fernando del Valle de Catamarca (1). Estos casos se suman al caso autóctono confirmado en la SE 46, con residencia en San Fernando del Valle de Catamarca y con identificación de serotipo DEN-1. Esta situación da cuenta de circulación viral autóctona en la jurisdicción.

En la SE 49 se notificó un caso de dengue probable residente en Palma Sola, Jujuy. Se trata de un paciente fallecido de 73 años con un test de ELISA (ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas) comercial positivo. La muestra será procesada por otras pruebas para confirmar o descartar el diagnóstico.

En la SE 44 fue identificado un caso probable en Tartagal, provincia de Salta, sin antecedente de viaje a zonas con circulación viral confirmada.

En la SE 36 se notificó un caso confirmado sin identificación de serotipo en Avellaneda, provincia de Buenos Aires, que no registra antecedente de viaje a zonas con circulación viral confirmada. No se reportaron casos relacionados. Existen antecedentes de casos aislados de dengue en determinadas condiciones ecoepidemiológicas.

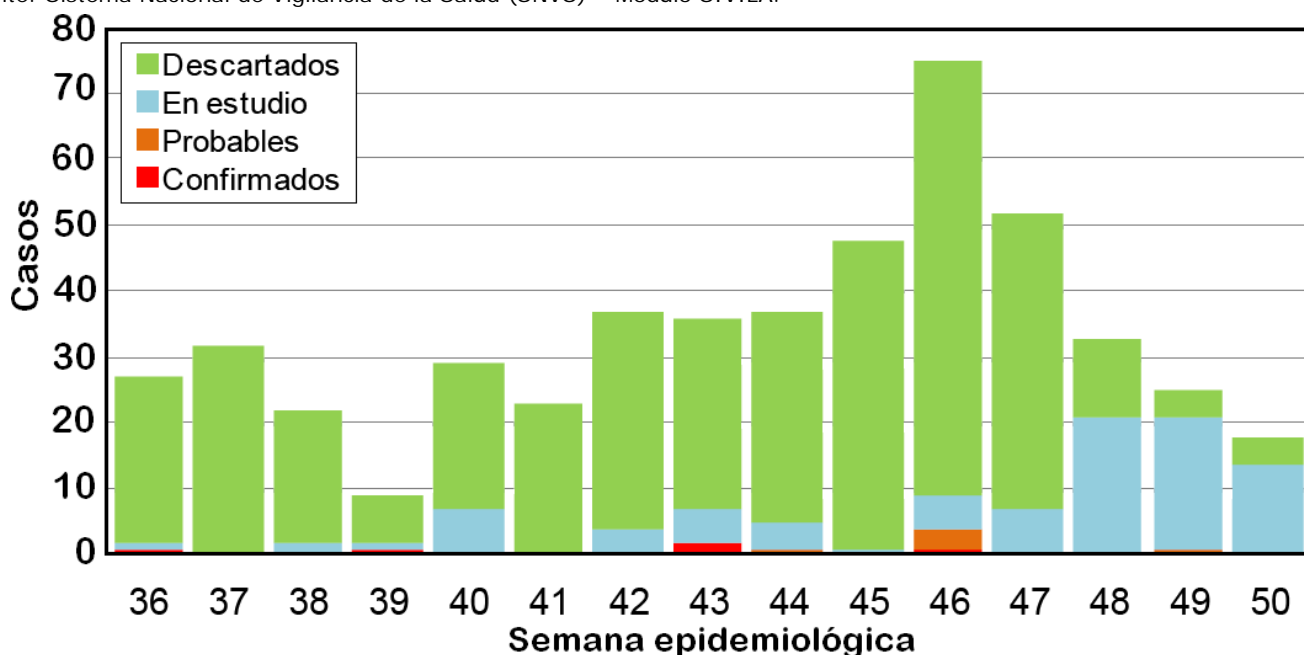
Casos importados

Se identificó un caso confirmado DEN-1 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) en la SE 39, con antecedente de viaje a Colombia, un caso probable en Corrientes con antecedente de viaje a República Dominicana en la SE 43 y otro caso probable en la SE 43 en la provincia de Buenos Aires con antecedente de viaje a Haití.

Tabla 1. Casos notificados, según provincia y región. República Argentina. Año 2012, semanas epidemiológicas 36 a 50. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo SIVILA.

Provincia/Región	Autóctonos		Importados		En estudio	Descartados	Total general
	Confirmados	Probables	Confirmados	Probables			
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	—	—	1	—	5	1	7
Buenos Aires	1	—	—	1	18	11	31
Córdoba	—	—	—	—	3	20	23
Entre Ríos	—	—	—	—	2	22	24
Santa Fe	—	—	—	—	22	83	105
Centro	1	—	1	1	50	137	190
San Luis	—	—	—	—	—	2	2
Cuyo	—	—	—	—	—	2	2
Corrientes	—	—	—	1	1	8	10
Chaco	—	—	—	—	1	22	23
Formosa	—	—	—	—	2	1	3
Misiones	—	—	—	—	5	60	65
NEA	—	—	—	1	9	91	101
Catamarca	1	4	—	—	—	15	20
Jujuy	—	1	—	—	19	57	77
Salta	—	1	—	—	14	90	105
Santiago del Estero	—	—	—	—	—	3	3
Tucumán	—	—	—	—	—	7	7
NOA	1	6	—	—	33	172	212
Chubut	—	—	—	—	—	1	1
Sur	—	—	—	—	—	1	1
Total Argentina	2	6	1	2	92	403	506

Gráfico 1. Casos notificados, según clasificación y semana epidemiológica. República Argentina. Año 2012, semanas epidemiológicas 36 a 50. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo SIVILA.



La actual situación comporta la necesidad de continuar y fortalecer la vigilancia y las acciones de bloqueo oportunas, ante la posibilidad de que se produzcan nuevos casos.

La región NOA (Noroeste Argentino) registró el mayor número de notificaciones para el período analizado con 42%, con Salta y Jujuy aportando 21% y 15% respectivamente. La región Centro concentra el 38% de los casos notificados. Santa Fe es la provincia de mayor notificación del grupo con 21%. La Región del NEA (Noreste Argentino) aporta 20%, de los cuales 13% corresponde a Misiones y 5% a Chaco. En la Región Sur se registró un caso en la provincia de Chubut, y en Cuyo 2 casos, pertenecientes a la provincia de San Luis.

Durante el período analizado se registran 506 notificaciones, 32% mayor que en el año 2010 y 17% superior al año 2011 –en los que se registraron 384 y 429 notificaciones respectivamente–, con una mediana de oportunidad de la notificación en 2012 de 2 días desde la fecha de toma de muestra, lo que se encuentra dentro del período óptimo para hacer posible las acciones de control.

Entre las SE 36 y 50, se notificaron 33 casos en promedio por semana, con un máximo de 72 casos para la SE 46 y un mínimo de 9 para la SE 39.

Vigilancia de *Aedes aegypti*

Los valores históricos de índices aédicos en las provincias de riesgo han superado durante años los límites considerados de riesgo. Si bien actualmente en muchas localidades esas condiciones persisten, el trabajo sostenido ha tenido como respuesta que los Índices de Infestación Predial (IIP)¹ de 60%, 70% o hasta 80% se hayan reducido a 15%-4%.

Al haberse ampliado la cantidad de localidades que realizan vigilancia entomológica, así como la periodicidad de los monitoreos, se ha podido constatar la presencia del vector en localidades donde no estaba citado (en las provincias de La Pampa, Santa Fe, Catamarca, La Rioja) y/o en períodos del año (junio/julio/agosto) en los que se consideraba que las poblaciones eran muy bajas, hallándose valores que superan los de riesgo (IIP > 3,9%) en Formosa, Misiones, Jujuy, Salta.

Por otro lado, las condiciones climáticas características del país favorecen en ciertas regiones un marcado descenso de los índices entomológicos durante la temporada invernal. Debido a este hecho, las acciones de vigilancia entomológica prácticamente se suspenden durante los meses de junio-agosto en aproximadamente 74% de las provincias. No obstante, durante el período mayo/junio, de 18 localidades que relevaron la presencia del vector, en provincias de alto riesgo, sólo 3% presentaron valores menores a 1%. Asimismo, durante los meses de julio/agosto, todas las localidades relevadas en la provincia de Misiones arrojaron valores de IIP mayores a 3,9%, mientras que en la provincia de Chaco 33% de las localidades relevadas presentaron valores considerados aceptables (IIP menor a 1%) y 67% arrojaron IIP de alerta (IIP 1-3,9%).

Con respecto a la preferencia del vector por un determinado tipo de recipiente, se observa una gran heterogeneidad, tanto en relación a la época del año como a las diferencias debidas a la oferta de criaderos según las características socio-culturales de cada localidad. Así por ejemplo, en Gualeguaychú (provincia de Entre Ríos), durante el período octubre/noviembre el criadero predominante se encuentra entre los depósitos domiciliarios (preferentemente floreros), mientras que, en la misma localidad durante el período marzo/abril (época con mayores inconvenientes en la provisión de agua de red) el criadero predominante son los depósitos de abastecimiento de agua para consumo doméstico.

Igualmente, comparando las localidades fronterizas de Puerto Iguazú y Clorinda, con características climatológicas muy semejantes, pero con un nivel de ordenamiento ambiental marcadamente diferente, al observar los porcentajes de preferencia de tipo de recipientes se detecta que: mientras en Clorinda 83,5% de los recipientes positivos es basura, en Puerto Iguazú este valor alcanza sólo 20%, siendo en esta localidad en cambio el tipo de recipiente preferido los depósitos domiciliarios (60%).

Los valores de los índices aédicos, alcanzan sus máximos en el periodo que va desde septiembre/octubre hasta marzo/abril, tal como se viene observando desde hace varios años.

En base a estos datos y a las condiciones meteorológicas típicas de la temporada estival en Argentina, se recomienda reforzar:

- Control focal según criterio de riesgo entomo-epidemiológico en la localidad.
- Vigilancia y control en sitios críticos debidamente identificados que incluyan:
 - Vigilancia entomológica con ovi o larvitampas.
 - Tratamiento mecánico.
 - Tratamiento con larvicidas.
 - Tratamiento con plaguicida residual.
 - Aplicación de legislación.
- Capacitar al equipo de prensa.
- Comunicación de riesgo masiva: sitios de cría, eliminación de criaderos, mantenimiento del patio ordenado, síntomas y signos de alarma.

¹ Índice de infestación predial (IIP): porcentaje de casas con recipientes conteniendo larvas o pupas de *Aedes aegypti*, en relación al total de casas examinadas.

- Saneamiento de espacios públicos: canales, acequias, cementerios, escuelas, plazas (fuentes), hospitales, centros de salud, terminales terrestres y aeroportuarias.
- Considerando información previa (LIRAA), realizar descacharrado selectivo, con especial cuidado del inmediato enterramiento, neutralización o tratamiento químico de los residuos.
- Desmalezado.



La solución para la diarrea causada por rotavirus

21 de diciembre de 2012 – Fuente: El Otro Mate (Argentina)

Científicas argentinas obtuvieron las moléculas más pequeñas que existen en la naturaleza capaces de reconocer a otra y de neutralizarla. Se trata del descubrimiento de nanoanticuerpos con capacidad de inhibir la diarrea causada por el rotavirus en el humano.

Los nanoanticuerpos VHH son moléculas que derivan de un tipo de anticuerpo especial que poseen las llamas, constituyen los dominios naturales más pequeños (miden entre 2 y 4 nm) con capacidad de unión a un antígeno y pueden producirse de manera sintética.

Este trabajo consistió en seleccionar ciertos nanoanticuerpos VHH dirigidos contra la principal causa de diarrea en niños: los rotavirus. Afortunadamente los nanoanticuerpos encontrados mostraron propiedades antivirales al inhibir la infección por este agente viral.

No existe en el mercado un producto antiviral contra rotavirus. Además hay que tener en cuenta que hay muchas cepas distintas de rotavirus circulando y hasta hoy, una misma molécula no era capaz de inhibir a todas las cepas por la variabilidad que existe entre ellas. Estos nanoanticuerpos VHH están dirigidos a una proteína llamada VP6, que se mantiene sin variantes en las distintas cepas, por lo que el mismo nanoanticuerpo VHH puede inhibir la infección por cualquier tipo de rotavirus.

La proteína VP6 está en una región interna del virus, y es accesible desde el exterior por “agujeros” que existen en la superficie viral. “Creemos que estos nanoanticuerpos VHH, por su pequeño tamaño, podrían acceder a VP6 entrando por dichos agujeros. Quiero destacar que los anticuerpos convencionales (10 veces más grande que los VHH) dirigidos contra la proteína VP6 no tienen capacidad de neutralizar al virus”, explica Lorena Garaicoechea, quien integra el equipo del grupo de Virus Diarreicos del Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA) Castellar, liderado por la Dra. Viviana Parreño.



Investigadora trabajando con una llama.

Todo comenzó con un convenio que Parreño estableció con el Laboratorio Europeo de Biología Molecular (EMBL) de Alemania. En el contexto de la tesis de doctorado, Garaicoechea, pudo viajar a ese instituto para aprender la tecnología de desarrollo de nanoanticuerpos VHH y, dentro de lo que fue el proyecto, desarrolló los VHH anti rotavirus.

Luego, una vez que comprobaron que estos VHH protegían de la diarrea a ratones lactantes inoculados con rotavirus, la Dra. Celina Vega y la Vet. Marina Bok realizaron en la Universidad de Ohio, la prueba de protección en lechones inoculados con rotavirus humano, pudiéndose observar que los VHH anti rotavirus lograron proteger de la diarrea al 100% de los cerdos.

El hecho que los nanoanticuerpos VHH neutralicen al rotavirus y protejan frente a la diarrea no fue un resultado buscado ni esperado. “El motivo principal por el cual buscábamos nanoanticuerpos VHH dirigidos a VP6 de rotavirus, era para diseñar un test diagnóstico. Creíamos que estos tendrían las mismas propiedades que los anticuerpos convencionales específicos para VP6 que no inhiben la infección. Fue una grata sorpresa darnos cuenta que teníamos en nuestras manos moléculas que no solo neutralizaban la infección *in vitro*, sino que también protegían frente a la diarrea causada por rotavirus humano en modelos animales como el lechón y el ratón lactante. Y lo más importante es que esa neutralización no era específica para una cepa de rotavirus sino que funcionó con todas las que probamos. Esto hace que los nanoanticuerpos VHH anti VP6 de rotavirus tengan potencial para incluirse en un alimento funcional para prevenir o tratar la diarrea por rotavirus en humanos”, detalla Garaicoechea.

Esta innovación apunta a disminuir la incidencia y la gravedad de la diarrea por rotavirus, que es la principal causa de diarrea en niños menores a cinco años de vida causando alrededor de 1.000.000 de muertes anuales y millones de hospitalizaciones en todo el mundo. Actualmente existen dos vacunas que han logrado disminuir la incidencia de la enfermedad exitosamente. Sin embargo estas poseen costos muy elevados (alrededor de 40 dólares la dosis) y se han reportado algunos casos de intususcepción relacionados a la vacunación. Por otra parte este tipo de vacunas no se aplican a niños inmunosuprimidos, para quienes una infección por rotavirus puede ser de gravedad.

“La idea es que los nanoanticuerpos VHH sean accesibles para todos, especialmente en las zonas carenciadas y de menores recursos. También es nuestra idea que los VHH anti rotavirus puedan administrarse a niños inmunosuprimidos, y en niños sanos que no han sido vacunados



Llamario del INTA.

para prevenir o tratar esta diarrea como en aquellos que fueron vacunados como un complemento a la vacunación inicial”, agrega Garaicoechea.

En este momento las investigadoras están participando en un proyecto en colaboración con la empresa Biosidus, para generar una vaca que produzca los nanoanticuerpos VHH en la leche. De esta forma esperan poder realizar un alimento funcional con estas moléculas. Otra alternativa es producir los VHH en levaduras, purificarlos y adicionarlos a la leche posteriormente. Y pusieron manos a la obra para que en un futuro el producto esté disponible en las góndolas de los supermercados.

“Esperamos que la diarrea por rotavirus deje de ser un problema. También estamos trabajando para producir nanoanticuerpos VHH contra otros patógenos. En INTA Castelar hay un llamario, con llamas destinadas específicamente a la producción de VHH. En este sentido, nos interesa explotar esta tecnología y estamos abiertos a propuestas que atiendan a distintas necesidades de la población humana, del agro, o de lo que sea útil”, convoca Garaicoechea.



Tierra del Fuego: Decretan veda por marea roja

20 de diciembre de 2012 – Fuente: El Diario del Fin del Mundo (Argentina)

La Dirección de Bromatología de la Municipalidad de Ushuaia informó que se estableció la veda para la recolección, comercialización y consumo de moluscos bivalvos por marea roja.

Mediante las pruebas de laboratorio que se realizan semanalmente en la Dirección de Laboratorio Ambiental de la Municipalidad de Ushuaia, se confirmó que las concentraciones de toxinas se encuentran en niveles de riesgo para la salud pública. Por este motivo se establece una veda de extracción y consumo de moluscos en tanto el fenómeno persista.

Cada temporada se registra el fenómeno marino denominado ‘marea roja’, que suele presentarse entre primavera y otoño. Dicha intoxicación es una de las más conocidas, responsable de la intoxicación paralizante por moluscos. La intoxicación se produce por el consumo de moluscos bivalvos como mejillones, berberechos, almejas, ostras, vieiras, cholgas y también por caracoles de mar.

Cabe resaltar que los moluscos que contienen las toxinas no alteran ninguna de sus características físicas, como color, olor, tamaño o forma, por lo que en apariencia se ven normales y además soportan muy bien el calor durante la cocción de los alimentos, por lo que las toxinas sólo se pueden detectar a través de una prueba de laboratorio.

La sintomatología de la intoxicación es eminentemente nerviosa ya que afecta tanto al sistema nervioso central como al periférico, comienza con una irritación que semeja un hormigueo en los labios y alrededor de la boca, esta sensación puede extenderse a las piernas, brazos y punta de los dedos y en casos extremos ocasiona la muerte por parálisis respiratoria que sobreviene en forma inmediata.

Para evitar intoxicaciones por el fenómeno de la marea roja, desde la Dirección de Bromatología del Municipio informaron sobre las medidas de prevención: no recolectar moluscos y/o mariscos en las playas para el consumo casero; no adquirir preparaciones elaboradas con mariscos (conservas, ensaladas, paellas, etc.) en puestos callejeros o locales que no tengan habilitación bromatológica; no comprar mariscos frescos ‘al pie del barco’, en escolleras o los que puedan ofrecer pescadores artesanales; comprar y consumir mariscos sólo en pescaderías, restaurantes o locales de comidas debidamente habilitados.

Dado que las toxinas producto de las mareas rojas no se destruyen con el agregado de limón, vinagre o alcohol ni se inactivan con la cocción, lo más seguro es consumir alimentos que cuenten con los análisis sanitarios de organismos oficiales competentes.

América

FOLHA DE S.PAULO

Brasil puede ser el primer país en terminar con el sida

22 de diciembre de 2012 – Fuente: Folha de São Paulo (Brasil)

Brasil puede ser el primer país en terminar con la epidemia de sida, afirmó un alto funcionario de la Organización de Naciones Unidas (ONU) este sábado.

Debido a que el país tiene una extensa cobertura para el tratamiento de la enfermedad, “no tengo la menor duda de que Brasil reúne las condiciones para convertirse en el primer país que declare el fin del sida”, dijo el brasileño Luiz Loures.

El experto aseguró que para alcanzar esa meta, la potencia sudamericana, donde el primer caso de sida se registró en 1982, “debe mantener sus políticas e intensificarlas donde sea necesario”, agregó.

A principios de este mes, Loures fue nombrado subdirector ejecutivo del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y asumirá el cargo el 1 de enero.

“Estamos empezando a hablar del fin de la epidemia. Los avances científicos lo harán posible, creo que en unos 15 años”, declaró Loures. “No lograremos erradicar el virus, que es un tema para un futuro más lejano. Pero estaremos en condiciones de afirmar que ya no habrá una epidemia”, subrayó.

Alrededor de 490.000 brasileños viven con el VIH, que causa el sida, y las muertes atribuidas a la enfermedad ascienden a 15.000 anuales, según las estadísticas de la ONU.

Sin embargo, Brasil ha estabilizado la pandemia dentro de sus fronteras, con una caída de los nuevos casos del 0,61% anual entre 2009 y 2010, según los datos del ministerio de Salud.

Brasil ofrece tratamiento gratuito con medicamentos antirretrovirales (ARV) a sus ciudadanos, un programa que suscitó viva controversia cuando fue anunciado en 1996 a causa de las preocupaciones por la tolerancia a esos tratamientos y la violación de las patentes farmacéuticas.



Colombia: Se registran casi 87.000 casos de sida desde 1983

1 de diciembre de 2012 – Fuente: EFE

Colombia registró entre 1983, cuando se reportó el primer caso de infección, y 2011 un total de 86.990 casos de sida, informó hoy el Ministerio de Salud y Protección Social. De esos casos, 7.991 corresponden al año 2011.

Un comunicado de la entidad detalla que de las cifras registradas el año pasado, 5.685 fueron hombres y 2.306 son mujeres y 93% de ese total "corresponde a casos de transmisión sexual".

Según el Ministerio de Salud, el grupo más afectado fue el segmento de 25 a 29 años, con 1.437 personas reportadas, "lo que equivale a 17,98% del total"; seguido muy de cerca con 1.315 registros, "el rango de personas entre 30 a 34 años de edad (16,46%)".

Por ciudades y siempre con referencia al año 2011, Bogotá es la ciudad con más casos de sida reportados, al totalizar 1.609. Por departamentos, Antioquia, con 1.112 y Valle del Cauca, con 1.102, son los que más altas cifras presentan.

El asesor de la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social, Ricardo Luque, señaló que "para enfrentar como sociedad la epidemia de VIH/sida, una de las estrategias más importantes es fortalecer la respuesta comunitaria".

Agregó que si bien es cierto que el Estado no se puede excluir de su responsabilidad en la promoción del "acceso universal a la prevención y asistencia integral de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/sida, las comunidades afectadas han jugado un rol muy importante en el control de la misma".

Destacó que a través de grupos, organizaciones y redes de base comunitaria se cuenta con una herramienta importante para fortalecer las acciones que realiza el Estado.

Hizo un llamado para que "los agentes estatales, en las direcciones territoriales de salud y las Empresas Promotoras de Salud (EPS) reconozcan el rol fundamental y se apoyen en las organizaciones que conocen de cerca las necesidades y expectativas de las comunidades afectadas y pueden realizar un acompañamiento más cercano en las tareas de prevención".

Según el Ministerio de Salud, "la epidemia de VIH/sida en Colombia se mantiene concentrada en poblaciones de mayor vulnerabilidad, en particular en hombres que se relacionan sexualmente con hombres. También en mujeres transgénero y en mujeres trabajadoras sexuales", por lo que muchas de las acciones preventivas se encamina a esos sectores de la población.

Por determinación gubernamental, en Colombia la prueba para el VIH está incluida en los planes obligatorios de salud, por lo que las personas que se consideren en riesgo pueden solicitar sin barreras el examen de diagnóstico en cualquier servicio de salud.



LA NACIÓN Costa Rica está cerca de erradicar la malaria

23 de diciembre de 2012 – Fuente: La Nación (Costa Rica)

La erradicación de la malaria podría ser una realidad para Costa Rica en menos de cinco años. Así lo señala el Reporte Mundial de la Malaria, difundido la semana pasada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El informe señala que Costa Rica redujo 75% la incidencia de este mal entre 2000 y 2011 y que no se han dado muertes desde 2009. Además, se registra una mejora en el acceso a medidas preventivas para las personas con mayor riesgo de contraer este mal.

Por otra parte, datos del Ministerio de Salud señalan que en lo que va del año solo se han registrado ocho casos, nueve menos que el año pasado y 87 menos que en 2010.

"Tenemos una ventaja: no solo han bajado los casos en Costa Rica sino también en los países vecinos", comentó María Ethel Trejos, directora de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud. "Antes, muchos casos eran de gente que había ido a Nicaragua o Panamá y se contagió allá. Al tener menos casos en esos países tenemos menos casos aquí", agregó.

Uno de los puntos para el éxito fueron los controles en Limón, específicamente en Matina, donde antes se daban más de 90% de los casos, debido a que el agua acumulada en los antiguos canales de las bananeras favorecía la reproducción del mosquito *Anopheles*, transmisor de la enfermedad.



“Tapamos los canales para evitar que el agua se acumulara y pusimos toldos impregnados con sustancias que evitan que el mosquito se mantenga vivo. Resultó: este año solo hubo un caso en Limón y fue en Talamanca”, explicó Trejos.

Costa Rica es un país que la OMS considera como candidato para erradicar la malaria en menos de cuatro años.

“La OMS está preparando un documento para certificar esta eliminación. Aún no sabemos las especificaciones, no se sabe si se va a hacer con los países en los que haya cero casos o si se va a poner un límite máximo, pero nosotros estamos preparándonos”, comentó Trejos.

Según la OMS, Argentina, México y El Salvador también son fuertes candidatos para la erradicación de la enfermedad. Por otra parte, Haití y Guyana tienen serios problemas para controlar la enfermedad.

listindiario **República Dominicana: Alerta epidemiológica por una turista chilena fallecida por meningitis meningocócica**

21 de diciembre de 2012 – Fuente: Listín Diario (República Dominicana)

La reciente muerte a causa de meningitis meningocócica de una mujer chilena, que llegó a Punta Cana en República Dominicana el pasado 16 de diciembre, está causando una verdadera alerta epidemiológica.

Autoridades de salud confirmaron que la mujer, de profesión enfermera, murió a causa de meningitis meningocócica, una enfermedad poco contagiosa pero con altas tasas de mortalidad.

El Dr. Rafael Schiffino, viceministro de Salud Colectiva, informó que se establecieron controles sanitarios a todos los pasajeros que provienen de Chile.

El brote de la enfermedad, que ahora se encuentra estable, causó estos últimos meses, según el reporte de hoy publicado por Ministerio de Salud chileno, 57 casos de enfermedad con 14 fallecidos.

El ministerio dominicano ordenó un tratamiento de profilaxis a docenas de personas que estaban relacionadas con el caso, entre ellos a los 15 chilenos que viajaron con la fallecida.

Recibieron tratamiento, además, todo el personal del hotel que estuvo cerca, el personal de salud y los pacientes de ambas clínicas que tuvieron contacto con ella, al padre y la madre, así como el personal del aeropuerto.

“Tenemos una alerta sanitaria para toda persona que llega de Chile”, señaló Schiffino.

Las autoridades explicaron que la turista llegó con los 15 chilenos el pasado domingo y se alojó en el hotel Bayahibe de La Romana. Cuando se enfermó fue trasladada a la Clínica La Canela de Punta Cana. Las primeras pruebas se realizaron por un posible dengue, lo cual resultó negativo. Luego se sospechó de meningitis y se trasladó a la Clínica Corazones Unidos en Santo Domingo, donde falleció el 19 de diciembre.

Al personal de la terminal aérea se le pidió que usara mascarillas y guantes a la llegada del avión en que ingresarían los padres de la fallecida. Ellos llegaron desde Panamá, en un vuelo regular, causando gran expectación en el personal del aeropuerto.

En tanto en Chile a modo preventivo, las medidas sanitarias obligaron a la vacunación contra la meningitis meningocócica a todos los menores. Más del 90% de la población infantil fue vacunada en la Región Metropolitana, donde se registraron 45 de los casos.²



Perú, Puno: En 2012 murieron por neumonía 57 menores de 5 años

21 de diciembre de 2012 – Fuente: Radio Pachamama (Perú)

La neumonía, hasta la fecha, mató a 57 menores de 5 años, según el reporte de la Dirección Regional de Salud de Puno. Se reportaron 30 muertes en San Román, 10 en Azángaro, 6 en Carabaya, 4 en Puno, 2 muertes en cada una de las provincias de El Collao y Melgar y 1 muerte en las de Chucuito, Lampa y Yunyugo.

² La noticia evidencia muchas de las concepciones erróneas que persisten sobre el manejo epidemiológico de las situaciones involucradas durante la ocurrencia de casos esporádicos o aislados de meningitis por *Neisseria meningitidis*. La profilaxis antimicrobiana de los contactos de pacientes en tales circunstancias está indicada solo en:

- Individuos que convivan en el mismo domicilio del caso índice.

- Otras personas con contacto intenso con el caso índice durante los 7 días previos a la hospitalización: a) compañeros que trabajen en la misma habitación; b) reclusos; c) viajeros que hayan estado directamente expuestos a las secreciones del caso índice o que hayan compartido con él viajes de duración igual o superior a 8 h.

- Personas que hayan tenido contacto directo con las secreciones nasofaríngeas del enfermo en los 7 días previos: a) en atención hospitalaria quedan excluidos los contactos transitorios, no íntimos, como el “examen médico”, salvo que se haya participado en maniobras de reanimación cardiopulmonar con respiración boca-boca, intubación endotraqueal y/o aspiración de secreciones orofaríngeas; b) fuera del ámbito sanitario, los contactos que hayan intercambiado besos íntimos.

Debe destacarse igualmente que no está indicada la realización de cultivo de frotis de secreciones nasofaríngeas para decidir la actitud ante un contacto con un caso índice y que no existen recomendaciones para erradicar el estado de portador nasofaríngeo de *N. meningitidis* fuera de un brote.

Con ello los casos de muerte de menores, se incrementaron 5%, en comparación al año pasado, porque en fechas similares, se reportaron 54 defunciones de niños menores de 5 años.

Asimismo, se informó que hasta la fecha se atendieron 97.769 casos de infecciones respiratorias agudas (IRAs) y 13.014 casos de neumonía, debido a las bajas temperaturas que sufre la región.

Cabe señalar, que de los 57 niños que fallecieron por neumonía en la región de Puno, 49 lo hicieron fuera de los hospitales.



Uruguay registra en 2012 seis casos importados de dengue

21 de diciembre de 2012 – Fuente: EFE

Durante el año que finaliza Uruguay se mantuvo casi como el único país de América Latina y el Caribe libre de casos autóctonos de dengue, aunque atendió seis provenientes de Argentina, Brasil y Paraguay, informaron hoy fuentes oficiales.

“Afortunadamente el país sigue libre de dengue autóctono, aunque tuvimos casos de visitantes que sufrieron la enfermedad”, señaló el director general de Salud del Ministerio de Salud Pública (MSP), Yamandú Bermúdez. En los seis casos “funcionó bien la alerta epidemiológica, los pacientes fueron aislados y no se extendió el dengue”, agregó.

Bermúdez dijo que se hace cada vez más difícil para Uruguay prevenir los casos autóctonos debido a que el país está rodeado de una situación complicada, en referencia a la actualidad del dengue en Argentina, Brasil y Paraguay.

Las autoridades del MSP lanzaron en la víspera una nueva campaña contra el dengue basada en la necesidad de evitar la reproducción del mosquito *Aedes aegypti*, cuya picadura transmite la enfermedad.

“El mosquito está en Uruguay y la campaña busca informar a la población para evitar su propagación”, agregó.

El funcionario señaló que actualmente la zona más complicada del país es el litoral oeste, por la proximidad con Argentina y con los puentes internacionales entre ambos países.

En 2011, Uruguay tuvo también seis casos de dengue importados de Brasil y Paraguay y en 2010 cinco provenientes de Brasil, Colombia, Paraguay y Venezuela.

El mundo



África: Cuba y Brasil desarrollan una vacuna a la medida para el problema africano de la meningitis

21 de diciembre de 2012 – Fuente: Science

Cuba y Brasil se unieron para el desarrollo de una vacuna contra la meningitis –específica para los serotipos A y C–, un biológico a la medida para el problema africano de la enfermedad, señalado como uno de los logros más importantes de la colaboración sur-sur.

A mediados de 2006, la farmacéutica Sanofi-Pasteur, único fabricante de un inmunógeno contra esa enfermedad anunció que dejaría de producirlo. Fue entonces cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS), hizo un llamado para la producción de un compuesto destinado al ‘cinturón de la meningitis’ en África.

En esta franja que se extiende desde Senegal, en el oeste, a Etiopía, en el este, donde viven unos 300 millones de personas, mueren miles de seres humanos a causa de la dolencia y otros miles más sufren secuelas importantes.

Al pedido de la OMS respondieron dos entidades públicas, el Instituto Finlay de Cuba y el Instituto de Tecnología en Inmunobiológicos, Bio-Manguinhos, de Brasil.

No fue ninguna compañía multinacional de países ricos, fueron dos países latinoamericanos quienes acudieron al llamado, de manera rápida y efectiva, algo más meritorio si se tiene en cuenta que en ninguno de los dos circulan esas cepas de la meningitis. Sin embargo fueron capaces de responder ante un brote así en otra parte del mundo.

Desde entonces se han suministrado unos 19 millones de dosis, distribuidos por la OMS, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Cruz Roja Internacional, entre otras organizaciones de atención sanitaria.

Cuba tiene un importante historial en este campo, ejemplo de ello es la vacuna sintética contra *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib), y contra la meningitis B-C, desarrolladas en la isla, y su profesionalidad ha sido clave para proveer el ingrediente activo de la vacuna contra la meningitis A-C.

La producción industrial es el fuerte de Brasil. Las capacidades productivas han permitido proporcionar una vacuna relativamente barata –95 centavos de dólar– comparado con otras formulaciones cuyos precios oscilan entre los 15 y 20 dólares, incluso algunas más específicas que llegan a los 80 dólares.

Pero esta no es la única colaboración entre Cuba y Brasil que ha beneficiado a un tercero. Ambas naciones promueven también proyectos de salud y desarrollo en Haití, que incluye construcción de hospitales, apoyo a programas de inmunización y fortalecimiento de laboratorios.

Esto es una muestra de las diferentes maneras de tratar el asunto entre los sistemas de colaboración norte-sur y sur-sur: en este último prevalece la solidaridad.³

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

La tasa de incidencia de influenza en España ha aumentando 46% en la última semana, hasta los 21,99 casos cada 100.000 habitantes, si bien todavía está muy por debajo del umbral basal establecido para esta temporada (64,28 casos cada 100.000 habitantes) a pesar de la baja de temperaturas experimentada desde fines de noviembre.

Así se desprende de los últimos datos publicados por la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica del Instituto de Salud Carlos III, relativos a la semana del 10 al 16 de diciembre, cuando la semana anterior la tasa media de afectados era de 14,96 casos.

Todas las redes centinela señalan una difusión de la enfermedad esporádica o nula y un nivel de intensidad gripal aún bajo, exceptuando Ceuta, donde es medio.

De hecho, la ciudad autónoma es la región más castigada por la influenza, con 89,7 casos cada 100.000 habitantes, seguida de Canarias (66,5), Asturias (39,9), Cataluña (39,8), Castilla-La Mancha (33,5), Extremadura (32,4) y Melilla (25,7).

Ya por debajo de la media nacional estarían Andalucía (19,1), Baleares (18,7), Euskadi (17,4), Comunidad Valenciana (16,4), Navarra (16,2), Cantabria (12,4), Madrid (11), Castilla y León (10,8) y Aragón (7,6), mientras que de Murcia, Galicia y La Rioja no se especifican datos.

En cuanto a la distribución por grupos de edad, las mayores tasas de incidencia de influenza se registran en el grupo de 0 a 15 años, con una evolución creciente en el grupo de 5 a 14 años con respecto a la semana previa.

Por otro lado, el informe muestra como desde el inicio de la temporada 2012-13 no se ha notificado ningún brote de influenza y tan sólo se han notificado cuatro casos graves hospitalizados confirmados de influenza en tres comunidades.

Tres de los casos eran adultos con edades comprendidas entre 30 y 50 años, y el otro fue un niño de un año. Uno de los pacientes presentaba factores de riesgo de complicaciones de influenza, y 75% desarrolló neumonía. Además, dos de ellos no habían recibido la vacuna antigripal estacional.



Noruega, Buskerud: El brote de gastroenteritis en un hotel se debió a *Escherichia coli*

21 de diciembre de 2012 – Fuente: Nasjonalt Folkehelseinstitutt (Noruega)

El 21 de diciembre 2012 el Instituto Noruego de Salud Pública dio a conocer nueva información sobre el brote de gastroenteritis en Buskerud, Noruega. No se han reportado nuevos casos de la enfermedad desde el 9 de diciembre, por lo que el Instituto declaró terminado el brote.

Se aisló *Escherichia coli* enterotoxigénica (ECET) a partir de muestras de pacientes, pero no de alimentos o fuentes de agua. Las encuestas, sin embargo, indican que los productos alimenticios contaminados pueden haber sido el vehículo de transmisión.

Los brotes infecciones por ECET, relacionados o no con viajeros, son poco comunes en los países escandinavos. Hasta hace poco, no se habían reportado en Noruega brotes causados por ECET.⁴



Indonesia: Nueva amenaza de influenza aviar

22 de diciembre de 2012 – Fuente: Prensa Latina

Una nueva amenaza de diseminación de la influenza aviar en Indonesia mantiene hoy bajo tensión a las autoridades sanitarias en todo el país para evitar que el tráfico territorial de aves escape a la debida supervisión.

La agencia de ganadería de Java Occidental intensificó el control de dicho movimiento luego de la muerte de 300.000 patos en la parte central y oriental de la isla debido a las lluvias de estación y la sospecha de un brote de la enfermedad.

El director de la entidad, T. Koesmayadi, informó que en estos momentos se investigan mediante análisis de muestras de sangre las pérdidas de varios cientos de aves en distintas regencias, que ya arrojaron resultados positivos.



⁴ Ver 'Noruega, Buskerud: Extenso brote de gastroenteritis entre los concurrentes a una cena en un hotel' en Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 1048, de fecha 20 de diciembre de 2012.

El brote afectó a 319 personas que asistieron a una fiesta de Navidad, pero no se han detectado nuevos casos desde el 9 de diciembre de 2012. Finalmente se aisló *Escherichia coli* enterotoxigénica (ECET), y no norovirus, como se sospechó en un principio.

Sujono, responsable de la cartera en la provincia de Tulungagung, señaló que el virus de la influenza aviar mutó del conocido H5N1 clade 2.1 a H5N1 clade 2.3, lo que significa un desafío en su seguimiento clínico.

Funcionarios de sanidad incrementan las advertencias de prácticas higiénicas a las poblaciones, mientras se acumulan los reportes de muertes de aves en considerables cantidades.



Pakistán: Protestas contra el asesinato de vacunadores contra la poliomielitis

20 de diciembre de 2012 – Fuente: Euronews

La ola de asesinatos de trabajadores de la campaña de vacunación antipoliomielítica ya se ha cobrado la vida de nueve personas provocando la suspensión de la campaña contra esta enfermedad que, en Pakistán, es endémica.

“Nadie está contra la campaña. No podemos entender por qué ha empezado esta violencia contra los trabajadores de la campaña contra la poliomielitis. Algunos sospechamos que se trata de un intento de posponer las elecciones generales”, declaró un ciudadano paquistaní.

Diferentes líderes musulmanes paquistaníes llamaron a protestar contra los asesinatos. El presidente del Consejo de Ulemas en Pakistán anunció que este viernes 24.000 mezquitas afiliadas a su organización dedicarán sus oraciones a las víctimas.

Los ulemas, que han convocado diversas protestas, coincidiendo con el tradicional rezo del viernes, han defendido la tarea de los fallecidos.

Aunque no ha habido ninguna reivindicación formal, las sospechas apuntan a la insurgencia talibán que considera la campaña como un complot de Occidente para esterilizar a los musulmanes.

Algunos afirman que todo es consecuencia de la indignación de los talibanes porque fue un médico quién colaboró con Estados Unidos en la captura de Osama bin Laden, a través de un falso programa de vacunaciones, como apunta el clérigo adjunto de la Mezquita Roja de Islamabad, Maulana Aaamir Siddique: “Básicamente, esto no tiene nada que ver con las vacunas de la poliomielitis. Las mujeres trabajadoras fueron víctimas de una especie de ritual, y creo que por estas muertes, el médico Shakil Afridi y sus patrocinadores tienen una responsabilidad real”.

‘Un hecho deplorable’, dicen otros clérigos más moderados, ya que entre las mujeres asesinadas, hay chicas muy jóvenes que colaboraban en esta campaña.

Por su parte, los talibanes paquistaníes afirmaron no ser responsables de los últimos ataques, a pesar de que amenazaron a los empleados que vacunaban contra la poliomielitis en otras ocasiones, y que en junio pasado prohibieron la vacunación en la zona tribal de Waziristán, afirmando que era para encubrir una operación de espionaje.

Los padres, a menudo pobres, ignorantes e impresionables, también se resisten a la vacunación y creen en las teorías de complot.

3,5 millones de niños no fueron vacunados

Más de 3,5 millones de niños paquistaníes no pudieron ser vacunados contra la poliomielitis esta semana durante la campaña, anunció este viernes un responsable de la Organización de Naciones Unidas (ONU).

“De un blanco total de 18,5 millones para la última operación antipoliomielitis, 14,9 millones de niños fueron vacunados en todo el país, lo que significa que unos 3,5 millones de niños no recibieron la vacuna durante la campaña”, declaró el Dr. Elias Durry, principal coordinador para la erradicación de la poliomielitis en Pakistán de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Durry dijo que las cifras mostraban que 1,75 millones de niños no fueron vacunados en la provincia de Sindh, donde la campaña fue anulada a causa del asesinato de cuatro mujeres que integraban el equipo de vacunación contra la poliomielitis en Karachi, la capital comercial del país.

Pakistán es uno de los tres países del mundo en donde la poliomielitis todavía es endémica.



Una nueva prueba rápida para la tuberculosis aumenta la precisión del diagnóstico

8 de diciembre de 2012 – Fuente: SciDev Net

Una nueva máquina que realiza la detección rápida de la tuberculosis (TB) no sólo reduce significativamente el tiempo necesario para identificar la enfermedad sino que también conduce a un diagnóstico más preciso que las pruebas actuales, de acuerdo con los ensayos de campo revelados por Médicos Sin Fronteras (MSF).

Las pruebas de campo realizadas en el marco de 25 proyectos de MSF en 14 países durante casi 18 meses muestran que la máquina Xpert® diagnosticó 50% más de casos de TB comparada con prueba actual más común para la enfermedad.

Martina Casenghi, asesor científico de la Campaña de Acceso de MSF, que tiene como objetivo ampliar la disponibilidad de medicamentos, pruebas y vacunas, dice que la máquina puede detectar la bacteria de la tuberculosis, incluso cuando están presentes en escaso número amplificando su ADN de una muestra colocada en la máquina; también detecta si las bacterias son resistentes a la rifampicina, el antibiótico más usado para tratar la enfermedad.

En general, el dispositivo permite un diagnóstico más rápido y, por ende el tratamiento, en comparación con la prueba actual más común, en el que las bacterias deben ser cultivadas y luego se someten a pruebas para ver qué fármaco es el mejor para el tratamiento del paciente, dice Casenghi.

“Se necesitan alrededor de un par de meses para obtener los resultados y, mientras tanto, el paciente sigue enfermado, lo que también da lugar a la propagación de la bacteria. Con Xpert®, pueden obtenerse los resultados en dos horas”, dice Casenghi. Sin embargo, informa que los técnicos requieren mucho entrenamiento para ser capaces de utilizar la máquina.

“Uno de los retos a superar con la nueva prueba es el diagnóstico y tratamiento de niños con TB, según MSF. Esto se debe a que la prueba requiere muestras de esputo, cuya recolección suele ser problemática, ya que los niños rara vez son capaces de expectorar”, dice.

Además, a menudo presentan una forma extrapulmonar de TB, en la que la bacteria no está presente en los pulmones, según MSF. Esto hace que sea difícil detectar la enfermedad mediante el examen microscópico de los esputos, ya que es probable estén presentes muy pocas bacterias.

“En un intento por obtener muestras adecuadas, los trabajadores de salud se ven obligados a recurrir a medidas invasivas y dolorosas, como nebulizar por la fuerza a los niños para que expulsen el esputo, o succionarlo a través de una sonda desde su estómago”, asevera Casenghi.

“Necesitamos urgentemente una prueba de TB para los niños que no se base en el esputo, y que pueda utilizar muestras más fáciles de obtener, como sangre, orina o heces”, concluye.

Publicidad relacionada con la salud



Ministerio de Salud de la Nación (2012. Argentina).

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.