



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina

www.reporteepidemiologico.com



Número 1.435

10 de septiembre de 2014

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 S. Álvarez (Arg.)
Hugues Aumaitre (Fra.)
Jorge Benetucci (Arg.)
Pablo Bonvehí (Arg.)
María Belén Bouzas (Arg.)
Isabel Cassetti (Arg.)
Arnaldo Casiró (Arg.)
Ana Ceballos (Arg.)
Sergio Cimerman (Bra.)
Milagros Ferreyra (Fra.)
Salvador García Jiménez (Gua.)
Ángela Gentile (Arg.)
Ezequiel Klimovsky (Arg.)
Gabriel Levy Hara (Arg.)
Susana Lloveras (Arg.)
Gustavo Lopardo (Arg.)
Eduardo López (Arg.)
Tomás Orduna (Arg.)
Dominique Peyramond (Fra.)
Daniel Pryluka (Arg.)
Charlotte Russ (Arg.)
Horacio Salomón (Arg.)
Eduardo Savio (Uru.)
Daniel Stecher (Arg.)

Noticias

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

Argentina

- Vigilancia de fiebre amarilla
- Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Niños en riesgo ante los elevados niveles de plomo
- La OMS analiza usar una estrategia argentina para combatir la enfermedad por el virus del Ébola

América

- Brasil, Ceará: Reportan 49 casos de sarampión en una semana
- Costa Rica: Detectan plaguicidas en mujeres embarazadas del Caribe del país
- Estados Unidos: Asocian la enfermedad de Lyme diseminada con úlceras genitales agudas no sexuales
- Nicaragua, Región Autónoma del Atlántico Norte: Brote de grisi siknis en Alal

- Panamá: Declaran brote de fiebre chikungunya

- Perú, Puno: Alerta sanitaria por nuevo caso de rabia canina

El mundo

- África Occidental: La OMS espera miles de nuevos casos de enfermedad por el virus del Ébola en Liberia en las próximas semanas
- China, Guangdong: La provincia registra 1.145 casos de dengue
- Etiopía: Los refugiados sursudaneses sobreviven a duras penas en los campos inundados
- Malasia: Un nuevo serotipo del virus Dengue cuadruplica la letalidad de la enfermedad
- Diseñan una prueba barata de laboratorio que identifica infecciones resistentes en horas

Adhieren:



www.circulomedicocba.org/



www.apinfectologia.org/



www.slamviweb.org/



www.consejomedico.org.ar/



www.sadip.net/



www.said.org.ar/



www.sap.org.ar/



www.apargentina.org.ar/

Vigilancia de fiebre amarilla

3 de septiembre de 2014 – Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

Situación nacional

En el marco de la vigilancia de dengue fueron investigados 76 casos para fiebre amarilla, de los cuales 35 fueron descartados y en 41 no se concluyó el diagnóstico.

No se han notificado animales sospechosos investigados por laboratorio durante el 2014.

Tabla 1. Casos notificados, según clasificación, y provincia y región de residencia. Argentina. Año 2014, hasta semana epidemiológica 36. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.

Provincia/Región	Sospechosos	En estudio	Descartados	Total
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	—	—	—	—
Buenos Aires	4	2	2	8
Córdoba	3	1	4	8
Entre Ríos	—	—	5	5
Santa Fe	17	3	15	35
Centro	24	6	26	56
Mendoza	—	—	—	—
San Juan	—	—	—	—
San Luis	—	—	—	—
Cuyo	—	—	—	—
Corrientes	—	—	—	—
Chaco	3	—	3	6
Formosa	—	—	—	—
Misiones	—	—	—	—
NEA	3	—	3	6
Catamarca	—	—	—	—
Jujuy	5	3	4	12
La Rioja	—	—	—	—
Salta	—	—	2	2
Santiago del Estero	—	—	—	—
Tucumán	—	—	—	—
NOA	5	3	6	14
Chubut	—	—	—	—
La Pampa	—	—	—	—
Neuquén	—	—	—	—
Río Negro	—	—	—	—
Santa Cruz	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—
Sur	—	—	—	—
Total Argentina	32	9	35	76

Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Niños en riesgo ante los elevados niveles de plomo

4 de septiembre de 2014 – Fuente: Telenoticiosa Americana

Los altos niveles de plomo registrados en varios barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) afectan “especialmente a los niños, que son el principal grupo de riesgo”, reveló un informe elaborado por la Defensoría del Pueblo de la Ciudad, que reclamó al gobierno de Mauricio Macri “políticas activas para controlar y prevenir” la contaminación.

“La intoxicación con plomo es considerada por el Ministerio de Salud de la Nación como la principal enfermedad ambiental previsible de la niñez, por lo que sólo es cuestión de tomar las medidas necesarias”, dijo Bárbara Rossen, subsecretaria de Derechos Urbanos y Ambientales de la Defensoría.

La arquitecta y autora del informe, publicado a fines de agosto, apuntó que según el relevamiento “los estudios epidemiológicos en niños y las muestras de suelo analizadas revelaron una alta presencia de plomo, y eso afecta principalmente a los chicos, que son el principal grupo de riesgo”.

El informe precisó que la mayor cantidad de plomo se detectó en villas, cementerios de autos y basurales a cielo abierto, ubicados especialmente en la zona sur de la ciudad.

“El aumento poblacional de los últimos años en la mayoría de los asentamientos porteños da cuenta de la potencialidad del riesgo ambiental”, precisó el documento y enfatizó que la problemática “requiere políticas activas para controlar y prevenir” la contaminación y “no debiera ser desatendida por los funcionarios”.

La Defensoría mencionó además en su relevamiento un estudio realizado en 2013 por la Autoridad de la Cuenca Matanza Riachuelo (ACUMAR), donde se evaluó a 962 niños menores de seis años y a 95 embarazadas de la Villa 21-24, en el barrio de Barracas.

En esa ocasión se detectó que 25% de los niños mostraba valores de plomo en sangre mayores a los permitidos (5 µg/dl, o microgramos por decilitro de sangre), por lo que 21% de ellos padecería “un probable retraso en su desarrollo”.



Los basurales a cielo abierto, enorme foco de contaminación.

Otro estudio referido fue el realizado por el Hospital General de Agudos 'Dr. Cosme Argerich', que se conoció en marzo y evaluó a 100 niños entre 2 y 10 años del barrio Rodrigo Bueno, en la Costanera Sur y lindante con un cementerio de automóviles. El relevamiento reveló que 25% de los niños presentaba valores iguales o mayores a los permitidos, mientras que ninguno presentó valor 0.

También se observó que "la escasa implementación de mecanismos de detección de riesgo y la falta de equipamiento propio en los establecimientos de salud para el diagnóstico, no sólo obliga a derivar muestras y estudios fuera de su jurisdicción, sino que contribuye a gestiones burocráticas y gastos indebidos".

"Pedimos al gobierno porteño que se haga el monitoreo del suelo, el agua y el aire y un plan de acción para la remediación ambiental", subrayó la funcionaria. También instó a la ministra de Salud de la Ciudad, Graciela Reybaud, a que se compre "el equipamiento específico para la determinación de metales pesados en al menos uno" de los hospitales porteños.¹

lanacion La OMS analiza usar una estrategia argentina para combatir la enfermedad por el virus del Ébola

9 de septiembre de 2014 – Fuente: La Nación (Argentina)

Mientras países de África Occidental se desangran por la enfermedad por el virus del Ébola, sin vacunas o fármacos para enfrentarlo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) está evaluando recurrir a una estrategia que se aplica desde mediados del siglo pasado en Argentina para combatir el mal de los rastrojos, o fiebre hemorrágica argentina (FHA).

Consiste en infundirles a los pacientes suero extraído de sobrevivientes que contenga los anticuerpos contra el virus. El 29 de julio pasado, el virólogo Pablo Goldschmidt, farmacólogo y bioquímico graduado en la Universidad de Buenos Aires (UBA), pero que desde hace tres décadas vive en París, había recomendado esa estrategia. "Si se hubiera puesto en práctica de inmediato, se podrían haber salvado miles de vidas –lamenta ahora–, porque es un recurso efectivo y económico".

"Es algo bastante fácil de hacer", dijo el Dr. Peter Piot, director de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y codescubridor del virus del Ébola.

En este momento, la OMS pidió formalmente el asesoramiento del Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas 'Dr. Julio Isidro Maiztegui' (INEVH) para impulsar esta terapia.

"La cooperación está en curso –afirma el doctor Jaime Lazovsky, viceministro de Salud–. David Wood, de la OMS, está haciendo videoconferencias con los especialistas del INEVH sobre los detalles de la preparación del suero hiperinmune y los procedimientos de concentración de anticuerpos. Esos concentrados se les administran a los enfermos recientes y permiten bloquear la acción del virus".

El instituto argentino ya envió los protocolos que se siguen en el mal de los rastrojos a Ginebra y los técnicos de la OMS están preparando protocolos propios contra el virus del Ébola, que luego regresarán a Argentina para que sean revisados. Los científicos del INEVH son los únicos que tienen publicaciones internacionales sobre la efectividad del suero hiperinmune en una fiebre hemorrágica.

La FHA fue descrita por el Dr. Rodolfo Arribalzaga en Junín y Chacabuco a mediados de la década de 1950. El médico la observó en peones rurales y luego virólogos locales aislaron el agente causal, que se bautizó como virus Junín.

En 1965 se estableció un centro en Pergamino para diagnosticar y asistir a los pacientes. En esos años, se demostró la eficacia de inyectar plasma de convalecientes con anticuerpos contra el virus.

Se registraban alrededor de mil casos anuales. "En la actualidad, gracias a la vacuna Candid I, que se fabrica en el país y se aplica a personas expuestas, hay sólo entre diez y treinta –explica Lazovsky–. Esa inmunización es la única en el mundo contra fiebres hemorrágicas endémicas locales".

La vacuna se utiliza para prevenir la enfermedad, pero los enfermos diagnosticados pueden recibir el suero hiperinmune que se prepara en el INEVH. "Es una metodología muy sencilla que se descubrió hace muchos años", destaca Lazovsky.

Para no interferir con la recuperación de las personas que padecieron la infección ni con la precisión de las pruebas diagnósticas, en general los especialistas del INEVH recomiendan preparar el suero hiperinmune no en el momento de un brote infeccioso, sino en una etapa posterior. Pero dada la crítica situación que se vive en África, en este caso podrían obviarse estas premisas.

"Argentina tiene una experiencia muy valiosa, que prácticamente le permitió erradicar las muertes por FHA –dice Goldschmidt–. El virus Junín consume los factores de coagulación, igual que ocurre con el virus del Ébola".

¹ El plomo ingresa al cuerpo por vía inhalatoria, digestiva y transplacentaria y se deposita en los huesos provocando, según las concentraciones en sangre y el tiempo de exposición, intoxicación aguda o crónica.

La forma aguda se manifiesta con síntomas gastrointestinales como lesiones erosivas de la mucosa, anorexia, cólicos abdominales, constipación, trastornos respiratorios y neurológicos, como letargo, irritabilidad, ataxia, convulsiones y coma.

La intoxicación crónica genera neuropatía periférica, cólico saturnino, anemia, nefropatía intersticial crónica, gota saturnina, depósito de plomo en hueso e inmunosupresión. Sin embargo, las principales manifestaciones se dan a nivel neurológico e incluyen retardo mental, trastornos del aprendizaje, alteraciones de conducta, deterioro del coeficiente intelectual, pérdida de la memoria y ansiedad.

Puede consultarse el texto completo de la Resolución N° 0378/14 haciendo clic [aquí](#).

Brasil, Ceará: Reportan 49 casos de sarampión en una semana

5 de septiembre de 2014 – Fuente: Diário do Nordeste (Brasil)

El boletín de la Secretaría de Salud (SESA) del Estado de Ceará, publicado el 5 de septiembre de 2014, mostró un aumento de 49 casos confirmados de sarampión en el estado, sólo la semana pasada, con lo cual hasta ahora suman 356 casos confirmados de la enfermedad durante 2014.

El número es superior al registrado durante todo el año 2013 en Brasil, cuando fueron confirmados 201 casos, habiéndose registrado solamente uno en Ceará. Massapê, un municipio del estado, de 35.000 habitantes, registró el segundo mayor número de casos de sarampión, con 92 casos, seguido por Uruburetama (61) y Sobral (39).

El primer lugar lo ocupa Fortaleza, la capital de Ceará, con 128 casos confirmados de la enfermedad. Los otros municipios afectados son Aracati (1), Camocim (1), Caucaia (3), Coreaú (1), Forquilha (8), Itaitinga (1), Itapipoca (1), Jaguaribe (1), Maracanaú (2), Maranguape (1), Meruoca (3), Moraujo (1), Mucambo (1), Santana do Acaraú (4), Trairi (3), Tururu (3) y Uruoca (1).

Según el Núcleo de Vigilancia Epidemiológica de la SESA, la población más afectada por el brote es la de los niños menores de un año de edad, con 89 casos confirmados en Ceará. Según el boletín, la razón es que la primera dosis de la vacuna contra el sarampión se aplica recién a los 12 meses de edad.


Costa Rica: Detectan plaguicidas en mujeres embarazadas del Caribe del país

8 de septiembre de 2014 – Fuente: Environmental Health Perspectives

El uso de plaguicidas en las plantaciones bananeras de Costa Rica preocupa a los investigadores por el alto nivel detectado en la orina de mujeres embarazadas que viven en la zona del Caribe del país, reveló un estudio.

La investigación realizada por expertos del Instituto Regional en Sustancias Tóxicas de la Universidad Nacional (IRET-UNA) comprobó que las mujeres embarazadas que viven cerca de plantaciones de banano en la localidad de Matina, provincia de Limón (Caribe), presentan elevadas cantidades del químico etilentiourea (ETU) en su orina.

El ETU es un derivado del plaguicida mancozeb, el cual se aplica mediante fumigación aérea en las plantaciones bananeras.

“Los niveles de ETU que encontramos en las mujeres es preocupante si se compara con otros países. En comparación con países como Estados Unidos, Italia e Inglaterra, la cantidad de ETU es en promedio alrededor de cinco veces mayor”, manifestó Berna van Wendel, investigadora del IRET-UNA.

El estudio indica que en 75% de las mujeres estudiadas la sustancia que diariamente ingresó al organismo fue mayor a la de referencia del Sistema de Información Integral de Riesgos (IRIS) de la Agencia de Protección Ambiental de Estados Unidos (US-EPA). Un 10% de ellas reportó que contenía hasta tres veces más la referencia del IRIS.

Las muestras se tomaron desde marzo de 2010 hasta junio de 2011 a 445 mujeres.

Las concentraciones de esta sustancia preocupan a los expertos, porque otros estudios realizados en trabajadores agrícolas de México y Filipinas determinaron que el contacto con el plaguicida mancozeb y su derivado ETU podrían alterar la función tiroidea y el desarrollo del embrión. Las hormonas tiroideas son esenciales para el desarrollo del feto y el recién nacido.

Según los expertos, la principal fuente de exposición es la fumigación aérea, ya que las mujeres no utilizan este producto en sus casas y en la dieta tampoco apareció como una fuente principal de contacto.

Algunas de las mujeres tenían cantidades más altas que otras, porque vivían más cerca de las plantaciones bananeras, trabajaban en agricultura durante su embarazo o lavaban la ropa de sus familiares, que tenían contacto con las bananeras.

“Quisiéramos que las autoridades revisen las técnicas, que valoren las acciones para bajar la frecuencia de este tipo de fumigaciones, que apliquen productos más focalizados y que también sigan investigando sobre otras alternativas para combatir sus plagas”, dijo van Wendel.²



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

Un nuevo reporte de caso revela que la enfermedad de Lyme diseminada se puede presentar con úlceras genitales agudas no sexuales (UGANS) o úlceras de Lipschutz.

Las UGANS aparecen como una o más úlceras dolorosas en la vagina sin una etiología identificable en las mujeres y las niñas sin antecedentes de úlceras bucales o genitales. En más de 75% de las pacientes no se identifica un agente patógeno.

El nuevo caso es el primero que se informa de UGANS asociadas con la enfermedad de Lyme, según el equipo del Dr. Justin J. Finch, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Connecticut, Farmington.

La paciente era una mujer de 50 años sin problemas previos de salud. Llegó a la consulta con úlceras vaginales dolorosas de rápida diseminación en tres semanas. La determinación de títulos de Lyme había sido negativa y la paciente no había tenido relaciones sexuales desde hacía más de 12 años. No había tenido infecciones de transmisión sexual ni úlceras genitales previamente.

El examen reveló múltiples úlceras purulentas bien definidas de entre 2 y 12 mm de diámetro en los labios menores. Las biopsias hallaron una úlcera epidérmica con infiltrado inflamatorio adyacente polimorfo sin características citopáticas virales.

Todas las pruebas para las cepas de hongos, bacterias, parásitos, espiroquetas y virus del herpes simple dieron resultado negativo, como así también las pruebas de anticuerpos para *Borrelia burgdorferi*, *Babesia*, *Ehrlichia*, VIH, VHS-1 y ADN de doble cadena.

A las dos semanas, la paciente tenía síntomas más graves (fatiga, mialgias, dolor de cuello y espalda) y la aparición de dolores de cabeza y parches de piel rosados, de entre 5 y 20 de diámetro, en la espalda y los hombros.

Los síntomas desaparecieron en 48 horas con 100 mg diarios de doxiciclina. La repetición del ensayo inmunoabsorbente de las enzimas de Lyme y el análisis de sangre Western blot dio resultados positivos.

“Con este caso, podemos incluir a las UGANS entre las manifestaciones inmunológicas de proteínas de la enfermedad de Lyme –finaliza el equipo–. En las mujeres con úlceras genitales de etiología desconocida no debería descartarse la determinación de los títulos de anticuerpos de Lyme”.

El Dr. Kerry L. Clark, de la Universidad de North Florida, Jacksonville, realizó estudios sobre la borreliosis de Lyme en Florida y Georgia. “La enfermedad de Lyme puede aparecer con una diversidad increíble de signos y síntomas. Los resultados serológicos negativos para Lyme no prueban la ausencia de la infección. El tratamiento antibiótico oral breve cuando existe sospecha de infección temprana debería utilizarse aun cuando no exista la confirmación de laboratorio”, dijo Clark, que no participó del estudio.

Consideró, también, que “todos los médicos deberían conocer la enfermedad de Lyme, pero la información exige urgente actualización. Los últimos descubrimientos con revisión de pares no coinciden con gran cantidad de la información disponible entre los médicos”.

“Algunos ejemplos de los descubrimientos más recientes incluyen la evidencia de múltiples especies de *Borrelia* asociadas con la enfermedad de Lyme en seres humanos de Norteamérica, con demostración *in vitro* de las formas morfológicas resistentes a los antibióticos de *Borrelia* asociada con Lyme y documentación de la infección persistente en seres humanos, además de experimentos con ratones, perros y monos”.³

LA PRENSA Nicaragua, Región Autónoma del Atlántico Norte: Brote de grisi siknis en Alal

8 de septiembre de 2014 – Fuente: La Prensa (Nicaragua)

En Alal, una comunidad indígena mayangna, en Bonanza, hay un brote de *grisi siknis*. Allí, 53 pobladores están afectados y para atenderlos el Ministerio de Salud (MINSa) y la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN) enviarán a médicos interculturales, quienes son los únicos capacitados para atender esta enfermedad.

Serafina Espinoza Blanco, directora del Instituto de Medicina Tradicional de la URACCAN, dijo que han mantenido estrecha coordinación con las autoridades del MINSa para atender los casos de *grisi siknis* que se han presentado en la región.

“Los médicos tradicionales usan plantas medicinales y otros procedimientos rituales para equilibrar el ambiente y recuperar la normalidad en las comunidades”, dijo la experta en medicina tradicional.

“El MINSa no es que está cerrado hacia esto, pero necesita analizar otras perspectivas de intervención y allí es donde les cuesta un poco sentarse a conversar y entender el trabajo que hacen los médicos tradicionales. De manera profunda hay que entender, hay que reconocer”, dijo la funcionaria.



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

El médico convencional no puede resolver este tipo de problema, la medicina occidental no lo puede resolver, la única vía es con los médicos tradicionales y hay una comisión que está trabajando para el envío de tres médicos tradicionales de Waspam hacia Bonanza para atender el brote.

Los médicos tradicionales tienen sus propios procedimientos y mecanismos que utilizan para curar el *grisi siknis*.

El control del brote, según Serafina Espinoza, depende del tiempo en que la enfermedad ha estado en la comunidad, y puede tardar desde una semana hasta 15 o 20 días.

No es exclusiva del país

El *grisi siknis* no es una enfermedad exclusiva de Nicaragua. Avelino Cox Molina, historiador costeño, dice que es un problema universal cuyos casos se han registrado en Alemania, Italia, Taiwán y Filipinas. Aunque en estos países se han registrado con otros nombres, los síntomas son los mismos, comenta el historiador. Los médicos tradicionales son los que atienden a los afectados de *grisi siknis* y la URACCAN está apoyando al Ministerio de Salud (MINSA) con este brote en la comunidad Alal.

El historiador afirma que el *grisi siknis* es un mal de posesión y que nuestro universo está poblado de espíritus que buscan dónde aterrizar por temporadas y que muchas personas inconscientemente abren su mente y esos espíritus se posesionan y se adueñan de la mente y del cuerpo de la gente.

Para curarlo se debe hacer un exorcismo. Los médicos tradicionales, sin conocer la palabra exorcismo, han aplicado desde hace mucho tiempo este procedimiento a través de conjuros y plantas.

Habrán más médicos

Este año la URACCAN tendrá la graduación de los primeros 17 médicos interculturales, quienes tienen la capacidad de acompañar a los médicos tradicionales en todos los procesos de sanación de las enfermedades propias de los pueblos indígenas y afrodescendientes que existen en la costa Caribe, pero también atienden a la población en las diferentes lenguas porque son médicos de la región.⁴

PanamaAmerica Panamá: Declaran brote de fiebre chikungunya

8 de septiembre de 2014 – Fuente: Panamá América (Panamá)

El Ministerio de Salud (MINSA) de Panamá declaró oficialmente el 8 de septiembre un brote de fiebre chikungunya, al confirmar la existencia de otros cinco casos autóctonos en la barriada capitalina de Río Abajo, con los cuales suma ocho.

“De esta manera, Panamá pasa a ser el segundo país en Centroamérica con más casos autóctonos, después de El Salvador, y suma ahora 25 afectados en total”, dijo Itza Barahona de Mosca, jefa de epidemiología del MINSA.

La funcionaria dijo que la vigilancia pasiva se realiza cada 15 días para dar seguimiento a la situación y aseguró, sin aportar datos, que esos casos se presentan en esos corregimientos por la presencia de extranjeros.

Recordó que el 4 de septiembre el MINSA confirmó el tercer caso autóctono de la enfermedad, que elevaba entonces a 19 la cifra de casos de personas afectadas por el virus en lo que va de 2014, pero las alarmas se disparan con la nueva cifra de ocho casos autóctonos, lo cual justifica la decisión de declarar brote epidémico.⁵



Perú, Puno: Alerta sanitaria por nuevo caso de rabia canina

9 de septiembre de 2014 – Fuente: Andina

La Dirección Regional de Salud (DIRESA) Puno inició la investigación epidemiológica y las acciones de control de foco, ante el último caso de rabia canina presentado en la provincia de San Román, informaron el 8 de septiembre voceros del Ministerio de Salud (MINSA).

Se trata del sexto caso registrado en la región y corresponde a un can de dos meses de edad, adquirido en la feria dominical de Juliaca y posteriormente trasladado a Ayaviri. El perro fue comprado aparentemente sano pero al día siguiente falleció. Fue reportado por el dueño y tras la toma de muestra y análisis correspondiente arrojó positivo para rabia.

“Tras ello, se procedió a la vacunación del propietario, así como de los familiares que estuvieron en contacto con el animal”, informó



⁴ Puede consultar el documento ‘Las Epidemias de Grisi Siknis en la Costa Atlántica’, publicado por el Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario (IMTRADEC), de la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCA), haciendo clic [aquí](#).

⁵ Termina el invierno en el Hemisferio Sur, la temperatura comienza a aumentar y se avecina un verano problemático, no solamente a nivel local, sino también por las grandes cantidades de visitantes al Caribe, Centroamérica y Sudamérica, los cuales podrían estar expuestos no solamente al virus Chikungunya, sino a otras enfermedades transmitidas por vectores, incluyendo el dengue; y con la posibilidad de ser casos fuente para sus lugares de origen. Sin vacunas ni tratamientos específicos, la única arma efectiva es la prevención, comenzando por la educación en la ciudadanía; y previamente convenciendo a las autoridades que el esfuerzo debe ser permanente y no solamente delante de las cámaras de televisión.

Ana María Navarro, coordinadora de la Estrategia Sanitaria de Zoonosis del MINSA.

Se ha iniciado, además, la búsqueda de personas que en su momento habrían sufrido la mordedura del can. “El vendedor, una comerciante de la feria que vendía correas y un veterinario además del dueño, fueron mordidos por el cachorro antes de morir”, aseveró.

Por ello, personal de la DIRESA se trasladó hacia la feria dominical para tratar de ubicar a las personas que estuvieron en contacto con el animal, lográndose hallar a la vendedora de correas quien inició el tratamiento antirrábico. Por su parte, el vendedor se acercó a un nosocomio de la región e inició su vacunación.

Regulación de la venta de canes

La especialista manifestó que es necesario el apoyo de las autoridades locales en la regulación de la venta de perros en las ferias, que no cuenten con el debido control veterinario. “Hacemos un llamado a la población para que no compre mascotas sin saber si están sanas o no. Éstas deben tener todas sus vacunas y debemos exigir que sea así, más aún si sabemos que Puno es una zona donde circula el virus de la rabia”, subrayó.

Recomendó a la población que ante cualquier accidente de mordedura debe lavarse la herida con abundante agua y jabón, identificar al animal agresor y acudir de inmediato al establecimiento de salud donde determinarán el tratamiento a seguir ante el riesgo de rabia.

La Red San Román y la Red Melgar cuentan con todos los insumos necesarios como vacunas y sueros, para tratar estos casos.

Personal multidisciplinario del MINSA brindará asistencia técnica a la DIRESA Puno en octubre y a Madre de Dios en noviembre, respecto al Plan de Lucha contra la Rabia.⁶

El mundo



África Occidental: La OMS espera miles de nuevos casos de enfermedad por el virus del Ébola en Liberia en las próximas semanas

8 de septiembre de 2014 – Fuente: EFE

“El número de casos de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) se está incrementando exponencialmente en Liberia”, el país más golpeado por el virus, alertó la Organización Mundial de la Salud (OMS) en un comunicado, en el que además pide a las agencias humanitarias que “multipliquen por tres o por cuatro sus esfuerzos” para combatirlo. La petición llega acompañada de otra predicción: “Se esperan miles de nuevos casos en Liberia en las próximas tres semanas”, asegura la OMS tras analizar el último informe de sus expertos en emergencias que han trabajado en este país en las últimas semanas para evaluar la situación del brote.

Esas cifras son muy llamativas, porque suponen pasar de centenares de casos a miles. En un informe reciente, del 5 de septiembre pasado, la OMS recogía que en Liberia, el país más afectado por el brote, se habían contado más de 200 casos a la semana en las últimas tres.

“Los actores que participan en la respuesta en Liberia y en los demás países deben prepararse para triplicar o cuadruplicar sus esfuerzos”, advirtió la OMS. En Liberia, “las actuaciones para el control de la EVE no están teniendo el impacto adecuado”, añade. Al contrario que ocurre en otros tres países afectados –Senegal, Nigeria y República Democrática del Congo– donde “parece que están funcionando”, señala. Liberia acumula casi 2.000 casos y más de 1.000 muertes, con una tasa de letalidad de 58%.

Los expertos de la OMS aseguran en su informe que no hay una sola cama libre en todo el país para atender a los afectados por la enfermedad. “Liberia, junto con los otros países más afectados, especialmente Guinea y Sierra Leona, está experimentando un fenómeno nunca visto en ningún otro brote de EVE. En cuanto una nueva instalación de tratamiento se abre, queda desbordada de pacientes, lo que indica un número de casos importante y previamente invisible”, señala la organización.

Y añade un ejemplo: el de un centro de tratamiento improvisado por la OMS para el Ministerio de Sanidad liberiano, en el que aparecieron en cuanto se inauguró 70 pacientes, cuando su capacidad es de 30. El informe de los expertos relata que familias enteras, con algunos de sus miembros infectados, vagan por Monrovia en busca de una cama libre, pero tal como ha confirmado el personal de la OMS, ya no queda ninguna. Los taxis y mototaxis que circulan por la ciudad suponen un potencial foco de transmisión de la EVE, advierten, porque no se desinfectan.



Arte urbano sobre la enfermedad por el virus del Ébola en Monrovia, Liberia.

⁶ Juliaca es la capital de la provincia de San Román y del distrito homónimo, ubicada en la región Puno, en el sudeste de Perú. Cuenta con una población de 225.146 habitantes (2007), situada a 3.824 msnm en la meseta del Collao, al noroeste del lago Titicaca. Es el mayor centro económico de la región Puno, y una de las mayores zonas comerciales del Perú.

Ayaviri es la capital del distrito homónimo en la provincia de Melgar, también en la región Puno. Según el censo de 2005, cuenta con 21.099 habitantes.

Cuando a los pacientes se les niega la entrada en los centros de tratamiento “no tienen más remedio que volver a sus comunidades y a sus hogares, donde inevitablemente infectan a otros”, señala la OMS.

Un médico de la OMS se infectó en Sierra Leona

Un médico de la OMS contrajo el virus del Ébola en Sierra Leona, de donde será evacuado en breve, informó hoy esta institución sanitaria. El especialista se contagió en un centro de tratamiento en la localidad de Ketama, considerada uno de los epicentros de la epidemia de ese virus en África Occidental.

La OMS dijo que ha recomendado que se limite la admisión de nuevos pacientes en ese centro mientras se inicia una investigación de la manera cómo el médico –cuyo estado es estable– pudo contagiarse. El centro especializado en el tratamiento de casos de EVE está conducido por el Ministerio de Salud de Sierra Leona.

Este es el segundo médico desplegado por la OMS en los países afectados por esa enfermedad que ha resultado infectado, pero el primero que pertenece a la organización.

El anterior fue un epidemiólogo senegalés infectado en Liberia y que formaba parte de una red mundial de entidades que aportan a la OMS especialistas en distintas áreas médicas que pueden ser enviados rápidamente a cualquier país donde hay un brote epidémico grave.

La OMS explicó que su rol inicial en el centro de tratamiento de Ketama fue ayudar a su puesta en funcionamiento, y asesorar y dirigir al personal nacional hasta que el establecimiento pudiera ser manejado por ellos mismos. La organización indicó que desplazará a tres médicos a ese centro para que continúen supervisando el cuidado de los pacientes.

El brote de EVE en la región ya ha costado la vida de 134 trabajadores sanitarios, de al menos 256 infectados.

La ONU solicita más ayuda

El secretario general de la Organización de Naciones Unidas (ONU), Ban Ki-moon, telefoneó en las últimas horas a varios líderes mundiales para reclamarles más ayuda para los países africanos afectados por el brote de EVE.

Ban habló, entre otros, con el presidente de Estados Unidos, Barack Hussein Obama II; con el de Francia, François Gérard Georges Hollande; y con el de Cuba, Raúl Modesto Castro Ruz, así como con el primer ministro británico, David William Donald Cameron; y con el presidente del Consejo Europeo, Herman Achille Van Rompuy.

En esas llamadas, el diplomático coreano agradeció a los líderes su ayuda y “subrayó la necesidad urgente de aumentar el apoyo, incluyendo más equipos médicos, transportes y financiación para asistir a las comunidades afectadas por la epidemia”, dijo su portavoz, Stéphane Dujarric.

Ban se comunicó también con la presidenta de Médicos Sin Fronteras, Joanne Liu, a quien agradeció el trabajo de la organización y con la que discutió fórmulas para que la comunidad internacional siga apoyando sus esfuerzos en África Occidental.

El 5 de septiembre, el secretario general de la ONU advirtió públicamente de la necesidad de tomar medidas urgentes para frenar la enfermedad en la región y evitar su avance a escala internacional. Anunció entonces la puesta en marcha de un centro de crisis para coordinar la respuesta internacional al brote, que la ONU espera poder detener en un plazo de seis a nueve meses.

La de 2014 es la epidemia más compleja de EVE que se conoce hasta la fecha, con cerca de 4.000 casos registrados y más de 2.000 víctimas mortales, según la OMS.



Personal sanitario atiende a pacientes con la enfermedad por el virus del Ébola en Monrovia, Liberia.

La Unión Africana pide reabrir las fronteras

El consejo ejecutivo de la Unión Africana (UA) solicitó a los Estados miembros que levanten las medidas de cierre de fronteras y prohibición de vuelos que numerosos países han adoptado para tratar de blindarse frente al avance de la epidemia de EVE, que ya afecta a cinco países de África Occidental. Esta es una de las principales decisiones adoptadas durante una reunión de emergencia de dicho organismo celebrada este lunes en Addis Abeba (Etiopía), en la que también se ha insistido en la necesidad de que los puestos fronterizos, especialmente los aeropuertos, cuenten con mecanismos de control y vigilancia capaces de detectar el menor síntoma de la enfermedad.

En este sentido, la presidenta de la comisión de la UA, la sudafricana Nkosazana Dlamini-Zuma remarcó la necesidad de adoptar medidas “que no conduzcan al aislamiento o la estigmatización de las víctimas, de comunidades o de países enteros y que no tengan un impacto social y económico superior al que ya genera la propia enfermedad. Tenemos que adoptar medidas, pero también permitir la continuidad del sector agrícola y ayudar a los comerciantes”.

Numerosos gobiernos africanos han prohibido la llegada o salida de vuelos desde o en dirección a Guinea, Liberia o Sierra Leona y la mayor parte de las compañías aéreas han suspendido sus operaciones con estos tres países e incluso con Nigeria o Senegal, menos afectados por la epidemia. El último ha sido Cabo Verde, que decidió prohibir la llegada de vuelos desde Senegal. En este último país, donde sólo se ha producido el caso de un joven guineano que contrajo la enfermedad en su país y viajó hasta Dakar, el Gobierno aumentó a más de 60 las personas bajo vigilancia, sin que hasta ahora se haya detectado ningún contagio.

Por su parte, las organizaciones médicas internacionales que trabajan en Sierra Leona contra la extensión del virus del Ébola reaccionaron con desconfianza frente a la decisión del Gobierno de confinar a toda la población en sus casas durante tres días, entre el 19 y el 21 de septiembre. Así, Médicos sin Fronteras (MSF) considera que “las medidas coercitivas a gran escala como las cuarentenas y los encierros forzosos conducen a la población a esconderse y ponen en peligro la confianza entre la gente y los agentes de salud, lo que genera ocultamiento de casos y empuja a los enfermos hacia fuera del sistema sanitario”. Por su parte, Médicos del Mundo pone el acento en el impacto social que generará la cuarentena. “Esta decisión extrema solo debería adoptarse con la participación de la ciudadanía; implica una capacidad de control de los movimientos de la población que es difícil cumplir cuando se somete a un país entero”, indica dicha organización.

La medida gubernamental en Sierra Leona incluye el despliegue de trabajadores sanitarios y de unos 21.000 voluntarios que se encargarán de realizar controles médicos puerta a puerta, así como una campaña de sensibilización que cuenta con el respaldo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), entre otros organismos.

Luis Encinas, enfermero de MSF que se encuentra ahora en Dakar organizando la respuesta a la EVE en Senegal, considera que “una respuesta casi militar parece desproporcionada. Estos voluntarios no son enfermeros ni médicos y la medida puede generar disturbios y rechazo. Imagina que en esos tres días se detectan 300 pacientes, ¿cómo los absorbes si la capacidad de los centros está al límite? Esto pone en peligro la confianza en el sistema de salud público”.

Desde dentro del país también arrecian las críticas y asociaciones de la sociedad civil han mostrado su incredulidad y preocupación ante cuestiones como el abastecimiento de agua y comida de los hogares, que en muchos casos es diario. “En muchos rincones del país sigue habiendo gente que asegura que la EVE no existe. Es muy difícil que ellos acepten quedarse en casa y lo respeten”, sostiene Edward Conte, de la War Amputee Society.

Pese a ello, el Gobierno de Freetown parece decidido a llevar adelante su cuarentena de tres días. “Es una medida agresiva, pero necesaria”, ha dicho Ibrahim Ben Kargbo, portavoz gubernamental.

La falta de plazas de aislamiento frente a la enorme dimensión de esta epidemia sigue provocando buena parte de los problemas. En Monrovia, la capital de Liberia, decenas de habitantes del barrio de Paynesville huyeron este fin de semana después de que seis supuestos casos de EVE se quedaran en las puertas del centro de aislamiento que existe en la zona porque no había capacidad para ingresarlos.

Mientras tanto, el Gobierno británico anunció el envío de soldados y personal humanitario a Sierra Leona para construir un nuevo centro de aislamiento de 62 camas a las afueras de Freetown, la capital, que estará operativo dentro de unos dos meses.

Una vacuna se muestra promisoría

Una vacuna experimental contra el virus del Ébola se ha mostrado promisoría en un ensayo con monos. Según los resultados de ese ensayo, una versión de dos inyecciones de la vacuna, que incluye una “dosis de preparación” que alista al sistema inmunitario antes de que se administre la vacuna contra el virus, está ahora evaluándose por primera vez en seres humanos, comentó el Dr. Anthony Fauci, director del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas de Estados Unidos.

“Esta es la versión de esta vacuna para el estudio con animales. La vacuna se vio muy bien en los estudios con animales. Protegió a los monos de una amenaza letal del virus del Ébola”, comentó Fauci sobre el ensayo con monos.⁷

Fauci dijo que el ensayo humano se está realizando para averiguar si la vacuna es segura y si las personas que la reciben crean anticuerpos contra el virus.

Dos mujeres recibieron la vacuna experimental la semana pasada cuando los Institutos Nacionales de la Salud de Estados Unidos iniciaron un ensayo muy anticipado para combatir el virus del Ébola. Las mujeres, de 39 y 27 años de edad, fueron las primeras personas en recibir la vacuna. El ensayo con humanos incluirá al final 20 hombres y mujeres de 18 a 50 años de edad. Nadie será infectado con la enfermedad. La vacuna fue desarrollada por el Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas y la farmacéutica GlaxoSmithKline.

Fauci describió el ensayo humano diciendo que “esto nos llevará, como mínimo, hasta fin de año. Y si es segura y tiene una respuesta que se predeciría como protectora, entonces se movería a la próxima fase del estudio durante un año para averiguar cuál es la dosis correcta, cuál es la respuesta y la seguridad a largo plazo”.

Pero en vista del brote actual que padece África Occidental, el proceso podría acelerarse, aseguró Fauci. “Una vez se haya establecido la seguridad, es probable que se haga un ensayo clínico para determinar si funciona y protege”, planteó.

Lo más probable es que la vacuna se administre a las personas con el riesgo más alto en África Occidental, “como los trabajadores sanitarios que se ponen en riesgo cuando cuidan a las personas”, dijo Fauci.

⁷ El informe sobre el ensayo con monos, en inglés, puede consultarse haciendo clic [aquí](#) (requiere suscripción).

En el ensayo, un equipo liderado por Nancy Sullivan, jefa de la sección de investigación en biodefensa del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas de Estados Unidos, inició los sistemas inmunitarios de los monos al primero administrarles una inyección de un virus al que los animales ya habían estado expuestos, y entonces administrarles el virus del Ébola. Este método de dos inyecciones proveyó inmunidad incluso durante 10 meses, apuntaron los investigadores. Los investigadores también probaron una versión de una sola inyección de la vacuna, pero hallaron que solo funcionaba durante unas cinco semanas.

Pero advirtió que ni esta ni ninguna otra vacuna controlará la epidemia actual de EVE en África Occidental. “Estamos en las primeras etapas de la intervención con vacunas y fármacos. La piedra angular del control de esta epidemia es intensificar el control de la infección”, enfatizó.

Aunque esta es la primera vacuna en llegar a ensayos con humanos, Fauci dijo que las pruebas con humanos de otras vacunas comenzarán en más o menos un mes.

Thomas Geisbert, profesor de microbiología e inmunología de la Rama Médica de la Universidad de Texas, en Galveston, dijo que contar en algún momento con una vacuna de una sola inyección es importante. El método exitoso usado en el ensayo con los monos en que el sistema inmunitario se “preparó” para que respondiera mejor al virus del Ébola es interesante, aseguró. Pero es dudoso que ese método funcionara en un brote de la enfermedad, advirtió.

“En un brote, no hay tiempo de preparar y reforzar. Realmente se necesita una vacuna de una sola inyección de acción rápida que se pueda administrar a los trabajadores sanitarios y a los primeros respondientes justo antes de enviarlos a la zona álgida”, planteó Geisbert.

“Una vez haya una vacuna disponible, no todo el mundo en las áreas donde la EVE es endémica se debe vacunar –comentó Fauci–. Si está en una región donde hay un riesgo alto de brote, se comenzaría con los primeros respondientes y el personal de las salas de emergencias. Si el brote persiste, se podría considerar vacunar a muchas personas”.

El Dr. Amesh Adalja, asociado del Centro de Bioseguridad de la Universidad de Pittsburgh, afirmó que la vacuna experimental es promisoriosa, y dijo que se están desarrollando varias vacunas contra el virus del Ébola. “Cualquiera de esas vacunas podría cambiar la forma en que afrontamos los brotes de EVE en el futuro”, señaló.

Pero añadió que “el brote en África occidental se detendrá usando los métodos comprobados utilizados en el pasado. Sería un error que la gente creyera que una vacuna experimental contra el virus del Ébola tendrá un impacto significativo sobre este brote”.



China, Guangdong: La provincia registra 1.145 casos de dengue

6 de septiembre de 2014 – Fuente: Xinhua

Un total de 1.145 casos de dengue se han registrado en la provincia meridional china de Guangdong en lo que va del año, con 31 casos de dengue grave, según un comunicado publicado el 6 de septiembre por el departamento de salud pública local.

Del total, 90% se ha registrado en Guangzhou. No ha habido víctimas mortales, según el comunicado.

Zhang Yonghui, director del Centro Provincial de Control y Prevención de Enfermedades de Guangdong hizo un llamamiento a todos los ciudadanos para que tomen medidas de autoprotección contra los mosquitos y los erradiquen para evitar la aparición de dengue.

Las cifras de dicho centro muestran que este año la población de mosquitos es cinco veces superior al nivel normal en Guangdong, debido a las altas temperaturas y las lluvias.

Los meses de septiembre a noviembre serán temporada alta para un brote de dengue, y es necesario que toda la población de la provincia se esfuerce para prevenirlo.



Etiopia: Los refugiados sursudaneses sobreviven a duras penas en los campos inundados

8 de septiembre de 2014 – Fuente: Médicos sin Fronteras

La temporada de lluvias ha convertido el campo de refugiados sursudaneses de Lietchuor, en Etiopia, en un enorme lago salpicado de islas. Como consecuencia de ello, la Administración para Asuntos de Refugiados y Retornados de Etiopía (ARRA) y la Agencia de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) han decidido cerrar una instalación que albergaba a cerca de 40.000 refugiados, por lo que ahora deben localizar otro sitio donde poder reubicarlos adecuadamente.

Las fuertes lluvias y las inundaciones también han dañado gravemente los campos de tránsito de Pagak y Pamdong, en la misma región de Gambella. Pero el lugar más afectado es el campo de Lietchuor, que está ubicado en un terreno plano y que tiene un suelo arcilloso en el que se acumula fácilmente el agua. Las cabañas de barro que habían sido recientemente construidas han quedado sumergidas. La carretera, una franja de terreno elevado, es la única zona que sigue habitada por grupos de refugiados que se alojan en tiendas. El resto se ha ido. Cientos de ellos han encontrado refugio en pueblos cercanos, donde han sido acogidos por la comunidad o en las iglesias.

Durante la última tormenta, el pasado 24 de agosto, algunas edificaciones quedaron destruidas. La base de Médicos Sin Fronteras (MSF) en este campo se inundó y el viento arrancó los plásticos que cubrían el techo de la tienda, por lo que fue necesario realojar al personal en otros lugares. Además, las letrinas del campamento, que habían sido construidas con prisas, quedaron obstruidas y empezaron a desbordarse.



Campo de Lietchuor, Etiopia, tras las tormentas del 24 de agosto.

Afortunadamente, las instalaciones médicas de MSF han resistido bien. El hospital, la maternidad, el centro de nutrición terapéutica intensiva (que cuenta con un total de 107 camas) y el centro de salud, continúan operando. Los pacientes están todos ubicados en sus respectivas camas y permanecen secos, gracias a que el equipo de logística de MSF elevó esas tiendas entre 30 y 40 centímetros y las rodeó de un sistema de drenaje. "Para proteger el hospital antes de la temporada de lluvias tuvimos que hacer venir 100 camiones. Cada uno trajo 5 metros cúbicos de tierra", dice Suzanne Ceresko, coordinadora de logística de la organización. "El hospital de MSF es ahora una isla. Para que no se inunde también, cada día que llueve tenemos que bombear el agua hacia fuera", explica Ceresko. La logística es un componente vital del trabajo de MSF en este campo, pero supone un costo económico considerable.

Lo más importante ahora es encontrar un emplazamiento adecuado que no se inunde, un lugar como el que alberga los campos de Kule y Tierkidi, pero en el que también haya árboles que puedan dar protección contra las altas temperaturas de la estación seca, y de los que se pueda extraer leña con la que hacer el fuego necesario para preparar los alimentos. Además, este nuevo lugar tiene que cumplir con una serie de medidas que garanticen la seguridad de las personas refugiadas. Ninguno de los lugares identificados hasta ahora por las autoridades –Nip Nip, Dima y Pugnido– cumple con estos criterios.

MSF está preparada para ofrecer atención médica a los refugiados una vez sean trasladados a un lugar apropiado. Mientras tanto, los equipos de la organización médica siguen prestando atención en el campamento de Lietchuor, donde continúan aumentando las necesidades. El mayor número de consultas que se reciben estos días son pacientes aquejados de malaria o que presentan infecciones respiratorias. También llegan muchos casos de hepatitis E y de ictericia.

Las condiciones higiénicas actuales amenazan la salud de la población, sin embargo aún no se han producido casos de cólera. MSF pudo finalizar el pasado 23 de agosto la campaña de vacunación en Lietchuor, en la que inmunizó a más de 39.000 personas contra esta enfermedad.

Por otra parte, el hospital de MSF situado en Itang, que tiene 120 camas y cerca de los campos de Tierkidi y Kule, también está inundado. El dique que había sido reforzado para proteger el hospital cedió durante una tormenta a fines de agosto y 35 pacientes tuvieron que ser trasladados a otras tiendas. El resto fue llevado a instalaciones de otras organizaciones. La clínica donde se realizaba 80% de las consultas para los refugiados y para la población local ya no está operativa.

El acceso a la atención sanitaria sigue siendo un asunto de máxima prioridad para la salud de los refugiados. Hay que encontrar una solución para garantizar la asistencia médica en los campos a todas aquellas personas que la necesitan.⁸



Malasia: Un nuevo serotipo del virus Dengue cuadruplica la letalidad de la enfermedad

5 de septiembre de 2014 – Fuente: The Straits Times (Singapur)

Un nuevo serotipo del virus Dengue causó en lo que va del año cuatro veces más muertes en Malasia que en idéntico período de 2013 por la misma enfermedad, indican hoy con alarma las autoridades.

Un reporte médico precisa que desde el 1 de enero hasta el 30 de agosto fallecieron 131 personas de 68.144 infectados, superando con creces las cifras respectivas del período anterior de referencia que fueron de 38 y casi 19.000 casos.

El Dr. Donald Shepard, de la Brandeis University, señaló que esa curva ascendente se debe a la aparición del serotipo DENV-2 que actúa sobre una población no inmunizada.

Por su parte Rose Nani Mudin, especialista del Ministerio de Salud, lo calificó de especialmente peligroso, y atribuyó su incremento en el país en gran parte a la acostumbrada movilidad de los malasios y entre ellos los que trasladan el virus de un lugar a otro.

También estima que la epidemia se ha visto favorecida por una estación climática caracterizada por prolongada sequía y ocasionales fuertes lluvias que crean condiciones perfectas para la reproducción de los vectores.

El estado Selangor, de alta densidad demográfica ha sido particularmente golpeado por la epidemia, con 34.000 casos y 51 muertes, la cifra local más alta del país entre enero y agosto.



Diseñan una prueba barata de laboratorio que identifica infecciones resistentes en horas

7 de septiembre de 2014 – Fuente: 54th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy

Investigadores del Laboratorio Estatal de Salud Pública de Oregon, en Estados Unidos, han modificado el protocolo para una prueba relativamente nueva para una peligrosa forma de resistencia a los antibióticos, aumentando su especificidad a 100%, de modo que podrá proporcionar resultados en horas, y es simple y lo suficientemente barata para realizarse en prácticamente cualquier laboratorio clínico.

La prueba, llamada Carba NP, originalmente desarrollada por Patrice Nordmann y Laurent Poirel, de la Universidad de Fribourg en Nuithonie (Suiza) y Laurent Dortet, del Hospital Universitario de la Escuela de Medicina del Sur de París (Francia), se ha presentado en la 54 Conferencia sobre Agentes Antimicrobianos y Quimioterapia de la Sociedad Americana de Microbiología.

⁸ Los equipos de MSF también están presentes en los campamentos de Kule y Tierkidi, en la región de Gambella, donde prestan atención médica y proporcionan servicios de abastecimiento de agua y saneamiento.



En concreto, permite una rápida identificación de enterobacterias resistentes a carbapenem (CRE), a menudo denominadas como “superbacterias” por su capacidad de resistir a la mayoría de los antibióticos más importantes.

Los carbapenem son una clase importante de antibióticos de gran alcance para el tratamiento de infecciones graves causadas por bacterias Gram negativas resistentes a múltiples fármacos y se trata de enzimas producidas por algunas bacterias que inactivan estos antibióticos.

“Durante la última década, las CRE productoras de carbapenemasas (CP-CRE) se han extendido rápidamente por todo el mundo y se consideran en la actualidad un urgente problema de salud pública por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)”, afirma una de las autoras del estudio, Karim Morey, del Laboratorio Público de Salud del Estado de Oregon, en Estados Unidos. “La detección oportuna de CP-CRE es fundamental para el cuidado del paciente y el control de la infección”, añade.

La reacción en cadena de la polimerasa (PCR), una prueba basada en el ADN, es actualmente el estándar de oro para la detección de CRE, pero es cara y requiere de un equipo que muchos laboratorios simplemente no tienen, especialmente en los países de bajos ingresos que son grandes reservorios de CRE. Carba NP es una prueba mucho menos costosa que la mayoría de los laboratorios pueden pagar, según sus creadores.

En este estudio, Morey y sus colegas evaluaron la capacidad de la prueba Carba NP para identificar correctamente 59 de los 201 aislados clínicamente como productores de carbapenemasas. Mediante el uso de un protocolo de la Clínica Mayo, en Estados Unidos, publicado anteriormente, se identificó correctamente 92% como productores de carbapenemasas, incluyendo todas las cepas de NDM-1 (Nueva Delhi metalo-beta-lactamasa) y KPC (*Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasas), dos tipos importantes de CRE.

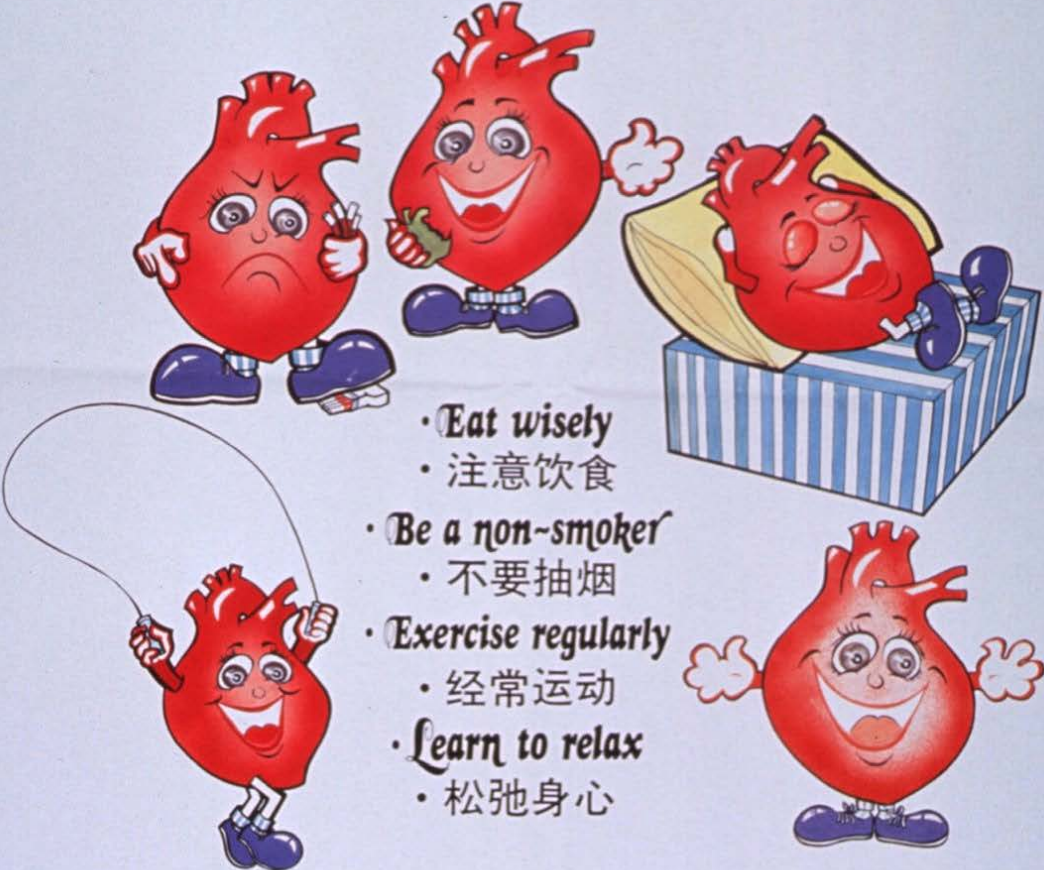
Cuando se ajustó el protocolo para aumentar el tamaño del inóculo y se probó de nuevo, se alcanzó 100% de sensibilidad, con un tiempo medio para completar una prueba de 2,5 horas. “Llegamos a la conclusión de que la prueba Carba NP es altamente sensible, específica y reproducible para la detección de la producción de carbapenemasa en un grupo diverso de organismos”, destaca Morey.

Este trabajo se realizó como parte del Organismo de Resistencia a los Fármacos Coordinado por la Red Regional de Epidemiología, una iniciativa estatal para evitar la aparición y propagación de la CRE en el estado de Oregon y financiada por los (CDC).

También en el foro científico, Nordmann, Poirel y Dortet presentarán un nuevo método para la identificación de betalactamasas de espectro extendido (BLEE), otra forma peligrosa de resistencia a los antibióticos, directamente a partir de muestras de orina. Esta nueva prueba, que cuesta sólo unos pocos dólares y se puede implementar en casi cualquier laboratorio de microbiología, tiene una especificidad de más de 98% y tarda 20 minutos para obtener resultados en comparación con los métodos actuales que pueden llevar entre uno y dos días.

Healthy heart Healthy life

健康心脏 健康生活



- Eat wisely
• 注意饮食
- Be a non-smoker
• 不要抽烟
- Exercise regularly
• 经常运动
- Learn to relax
• 松弛身心

Printing sponsored by Washington State Apple Commission. Copyright © 1987 THE

Training & Health Education Department, Ministry of Health, Hyderabad Road, Singapore 0511

THE P9/87 EC

Corazón sano. Vida sana.

Come inteligentemente. No fumes. Ejercítate regularmente. Aprende a relajarte.

Ministry of Health, Training & Health Education Department (1987. Singapur).

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.