



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina

www.reporteepidemiologico.com



Número 1.467

29 de octubre 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 bronquiolitis en menores de dos años
- Buenos Aires, La Plata: Brote de parotiditis en las divisiones inferiores de un club de fútbol

América

- Los países de las Américas buscan frenar la transmisión de la esquistosomosis para 2020
- Bolivia, Tarija: Confirman tres casos de dengue en Yacuiba
- Estados Unidos: Cuatro centros médicos especializados para el tratamiento de la enfermedad por el virus del Ébola
- Estados Unidos, Ohio: Diagnostican lepra en un recluso
- Venezuela: Reportan 66.768 casos de dengue y 9.831 de fiebre chikungunya

El mundo

- África: Una base de datos muestra en Google Earth® la expansión de 22 brotes de enfermedad por el virus del Ébola
- África Occidental: La enfermedad por el virus del Ébola provoca una crisis alimentaria
- Nigeria, Oyo: Nuevo brote de fiebre hemorrágica de Lassa
- Italia, Potenza: Caso de carbunco en Tramutola
- Pakistán: Siete nuevos casos de poliomieltitis llevan la cuenta a 227 en lo que va del año
- VIH: la prevención pide paso
- La OMS recomienda vacunarse contra el VPH para evitar el cáncer de cuello de útero

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/

Argentina



Vigilancia de bronquiolitis en menores de dos años

22 de octubre de 2014 – Elaboración propia, en base a datos del Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

Tabla 1. Casos notificados y tasas de notificación cada 10.000 menores de dos años, según provincia y región. Argentina. Años 2012/2014, hasta semana epidemiológica 36. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.

Provincia/Región	2012		2013		2014	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	22.193	3.196,08	20.911	3.011,46	17.711	2.550,62
Buenos Aires	136.937	2.611,07	124.672	2.377,21	89.402	1.704,69
Córdoba	12.483	1.180,47	12.577	1.189,36	12.654	1.196,64
Entre Ríos	7.646	1.901,75	7.437	1.849,77	6.301	1.567,22
Santa Fe	10.643	1.091,86	9.627	987,63	6.493	666,11
Centro	189.902	2.268,00	175.224	2.092,70	132.561	1.583,17
Mendoza	7.115	1.140,46	6.521	1.045,25	7.246	1.161,46
San Juan	6.318	2.441,65	7.809	3.017,85	7.299	2.820,76
San Luis	1.924	1.287,56	1.594	1.066,72	1.913	1.280,20
Cuyo	15.357	1.487,99	15.924	1.542,93	16.458	1.594,67
Corrientes	3.488	956,32	4.947	1.356,35	3.423	938,50
Chaco	13.530	3.486,21	9.334	2.405,05	7.101	1.829,68
Formosa	5.366	2.639,06	6.235	3.066,44	4.221	2.075,94
Misiones	7.828	1.663,09	7.069	1.501,84	5.907	1.254,97
NEA	30.212	2.117,39	27.585	1.933,28	20.652	1.447,38
Catamarca	2.391	1.859,69	1.980	1.540,02	2.141	1.665,24
Jujuy	4.168	1.686,08	6.984	2.825,24	6.246	2.526,70
La Rioja	694	603,06	1.254	1.089,68	954	828,99
Salta	9.757	1.952,84	12.800	2.561,90	11.828	2.367,35
Santiago del Estero	13.875	3.905,48	12.495	3.517,04	12.402	3.490,87
Tucumán	10.069	1.927,38	8.259	1.580,91	11.254	2.154,21
NOA	40.954	2.192,20	43.772	2.343,04	44.825	2.399,41
Chubut	2.000	1.095,95	1.632	894,30	2.307	1.264,18
La Pampa	1.593	1.547,35	1.527	1.483,24	1.310	1.272,46
Neuquén	4.991	2.420,35	3.814	1.849,57	3.642	1.766,16
Río Negro	4.408	2.035,37	3.904	1.802,65	3.656	1.688,14
Santa Cruz	1.558	1.438,86	1.834	1.693,76	1.911	1.764,87
Tierra del Fuego	1.689	3.710,46	1.252	2.750,44	680	1.493,85
Sur	16.239	1.883,83	13.963	1.619,80	13.506	1.566,78
Total Argentina	292.664	2.157,94	276.468	2.038,52	228.002	1.681,16

Mapa 1. Tasas de notificación cada 10.000 menores de dos años. Argentina. Año 2014, hasta semana epidemiológica 36. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.

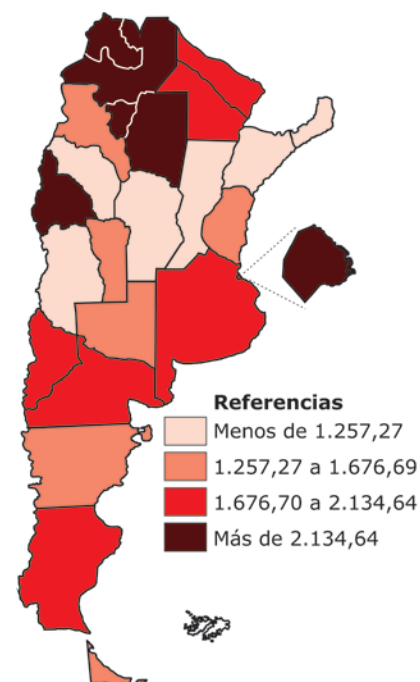
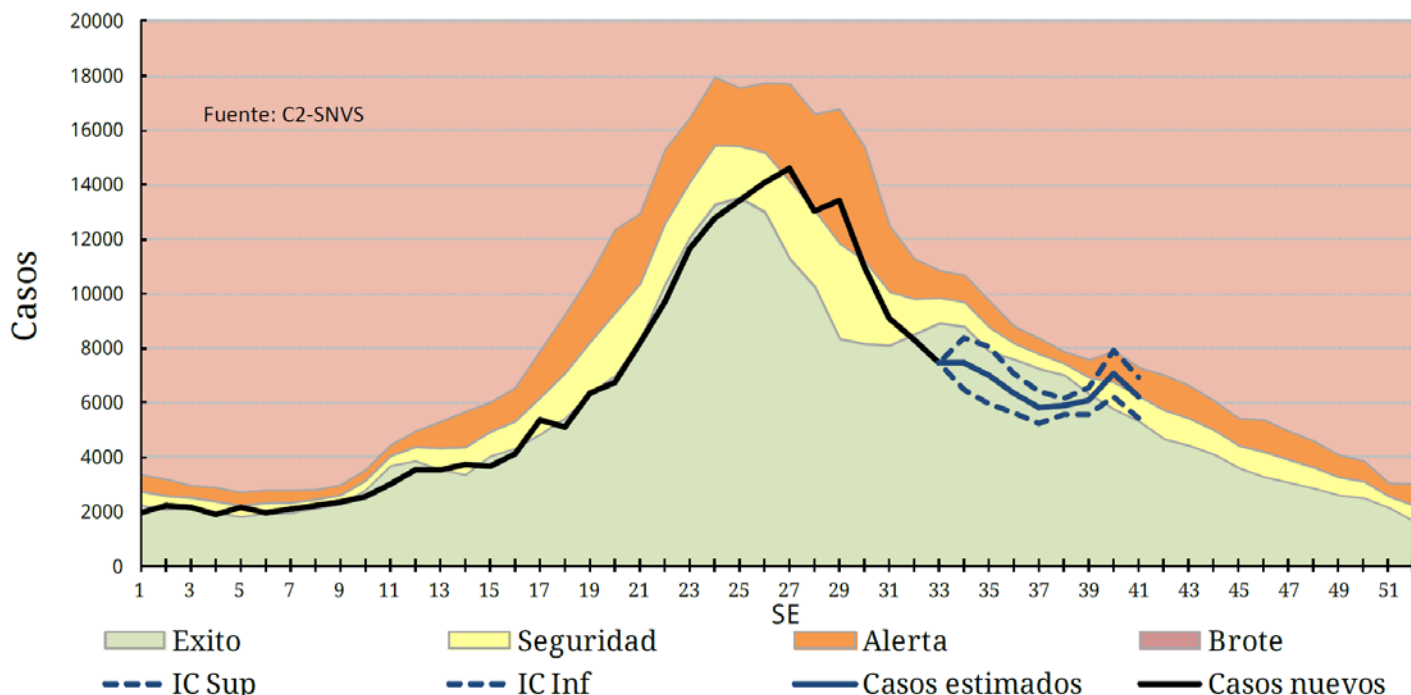


Gráfico 1. Corredor endémico semanal. Argentina. Año 2014, en base a datos de los años 2009/2013, con representación de casos del año 2014 hasta semana epidemiológica 33 y proyecciones hasta semana epidemiológica 41. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.



28 de octubre de 2014 – Fuente: El Día (Argentina)

En las últimas horas se produjo un brote de parotiditis entre los jugadores de las divisiones juveniles del Club de Gimnasia y Esgrima La Plata, por lo que la institución suspendió los entrenamientos en todas las categorías por el resto de la semana, al tiempo que envió una nota a la Asociación de Fútbol Argentino (AFA) para avisar que el 1 de noviembre no presentará sus equipos ante la Asociación Atlética Argentinos Juniors, así como no jugará el elenco de Reserva su compromiso ante Racing Club de Avellaneda.

La noticia fue ratificada por los integrantes del cuerpo técnico y del cuerpo médico de la institución, quienes ante la aparición de 10 casos de parotiditis en las divisiones cuarta, quinta y sexta, solicitaron a la Comisión Directiva la autorización para suspender toda actividad, en procura de evitar posibles contagios por el contacto diario en los predios de entrenamiento.

América



Los países de las Américas buscan frenar la transmisión de la esquistosomosis para 2020

27 de octubre de 2014 – Fuente: Organización Panamericana de la Salud

Países de las Américas se reunieron en Puerto Rico con el fin de trazar el camino a seguir para frenar la transmisión y verificar la eliminación de la esquistosomosis, una infección parasitaria crónica causada por gusanos que produce anemia, en especial en escolares en situación de pobreza de zonas rurales de la región.

El encuentro, que tuvo lugar el 21 y 22 de octubre y fue organizado por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), convocó por primera vez desde 2007 a funcionarios de los ministerios de Salud de los diez países históricamente endémicos de la enfermedad.

Se estima que 1,6 millones de escolares requieren tratamiento preventivo para esquistosomosis en las Américas para evitar padecer anemia, dando lugar a fatiga, pérdida de peso, discapacidad cognitiva, entre otros síntomas crónicos, que perpetúan el ciclo de pobreza en el que viven, principalmente en las zonas rurales con acceso limitado a los servicios de agua segura y saneamiento básico.

“En la lucha contra la pobreza y las enfermedades transmisibles, la eliminación de la esquistosomosis es un fruto maduro listo para recoger en las Américas”, señaló Steven Ault, asesor regional en Enfermedades Infecciosas Tropicales Desatendidas de la OPS/OMS. “Debemos hacer la elección ética correcta y hacerlo a toda velocidad para juntos llegar al final del juego de esta enfermedad totalmente prevenible”, afirmó.

El principal factor de riesgo para infectarse es la exposición, por actividades domésticas, laborales o recreacionales, al agua dulce contaminada con heces humanas infectadas por el parásito. Para que sea posible la transmisión, en el agua contaminada debe estar presente una especie de caracol, que es el huésped intermediario del parásito y que produce la forma infectiva a los seres humanos.

Durante la reunión regional, las autoridades sanitarias ratificaron que la eliminación de esquistosomosis debe ser una prioridad y respaldaron el objetivo de eliminarla como se estableció en la 65ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS en 2012. En ese sentido, analizaron los progresos alcanzados y se trazaron líneas de acción hacia la verificación de la eliminación de esta enfermedad.

- En Martinique, Puerto Rico, Montserrat, Antigua and Barbuda podría haberse eliminado la transmisión de la enfermedad y es necesario compilar la información que los evidencia para solicitar en el futuro la verificación de la eliminación a la OPS/OMS.
- Brasil, donde reside la gran mayoría de la población en riesgo en la región, cuenta con un programa de control de la esquistosomosis que incluye el tratamiento masivo, en áreas selectivas, a toda la comunidad por encima de 25% de prevalencia, la búsqueda activa y tratamiento de casos y familiares en zonas de menor endemicidad y otras intervenciones dirigidas para su control. El país ha completado el mapeo nacional de prevalencia y ha formulado un plan nacional integrado con otras enfermedades infecciosas desatendidas para su control.
- En Venezuela, el programa de control de esquistosomosis busca la eliminación de la transmisión de la enfermedad, para lo cual se propone dar tratamiento preventivo en masa en dos municipalidades que tienen la mayor parte de los casos. En el resto de municipios históricamente endémicos, distribuidos en cinco provincias, se realizará diagnóstico y tratamiento de casos individuales.
- En Suriname, una encuesta epidemiológica llevada a cabo en 2010 y el diagnóstico de algunos niños infectados en los últimos años indican que la transmisión es baja y muy focalizada.
- En Saint Lucia se requiere actualizar el estado de la transmisión de esta enfermedad para dirigir las intervenciones de salud pública, en el caso de que fueran necesarias.
- En República Dominicana se llevó a cabo una encuesta en 2013 en las zonas históricamente endémicas a esquistosomosis y al no encontrar ninguna persona infectada, se acumula evidencia de la interrupción de la transmisión.

Las intervenciones recomendadas por la OPS/OMS se centran principalmente en la mejora de las condiciones sanitarias, el acceso a agua segura, el control ambiental y en zonas altamente endémicas la administración masiva de praziquantel a comunidades enteras o grupos de alto riesgo (niños en edad escolar, mujeres en edad fértil y traba-

jadores con contacto frecuente con el agua dulce contaminada), en función de su prevalencia. El tratamiento a intervalos regulares evita el desarrollo y la progresión hacia formas más graves de la enfermedad.

Asimismo, durante el encuentro se animó a los países a actualizar el estado epidemiológico de la transmisión de la enfermedad y a monitorear y evaluar los programas de control y eliminación de forma integrada con otras enfermedades, con el fin de optimizar recursos humanos y financieros. También se subrayó la necesidad de documentar todo lo que se ha realizado en los países históricamente endémicos.



El Tribuno

Bolivia, Tarija: Confirman tres casos de dengue en Yacuiba

26 de octubre de 2014 – Fuente: El Tribuno (Argentina)

La Red de Salud de la ciudad de Yacuiba anunció que se confirmaron tres casos de dengue clásico. Se trata de niños menores de 10 años, que residen en los barrios San Francisco y La Cruz, y las pruebas se realizaron en el Hospital 'Rubén Zelaya'.

Meylín López, técnico de la Red, indicó que existe preocupación en las autoridades de Salud de Bolivia debido a que en las últimas cuatro semanas se han registrado 10 casos sospechosos de dengue, de los cuales tres resultaron positivas en las pruebas realizadas.

Asimismo, manifestó que el brote del dengue se debe a las últimas lluvias que se han registrado en la ciudad, que han sido desfavorables para el control de la enfermedad, porque provoca que el mosquito transmisor *Aedes aegypti* nuevamente se propague con la rapidez característica de la estación.

López aseguró que el equipo de trabajo no ha descansado para tener controlada a la enfermedad, más ahora que se cuenta con un nuevo larvicida, pero que existen personas que dificultan la tarea de descacharrado porque no dejan ingresar a sus hogares al equipo de la red de salud, y esto no permite eliminar todos los criaderos de mosquitos.

Con respecto a la salud de los menores, López explicó que es estable porque no se trata de un dengue complicado, por lo cual ya se está haciendo todo el tratamiento correspondiente.¹



Estados Unidos: Cuatro centros médicos especializados para el tratamiento de la enfermedad por el virus del Ébola

22 de octubre de 2014 – Fuente: Healthday (Estados Unidos)

Cuatro hospitales que son sedes de centros avanzados de biocontención se han convertido en el epicentro del tratamiento de los pacientes de enfermedad por el virus del Ébola (EVE).

Sus unidades especiales de aislamiento ofrecen múltiples capas de medidas de seguridad para prevenir la propagación de patógenos peligrosos, no solo del virus del Ébola. Incluyen filtros de aire especiales, tanques de inmersión llenos de antiséptico, equipo de laboratorio dedicado y las autoclaves para esterilizar cualquier desecho médico antes de que sea transportado desde la unidad.

Pero también ofrecen un número limitado de camas: apenas suficiente para tratar a once pacientes, en todo el país.

Como resultado, muchos hospitales comunitarios de todo el país están ahora estudiando esas unidades e investigando qué protocolos de control de la infección se pueden adoptar con rapidez si se diagnostica a un paciente con la EVE.

"Si resulta necesario, los hospitales locales pueden adoptar las características más importantes de esas unidades", aseguró el Dr. Craig Smith, director médico de enfermedades infecciosas del Sistema Universitario de Atención de la Salud de Augusta, Georgia, y vocero de la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (Infectious Diseases Society of America).

"Todos estamos bien entrenados y bien inductados con la idea del aislamiento en sí", aseguró Smith, y anotó que los trabajadores de los hospitales afrontan de forma rutinaria enfermedades virulentas como la meningitis, la tuberculosis y la infección por *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (SARM). "Todos los hospitales pueden crear un plan de contingencias para manejar una enfermedad altamente contagiosa. Atendemos enfermedades espantosas cada día, todo el tiempo. El problema es la logística. Conlleva dinero, equipo, y entrenamiento y práctica para las personas".

Los cuatro hospitales de Estados Unidos con unidades de biocontención son el Emory University Hospital (Atlanta, Georgia), el National Institutes of Health Clinical Center (Bethesda, Maryland), el Nebraska Medical Center (Omaha), y el St Patrick Hospital (Missoula, Montana).

Cada una de las dos enfermeras de Dallas que contrajeron la EVE del primer paciente diagnosticado en Estados Unidos ha sido enviada a uno de esos hospitales. Nina Pham, de 26 años, ocupó una de las dos camas disponibles en el National Institutes of Health Clinical Center, mientras que Amber Vinson, de 29 años, ocupa una de las tres camas de la unidad de aislamiento del Emory University Hospital.

¹ Yacuiba es una ciudad y municipio del sur de Bolivia, en el departamento de Tarija. Es capital de la provincia del Gran Chaco. Está ubicada a unos 3 kilómetros de la frontera con Argentina, y se ubica a orillas de la extremidad sur de la Serranía del Aguarañe. Cuenta con una población 91.998 habitantes (2012), lo que la convierte en la segunda ciudad más importante del departamento, después de la ciudad de Tarija. Se encuentra en la zona geográfica de las Serranías y la Llanura Chaqueña, a una altura entre los 620 y 680 msnm.

Es un importante centro de comercio por ser una ciudad fronteriza. Al otro lado de la frontera se encuentra Profesor Salvador Mazza, con la que forma una conurbación.

Esos hospitales ya han tratado con éxito a unas pocas personas que contrajeron el virus mientras trabajaban como cooperantes en África Occidental.

“Todas las unidades especiales de aislamiento se localizan cerca de laboratorios donde los investigadores estudian algunos de los virus y bacterias más peligrosos del mundo”, señaló Smith.

“Esas unidades no se diseñaron como parte de una respuesta a la EVE. Se diseñaron para respaldar la investigación, principalmente, y también para que si sucedía algo estuvieran disponibles. Han sido funcionales y han estado en activo. Han tenido pacientes sobre los que nunca se oyó”, comentó.

“Las características protectoras de las unidades comienzan con su ubicación en el hospital. Están lejos de los lugares usuales donde atendemos a los pacientes. Está en un lugar que está físicamente alejado y seguro, y nadie que no esté autorizado entra por el pasillo”, explicó el Dr. Mark Rupp, director de control de la infección en el Nebraska Medical Center.

Las unidades tienen una presión de aire negativa, lo que significa que el aire siempre fluye hacia la habitación del paciente desde fuera de la habitación, una característica que busca prevenir la propagación de los gérmenes que se transmiten por el aire. El aire también se limpia con filtros antes de ser expulsado a través del sistema de escape.

Los objetos que salen de las habitaciones de los pacientes son esterilizados al colocarlos en tanques de inmersión llenos de un agente germicida. “Si tenemos que sacar algo de la unidad, pasa por un tanque lleno de desinfectante y se saca por el otro extremo”, dijo Rupp.

Las unidades también cuentan con autoclaves que usan vapor para esterilizar todos los desechos médicos antes de su eliminación, y una antesala especial donde los trabajadores de la atención sanitaria pueden quitarse y ponerse los trajes protectores de forma segura.

“La parte más importante no es el centro. Es el personal y el entrenamiento que se ha realizado para preparar a esa gente”, aseguró Rupp.

Por ejemplo, el Nebraska Medical Center tiene un conjunto muy específico de equipos de seguridad que los trabajadores usan cuando entran a la habitación de un paciente. Pero también hay una persona que se llama el “ponedor” cuyo único trabajo es ayudar a los trabajadores a ponerse el equipo de forma correcta, señaló Rupp. Un “quitador” espera fuera de la habitación y no hace otra cosa que ayudar a las personas a quitarse el equipo sin contaminarse.

Las nuevas directrices para la atención segura de los pacientes de EVE emitidas el 20 de octubre por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) reflejan ese énfasis en el personal. Piden a los hospitales que entrenen rigurosamente a los trabajadores sobre cómo ponerse y quitarse el equipo de seguridad, y que nombren un monitor entrenado que solo se dedique a ayudar a los trabajadores a ponerse y quitarse el equipo.

“Muchas de las características tecnológicas de esas unidades también pueden adaptarse a los hospitales locales para la EVE”, aseguró Rupp.

“Dado que el virus del Ébola no se transmite por el aire, no son necesarios unos sistemas especiales de ventilación. Un balde con una solución de lejía puede fungir como el tanque de inmersión antiséptico. Los hospitales pueden comprar o tomar prestado una autoclave de suficiente tamaño para manejar los desechos médicos, o almacenar los desechos en un área separada hasta que se puedan hacer arreglos para su recogida”, planteó.

Los hospitales sí deben asignar un área lejana y segura para sus unidades de aislamiento, y esa área debe ser grande. Cuando trató a su primer paciente de EVE, el Dr. Rick Sacra, misionero médico y superviviente, el Nebraska Medical Center se dio cuenta de que “conlleva mucho más espacio físico de lo que creíamos al principio”, contó Rupp.

El equipo médico avanzado que se envía al área debe permanecer allí, porque es demasiado pedir que los dispositivos se esterilicen completamente tras cada uso. “El Nebraska Medical Center pronto encontró su sala de aislamiento llena de máquinas portátiles de rayos X, ECG, ultrasonido, una unidad de diálisis y otros equipos”, dijo Rupp.

Los trabajadores también necesitan bastante espacio para quitarse el equipo de forma segura, y para separar el equipo protector limpio de las piezas contaminadas. “Todo el equipo y todos los desechos que se generan ocupan bastante espacio”, dijo.

Pero sobre todo, administrar una de esas unidades de aislamiento requiere de mucho sentido común y planificación. Por ejemplo, los desechos humanos, que en el momento álgido de la infección están llenos del virus del Ébola, “los colocamos en una taza de sanitario, y entonces tratamos esos desechos con un desinfectante. Los trabajadores echan un antiséptico en el sanitario y dejan que esté ahí suficiente tiempo como para matar al virus, antes de tirar de la cadena para que los desechos lleguen al sistema sanitario de aguas negras”, explicó Rupp.

Outbreak Estados Unidos, Ohio: Diagnostican lepra en un recluso

News 18 de octubre de 2014 – Fuente: [Outbreak News Today](#)

Today El 14 de octubre de 2014 se confirmó un caso de lepra en un recluso en la Institución Correccional de Chillicothe. El recluso ha estado en el sistema penitenciario desde enero de 2011, es originario de Micronesia, y las autoridades creen que contrajo la infección allí. En la actualidad es atendido en el hospital de la Universidad Estatal de Ohio.

El Departamento de Rehabilitación y Correccional de Ohio dice que el prisionero ha estado alojado en otras tres prisiones desde 2011. Aunque ningún otro preso ni personal de la prisión presenta síntomas de lepra, Stuart Hudson, jefe de servicios médicos del Departamento de Rehabilitación y Correccional de Ohio, dijo que todos los reclusos

que han estado hasta a un metro de distancia del caso serán estudiados en busca de signos de la enfermedad infecciosa.²



Venezuela: Reportan 66.768 casos de dengue y 9.831 de fiebre chikungunya

27 de octubre de 2014 – Fuente: Noticias 24 (Venezuela)

El 27 de octubre, el vicepresidente para el Desarrollo Social y las Misiones, Héctor Rodríguez, informó en rueda de prensa del Gabinete Social que se han contabilizado 66.768 casos confirmados de dengue y 9.831 de fiebre chikungunya en todo el país.

“En el caso del dengue son 66.768 casos, en el caso de la fiebre chikungunya 9.831 casos; luego hay un informe de casos febriles que pudieran llegar a ser por dengue, fiebre chikungunya o cualquier otro tipo de enfermedad. Eso normalmente no se reporta porque no se puede discriminar si tiene que ver con alguna de estas enfermedades”, explicó Rodríguez, al tiempo que reiteró la necesidad de que las personas con síntomas sospechosos de dengue o fiebre chikungunya acudan al médico a hacerse los exámenes correspondientes.

“Para nosotros es importante que vayan a los centros médicos y se hagan los exámenes, para evaluar si existe algún comportamiento distinto que amerite hacer un mayor envío de medicamentos a esa zona y ampliar la atención a las casas, a los criaderos, etc.”, agregó.

Con relación a la denuncia hecha por epidemiólogos del país, quienes informaban que según las cifras que manejan existen 80.000 casos de fiebre chikungunya en el país, lo cual no concuerda con las cifras expuestas por la vicepresidencia para el Área Social, sostuvo que solo maneja el porcentaje de pacientes que se realizan los exámenes médicos en centros hospitalarios.

“Insistimos a través de los medios que aquellas personas que tengan las características febriles por favor asistan a un centro médico para hacerse el examen de salud. Nosotros no queremos especular en estos temas, hemos informado semana a semana los casos acumulados que efectivamente se han hecho sus exámenes, quiere decir que pueden haber otros casos, yo no puedo informar lo que no conozco”, dijo.

Manifestó que durante la semana pasada el Gobierno continuó con “el despliegue contra el dengue y la fiebre chikungunya. Seguimos insistiendo, seguimos en tiempo de lluvia, en la necesidad de que la comunidad se active al igual que las distintas instituciones para desmontar los criaderos”.

“Nos activamos en 634 localidades con 6.852 cuadrillas para un total de 39.499 personas. Fueron evaluadas 155.154 casas y tratadas 71.955 de ellas, donde debimos eliminar 80.891 criaderos y atender depósitos de agua. Es importante que los criaderos sean eliminados. Por cada medio vaso de agua estancado se pueden reproducir hasta 300 mosquitos, que son los que transmiten estas enfermedades y fumigamos 866 sectores del país”, precisó.

El también ministro de Educación informó que además se han trasladado a diversas comunidades para conocer el estado de salud de los habitantes, como parte de las jornadas que llevan a cabo las Bases de Misiones Socialistas: “Nos desplegamos en 6.935 comunidades con 41.293 misioneros y 23.001 estudiantes en las distintas carreras. Visitamos 219.339 familias, atendiendo 1.037.740 personas, dentro de las cuales encontramos 49.750 personas con enfermedades crónicas que inmediatamente fueron atendidas”, indicó.

Explicó que detectaron 30.913 personas con enfermedades transmisibles “que inmediatamente fueron atendidas”, 2.417 personas con discapacidad, 1.040 personas con la necesidad de alguna intervención quirúrgica, “que están ahora en exámenes preoperatorios para en las próximas horas ser operadas”, y 488 personas en edad escolar fuera del sistema educativo “que ya han sido incorporadas”.

En cuando al abordaje de las urbanizaciones, Rodríguez sumó: “Participamos en 304 urbanismos esta semana con 10.398 misioneros y 2.737 estudiantes. Visitamos 28.906 familias, encontramos 2.430 personas con enfermedades transmisibles, 418 personas con discapacidad y ambos grupos están siendo atendidos en estos momentos, encontramos 110 personas que ameritan algún tipo de tratamiento quirúrgico, que están en exámenes preoperatorios y 76 personas en edad escolar fuera del sistema que han sido inmediatamente incluidos”.

² Cerca de 150 nuevos casos de lepra se reportan cada año en Estados Unidos. Alrededor de 70% de esos casos han adquirido su enfermedad mientras vivían o trabajaban en las regiones endémicas de lepra, fuera de Estados Unidos; sin embargo, aproximadamente 30% no reporta residencia en el extranjero y por lo tanto es probable que haya adquirido la enfermedad en Estados Unidos. La mayoría de estos casos autóctonos residen en Texas y Louisiana, y los estudios de casos y controles han demostrado que el contacto con armadillos infectados por *Mycobacterium leprae* durante su caza y manipulación, o el consumo de su carne es un factor de riesgo para la adquisición de lepra en Estados Unidos.

La presente noticia indica que el recluso presumiblemente adquirió la lepra en Micronesia, la cual está compuesta por cinco estados soberanos –los Estados Federados de Micronesia, Kiribati, Islas Marshall, Nauru y Palau– y tres territorios de Estados Unidos. Micronesia se encuentra en la Región del Pacífico Occidental de la OMS. La lepra fue eliminada como problema de salud pública, que se define como una tasa de prevalencia inferior a un caso cada 10.000 habitantes, en 34 de los 37 países y zonas de la Región del Pacífico Occidental. Los Estados Federados de Micronesia y las Islas Marshall nunca alcanzaron la eliminación de la lepra, mientras que Kiribati no pudo mantener el umbral de eliminación.

A pesar de que la lepra no es muy contagiosa, los pacientes con la forma lepromatosa de la enfermedad excretan grandes cantidades de bacilos de la lepra en sus secreciones nasales (es decir, son multibacilares), por lo que un paciente con esta variante no tratada plantea un riesgo aumentado de transmisión de la infección a sus contactos cercanos de largo plazo, tales como los miembros del hogar. Las personas con lepra tuberculoide excretan pocos organismos (es decir, son paucibacilares) y son menos contagiosos. La noticia no especifica qué forma de lepra presenta el recluso. En cualquier caso, la mayoría de los contactos del prisionero habrá tenido inmunidad natural, y el contacto casual y de corto plazo no parece plantear un riesgo de propagación de la enfermedad. Los pacientes ya no son infecciosos después de comenzar un régimen multidroga.

15 de septiembre de 2014 – Fuente: *Scientific Data*

Investigadores de la Universidad de Oxford, en colaboración con el Fogarty International Center (Maryland, Estados Unidos), desarrollaron la primera base de datos que compila el conocimiento existente sobre los brotes de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) previos al actual.

El equipo identificó un total de 22 brotes de EVE previos al actual, compuestos por 117 grupos únicos de transmisión geográfica, mediante la extracción de los detalles de su origen animal sospechoso y la posterior transmisión de humano a humano, usando fuentes publicadas y no publicadas.

Según explica Adrian Mylne, investigador de departamento de Ecología y Epidemiología de la universidad británica y uno de los autores del trabajo, “muchas de las bases de datos y mapas existentes sobre el tema solo ofrecen ubicaciones de índices y número total de casos y muertes. En cambio, nuestros mapas incluyen información acerca de cómo el virus se extendió inicialmente dentro de cada brote: desde el origen zoonótico sospechoso a su posterior transmisión de humano a humano”, destaca.



Un técnico de la Cruz Roja desinfecta una habitación del Kelle Hospital en República Democrática del Congo ante un enfermo de EVE en 2003.



Brotos de magnitud variable

El del Ébola es un virus que se transmite de animales a seres humanos y que tiene el potencial de causar brotes de magnitud variable en las poblaciones humanas. La expansión, la magnitud y el índice de mortalidad de un brote están determinados por numerosos factores, como la vigilancia, la búsqueda de tratamiento, las tasas de contactos de los pacientes y sus efectos combinados sobre la dinámica de la transmisión, señala el estudio.

Además, debido a la variabilidad en el índice de progresión del brote, las tasas de letalidad pueden cambiar significativamente dependiendo de factores asociados a la calidad y el tiempo de tratamiento sintomático.

Mylne indica que los datos que presentan en su herramienta “podrán ser utilizados en combinación con la información meteorológica y socioeconómica espacial y temporal para generar hipótesis sobre los factores que pueden afectar a la aparición de nuevos casos y la propagación de casos secundarios y de importación de virus del Ébola”.

Planes de actualización

En la base de datos no está todavía incluida la información sobre la epidemia actual, pero, según el investigador, el equipo está ya trabajando para mantenerla actualizada e incluir este brote y los que se puedan producir en el futuro.

Sin embargo, la herramienta con sus mapas compilados “ya puede ser usada para tener una mejor comprensión de la propagación inicial de los brotes de EVE previos y ayudar a evaluar las normas de vigilancia y control para limitar la propagación de epidemias futuras”, dice Adrian Mylne.

En este sentido, “la combinación de una información más variada a una escala más afinada en los sitios donde se producen los casos podrá ayudar a avanzar en la comprensión del complejo proceso de la aparición del virus del Ébola y el riesgo planteado por ciertas actividades humanas y por las pautas de uso de la tierra”, añade.

Por otro lado, “el uso de los datos de casos secundarios e importados hará posible modelar e investigar las causas de la propagación de los brotes humanos de EVE. Comprender la propagación del patógeno en los brotes pasados puede ayudar a controlar el brote actual”, destaca el científico.



Guía para la vigilancia y control

Para este experto, comparar la propagación de los brotes históricos y la expansión del actual, cuando finalice, podría servir también de guía en la vigilancia, control y tratamiento de la EVE para minimizar estas zoonosis esporádicas.

“Es la colección más completa de datos estandarizados sobre la expansión de los brotes de EVE disponible actualmente y será un recurso importante”. Además, insiste, “vamos a actualizar la base de datos periódicamente con los datos del brote de EVE en curso y los futuros para garantizar la continuidad de esta herramienta”.³

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

Los siguientes archivos de la base de datos están diseñados para ser abiertos con Google Earth® y software de información geográfica (GIS): [Ebola_data_paper_GIS_points.kmz](#) - [Ebola_data_paper_GIS_polygons.kmz](#).

La epidemia de la enfermedad por el virus del Ébola (EVE) en África Occidental también amenaza con desencadenar una crisis alimentaria en los países donde se concentra, de por sí asolados por la pobreza y el hambre.

“La crisis se limitará sobre todo a los tres países donde se concentra la acción del virus, Guinea, Liberia y Sierra Leona”, aseguró Shenggen Fen, director general del Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias (IFPRI), una organización independiente con sede en Washington.

“La EVE está provocando una crisis alimentaria por una serie de factores relacionados entre sí, como la muerte de los agricultores, la escasez de mano de obra, el aumento de los costos de transporte y de los precios de los alimentos”, explicó.

“Dentro de estos países, donde la desnutrición es un problema desde hace mucho tiempo, la crisis alimentaria puede persistir durante décadas”, advirtió.

“Pero debido a que Guinea, Liberia y Sierra Leona son importadores netos de alimentos, es poco probable que la crisis alimentaria se propague a otros países, dentro o fuera de la región”, agregó Fan.

“Los precios mundiales tienden a tener efectos de transmisión en los precios de los alimentos regionales o nacionales, pero para los pequeños mercados, como son estos tres países, es poco probable que ese efecto trascienda sus propias fronteras, siempre y cuando la enfermedad en sí no se transmita a otras zonas”, dijo.

En un comunicado difundido el 21 de octubre, el IFPRI informó que la situación que enfrentan los tres países es sombría.

Las escuelas en Sierra Leona cerraron, lo que implica el cierre de programas de alimentación fundamentales para los niños que dependían de ellos. Y las restricciones al consumo de la carne de animales silvestres, la presunta fuente de la EVE, eliminaron una fuente tradicional de proteínas y nutrientes de la dieta local.

“Además, en las zonas afectadas están subiendo vertiginosamente los precios de alimentos básicos, como el arroz y la mandioca, a medida que se abandonan los cultivos y escasea la mano de obra”, destacó el comunicado.

La comida que se exporta de esas zonas tampoco está llegando a otras regiones.

“Mientras sopesamos los peligros de esta terrible enfermedad, no debemos olvidar la auténtica amenaza que supone para la seguridad alimentaria”, subrayó el IFPRI. “La comunidad internacional debe unirse para asegurar la existencia de redes de seguridad que protejan no solo a las personas infectadas con la enfermedad, sino también a aquellos cuyo acceso a los alimentos se ve gravemente afectado”, agregó.

“Estas redes de seguridad, que podrían consistir en la transferencia de dinero en efectivo o en especie, deben ir acompañadas de intervenciones nutricionales y de salud”, explicó Fan.

“Por ejemplo, un programa de transferencia condicional de dinero vinculado a la salud puede mejorar el acceso a los alimentos nutritivos, especialmente cuando los precios son altos, y a la vez fomentar el uso de los servicios sanitarios”, dijo.

“Esto es importante, porque invertir en la nutrición y la salud de las poblaciones vulnerables podría reducir la tasa de mortandad de enfermedades como la EVE, ya que la situación nutricional y la infección están íntimamente vinculados”, afirmó.

“Cuando pase la epidemia, la protección social y las intervenciones de apoyo a la agricultura serán esenciales para aumentar la resistencia a futuras crisis de subsistencia”, observó.

“La crisis alimentaria sumará miles de muertes a las que provoque la EVE en los tres países más afectados”, advirtió.

Los esfuerzos recientes del Programa Mundial de Alimentos para brindar asistencia alimentaria a 1,3 millones de personas en estos tres países dan una idea de la magnitud de la crisis actual.

“La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) también brinda asistencia alimentaria a cerca de 90.000 hogares rurales para mitigar la crisis”, señaló Fan.

“En el comienzo de la zafra de la cosecha, la escasez de mano de obra hace peligrar la seguridad alimentaria de decenas de miles de personas en las zonas especialmente afectadas”, dijo.



Un avión alemán llega a Ghana para ayudar a entregar suministros de la ONU como parte de la respuesta de emergencia a la crisis de la EVE.

Un nuevo brote de fiebre hemorrágica de Lassa se ha presentado en el estado de Oyo, en el suroeste de Nigeria. Llega apenas una semana después que el país fuera declarado oficialmente libre del virus del Ébola. El brote de fiebre hemorrágica de Lassa fue confirmado por el Dr. Muyiwa Gbadegesin, Comisionado Estatal de Salud, quien dijo que al menos 10 casos han sido confirmados en el estado, tres de los cuales provenían de otro estado. Reiteró que el gobierno tiene el control total de la situación.

“Ya estamos trabajando para ponerlo bajo control. Estamos haciendo el mejor esfuerzo para contener el brote. Contamos con todos los recursos necesarios para ello. Sólo quiero hacer un llamamiento a la población para respetar las medidas higiénicas y, si se sienten mal, concurrir al hospital para un diagnóstico correcto de su enfermedad y el correspondiente tratamiento”, dijo el comisionado.

También comentando sobre el brote, el profesor Olufemi Olaleye, Jefe del Departamento de Virología del Hospital Docente Universitario (UCH), en Ibadan, desacreditó el rumor propagado en el estado de que nadie estaba a salvo, ya que las ratas negras (*Rattus rattus*) eran las portadoras del virus.

“Las ratas negras en nuestras casas no tienen este virus. Las ratas que lo portan son silvestres. Hay agricultores que, en el proceso de elaboración de harina de mandioca, la cortan y la ponen a secar. Estas ratas silvestres se alimentan de ella, y en el proceso la orinan, y así contaminan la mandioca con el virus. Cualquier persona que consume esta harina puede contraer la fiebre de Lassa”, dijo Olaleye.

También reveló que algunos de los casos reportados como de enfermedad por el virus del Ébola en el UCH durante el brote, eran en realidad casos de fiebre de Lassa.⁴



Italia, Potenza: Caso de carbunco en Tramutola

27 de octubre de 2014 – Fuente: Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Puglia e della Basilicata (Italia)

El 23 de septiembre de 2014, una vaca desarrolló síntomas de carbunco y fue inmediatamente sacrificada en la ciudad de Tramutola (provincia de Potenza, Región de Basilicata), en una granja con animales estabulados. El cadáver luego fue destruido como consecuencia de lesiones internas. El 2 de octubre, una segunda vaca en la misma granja fue encontrada muerta. Un análisis de sangre fue positivo para carbunco.

Al granjero que sacrificó al animal se le hizo un seguimiento y se le administró una terapia con antibióticos tras desarrollar lesiones en la piel. Las pruebas sobre el ADN extraído de una escara confirmaron carbunco, y el genotipo era el mismo que el aislado del segundo animal muerto.

Todo el forraje fue incautado y los animales vacunados, con un segundo tratamiento después de 14 días.

El genotipo de *Bacillus anthracis* es el mismo que el responsable de una epidemia en la provincia en 2011.

Se trata de un brote atípico, con un alto riesgo de infección humana, y en este momento se lo está investigando.⁵

⁴ La fiebre de Lassa es una fiebre hemorrágica aguda viral descrita por primera vez en 1969 en la ciudad de Lassa, en el Estado de Borno, Nigeria situado en el valle del río Yedseram en el extremo sur del lago Chad. Se conocían casos clínicos de la enfermedad más de una década antes, pero no se relacionaron con este patógeno viral. La infección es endémica en países de África Occidental, y causa 100.000-300.000 casos al año, con aproximadamente unas 5.000 muertes. Se han registrado brotes de la enfermedad en Nigeria, Liberia, Sierra Leona, Guinea y República Centroafricana, pero se cree que las infecciones en humanos también existen en la República Democrática del Congo, Mali y Senegal. Su animal huésped principal es el ratón de Benín (*Mastomys natalensis*), un animal autóctono de la mayor parte del África Subsahariana. En estos roedores la infección se encuentra en un estado asintomático persistente.

La infección en humanos se produce normalmente a través de la exposición a los excrementos de animales a través de las vías respiratorias o gastrointestinales. La inhalación de pequeñas partículas de material infeccioso (aerosol) se cree que es el medio más importante de la exposición. Es posible adquirir la infección a través de la piel lesionada o las membranas mucosas que están directamente expuestas a material infeccioso. La transmisión de persona a persona también se ha documentado, presentando un riesgo de enfermedad para los trabajadores de la salud. La enfermedad puede contagiarse por vía aérea o por contacto directo con sangre, orina o semen humanos infectados. También se ha registrado la transmisión a través de la leche materna.

El control de la población de roedores no es práctico, por lo que las medidas se limitan a mantener los animales fuera de los hogares y los suministros de alimentos, así como mantener una adecuada higiene personal. Se recomienda el uso de guantes, mascarillas, batas de laboratorio y gafas durante el contacto con una persona infectada.

En el 80% de los casos la enfermedad es asintomática, pero en el 20% restante puede presentar un curso complicado. Se estima que el virus es responsable de cerca de 5.000 muertes al año. Después de un período de incubación de 6-21 días, se presenta una enfermedad aguda con afectación multiorgánica. Existen síntomas no específicos, como fiebre, hinchazón de la cara y fatiga muscular, así como conjuntivitis y hemorragia mucosas. Otros síntomas derivados de los órganos afectados son: náuseas, vómitos y diarrea con sangre, dolor de estómago, estreñimiento, disfagia, hepatitis, pericarditis, hipertensión, hipotensión, taquicardia, tos, dolor de pecho, disnea, faringitis, pleuritis, encefalitis, meningitis, déficit auditivo unilateral o bilateral, convulsiones. Clínicamente, las infecciones por el virus de Lassa son difíciles de distinguir de otras fiebres hemorrágicas virales como las del virus del Ébola y el de Marburg, y de enfermedades febriles más comunes como la malaria. El virus se excreta en la orina durante tres a nueve semanas y en el semen durante tres meses.

Alrededor de 15-20% de los pacientes hospitalizados mueren por la enfermedad. Se estima que la tasa de letalidad global es de 1%, sin embargo, durante las epidemias esta tasa puede elevarse hasta 50%. En las mujeres embarazadas la tasa de mortalidad es superior a 80% cuando se produce durante el tercer trimestre, y la muerte fetal también se da en casi todos los casos. El aborto disminuye el riesgo de muerte de la madre.

A comienzos de 2012 se produjo un brote importante en 23 de los 36 estados de Nigeria, habiéndose notificado 1.723 casos sospechosos, con un total de 112 fallecimientos. Cabe destacar que desde 1970 se han importado varios casos de fiebre de Lassa a Europa y Norteamérica, y en ninguno de ellos se ha descrito transmisión posterior de persona a persona, pero sí debe destacarse la importancia para la salud pública de estas importaciones, ya que los viajeros afectados se desplazaron en aviones comerciales, con el riesgo de transmisión que esto supone, aunque parece que la transmisibilidad es menor en las primeras fases de la enfermedad.

⁵ Tramutola es una localidad italiana de la provincia de Potenza, región de Basilicata, con 3.223 habitantes.

Por definición, cuando el ganado estabulado contrae carbunco, no se ha contagiado durante el pastoreo, sino por el alimento suministrado. El heno contaminado ha sido implicado en un buen número de brotes. Suele ocurrir que la tierra estaba húmeda durante la henificación y por lo tanto el barro contaminado consigue incorporarse a un fardo durante el empacado. Demostrar esto mediante la recuperación del patógeno del heno puede ser un desafío, entre otras cosas porque es necesario hacerlo en el fardo contaminado específico que con seguridad ya no existe. Otra fuente pueden ser los concentrados contaminados por el uso de harina de huesos inadecuadamente esterilizados, pero como la cepa de este brote coincide con la de 2011, la fuente más probable es local, y por lo tanto, el forraje. Si este fue comprado, existe una probabilidad de que otros rebaños que hayan consumido forraje de la misma fuente experimenten muertes inesperadas.

28 de octubre de 2014 – Fuente: The Express Tribune (Pakistán)

Siete nuevos casos de poliomielitis fueron reportados el 28 de octubre en Khyber Pakhtunkhwa y las Áreas Tribales bajo Administración Federal (FATA), llevando el número total del país de los casos a 227 en 2014.

El Instituto Nacional de Salud en Islamabad confirmó que siete niños fueron diagnosticados con infección por el poliovirus tipo 1.

Pakistán, Afganistán y Nigeria son los únicos tres países donde la poliomielitis sigue siendo endémica.

Dos niños menores de 10 meses de edad, de Peshawar y Khyber Pakhtunkhwa fueron las primeras víctimas del virus identificadas. Pocas horas después, se detectaron cinco casos más, con lo que el número total de casos en Khyber Pakhtunkhwa ascendió a 46, y a 148 en las FATA. Otros 23 casos de poliomielitis han sido reportados en Sindh en lo que va del año, tres en Punjab y siete en Baluchistán.

28 de octubre de 2014 – Fuente: El Mundo (España)

Es inevitable. Cada cierto tiempo, se lee un nuevo avance, un nuevo hallazgo prometedor para el control e incluso la cura de la infección por VIH. Pero, mientras las publicaciones sobre estos avances –que normalmente se dan en animales o en las fases más tempranas de la investigación en humanos– se suceden, en paralelo con el avance en farmacología que permite soñar con un tratamiento antirretroviral no diario en un futuro, la realidad se empeña en echar un balde de agua fría en forma de datos estadísticos.

Así, todavía se infectan más personas en el mundo de las que reciben tratamiento antirretroviral. Con esa tendencia, invertir el curso de la epidemia parece una misión imposible. Y se pone de manifiesto que, ahora más que nunca, es necesario centrarse en la prevención de la infección y la transmisión del virus, sin menosprecio al resto de investigación.

Por esta razón, esta semana se celebra en Ciudad del Cabo (Sudáfrica) la primera conferencia científica dedicada exclusivamente a la prevención biomédica del VIH, Investigación en VIH para la prevención (HIV R4P, de sus siglas en inglés), a la que asistirán más de 1.300 personas y en la que se presentarán los últimos avances en torno a la prevención de la infección.

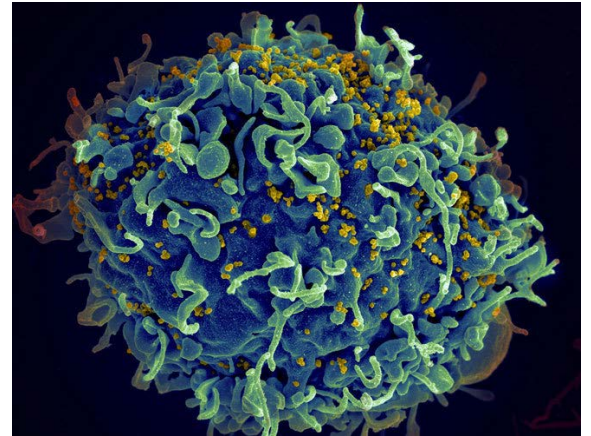
“¿Estamos perdidos en la dirección correcta?”, se preguntaba ayer en un seminario para periodistas previo a la reunión Helen Rees, del Wits Reproductive Health and HIV Institute de Johannesburgo (Sudáfrica) y una de las coanfitrionas del congreso. La dirección correcta parece clara desde que, en 2010, *Science* nombrara hallazgo científico del año al estudio que mostraba que la administración inmediata, con independencia de la carga viral, de antirretrovirales a personas seropositivas con parejas seronegativas, reducía en 96% el riesgo de transmisión del virus.

“Pero para que todos los seropositivos tomen tratamiento antirretroviral hay una serie de barreras que hay que superar”, señaló Rees. En primer lugar, los obstáculos económicos, en un momento en que, según reseñó, uno de los organismos que más financiaban, el Programa Presidencial de Emergencia de Asistencia para el Sida (PEPFAR), “está de capa caída”, algo similar a lo que les ocurre a muchas otras entidades de este tipo. Pero, además, es importante reconocer que la infección no se transmite a todos los grupos por igual. Como muestra un dato de su propia ciudad. Aunque la tasa de infección por VIH es extremadamente elevada en Sudáfrica, cercana a 20%, es en algunos grupos de riesgo donde los niveles se disparan. En las trabajadoras sexuales de la capital, por poner solo un ejemplo, se llega a 80%.

Por esta razón, la investigadora destacó que no solo se trata de administrar antirretrovirales, sino de combinar todas las estrategias que han mostrado eficacia para la prevención, a saber: la terapia preexposición, que ha mostrado su eficacia en diversos grupos pero que, puntualizó Rees, no lo ha hecho aún en el grupo para el que sería más necesario en África, las mujeres jóvenes; la circuncisión, que ha demostrado sin fisuras su utilidad y que, a pesar de ello, apenas ha llegado a una cuarta parte de los adultos que podrían beneficiarse de ella y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual, que ha demostrado influir positivamente en la reducción de la transmisión del VIH.

Para Rees, es en estas medidas en las que hay que gastar el dinero destinado a la prevención. La experta cree que hay algo “en lo que se está fallando” y es en la comunicación. “Lo que está claro que no funciona, y se sigue haciendo, es decirle a las mujeres que no se pueden fiar de nadie y que tienen que utilizar preservativo porque nunca se sabe, ese mensaje no reduce la transmisión”, apuntó.

Uno de los autores del estudio que demostró cómo la administración de tratamiento antirretroviral reducía la transmisión de la infección, Myron Cohen, de la University of North Carolina, alertó por su parte de otras barreras para la implantación generalizada de esta medida de prevención. Ni el inicio precoz de los posibles efectos secundarios, ni el posible incremento de gasto absoluto ni la hipotética posibilidad de desarrollo de resistencias le parecen a este investigador razones suficientes para no poner en tratamiento “en cuanto quieran” a cualquier persona infecta-



Partículas de VIH infectando una célula T.

da por el VIH. Así, el experto denunció que en países como Gran Bretaña aún hay que esperar a una carga viral determinada para comenzar la terapia, aunque predijo que estos límites pronto caerán por su propio peso. "Todo el mundo tendría que ser tratado inmediatamente", resumió.

Las vacunas también van a protagonizar parte de este congreso. La investigadora Mary Marovich, del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas (NIAID) de Estados Unidos explicó cómo llevan años intentando replicar los resultados de la única vacuna que, hasta el momento, ha demostrado eficacia (aunque limitada), la RV144. Finalmente, nueve lugares en Sudáfrica están a punto de volver a probar el compuesto con ligeras modificaciones, algo sobre lo que habrá noticias en los próximos días.

europa **La OMS recomienda vacunarse contra el VPH para evitar el cáncer de cuello de útero**

press

28 de octubre de 2014 – Fuente: Europa Press

La Agencia Internacional para la Investigación contra el Cáncer (IARC), dependiente de la Organización Mundial de la Salud (OMS), acaba de publicar la cuarta edición del 'Código Europeo contra el Cáncer' en la que, entre otros asuntos, recomienda por primera vez la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) por ser la medida "más efectiva" para prevenir el tumor de cuello de útero.

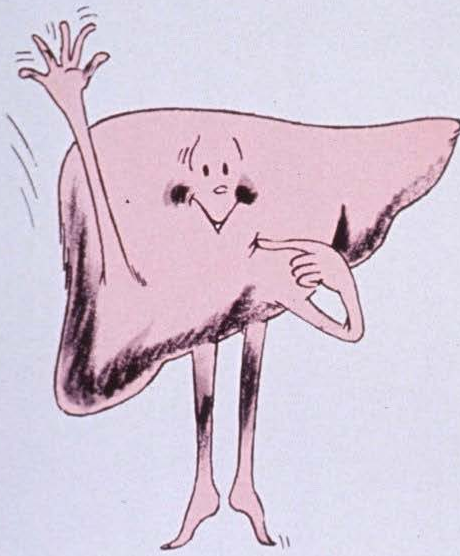
Se trata de un documento que recoge doce actuaciones dirigidas a reducir el riesgo de cáncer y, además, ofrece una lista de recomendaciones de hábitos de vida saludables como, por ejemplo, la eliminación del consumo de tabaco, la reducción de las exposiciones al sol, o la ingesta de una dieta saludable.

Ahora bien, sólo contempla dos aspectos relacionados directamente con protocolos médicos: asegurar la vacunación contra el VPH y la hepatitis B en los calendarios de vacunación, y seguir los programas de cribado de mama, colon y cuello de útero.

Con la inclusión de la prevención del VPH en el Código, elaborado por un grupo de expertos durante dos años, la OMS reafirma las conclusiones de los últimos informes emitidos por el Comité Asesor Mundial de Seguridad de Vacunas, en los que se ratificaba que la vacuna contra el VPH continua manteniendo su "buen perfil de seguridad", así como la importancia de seguir vacunando contra este virus y, de contemplar su prevención en los programas nacionales de inmunización, especialmente en aquellos que se han enfrentado a potenciales pérdidas de confianza por parte de la población.

En Estados Unidos, el Comité Asesor de Prácticas para la Inmunización (ACIP) recomienda la vacunación sistemática contra el VPH en niñas y niños de 11 o 12 años, mujeres de 13 a 26 años, varones de 13 a 21 años que no fueron vacunados previamente, varones de entre 22 a 26 años, varones homosexuales e individuos inmunocomprometidos.

Hi... I'm Your Liver, Your Silent Partner



DO YOU CARE FOR ME?



**American
Liver
Foundation**
Cedar Grove,
New Jersey 07009
1-800-223-0179

Hola... Soy tu hígado, tu socio silencioso. ¿Me cuidas?
American Liver Foundation (Cedar Grove, New Jersey, Estados Unidos).

El Reporte Epidemiológico de Córdoba hace su mejor esfuerzo para verificar los informes que incluye en sus envíos, pero no garantiza la exactitud ni integridad de la información, ni de cualquier opinión basada en ella. El lector debe asumir todos los riesgos inherentes al utilizar la información incluida en estos reportes. No será responsable por errores u omisiones, ni estará sujeto a acción legal por daños o perjuicios incurridos como resultado del uso o confianza depositados en el material comunicado.

A todos aquellos cuyo interés sea el de difundir reportes breves, análisis de eventos de alguna de las estrategias de vigilancia epidemiológica o actividades de capacitación, les solicitamos nos envíen su documento para que sea considerada por el Comité Editorial su publicación en el Reporte Epidemiológico de Córdoba.

Toda aquella persona interesada en recibir este Reporte Epidemiológico de Córdoba en formato electrónico, por favor solicitarlo por correo electrónico a reporteepidemiologicocba@gmail.com, aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.