



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina



Número 939

16 de julio de 2012

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 Farías

Editores Asociados

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

Colaboradores

Germán Bernardi (Arg.)
Guillermo Cuervo (Esp.)
Milagros Ferreyra (Fra.)
José González (Arg.)
Leonardo Marianelli (Arg.)
Lorena Ravera (Arg.)
Gisela Sejenovich (Arg.)
María Lola Vozza (Arg.)



VII CURSO LATINOAMERICANO
DE MEDICINA DEL VIAJERO

Ciudad de Córdoba
Octubre-Diciembre 2012
www.slamviweb.org

Noticias

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

Argentina

- Vigilancia de eventos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización (ESAVIs)
- Se vacunaron contra el sarampión los deportistas olímpicos
- Salta, Salta: Cuatro nuevos casos de influenza A(H1N1)

América

- América Latina: Más de la mitad de los casos de VIH son hombres homosexuales
- Cuba: Son ya 158 los casos de cólera
- México, Chiapas: Detectan en el Estado al mosquito *Aedes albopictus*
- México, Yucatán, Mérida: Detectan un brote de rabia canina y establecen un cerco sanitario

El mundo

- Camboya: Lo que se sabe de la enfermedad de manos, pies y boca que ha matado a decenas de niños
- China: Planean lanzar este año la vacuna contra la hepatitis E
- España, León: No cesan los casos de parotiditis
- España, Madrid, Móstoles: Fallece una segunda mujer afectada por el brote de legionelosis
- Italia: Detectan ARN del virus de la encefalitis japonesa en mosquitos *Culex pipiens*
- Ruanda: Progresos en supervivencia infantil gracias a las vacunas contra la neumonía y el rotavirus
- Las proteínas de la seda sirven para conservar las vacunas sin refrigerarlas
- Las enfermedades tropicales olvidadas son enemigas del corazón

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.

Adhieren:



www.apinfectologia.org/

SLAMVI

Sociedad Latinoamericana
de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/

Vigilancia de eventos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización (ESAVIs)

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

Introducción

La evaluación del riesgo-beneficio en la aplicación de las vacunas permite afirmar que las que están disponibles son seguras. Esta seguridad abarca tanto las características de los productos como su forma de aplicación.

El sistema de vigilancia de los ESAVIs se realiza en forma pasiva, mediante la notificación de todo caso de reacción post vacunal. La reacción de cada individuo puede variar y se ha informado que algunos componentes, entre ellos antibióticos, pueden provocar algunas reacciones que remiten sin consecuencias, o reacciones alérgicas a las proteínas del huevo en las vacunas contra la fiebre amarilla, contra la gripe o vacuna triple viral.

La notificación se realiza por una ficha específica, desde el efector local al provincial, el que, simultáneamente notifica al Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (PRONACEI) y a la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT).

Preguntas frecuentes

¿Qué es un ESAVI?

Un ESAVI es todo aquel cuadro clínico que aparece supuestamente atribuible a la vacunación o inmunización. Un ESAVI, si bien denota una asociación temporal, no implica necesariamente una relación de causa-efecto. La causalidad entre el evento y la vacunación se determinará mediante la investigación del caso. Los casos sospechosos notificados son analizados por la Comisión de Expertos a nivel nacional para su clasificación de acuerdo a los datos de la historia clínica y los estudios complementarios. El PRONACEI recibe notificaciones de eventos graves y efectúa un análisis de causalidad para arribar a conclusiones sólidas para implementar acciones oportunas y efectivas. La Comisión está conformada por integrantes de PRONACEI, ANMAT, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), sociedades científicas y laboratorios nacionales de referencia.

¿Cómo se clasifica un ESAVI?

La clasificación final de los ESAVIs es la utilizada por la OPS/OMS, considerándose:

1. Evento coincidente: definitivamente no relacionado a la vacuna (enfermedad producida por otra etiología).
2. Evento relacionado con la vacuna:
 - a. Evento relacionado con el proceso de manejo del producto (error programático)
 - b. Evento relacionado con los componentes el producto.
3. Evento no concluyente: la evidencia disponible no permite determinar la etiología.

A su vez, pueden ser eventos leves o graves. Un ESAVI grave o severo es todo aquel evento que resulte en hospitalización o fallecimiento, debiendo ser notificados obligatoriamente al sistema de vigilancia.

¿Qué ESAVIs se investigan?

- ESAVIs graves:
 - Requieren hospitalización.
 - Ponen en riesgo la vida de una persona.
 - Producen desenlaces fatales.
- Rumores.
- Eventos que afecten a un grupo de personas (clusters).
- Eventos relacionados con el programa.

Situación en Argentina en el año 2012

Continúa el trabajo con las jurisdicciones para aumentar la notificación de ESAVIs, fundamentalmente en las áreas con silencio de notificación.

La mayoría de las notificaciones corresponde a la vacuna triple bacteriana (incluida DPT-DT-dTa) junto a la vacuna antigripal, en concordancia con el aumento de vacunación en grupos de riesgo dada la época estacional, y la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) en niñas de 11 años.

Del total de ESAVIs notificados a la fecha, un 50,7% corresponde a eventos relacionados a la vacuna en forma leve, y un 16,9% fueron ESAVIs graves. Cabe destacar que un tercio de los ESAVIs graves están asociados a la vacuna quintuple. No hubo fallecidos a la fecha y todos los casos se recuperaron *ad integrum*.

Se notificaron 39 errores programáticos (19,4% de ESAVIs notificados) sin consecuencias posteriores. Este es un punto importante porque con la capacitación del personal a cargo de la vacunación, se podrán evitar los mismos. Hay 19 casos que permanecen en estudio.

Tabla 1. ESAVIs notificados, según sexo y jurisdicción. República Argentina. Año 2012, hasta semana epidemiológica 27. Fuente: PRONACEI.

| Provincia/Región | Sexo | | Confirmados | Descartados | En estudio | Total |
|---------------------------------|------------|-----------|-------------|-------------|------------|------------|
| | Femenino | Masculino | | | | |
| Ciudad Autónoma de Buenos Aires | 42 | 35 | 71 | 1 | 5 | 77 |
| Buenos Aires | 3 | 1 | 4 | — | — | 4 |
| Córdoba | 1 | — | 1 | — | — | 1 |
| Entre Ríos | 2 | — | 1 | — | 1 | 2 |
| Santa Fe | 23 | 22 | 40 | 1 | 4 | 45 |
| Centro | 71 | 58 | 117 | 2 | 10 | 129 |
| Mendoza | 12 | 8 | 18 | 1 | 1 | 20 |
| San Juan | 10 | 3 | 9 | — | 4 | 13 |
| San Luis | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 2 |
| Cuyo | 23 | 12 | 28 | 2 | 5 | 35 |
| Corrientes | 1 | — | — | — | 1 | 1 |
| Misiones | 4 | 1 | 4 | 1 | — | 5 |
| NEA | 5 | 1 | 4 | 1 | 1 | 6 |
| Catamarca | 2 | 2 | 3 | — | 1 | 4 |
| Salta | 6 | 1 | 6 | — | 1 | 7 |
| NOA | 8 | 3 | 9 | — | 2 | 11 |
| Chubut | 5 | 4 | 8 | — | 1 | 9 |
| La Pampa | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 5 |
| Neuquén | — | 1 | 1 | — | — | 1 |
| Río Negro | 2 | 1 | 1 | — | 2 | 3 |
| Santa Cruz | — | 2 | 1 | — | 1 | 2 |
| Sur | 10 | 10 | 14 | 1 | 5 | 20 |
| Total Argentina | 117 | 84 | 172 | 6 | 23 | 201 |

Figura 1. ESAVIs notificados, según clasificación. República Argentina. Año 2012, hasta semana epidemiológica 27 (N=201). Fuente: PRONACEI.

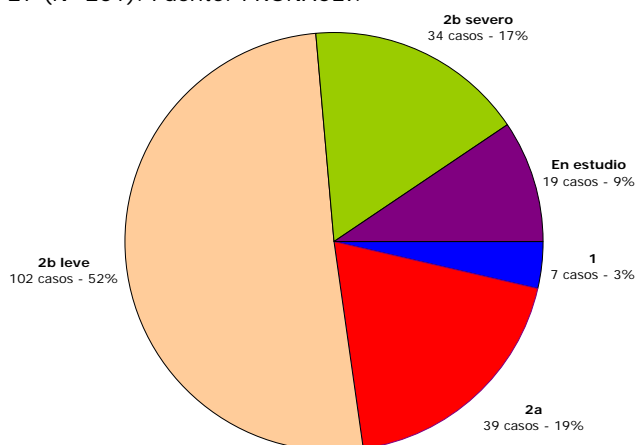
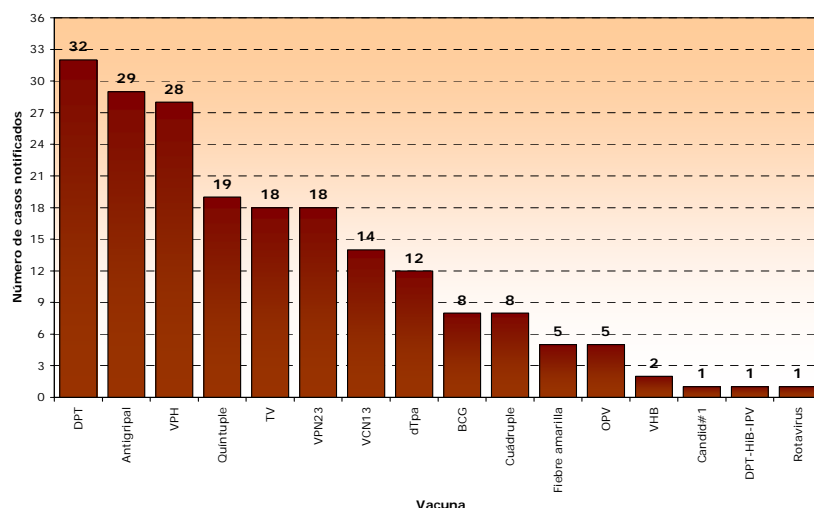


Figura 2. ESAVIs notificados, según vacuna. República Argentina. Año 2012, hasta semana epidemiológica 27 (N=201). Fuente: PRONACEI.



Conclusiones y recomendaciones

La notificación de los casos de ESAVIs graves, los clusters y los rumores, como así también el trabajo multidisciplinario, conforman la clave para poder realizar un análisis de causalidad y arribar a conclusiones sólidas, que permitan implementar acciones oportunas y efectivas. Esto permitirá sostener coberturas adecuadas de vacunación, en forma consistente, sin generar confusión en la población general, manteniendo la confianza en las vacunas del Calendario Nacional de Inmunizaciones. Para esto es fundamental la capacitación constante en todos los niveles.

Con la incorporación en octubre de 2011 al Calendario Nacional de Inmunizaciones de la vacuna contra el virus del papiloma humano, y en enero del corriente año de la vacuna antineumocócica conjugada 13-valente, se espera un aumento de la notificación de ESAVIs, lo cual generará evidencia sólida sobre la seguridad de las vacunas del Calendario Nacional de Inmunizaciones en Argentina.¹



Se vacunaron contra el sarampión los deportistas olímpicos

13 de julio de 2012 – Fuente: Ministerio de Salud (Argentina)

Autoridades del Ministerio de Salud de la Nación y de la Secretaría de Deporte de la Nación, a través del Área Médica del Centro Nacional de Alto Rendimiento Deportivo (CENARD), vacunaron contra el sarampión a deportistas que viajarán a los Juegos Olímpicos Londres 2012 –que comienzan el próximo 27 de julio–, ya que en el continente europeo se registra una importante circulación de esta enfermedad. Además, los funcionarios y el personal que participó del operativo chequearon que todos los competidores tengan el esquema de vacunación contra esta patología completo y ofrecieron en forma gratuita vacunas contra la gripe y la meningitis.

¹ Para ficha de notificación, definiciones de casos, flujo de notificación y recomendaciones, haga clic [aquí](#).

“Es bueno sentirse cuidada. Como dice mi entrenadora Daniela Conde, primero está la salud y luego el desarrollo, porque un atleta sin salud no puede desarrollarse. Todos tenemos que tomar conciencia de que éste es otro paso importante del Estado para cuidar a toda la comunidad”, afirmó la gimnasta Valeria Pereyra, quien, a 16 días de su debut olímpico, fue inmunizada contra el sarampión, al tiempo que destacó que “me siento con un buen nivel y sueño con quedar entre las veinticuatro mejores”.

Además de la gimnasta –la más joven de la delegación argentina–, también fueron inmunizados Carlos “Chapa” Retegui, el entrenador del Seleccionado Nacional de Hockey femenino (Las Leonas) y el yudoca Cristian Schmidt, entre otros.

Por su parte, la responsable del Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (PRONACEI) de la cartera sanitaria nacional, Carla Vizzotti, dijo que “si bien en Argentina no circula el sarampión desde el año 2000, el riesgo de importación de esta enfermedad es alto y permanente, porque el virus es muy contagioso”.

“Actualmente, el sarampión está circulando con intensidad en Inglaterra, en el resto de Europa y en otras partes del mundo”, detalló la funcionaria, e hizo hincapié en la importancia de la prevención, ya que esta patología “puede ocasionar complicaciones graves, como encefalitis o neumonía, entre otras”.

Vizzotti recordó que “una persona se considera protegida contra el sarampión si acredita dos dosis de la vacuna triple viral: al año de vida y al ingreso escolar; haber recibido dos dosis de vacuna doble o triple viral después del año de vida (haberse vacunado en las campañas de vacunación contra el sarampión y la rubéola); o los mayores de 50 que certifiquen haber padecido la enfermedad. Para quienes no cumplen con estos requisitos, se recomienda recibir al menos una dosis de la vacuna doble o triple viral”.

La vacunación antisarampionosa está incluida en el Calendario Nacional de Vacunación, a través de la vacuna triple viral: se aplica la primera dosis al año de edad y una segunda al momento del ingreso escolar (5/6 años); también se aplica una dosis a los 11 años, a aquellos niños que no hubieran recibido las dos dosis correspondientes.

Los turistas también deben vacunarse

Días atrás, el ministro de Salud de la Nación, Juan Luis Manzur, y su par de Turismo, Enrique Meyer, recomendaron a las personas que tengan previsto viajar a Inglaterra tener completo el esquema de vacunación contra el sarampión, dada la situación epidemiológica que se registra en Europa.

En esta oportunidad, el titular de la cartera sanitaria nacional señaló que “no sólo los deportistas olímpicos deben vacunarse contra el sarampión, sino todas aquellas personas que viajen al continente europeo”, y añadió que “estamos trabajando fuertemente para evitar el reingreso de esta enfermedad al país. Que los turistas viajen sin la debida protección implica un riesgo tanto para ellos, de manera individual, como para el resto de los argentinos. Por eso, les pedimos que consulten a su médico antes de viajar y se apliquen las vacunas correspondientes”.

Asimismo, desde el Ministerio de Salud de la Nación se solicitó a los profesionales de la salud que aprovechen las consultas médicas para verificar los antecedentes de vacunación para todas las enfermedades, con la finalidad de alcanzar altas coberturas de en la población.



Salta, Salta: Cuatro nuevos casos de influenza A(H1N1)

14 de julio de 2012 – Fuente: El Tribuno (Argentina)

La aparición de cuatro nuevos casos de influenza A(H1N1) prendió una luz de alerta en el Ministerio de Salud Pública de la Provincia. Es por eso que desde el área de Epidemiología se solicitó a la población que aún no se vacunó, “que lo haga lo antes posible, especialmente niños y mayores de 65 años”.

Este año, y con los nuevos pacientes que sufren la enfermedad, son cinco en total los afectados por el virus. El coordinador de Epidemiología, Alberto Gentile, confirmó ayer los casos e informó que todos son de la ciudad de Salta.

De acuerdo con la información oficial, los afectados son un niño de un mes de edad que vive en Las Costas, dos hermanos de 8 y 9 años de barrio Solidaridad y un adulto que fue detectado por las autoridades sanitarias en barrio Limache. El primer caso se conoció la semana anterior.

“Todos los pacientes evolucionaron favorablemente”, indicó Gentile, quien destacó que hasta el momento la transmisión de la enfermedad es de baja intensidad en la provincia.

El funcionario aseguró que el Ministerio de Salud Pública dispone de los medicamentos específicos para el tratamiento de la infección distribuidos en todo el sistema de atención.

Gentile manifestó que a partir de 2010 el país adoptó la estrategia de vacunación obligatoria contra influenza y que la provincia es una de las jurisdicciones que alcanzó una buena cobertura.

A pesar de que la aparición de estos nuevos casos no compromete la situación sanitaria, de acuerdo a lo manifestado por las autoridades, se hizo hincapié en la importancia de la vacunación, que es gratuita y se encuentra disponible en todos los centros de salud de la provincia.

El virus aislado pertenece al mismo subtipo responsable de la pandemia iniciada en febrero de 2009 en México, habiéndose confirmado otros casos en Argentina y países vecinos.





América Latina: Más de la mitad de los casos de VIH son hombres homosexuales

12 de julio de 2012 – Fuente: *The Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*

Más de la mitad de las personas infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en América Latina son hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, afirmó un estudio.

El equipo de investigadores, entre quienes se cuenta el exministro de Salud de México, Jorge Saavedra, incluyó sus conclusiones en un suplemento que JAIDS, al igual que otras publicaciones científicas, compiló en preparación de la XIX Conferencia Internacional del Sida.

La conferencia se celebrará en el Centro de Convenciones de Washington y se espera la asistencia de unas 25.000 personas incluidos médicos, investigadores, autoridades sanitarias de decenas de países, y activistas.

“Aunque los hombres homosexuales fueron el primer grupo en el cual se reconoció el sida, el enfoque del control de la epidemia se ha centrado en los heterosexuales en el mundo en desarrollo debido a la carga desproporcionada de la enfermedad en la población general”, señaló el artículo.

Esto ha sido más notable en los países del África Subsahariana y responde también a “la percepción errónea de que los únicos hombres homosexuales afectados por el VIH eran individuos urbanos en los países ricos”.

El mejoramiento de los métodos de encuesta y registros “ha documentado que en muchas partes del mundo la prevalencia del VIH entre los hombres homosexuales es mayor que entre la población general o entre otros grupos con alto riesgo de adquisición de la infección, como las trabajadoras sexuales”, añadió.

En los países de ingresos medios y bajos se calcula que la prevalencia de la infección con el VIH entre los hombres homosexuales es unas 19 veces mayor que entre la población general.

“En términos geográficos, hay un número desproporcionado de hombres homosexuales infectados en América Latina, por ejemplo en México, en el Caribe (por ejemplo, Jamaica) y en Asia (Tailandia)”.

Los investigadores señalaron que en los últimos años han ocurrido cambios notables en la prevención y el tratamiento de la infección con el VIH que “dan esperanzas para la profilaxis en los países de ingresos bajos y medios”, agregó.

El caso más notable que señala el artículo es el de Sudáfrica donde “el reconocimiento pleno de los derechos y capacidades de los hombres homosexuales ofrece nuevas oportunidades para la prevención directa que aumente las pruebas de detección del virus, la participación en los cuidados y el tratamiento”.

Los investigadores también señalaron como ejemplos de una mayor participación de los hombres homosexuales y de atención a ellos los servicios de salud para personas transgénero en la Clínica Condesa de Ciudad de México, y del programa IMPACTA en Lima (Perú) “que han respondido a las necesidades de los homosexuales de programas culturalmente sensibles”.

Asimismo, la Fundación AIDS Healthcare, de Estados Unidos, ha compartido internacionalmente su modelo de Centro de Bienestar de los Hombres en contextos como la Zona Rosa de Ciudad de México, y el puerto de Guayaquil, en Ecuador.²



Cuba: Son ya 158 los casos de cólera

13 de julio de 2012 – Fuente: Ministerio de Salud Pública (Cuba)

El pasado 2 de julio, el Ministerio de Salud Pública informó la presencia de un brote de cólera en el municipio de Manzanillo, provincia de Granma. Desde entonces, a través de las emisoras de radio y televisión del territorio, se mantiene informada a la población sobre la evolución de la situación epidemiológica y en especial, las medidas preventivas e higiénicas a cumplir.

Hasta el momento, existen un total de 158 personas que a partir de la valoración clínica, epidemiológica y por cultivo de laboratorio, se le ha confirmado la presencia de *Vibrio cholerae* O1 Tor enterotoxigénico, serotipo Ogawa. No han ocurrido nuevos fallecidos, manteniéndose la cifra de tres adultos como se había informado.

Las medidas tomadas han posibilitado que el brote epidémico de transmisión hídrica, se encuentre disminuyendo, sin evidencia de propagación de la enfermedad por alimentos u otra vía.

Como resultado del sistema de vigilancia epidemiológica sobre enfermedades diarreicas agudas propias del verano, se han diagnosticado casos aislados en otras regiones del país, de personas que se infectaron en Manzanillo, siendo tratados y estudiados oportunamente, no existiendo diseminación de este brote epidémico.

Ante esta situación epidemiológica, participan de forma cohesionada los organismos y entidades implicados para el análisis sistemático y la adopción de las medidas que se requieran, garantizándose agua potable clorada en la zona afectada, acciones de saneamiento e higienización, así como el desarrollo de una amplia campaña educativa con la población, que ha cooperado en todo momento, en el cumplimiento de las indicaciones sanitarias dadas.

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

Se reitera la necesidad de intensificar las medidas higiénicas, especialmente las relacionadas con el lavado de las manos, la ingestión de agua de calidad o hervida domésticamente, la limpieza y cocción adecuadas de los alimentos, aspectos estos imprescindibles en esta etapa de verano.³



México, Chiapas: Detectan en el Estado al mosquito *Aedes albopictus*

13 de julio de 2012 – Fuente: Azteca Noticias (México)

La secretaría de Salud de Chiapas informó que se detectó la presencia del mosquito *Aedes albopictus* en algunos municipios, el cual es capaz de transmitir 22 tipos de enfermedades, entre ellas el dengue y la fiebre amarilla.

La dependencia señaló que *Ae. albopictus* es sobre todo en esta temporada un factor de riesgo considerable para la transmisión del dengue.

Ae. albopictus, llamado comúnmente 'mosquito tigre asiático' por unas rayas que tiene en su anatomía y por su lugar de origen, está considerado como una de las cien especies invasoras más dañinas del mundo.

En Chiapas se han contabilizado 646 casos de dengue, el 40% de tipo grave, por lo que las autoridades intensificaron una campaña de fumigación para abatir los mosquitos transmisores de esta enfermedad.

Dijo la dependencia que preocupa a Chiapas la epidemia de dengue que se ha registrado en Centroamérica, sobre todo por la aguda migración de habitantes de esa región que llegan a Chiapas en busca del llamado 'sueño americano'.

El secretario de Salud de Chiapas, James Gómez, comentó "tenemos conocimiento de una gran epidemia en Centroamérica donde están circulando los cuatro serotipos de virus y el aspecto migratorio que tenemos en la zona del Soconusco es importante".

"En Huixtla encontramos algunos mosquitos, y en Tapachula muy localizado en un panteón. En Tuxtla todavía no hemos encontrado, pero el transporte, las vías de comunicación que tenemos ahora hace que el mosquito se vaya adaptando a diversas altitudes", agregó.



México, Yucatán, Mérida: Detectan un brote de rabia canina y establecen un cerco sanitario

12 de julio de 2012 – Fuente: Servicios Informativos y Publicitarios del Sureste (México)

La tercera fase del programa contra la rabia, que se implementó en marzo, arrojó que fueron tres los perros detectados con esa enfermedad en todo el Estado, dos en Mérida y uno en Tekax, informó el médico veterinario zootecnista Enrique Marín Pech, responsable de ese proyecto.

Explicó que en el caso de Tekax, la cepa fue traída de Chiapas a través de un grupo de personas que llegó a ese municipio con su mascota, la cual murió sin que los dueños supieran que estaba contagiado.

Sobre el cerco epidemiológico que se estableció al detectarse dos casos de rabia en perros de la comisaría de Cholul, explicó que arrojó buenos resultados pues de las 32 personas que estuvieron en contacto con los animales, ninguna presentó síntomas, así como tampoco seis integrantes de una misma familia de Tekax.

Además del cerco sanitario en los últimos cuatro meses se vacunó y esterilizó no sólo a canes sino también a gatos de las comisarías de Cholul, Xcuytún, Sitpach y Chichí Suárez y de las colonias Las Águilas, Altabrisa, Maya, Montecarlo, Vista Alegre Norte, Montebello y el municipio de Conkal.

Sobre el caso de Tekax, indicó que se detectó hace dos meses, pero el caso llamó la atención porque las pruebas realizadas al can sacrificado que portaba la rabia arrojaron que se había contagiado de otro can, que fue traído de Chiapas.

"En un principio se pensó que el contagio fue por un murciélago, pero al saber cómo se contagió, de inmediato se estableció un cerco en las colonias cercanas. Se sacrificaron animales y se vacunó a la familia", expresó.

El caso de rabia de Cholul ocurrió en la colonia Guadalupana, donde dos perros se contagiaron, y se estableció un cerco que incluyó esa población, Sitpach y la zona de Altabrisa.



³ La Organización Panamericana de la Salud (OPS) da por válidas las cifras oficiales, aunque Jorge Hadad, asesor de la organización en Cuba, matiza que los datos pueden no estar al día. "Estamos seguros que esa cifra es exacta, el país tiene un sistema veraz, aunque a veces se demora en reconocer los casos mientras los verifica", dijo.

El mismo asesor dijo recientemente que La Habana no ha solicitado asistencia para combatir la enfermedad, y agregó que a su juicio el país "tiene la formación técnica, la experiencia y los recursos para combatirlo".



Camboya: Lo que se sabe de la enfermedad de manos, pies y boca que ha matado a decenas de niños

13 de julio de 2012 – Fuente: British Broadcasting Corporation (Gran Bretaña)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que la causa más probable de la enfermedad no diagnosticada en Camboya que causó la muerte de decenas de niños fue una forma severa de la enfermedad de manos, pies y boca (EMPB).

Además, afirma la organización, muchos casos se vieron empeorados por un tratamiento inapropiado con esteroides. Esta combinación pudo haber causado la muerte de 52 de los 59 niños afectados, la mayoría menores de tres años, dice el organismo.

Aunque los primeros casos se identificaron en abril pasado, las autoridades sanitarias de Camboya no habían podido encontrar la fuente o causa de la enfermedad.

Tal como informó la OMS, después de llevar a cabo análisis de laboratorio se encontró que “una proporción significativa” de las muestras mostró la presencia de un virus, el enterovirus 71 (EV-71), que además de ser la causa de la EMPB puede provocar severas complicaciones en los pacientes.

Y otro factor que pudo haber contribuido a la letalidad de la enfermedad, dice la OMS, fue el tratamiento que, en muchos casos, se dio a los pacientes.

“La investigación reveló que la mayoría de los casos fueron de menores de tres años de edad” afirma un comunicado de la OMS y las autoridades sanitarias de Camboya. “Los casos surgieron en 14 provincias diferentes y muchos de ellos recibieron esteroides en algún momento de su enfermedad. Se sabe que el uso de esteroides empeora la condición de los pacientes contagiados con el EV-71, que causa la EMPB” agrega.

Las autoridades también informaron que no todos los casos que se presentaron pudieron analizarse en el laboratorio porque los pacientes murieron antes de poder tomar las muestras apropiadas.

Inicialmente la organización informó que 62 niños habían resultado afectados con la enfermedad y de éstos 61 habían muerto.

Infección severa

Los primeros informes en abril surgieron de un hospital infantil que alertó sobre un “número inusual” de enfermedad y muertes entre los niños hospitalizados.

Posteriormente el Ministerio de Salud de Camboya solicitó apoyo de la OMS y otros organismos de salud para llevar a cabo una investigación sobre “el síndrome no diagnosticado”.

La EMPB es un trastorno común en varios países del sureste asiático. Sin embargo, las complicaciones que los pacientes presentaban en Camboya –que incluían síntomas neurológicos poco comunes– confundieron inicialmente a las autoridades sanitarias del país.

Las autoridades explicaron inicialmente que los síntomas de la enfermedad incluían fiebre alta seguida de complicaciones neurológicas y respiratorias con un rápido deterioro de las funciones. Y la alta y rápida mortalidad de la enfermedad causó preocupación entre los expertos.

Ahora la OMS informa que estas complicaciones pudieron haber sido causadas tanto por la presencia del EV-71, una combinación de otros organismos causantes de enfermedades, y el tratamiento inapropiado con esteroides que en muchos casos empeoró la enfermedad.

“El EV-71 es conocido por causar severas complicaciones entre los pacientes”, dice la OMS. “Además, un número de otros patógenos, incluido el dengue y *Streptococcus suis* fueron identificados en algunas de las muestras”, agrega.

Esteroides mortales

El doctor Nima Asgari, epidemiólogo de la OMS en Phnom Penh, declaró que “nuestra investigación encontró que se han usado esteroides. Y hay estudios que muestran que con en estos pacientes con EV-71 si suministras esteroides, los pacientes mueren”.

La EMPB se propaga con el contacto directo con mucosidad, saliva o heces de una persona contagiada. Los síntomas incluyen fiebre, úlceras dolorosas en la boca y erupción con ampollas en las manos, pies y nalgas. Las formas leves y moderadas de la infección son comunes entre los niños menores de 10 años y por lo general todos los pacientes se recuperan en 10 días sin necesidad de tratamiento médico.

Pero en algunos casos pueden presentarse complicaciones severas y letales, en particular cuando el organismo está debilitado por otros trastornos subyacentes. Y esto, dice la OMS, contribuyó también a la mortalidad de la enfermedad en Camboya.

Las autoridades continúan las investigaciones sobre la enfermedad y están aconsejando a los profesionales y clínicas de salud que se abstengan de usar esteroides para tratar los síntomas.

Asimismo, el gobierno está reforzando las campañas de concienciación pública sobre las prácticas de higiene para evitar la propagación del virus.



Después de más de un año de control e inspección por parte de la Administración Estatal de Alimentos y Medicamentos de China (SFDA), una vacuna contra la hepatitis E desarrollada por científicos chinos podría estar disponibles a fin de año.

Los científicos desarrollaron la vacuna en el Instituto Nacional de Diagnóstico y Desarrollo de Vacunas contra Enfermedades Infecciosas (NIDVD) en la Universidad de Xiamen.

Su aprobación por la SFDA sigue a la fase III de ensayos clínicos publicados en *The Lancet* en 2010, que parece ser ciento por ciento eficaz en la prevención de la infección.⁴

Xiamen Innovax Biotech (conocido como Innovax), el brazo de investigación y desarrollo de la universidad, se prepara ahora para lanzar la vacuna al mercado, según Steven Gao, gerente general de Innovax.

La vacuna china será la primera en el mundo en entrar en producción.

En 2007, GlaxoSmithKline (GSK) desarrolló una vacuna, en colaboración con el Ejército de Estados Unidos. Los ensayos de fase II de la vacuna llevados a cabo en Nepal, encontraron que era eficaz en más del 95% en la prevención de la infección.⁵

Sin embargo, GSK no siguió la producción de la vacuna, y los esfuerzos para financiar los ensayos y la comercialización a través de asociados no han tenido éxito, según Eleanor Bunch, un portavoz de la compañía. Pero dijo que GSK está “dispuesta a cooperar con terceros para compartir los resultados y ganar experiencia”.

El virus de la hepatitis E causa alrededor de 20 millones de infecciones al año. Esto resulta en alrededor de tres millones de enfermedades agudas y 70.000 muertes al año. Es especialmente peligroso para las mujeres embarazadas, que pueden desarrollar una forma aguda de la enfermedad que es mortal en un 20% de los casos.

La perspectiva de una vacuna fue bien recibida por Buddha Basnyat, de la Unidad de Investigación Clínica de la Universidad de Oxford, en Nepal, auspiciada por el Hospital Patan en Katmandú. “Creo que es muy bueno que esta importante vacuna está finalmente disponible para su uso”, dijo.

Tarik Jasarevic, oficial de comunicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), dijo que “China debe ser elogiada por el desarrollo de la primera vacuna con licencia contra el virus de la hepatitis E (VHE)”.

La Universidad de Xiamen e Innovax planean ahora solicitar el registro de la vacuna al Programa de Precalificación de la OMS, que hace que los medicamentos estén disponibles para agencias tales como Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA).

Shahid Jameel –líder del Grupo de Investigación en Virología de la rama india del Centro Internacional de Ingeniería Genética y Biotecnología, en Nueva Delhi– dijo que la nueva vacuna china sería particularmente útil para las personas que viajan a los países endémicos, como India y China, y para las mujeres embarazadas en las áreas endémicas.

“En esta última población, creo que salvará muchas vidas, por lo que es un avance importante”, dijo Jameel.

Scott Holmberg, jefe de Epidemiología y Vigilancia de la División de Hepatitis Viral de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, dijo: “Teniendo en cuenta los últimos grandes brotes de hepatitis E en el África subsahariana, y las muchas mujeres embarazadas y niños menores de dos años de edad que han muerto durante estos brotes, los investigadores de los CDC están ansiosos por encontrar una vacuna que sea eficaz en estas situaciones de brote”.

Diario de León España, León: No cesan los casos de parotiditis

9 de julio de 2012 – Fuente: Diario de León (España)

Dos nuevos casos de parotiditis diagnosticados en el centro de salud de Armunia y Villafranca del Bierzo se suman a las 130 detectados hasta la semana 27 con lo que las personas afectadas de parotiditis suman ya 132. El servicio territorial de Sanidad y Bienestar Social de León mantiene la alerta tras la detección de una epidemia de parotiditis en León y su alfoz desde el pasado 22 de abril, fecha en que los casos declarados por los médicos de Atención Primaria empezaron a incrementarse.

La entrada del verano y la terminación de las clases, con la disminución de los centros con grandes concentraciones en lugares cerrados, han conseguido frenar el número de casos declarados, pero los efectos de esta enfermedad todavía arrastran infectados en el área de León, zona especialmente afectada por el virus.

Sanidad mantiene la alerta en el Hospital y los centros de salud aunque los epidemiólogos sostienen que el virus se ha manifestado hasta la fecha con una evolución benigna, sin que ningún afectado haya necesitado hospitalización.



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

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

El virus empezó a manifestarse fuertemente contagioso entre la población con edades comprendidas entre los 20 y los 29 años, colectivo que representaba el 75% de los afectados. Actualmente es grupo etario incluye el 62%. Le siguen en afectación el grupo de edad comprendido entre los 30 y los 34 años, con un 9,37%, y el de 17 a 19 años, con un 8,85%, según los datos del servicio territorial de Sanidad y Bienestar Social.

De los enfermos contagiados hasta la fecha, la mayoría (118) corresponden al área de salud de León y 5 al área de salud del Bierzo, representando respectivamente una incidencia acumulada es de 33,53 casos cada 100.000 habitantes, seis veces más que en abril, antes de iniciarse la epidemia, mes en el que los casos no superaban los 5 cada 100.000 habitantes.

Inicio de la epidemia

La situación epidémica se observa a partir de la semana 16, en el mes de abril, a partir de la cual ocurren más del 91% de los casos detectados y que afecta especialmente a León y su alfoz, incluyendo las localidades del municipio de San Andrés del Rabanedo.

En cuanto a la distribución por sexo y edad, se mantiene el predominio en hombres, con un 52,21% de afectados varones y un 47,79% en mujeres.

La vacuna contra la parotiditis es obligatoria en España desde el año 1982, pero hasta el año 1995 no alcanzó el 85% de la cobertura de la población. Los controles sanitarios detectaron entre los años 1997 y 1999 una baja efectividad de una cepa –Rubini– de parotiditis en algunas dosis de vacunas triple viral (contra sarampión, rubéola y parotiditis) por lo que se recomendó a la población una nueva dosis de otra cepa que ha demostrado ser más efectiva, la Jeryl Linn, que es la misma con la que se vacuna actualmente a los niños a los 15 meses y los 6 años.

Los especialistas del servicio de epidemiología de Castilla y León recuerdan que los brotes de parotiditis son cíclicos, con un incremento de casos cada cinco años. La epidemia que se declaró en León en abril está empezando a tener sus primeros brotes en la provincia de Palencia, según fuentes consultadas por este periódico. Hasta la fecha, ninguna otra provincia de la Comunidad había declarado más casos de los habituales por el virus.

**europa
press**

España, Madrid, Móstoles: Fallece una segunda mujer afectada por el brote de legionelosis

14 de julio de 2012 – Fuente: Europa Press

Una mujer afectada por el brote madrileño de legionelosis falleció ayer en el Hospital 'Marina Baixa' de Villajoyosa (Alicante), lo que se convierte en la segunda víctima mortal, informó la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid en un comunicado.

La primera de ellas falleció el pasado 7 de julio en el Hospital de Alcorcón. Se trataba de una mujer de 87 años, dándose la circunstancia de que presentaba múltiples patologías. Y la de ayer es una mujer de 63 años que también presentaba múltiples patologías.

Otras siete personas permanecen internadas, cinco en sala común, 1 en la unidad de cuidados intensivos (UCI), que evoluciona favorablemente, y otra en UCI que evoluciona desfavorablemente.

Los afectados son 40 hombres y 23 mujeres con edades comprendidas entre los 35 y los 87 años. El primer caso inició sintomatología el 12 de junio y el último el 7 de julio.

De los 63 posibles casos de legionelosis notificados –30 confirmados por laboratorio y el resto son casos sospechosos por sus síntomas– ya han sido dados de alta 54.

El cuadro clínico predominante es una neumonía cuya evolución es variable en función de los factores de riesgo ya existentes en los pacientes.

El estudio epidemiológico que se está realizando a todos los pacientes afectados por el brote pone de manifiesto la asociación de los casos, identificando que todos ellos acudieron en diferentes fechas a un restaurante de un polígono industrial del municipio de Móstoles en días compatibles con el periodo de incubación de la enfermedad, que es de entre 8 a 10 días.

Hasta el momento no ha aparecido ningún caso en el que el paciente acudiera a dicho lugar en fecha posterior a la que se precintaron los elementos de riesgo: un sistema de refrigeración evaporativa, dos fuentes (27 de junio) y una champanera (3 de julio).

No obstante, los resultados de las primeras muestras recogidas en el restaurante, que se procesaron en el Laboratorio Regional de Salud Pública mediante el método acreditado y ajustado a la Norma ISO 11731, enero 2007 (calidad del agua, detección y recuento de *Legionella*) son negativos.

Teniendo en cuenta que los pacientes han acudido al establecimiento en fechas compatibles con el periodo de incubación de la enfermedad, coincidiendo en el mismo lugar de exposición y a la vista de la existencia de instalaciones con riesgo de proliferación de *Legionella* en el establecimiento, se constata la posible existencia de un riesgo para la salud el funcionamiento de las instalaciones con posibilidad de proliferación y dispersión de *Legionella* del citado restaurante.

Por eso, y según establece el artículo 12 del Real Decreto 865/2003, de 4 de julio "la autoridad competente decidirá las actuaciones a realizar por el responsable de la instalación o persona física o jurídica en la quien delegue, si se sospecha que un edificio o instalación puede estar asociado con los casos notificados".

También recoge que “ante la presencia de casos o brotes, la autoridad sanitaria competente podrá ordenar el cierre temporal de las instalaciones hasta que se corrijan los defectos observados o bien su cierre definitivo”.

Ante esto, la dirección general de Ordenación e Inspección de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid comunicó al restaurante el cierre temporal de las instalaciones susceptibles de proliferación y diseminación de *Legionella*: sistema de refrigeración evaporativa, fuentes ornamentales exteriores, fuente ornamental interior y champanera.

Hasta el momento, Sanidad ha realizado 105 inspecciones y se han tomado 62 muestras que han sido remitidas al Laboratorio de Salud Pública. En los trabajos están participando 25 profesionales.

El protocolo de control y vigilancia de la legionelosis incluye la elaboración de la encuesta epidemiológica, para conocer la posible relación entre los pacientes afectados (como su lugar de residencia, o zonas frecuentadas) así como la inspección de las instalaciones de riesgo para verificar sus condiciones higiénico-sanitarias, fundamentalmente torres de refrigeración o sistemas de refrigeración evaporativa, que pueden producir legionelosis en las zonas identificadas en el estudio.

La investigación está siendo coordinada por las dos Direcciones competentes de la Consejería de Sanidad, la Dirección General de Atención Primaria y la Dirección General de Ordenación e Inspección, que mantienen informado al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



Italia: Detectan ARN del virus de la encefalitis japonesa en mosquitos *Culex pipiens*

12 de julio de 2012 – Fuente: *Eurosurveillance*

En el curso de un estudio preliminar a pequeña escala para determinar la presencia de ARN de flavivirus en mosquitos en Italia, se obtuvieron las secuencias de tres flavivirus diferentes; un flavivirus específico de insectos (FEI), el virus Usutu (USUV) y el virus de la encefalitis japonesa (VEJ). Mientras que el FEI y el USUV ya habían sido documentados previamente en Italia y otros países europeos, el VEJ no había sido detectado en mosquitos en Europa previamente. El VEJ es un flavivirus transmitido por mosquitos, endémico de Asia, que se extiende hasta India y Pakistán al oeste, donde es el principal agente de encefalitis. Aunque existen vacunas comerciales inactivadas contra el VEJ, causa un número estimado anual de 30.000-50.000 casos en todo el mundo. La mayoría de las infecciones son subclínicas, pero muere hasta el 30% de los pacientes sintomáticos, y el 30% de los supervivientes presentan secuelas neurológicas persistentes. El ciclo de vida del VEJ incluye los mosquitos *Culex* spp. y aves acuáticas o cerdos, pero el VEJ también puede infectar una amplia gama de otros vertebrados. Además de los seres humanos, los caballos pueden desarrollar encefalitis y son considerados huéspedes incidentales en la transmisión del VEJ.

Los mosquitos hembras se recogieron a fines del verano de 2010 y 2011 en las zonas rurales cercanas a Módena y Bolonia en la región Emilia-Romagna. Las especies recolectadas incluyeron principalmente a *C. pipiens*, y también a *Aedes albopictus*, *A. caspius* y *A. vexans*.

Aunque el riesgo potencial de propagación del VEJ en Europa había sido reconocido previamente, y a pesar de la vigilancia activa de los flavivirus, como el virus del Nilo Occidental y USUV, éste es el primer informe del VEJ en mosquitos en Europa.

Recientemente, se han detectado infecciones autóctonas por el virus del dengue en Francia y Croacia. Si bien estos virus son más propensos a ser importados desde regiones endémicas a través de viajeros virémicos o por materiales que albergan mosquitos infectados, huevos o larvas, el VEJ podría haber sido introducido en Italia a través de aves acuáticas salvajes.

Es necesaria la confirmación de este hallazgo mediante datos adicionales o el aislamiento del virus, para evaluar la posible necesidad de medidas de precaución contra la transmisión de VEJ en Italia y otros países europeos.



Ruanda: Progresos en supervivencia infantil gracias a las vacunas contra la neumonía y el rotavirus

6 de junio de 2012 – Fuente: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Con la respiración agitada, fiebre y falta de apetito, Elie Noikumwenagyo, de 8 meses, llegó a la clínica de salud Rutonde, en una zona rural de Ruanda. Allí, se le diagnosticó neumonía.

Según un nuevo informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la neumonía y la diarrea matan a más de un millón de niños africanos al año, una cifra que podría reducirse considerablemente si los niños más pobres tuvieran acceso a las vacunas, así como a un tratamiento más temprano y mejor para estas enfermedades prevenibles.

La vacuna protege contra la neumonía

Ahora, después de estar 24 horas con una sonda de goteo y de recibir un tratamiento con antibióticos, Elie se encuentra en vías de recuperación. Su madre, Isimbi Xavaeie, que acudió a la clínica siguiendo el consejo de un profesional de la salud de la comunidad, se encuentra más tranquila porque no necesita llevarlo al hospital del distrito. Sin embargo, está preocupada por el otro hijo que ha dejado en casa.

Afortunadamente, cada vez es menor el número de niños ruandeses que llegan al centro de salud y necesitan el tratamiento intensivo que recibió Elie. Con la vacuna neumocócica conjugada, los niños están mejor protegidos contra la neumonía, la meningitis y la sepsis.

Con el financiamiento de la Iniciativa Mundial de Vacunas y el apoyo de los aliados en el desarrollo, Ruanda se convirtió en 2009 en uno de los primeros países del África subsahariana en introducir esta nueva vacuna como parte de un ambicioso plan nacional para reducir la mortalidad infantil.

La vacuna protege contra la diarrea

En los últimos 20 años, Ruanda ha establecido un formidable sistema de atención primaria de salud que ha reducido la mortalidad infantil a casi la mitad. De acuerdo con las cifras gubernamentales publicadas en febrero de 2012, la mortalidad de menores de 5 años ha descendido de 152 muertes cada 1.000 nacidos vivos, a 76 en 2010. No sólo Ruanda está preparada para cumplir con el Objetivo de Desarrollo del Milenio sobre la reducción de la mortalidad infantil, sino que podría incluso superarlo.

El éxito se puede atribuir parcialmente a la ambiciosa puesta en marcha de 10 vacunas que forman parte de los servicios de inmunización sistemática. La iniciativa incluye la nueva vacuna contra el rotavirus, que protege contra la diarrea, una enfermedad que representa aproximadamente una quinta parte de todas las muertes infantiles en Ruanda. Introducida por el Ministerio de Salud de Ruanda justo una semana antes, la administración de la vacuna contra el rotavirus se está ampliando a todo el país.

“La introducción de las nuevas vacunas, así como el hincapié en el fortalecimiento del sistema de salud y la estrecha labor en el ámbito local a través de los centros de atención de salud de la comunidad, los comités de aldea y los hospitales de distrito, han sido una receta mágica para la supervivencia infantil”, explicó Noala Skinner, representante de UNICEF en Ruanda.

Bonheur Ukakjusuve, directora del centro Rutonde de atención primaria de la salud, está orgullosa del éxito de su país en materia de salud pública. “Ahora tenemos más tiempo para centrarnos en invertir en la prevención y el trabajo con los agentes comunitarios de salud para asegurarnos de que sea más fácil identificar y tratar los síntomas de este tipo de enfermedades”, dijo.

Enseñar a la comunidad

En todo el país hay 60.000 trabajadores de salud comunitarios, cuatro para cada una de las 15.000 aldeas del país, todos ellos capacitados y equipados para ofrecer atención básica de la salud a los hogares más remotos y a las familias más pobres.

Monique Laminba ha caminado durante una hora desde su poblado para reabastecer sus suministros de medicamentos básicos. Hace seis años fue elegida por su pueblo para servir como agente de salud comunitaria, y ahora está disponible las 24 horas para ayudar a sus vecinos cuando están enfermos.

Moise, de tan sólo 2 años, ha estado enfermo con diarrea. Su madre fue a ver a Laminba para hablarle de su estado y ahora, un día después, la agente de salud lo visita en su casa para ver si se siente mejor. Con mucho cuidado mezcla un paquete de sales de rehidratación oral con agua potable y se lo da a sorbos lentos. Entrega asimismo a la madre de Moise pastillas de zinc para que se las administre durante la próxima semana. El zinc y las sales rehidratan rápidamente a los niños y les ayudan a recuperarse.

Laminba sabe que ella y otros trabajadores de salud influyen en su comunidad. “Rara vez vemos a un niño ya morir en su casa”, dijo.



El agua mezclada con sales de rehidratación oral puede ayudar a los niños a recuperarse de la diarrea, una causa importante de mortalidad infantil.

PNAS **Las proteínas de la seda sirven para conservar las vacunas sin refrigerarlas**

19 de julio de 2012 – Fuente: *Proceedings of the National Academy of Sciences*

Una nueva tecnología permite utilizar proteínas de seda para fabricar una suerte de envoltorio molecular que permite almacenar vacunas y antibióticos sin refrigeración durante meses, e incluso años, según trabajos publicados el lunes en Estados Unidos.

Además, esta estructura de seda puede adoptar una variedad de formas como micro-jeringas y micro-vesículas que permiten a estos medicamentos no refrigerados ser almacenados y administrados en un único recipiente.

Las vacunas y antibióticos pueden de esta manera preservarse a temperaturas que van a hasta 60°C, aseguran los autores de este trabajo.

La proteína de seda tiene una estructura y una química únicas que la vuelven más robusta y resistente a la humedad, y estable frente a temperaturas extremas. Además es biológicamente compatible, subrayan los investigadores.

Todas estas propiedades son de una gran utilidad para estabilizar “los antibióticos, las vacunas y otros medicamentos”, explicó David Kaplan, ingeniero biomédico de la universidad de Tufts en Massachusetts, principal autor.

“El hecho de que también podamos transformar la seda en micro-jeringas presenta una enorme ventaja que puede potencialmente brindar una gran cantidad de opciones útiles para estabilizar y distribuir estos medicamentos”, agregó el investigador que estudia la seda desde hace 20 años.

La mayoría de las vacunas, enzimas y anticuerpos así como muchos antibióticos y otros medicamentos deben ser refrigerados permanentemente desde su producción hasta su entrega para preservar su eficacia, lo que representa hasta el 80% del costo de una vacunación, según estimaciones.

Expertos internacionales de la salud estiman que cerca de la mitad de las vacunas en el mundo se pierde debido a un corte en la cadena de frío.

Incluso en los países industrializados, la pérdida de eficacia de los medicamentos con la temperatura del cuerpo es un rompecabezas para los sistemas de implantes para administrar medicamentos, según estos investigadores.

Para este trabajo constataron que las proteínas de seda preservaban la eficacia de las vacunas contra la rubéola, la parotiditis y el sarampión, así como para antibióticos, penicilina y tetraciclina, hasta al menos 60°C.

Estos hallazgos son claramente mejores que las demás técnicas actuales de conservación, como el encapsulado en colágeno, una familia de proteínas, o en polvos y soluciones, subrayan los científicos.⁶



Las enfermedades tropicales olvidadas son enemigas del corazón

14 de julio de 2012 – Fuente: *Public Library of Science Neglected Tropical Diseases*

Las enfermedades tropicales olvidadas (ETO) contribuyen de manera significativa al aumento de las patologías cardiovasculares en el mundo en desarrollo, pero “se carece de información adecuada” sobre la verdadera relación entre ambas, señalan Yasmin Moolani, de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad George Washington, Estados Unidos, y colegas.

Los investigadores analizaron diferentes estudios internacionales hechos en países de ingresos bajos y medios para observar cuánto contribuyen al desarrollo de enfermedades cardiovasculares el Mal de Chagas, la enfermedad del sueño, la toxoplasmosis, la anquilostomosis, la sífilis, la tuberculosis, el VIH, el dengue y la enfermedad reumática del corazón, entre otras.

“Hay una necesidad urgente de entender esta contribución, con el fin de diseñar estrategias de intervención adecuadas”, aseguran los autores.

Uno de los estudios citados es una investigación predictiva publicada en 2011 por la Organización Mundial de la Salud, donde se concluye que 75% de la carga de enfermedades cardiovasculares está en países de ingresos bajos y medios.

Otra investigación, realizada en Sudáfrica en 2008, identificó la enfermedad cardíaca reumática, la tuberculosis y el VIH como factores importantes en el desarrollo de enfermedades cardíacas, incluso más comunes que la enfermedad arterial coronaria.

Los autores también citan que el mal de Chagas contribuye de manera significativa a la enfermedad cardiovascular isquémica e inflamatoria en América.

Asimismo, la enfermedad del sueño se asocia con la miocarditis y pericarditis; la esquistosomosis figura entre las causas más frecuentes de hipertensión pulmonar a nivel mundial; y la anquilostomosis es la principal causa de anemia en países pobres, un importante factor en la insuficiencia cardíaca congestiva.

Por otra parte, complicaciones cardiovasculares de la sífilis, que afectan a 10% de los casos no tratados, derivan en patologías cardíacas.

Entre los pacientes con tuberculosis pulmonar, 1-2% desarrolla pericarditis tuberculosa. Y cuando la enfermedad es diagnosticada en pacientes VIH-positivos, se duplica el riesgo de muerte. Además, los pacientes con VIH no tratados pueden desarrollar pericarditis y otras enfermedades cardíacas.

Entre las ETO virales, el dengue también se asocia con varios problemas cardíacos.

En base a estos datos, los autores plantean recomendaciones, como intensificar las medidas para detectar la enfermedad de Chagas en las Américas, Europa y otros sitios, y la hipertensión pulmonar resultante de la esquistosomosis en África.

Piden también mejorar el diagnóstico de infecciones bacterianas como la sífilis, la pericarditis tuberculosa y la enfermedad reumática del corazón.⁷

⁶ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

⁷ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).



Optimizing and scaling up treatment in Latin America and the Caribbean: Towards a new generation of treatment programs

10 de julio de 2012 – Fuente: Asociación Panamericana de Infectología

Evento afiliado – Conferencia Mundial de Sida: Sábado 21 de julio de 2012. 9:00-12:00 horas

El 23 de julio de 2012 de 18:30 a 20:30 horas, en el salón 9 del Centro de Conferencias de la AIDS Conference 2012, en Washington DC, se efectuará la sesión '*Optimizing and scaling up treatment in Latin America and the Caribbean: Towards a new generation of treatment programs*'.

La actividad es presidida por la Dra. Mirta Roses Periago, Directora de la Organización Panamericana de la Salud, y co-presidida por el Dr. Pedro Cahn (Fundación Huésped, Argentina). Integra el cronograma de actividades asociativas desarrolladas entre la Organización Panamericana de Salud (OPS), HIV Medicine Association (HIVMA), la Asociación Panamericana de Infectología (API) y la Coalición Internacional de Activistas en Tratamientos (CIAT).

OPTIMIZING AND SCALING UP TREATMENT IN LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN: TOWARDS A NEW GENERATION OF TREATMENT PROGRAMS

**Monday
23 July 2012
6:30-8:30 PM**

**Conference
Venue
Session Room 9**

**Non-Commercial
Satellite**

Please RSVP to
SIDA@paho.org

English/Spanish
simultaneous translation
will be available

Welcome and Opening Remarks

Chair: Dr. Mirta Roses, Director, Pan American Health Organization

Co-chair: Dr. Pedro Cahn, Presidente Fundación Huésped

Topics

T.2.0 in Latin America and the Caribbean: Baseline and perspectives

Dr. Massimo Ghidinelli, Pan American Health Organization

National programmatic experiences applying the Treatment 2.0 initiative:

Optimization of treatment programs in Ecuador
National AIDS Program Ecuador

The role of treatment for prevention: Context for Latin America and the Caribbean

Dr. Pedro Cahn, Fundación Huésped

Perspectives on pillar 5 of Treatment 2.0: Community mobilization

Mr. Pablo Anamaría, Asociación Vía libre

Addressing pillar 4 of Treatment 2.0: Up-date summary on success stories in service delivery models in Latin America and the Caribbean

Dr. David Wheeler, HIV Medicine Association

How can the Global Fund contribute to advancing Treatment 2.0 in the Americas?

Ms. María Kirova, The Global Fund

Advances in innovation and procurement of drugs in the Region: The PAHO Strategic Fund and Regional Platform for Access to Health Technologies and Innovation

Dr. James Fitzgerald, Pan American Health Organization

Avenues for Action

Dr. Mirta Roses, Pan American Health Organization





Departamento de Servicios contra la Adicción (1987. Puerto Rico).

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.