



# Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente  
Córdoba - Argentina

[www.reporteepidemiologico.com](http://www.reporteepidemiologico.com)



## Número 1.536

3 de marzo de 2015

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

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 rabia animal
- Corrientes, Bella Vista: Reportan seis casos de leishmaniosis cutánea

### América

- Brasil, Rio de Janeiro: Alertan por contaminación de la arena en las playas
- Caribe: El cambio climático favorece a la fiebre chikungunya
- Estados Unidos, Louisiana: Hallan la bacteria *Burkholderia pseudomallei* fuera de un laboratorio de alta seguridad en New Orleans
- Región Mesoamericana: El objetivo es eliminar la malaria
- México, Yucatán: Arranca el año con 45 enfermos de hepatitis A

- República Dominicana refuerza medidas en la frontera para evitar que penetre el cólera desde Haití

### El mundo

- China: Las muertes por intoxicación alimentaria aumentaron levemente en 2014
- España: La magnitud de *Clostridium difficile* es mayor de lo que se pensaba
- Kenya: Investigan a los caracoles mediante satélites para prevenir la esquistosomosis
- Mozambique: El cólera se expande rápidamente
- Sudáfrica, KwaZulu-Natal: La tuberculosis extremadamente resistente a fármacos se propaga de persona a persona, no por fracaso del tratamiento
- Avances en la detección de puntos débiles en los virus de Marburg y del Ébola

### Adhieren:

**SLAMVI**

Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

[www.slamviweb.org/](http://www.slamviweb.org/)

**CIRCULO MÉDICO DE CÓRDOBA**

[www.circulomedicocba.org/](http://www.circulomedicocba.org/)

**Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba**

[www.consejomedico.org.ar/](http://www.consejomedico.org.ar/)



Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad Nacional de Córdoba

[www.biblioteca.fcm.unc.edu.ar/](http://www.biblioteca.fcm.unc.edu.ar/)



[www.said.org.ar/](http://www.said.org.ar/)

**Comité Nacional de Infectología**

Sociedad Argentina de Pediatría  
[www.sap.org.ar/](http://www.sap.org.ar/)



[www.apinfectologia.org/](http://www.apinfectologia.org/)

**Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica**

[www.sadip.net/](http://www.sadip.net/)



[www.apargentina.org.ar/](http://www.apargentina.org.ar/)



Sitio Oficial del XV Congreso de la Sociedad Argentina de Infectología 2015: <http://www.sadi2015.com.ar/>



Desde mayo de 1993, la Fundación Huésped publica en forma trimestral la revista "Actualizaciones en SIDA", primera publicación científica latinoamericana en idioma español destinada al tema VIH/sida. Desde marzo de 2013, a partir de un acuerdo con la Sociedad Argentina de Infectología (SADI), cambió su nombre a "Actualizaciones en Sida e Infectología", ampliando sus contenidos más allá de lo concerniente a la infección por VIH hacia todos los aspectos relacionados a las enfermedades infecciosas. La revista cuenta con dos indexaciones en las bases de datos Latindex y LILACS. Encontrará la publicación en formato pdf desde el año 2003 haciendo clic [aquí](#).



### Vigilancia de rabia animal<sup>1</sup>

23 de febrero de 2015 – Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

**Tabla 1.** Casos notificados y confirmados, según provincia y región. Argentina. Años 2014/2015, hasta semana epidemiológica 2. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.<sup>2</sup>

Provincia/Región	2014		2015	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	—	—	—	—
Buenos Aires	—	—	—	—
Córdoba	2	—	—	—
Entre Ríos	—	—	—	—
Santa Fe	3	—	1	—
<b>Centro</b>	<b>5</b>	<b>—</b>	<b>1</b>	<b>—</b>
Mendoza	—	—	—	—
San Juan	—	—	—	—
San Luis	—	—	—	—
<b>Cuyo</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>—</b>
Corrientes	—	—	—	—
Chaco	—	—	—	—
Formosa	—	—	—	—
Misiones	—	—	—	—
<b>NEA</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>—</b>
Catamarca	—	—	—	—
Jujuy	1	—	—	—
La Rioja	—	—	—	—
Salta	—	—	5	4
Santiago del Estero	—	—	—	—
Tucumán	1	—	—	—
<b>NOA</b>	<b>2</b>	<b>—</b>	<b>5</b>	<b>4</b>
Chubut	—	—	—	—
La Pampa	—	—	1	—
Neuquén	—	—	—	—
Río Negro	—	—	—	—
Santa Cruz	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—
<b>Sur</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>1</b>	<b>—</b>
<b>Total Argentina</b>	<b>7</b>	<b>—</b>	<b>7</b>	<b>4</b>

<sup>1</sup> En perros, gatos y hurones (*Mustela putorius furo*), la variedad domesticada del turón europeo.

<sup>2</sup> Los casos notificados incluyen casos sospechosos, probables, confirmados y descartados.

Miembros de la Subdirección de Zoonosis de Corrientes confirmaron seis casos de leishmaniosis cutáneas en humanos en la ciudad de Bella Vista. Un equipo del organismo, dirigido por Claudia Benítez Sosa, realizó toma de muestras y recorrió la zona donde fueron registrados los casos.

Los casos se detectaron en los barrios Epan Norte, y Carrizal. “En el lugar se realizó el rociado espacial con maquinaria pesada por todo el barrio y zonas aledañas”, informaron miembros del equipo actuante.

Los seis casos confirmados de leishmaniosis cutánea reciben la medicación correspondiente.

Las leishmaniosis se consideran enfermedades reemergentes, y un problema creciente de salud pública en el mundo, debido al aumento de la cantidad de afectados como consecuencia de la mayor exposición de las personas a los vectores de la enfermedad.<sup>3</sup>

## América



### Brasil, Rio de Janeiro: Alertan por contaminación de la arena en las playas

2 de marzo de 2015 – Fuente: EFE

La arena de buena parte de las principales playas de la ciudad brasileña de Rio de Janeiro presenta altos niveles de contaminación por la basura arrojada por los bañistas, sin que organización alguna avise del riesgo de infecciones cutáneas, alertaron especialistas.

Entre las playas afectadas figuran las turísticas Copacabana e Ipanema, que son referencia de la ciudad en todo el mundo y en las que se han detectado áreas en las que los dermatólogos no recomiendan el contacto con la arena.

Según el último análisis divulgado por la Secretaría Municipal de Medio Ambiente, en febrero había 13 playas contaminadas debido fundamentalmente a la cantidad de basura y restos de comida que abandonan los bañistas en la arena y que atrae a numerosas aves y otros animales.

“La polución originada por la basura y los excrementos de perros y palomas acaba creando un caldo de cultivo para microorganismos, tanto hongos como bacterias y virus, por lo que las personas pueden contraer cualquier tipo de infección, si bien la más habitual es la micosis”, dijo el dermatólogo Egon Daxbacher, coordinador de la Sociedad de Dermatología de Rio de Janeiro.

El especialista agregó que el problema es creciente, ya que desde la Sociedad se comenzó a analizar las playas desde hace cinco años.

“Cuando empezamos, la arena más sucia era la que se encontraba en la entrada de las playas, cerca de la calle. Ahora, debido a la masificación y a la cantidad de desperdicios arrojados, la arena más contaminada se encuentra junto al agua”, afirmó.

La Sociedad de Dermatología colabora con el Gobierno municipal en el diseño de políticas de protección ambiental y de campañas de estímulo para que la población recoja sus desperdicios.

“Hemos comprobado que la actuación del Gobierno está mejorando, aunque resulta escasa e incipiente todavía, porque la cultura del brasileño es anticuada en relación a este problema y queda mucho por hacer, en especial en Rio de Janeiro”, dijo.

El dermatólogo cree que hacen falta más y mejores campañas de concienciación, “y no dejarlas solo a los medios de comunicación privados”.

La contaminación aumentó pese a que la municipalidad carioca prevé en su legislación sanciones para aquellos que ensucian la playa, que van de los 60 a los 1.000 dólares en función de la cantidad y toxicidad de los residuos.

La Asamblea Legislativa de Rio de Janeiro determinó que la Municipalidad comience a instalar paneles informativos sobre las condiciones del mar y de la arena en diciembre próximo, al comienzo de la estación estival.

Entre los turistas que disfrutaban del baño en la playa de Copacabana, reinaba un total desconocimiento sobre la contaminación. Una argentina se mostró indignada con “la cantidad de mugre y basura que se ve por toda la playa”. Otro argentino dijo sentirse muy sorprendido con las noticias de la polución en la arena. “La verdad no tenía ni idea de que esto ocurriese acá”, declaró.

Tampoco los brasileños parecen conocer la situación. Un profesional de la informática dijo que “pensaba que la arena más limpia estaría junto al mar, aunque hay mucha basura tirada”, mientras que otra persona, de profesión



<sup>3</sup> Bella Vista está ubicada al oeste de la provincia de Corrientes, capital del departamento homónimo, a orillas del río Paraná y a 138 kilómetros de la capital provincial. El municipio comprende las islas Toropí y Carayá en el río Paraná. Se accede a ella a través de las rutas Nacional 12 y la Provincial 27. Su población es de 29.071 habitantes (2010).

albañil, pidió que “si de verdad la arena está sucia, la autoridad tome medidas y arregle el problema para seguir disfrutando de la vida en Copacabana”.

La Companhia Municipal de Limpeza Urbana (COMLURB) informó que los residuos son retirados diariamente, tanto de día como por la noche, con tractores adecuados. Los fines de semana, según la COMLURB, se recogen 180 toneladas de basura solo en las playas de la zona sur de Rio de Janeiro.



## Caribe: El cambio climático favorece a la fiebre chikungunya

25 de febrero de 2015 – Fuente: Inter Press Service

Cuando Jenny Gittens se fue a dormir en su casa de la capital de Trinidad and Tobago se sentía bien. Pero una hora después se despertó con “un calambre y una rigidez” detrás de la rodilla. Al rato, el dolor se había expandido y le dolían las dos rodillas y luego ya no las pudo mover, sintió una rigidez en los dedos, dolores en el pecho y tuvo fiebre.

Dos semanas de un dolor atroz: así fue como Gittens describió su experiencia con la fiebre chikungunya. “Si tuviera que elegir entre eso y el parto, elijo el parto”, acotó la mujer de 61 años, con dos hijos.

A los pocos días le salió un sarpullido que le duró varios días más y dolores en la clavícula que la dejaron doblada. “No podía enderezarme. No me podía dar vuelta. Fue un dolor insoportable”, contó.

No está confirmado que su caso haya sido fiebre chikungunya, pero los síntomas se parecen a los de la enfermedad viral, transmitida al ser humano por un mosquito infectado y cuyo nombre procede de una lengua africana que quiere decir “doblado de dolor”.

Según la Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA), hasta el 7 de este mes se habían registrado 4.485 casos confirmados y probables de fiebre chikungunya y unos 87.000 sospechosos en los 24 estados miembros del organismo.

En todo el continente americano, salvo en Estados Unidos, hubo más de 800.000 casos sospechosos. Además, se registraron 21.000 casos probables y confirmados, que incluyen a ese país norteamericano.

“En el Caribe, la enfermedad es transmitida por el mosquito *Aedes aegypti*”, indicó el médico Dave Chadee, entomólogo y profesor de salud ambiental de la Universidad de las Indias Occidentales, en San Augustine, Trinidad.

Este mal hace tiempo que se conoce en Asia y África, pero su llegada al Caribe, donde se convirtió en un problema grave de salud, tanto en el área insular como continental, ocurrió en los últimos 15 meses. Se presume que la trajo a la región un visitante asiático.

“Numerosos factores contribuyeron a la rápida transmisión del virus en el Caribe”, apuntó Chadee. La variación climática contribuyó a las altas temperaturas, así como a las fuertes lluvias y a las inundaciones en varias partes de la región. Las últimas fueron las de Navidad en el Caribe oriental en diciembre de 2013.

“Hay un aumento de casos en la estación húmeda, porque hay recipientes con agua y más vectores y la gente se ocupa menos del ambiente por el clima”, explicó.

“En el Caribe hay muy pocas zonas donde no hay mosquitos. *Ae. aegypti* está muy domesticado y se reproduce donde sea que haya gente que cree las condiciones propicias”, apuntó Christian Hendrickson, entomólogo y consultor de enfermedades transmitidas por vectores de CARPHA.

“En general, las temperaturas más altas favorecen el desarrollo del mosquito, y la lluvia facilitan su reproducción. Las fuertes precipitaciones probablemente acarreen más mosquitos”, dijo Hendrickson.

“La propagación de la fiebre chikungunya en la región fue bastante rápida, pero la transmisión de la enfermedad llegó su nivel más bajo en la estación de mayor propagación por la disminución de las lluvias, pero puede cambiar cuando estas vuelvan, entre mayo y junio, pues las condiciones se volverán favorables al vector”, explicó Hendrickson.

“Para mitigar la propagación del virus lo que se puede, y debe hacerse, es mantener los mosquitos en su menor expresión para reducir de forma drástica la posibilidad de transmisión de la fiebre chikungunya y el dengue”, remarcó.

“Los programas nacionales para el control de vectores y las personas tienen la posibilidad de reducir y eliminar los sitios de reproducción de mosquitos para evitar que ocurra una epidemia como la del año pasado”, añadió.

Por su parte, Chadee dijo que “dado que aceptamos que hay una gran variabilidad climática y que sabemos que al inicio de la estación húmeda le sigue una seca, el control del vector puede realizarse de forma intensiva en el período de transmisión”.

La estrategia de tratamiento pre-estacional requiere matar los huevos antes de que la larva se multiplique con rapidez, por lo general en las dos semanas inmediatamente después del inicio de la estación lluviosa.



La epidemia de fiebre chikungunya en el Caribe se atribuyó, en parte, al vertido indiscriminado de basura, como en esta calle en Curepe, Trinidad. Esto genera las condiciones propicias para la reproducción de mosquitos, el vector de la enfermedad.

“Así la población de mosquitos se mantiene baja y se rompe el intenso período de transmisión”, resumió Chadee, quien contó que trabajó con la fiebre chikungunya en islas del océano Índico, donde esa estrategia fue un éxito.

“Muchos programas dependen del uso de insecticidas para matar a la larva y al mosquito adulto, pero su uso prolongado terminó disminuyendo su efectividad”, alertó Hendrickson, quien está más a favor de eliminar los sitios de reproducción del mosquito, como forma de mitigar la propagación del virus.

Con respecto a si existe la posibilidad de que la enfermedad se vuelva endémica en el Caribe, Chadee explicó: “Es pronto para decirlo. Solo tenemos un año de experiencia con la fiebre chikungunya; tendremos que esperar varios más antes de establecer un patrón epidemiológico”.



## Estados Unidos, Louisiana: Hallan la bacteria *Burkholderia pseudomallei* fuera de un laboratorio de alta seguridad en New Orleans

2 de marzo de 2015 – Fuente: USA Today (Estados Unidos)

Las autoridades del estado de Louisiana, en Estados Unidos, analizan cómo la peligrosa y a menudo mortal bacteria *Burkholderia pseudomallei* fue encontrada en el exterior del laboratorio de un centro de investigación de alta seguridad. Agregaron que la población no corre riesgo alguno, pero ignoran aún las dimensiones de la contaminación.

El incidente, que se produjo en el National Primate Research Center de Tulane, situado a unos 80 kilómetros de New Orleans, que trabaja sobre una vacuna contra esta bacteria, tuvo lugar en noviembre de 2014 o antes.

La bacteria en cuestión, también llamada bacilo de Whitmore, se encuentra principalmente en el Sudeste Asiático y en el norte de Australia. Puede transmitirse a humanos o animales por contacto con el suelo o con agua contaminada. Está clasificada en la categoría de los agentes que pueden ser utilizados en bioterrorismo.

Las autoridades señalaron que la bacteria no fue detectada en los terrenos pertenecientes al centro, a pesar de que cuatro monos que permanecían en locales exteriores enfermaron. Dos de ellos debieron ser sacrificados.

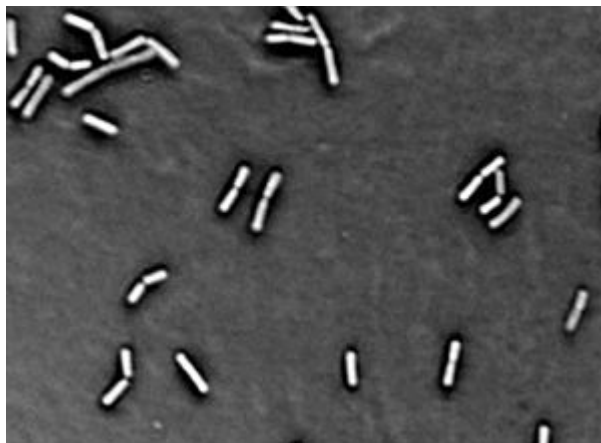
Una inspectora federal que visitó el centro también enfermó, pero es posible que haya estado expuesta a la bacteria anteriormente, ya que efectuó varios viajes al extranjero.

Según el centro de investigación, los monos habrían sido infectados durante un tratamiento en el hospital veterinario del complejo.

El director del centro, Andrew Lackner, dijo que 39 muestras del suelo y 13 muestras de agua provenientes de los terrenos del establecimiento habían sido analizadas, sin que se hallara rastro alguno de la bacteria.

Sin embargo, las muestras fueron insuficientes como para descartar por completo la presencia de la bacteria, de muy difícil detección. Los responsables científicos indicaron que las investigaciones al respecto deben proseguir.

“El hecho que las autoridades no puedan establecer cómo pudo producirse la difusión de la bacteria es muy preocupante”, dijo Richard Ebright, experto en seguridad biológica de la Rutgers University, en New Jersey.<sup>4</sup>



## EL PAÍS Región Mesoamericana: El objetivo es eliminar la malaria

2 de marzo de 2015 – Fuente: El País (España)

Llegó 2015, año para el cual la Organización de Naciones Unidas (ONU), la comunidad internacional y los jefes de Estado y de Gobierno fijaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio. De los ocho establecidos, el cuarto, el quinto y el sexto se referían directamente a la salud: reducir la mortalidad infantil, mejorar la mortalidad materna y combatir

<sup>4</sup> *Burkholderia pseudomallei* es un bacilo gramnegativo que se encuentra con frecuencia en el suelo y en aguas turbias, predominantemente en regiones tropicales como el norte de Australia y el Sudeste Asiático. Tolerancia al pH ácido y puede sobrevivir en el agua en ausencia de nutrientes durante largos periodos.

*B. pseudomallei* puede causar melioidosis, una enfermedad endémica del norte de Australia y otras regiones tropicales. Su manifestación clínica más frecuente es la neumonía, que puede ser mortal. En algunas de estas regiones, la melioidosis es la causa más frecuente de la neumonía extrahospitalaria. Se producen casos durante todo el año, pero la incidencia máxima se produce durante la estación de lluvias. Muchos enfermos presentan formas leves de neumonía que responden bien al tratamiento con antibióticos adecuados, pero algunos pueden presentar neumonía septicémica grave. Otros posibles síntomas son úlceras o abscesos cutáneos, abscesos en órganos internos y enfermedades neurológicas atípicas, como la encefalitis del tronco encefálico o la paraplejía aguda. Aunque pueden sufrir melioidosis los adultos y niños sanos, afecta principalmente a personas cuyos mecanismos de defensa contra las infecciones están debilitados por enfermedades subyacentes o cuya salud general es deficiente debido a una nutrición o condiciones de vida deficientes.

Este microorganismo está presente sobre todo en regiones tropicales, típicamente en el suelo o en aguas turbias acumuladas en superficie, desde donde puede alcanzar las fuentes de agua bruta y también los sistemas de abastecimiento de agua de consumo. No se conoce la concentración de microorganismos en el agua de consumo que supondría un riesgo significativo de contagio.

Al parecer, la mayoría de las infecciones se producen por el contacto de rozaduras o cortes en la piel con agua contaminada. En el Sudeste Asiático, los arrozales son un foco de infecciones significativo. También pueden producirse infecciones por otras vías, en particular por inhalación o ingestión, aunque se desconoce la importancia relativa de estas vías de contagio.

el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades. Esta última meta (6.C) se proponía, entre otros propósitos concretos, “haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia de la Malaria y otras enfermedades graves”, una ambición que podemos decir se ha cumplido, pues 52 de los 103 países donde se producía la transmisión de esta enfermedad en el 2000 están en camino de reducir la incidencia en 75%, tal como había establecido la Asamblea Mundial de la Salud en 2005.

La malaria, sin embargo, sigue siendo un grave problema de salud en zonas muy amplias del mundo, sobre todo en África Subsahariana y en dos grupos de población particularmente vulnerables: mujeres embarazadas y niños. Gracias a la multiplicación de los recursos y a las nuevas herramientas disponibles, la última década ha sido testigo de avances espectaculares contra la enfermedad. Aun así, la evidencia muestra que, tan pronto como se relajan los esfuerzos, la situación vuelve a empeorar. Por ello, la única solución sostenible en el largo plazo es la eliminación completa del parásito en un territorio determinado.

En los últimos años, cada vez más países y regiones del mundo están apostando por dar el paso decisivo hacia la eliminación, incluyendo a la Asociación de Naciones del Sudeste Asiático, que recientemente se ha propuesto eliminar la malaria en 2030, o los países del sur de África agrupados través del grupo Elimination 8.

La región mesoamericana, junto con República Dominicana y Haití –los dos únicos países del Caribe en donde se mantiene la transmisión de la malaria– también han comenzado a trabajar en este campo desde la firma de la declaración que en junio de 2013 suscribieron los ministros de salud y representantes de México, Belize, Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica, Panamá, Haití y República Dominicana, comprometiéndose a eliminar la enfermedad de la región para el año 2020.

Esta declaración ministerial se basó, a su vez, en la constatación de que es un objetivo factible y viable siempre que se empleen las estrategias adecuadas, se cuente con la financiación suficiente y se establezcan mecanismos de coordinación y gobernanza que permitan articular los esfuerzos, no sólo de los países involucrados, sino de los principales socios internacionales.

La Región Mesoamericana y el Caribe tienen el potencial para convertirse en la primera región del mundo que elimine la malaria. Además de constituir un enorme logro en sí mismo, constituiría el primer paso para lanzar el objetivo de acabar con ella en las Américas, un área que en la última década redujo su incidencia en cerca de 70% –el avance más grande de todas las regiones del mundo– y que históricamente ha llevado la delantera en la salud pública en general y, en particular, en la erradicación de enfermedades como la viruela, la poliomielitis y el sarampión.

La región cuenta con numerosas ventajas para conseguir acabar con este mal: sistemas de salud y vigilancia epidemiológica sólidos en prácticamente todos los países, ser el único lugar del mundo donde los parásitos todavía son susceptibles a la cloroquina –un medicamento extremadamente seguro y eficaz–, y una experiencia acumulada que ha conseguido reducir la transmisión drásticamente en los últimos años.

Al mismo tiempo, existen diversas ventanas de oportunidad para sumar nuevos recursos económicos. El Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria formalizó en 2014 una subvención de 10 millones de dólares destinada a borrar la malaria de la región. Esto, a su vez, ha fortalecido las redes de cooperación regionales, particularmente el trabajo del Mecanismo de Coordinación Regional, dependiente del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA). Asimismo, como parte de esta nueva ola de esfuerzos, la Fundación Bill & Melinda Gates otorgó también en 2014 algo más de un millón y medio de dólares a la Clinton Health Access Initiative (CHAI) con el fin de que proporcione apoyo técnico a los países de la Región Mesoamericana, Haití y República Dominicana para la planificación de sus programas contra esta enfermedad.

Las intervenciones antimaláricas son muy positivas en cuanto a su relación entre eficacia y costo, y la inversión en ellas tiene uno de los rendimientos más altos en el campo de la salud pública. En los países donde la enfermedad es endémica, las actividades para reducirla y eliminarla se consideran cada vez más como inversiones de gran repercusión que generan rendimientos considerables para la salud pública, ayudan a mitigar la pobreza, mejoran la equidad y contribuyen al desarrollo general.

En definitiva, para seguir avanzando y lograr eliminar la malaria en la región son fundamentales un compromiso político fuerte, una financiación sólida y un aumento de la colaboración multisectorial.

A pesar de los alentadores avances de los últimos años y de las circunstancias favorables que se presentan, es difícil generar interés político en el tema cuando se hace frente a otros graves problemas de salud, como las epidemias recientes de dengue y fiebre chikungunya. Además, Centroamérica presenta otros problemas de índole social que suponen un gran desafío para el desarrollo de la zona. Aun así, la eliminación de la malaria debería asentarse como una prioridad estratégica en la región, pues constituye una oportunidad histórica que debería ser aprovechada.



## **México, Yucatán: Arranca el año con 45 enfermos de hepatitis A**

16 de febrero de 2015 – Fuente: Servicios Informativos y Publicitarios del Sureste (México)

La hepatitis A presentó un acumulado de 45 casos durante enero en Yucatán, cifra muy similar a la del año pasado, cuando en el mismo periodo se registraron 46, de acuerdo con registros de la Dirección General de Epidemiología (DGE) de la Secretaría de Salud federal (SSA).

De esta manera, el Estado se ubica en segundo lugar nacional, por debajo de Veracruz que ha registrado 49 casos en ese periodo de este año.

Los casos de hepatitis A aún se encuentran presentes en 18 municipios del Estado, por lo que se mantienen las estrategias preventivas y de notificación inmediata, toda vez que el año pasado se registró un incremento de la enfermedad, que fue disminuyendo hasta mediados de año.

De esta manera, durante 2014 se logró una disminución de 47% con respecto a 2013, pero no quiere decir que el Estado se encuentre fuera de la zona de epidemia, por lo que las acciones deben continuarse.

La Secretaría de Salud del Estado (SSE) informó que esperan que en el primer semestre del año se pueda salir de esta zona de epidemia y se lo han hecho saber a los alcaldes, la Comisión Nacional del Agua (CONAGUA), la Junta de Agua Potable y Alcantarillado de Yucatán (JAPAY) y la Secretaría de Educación del Estado (SEE), entre otros, en reuniones en las que se les han expuesto los buenos resultados.

Este año no ha comenzado con lluvias fuertes como fue el año pasado, lo que hace que exista menos contaminación y mejor panorama.

De acuerdo con las autoridades de Salud, la hepatitis A se puede adquirir al comer o beber alimentos o agua que han sido contaminados por heces que contienen el virus; también las frutas, verduras, mariscos, hielo y agua son fuentes comunes del patógeno que provoca la enfermedad.



## **ELMASACRE** República Dominicana refuerza medidas en la frontera para evitar que penetre el cólera desde Haití

2 de marzo de 2015 – Fuente: El Masacre (República Dominicana)

República Dominicana reforzó las medidas de control y supervisión para evitar que se expanda a su territorio el brote de cólera que afecta a Haití.

La ministra de Salud Pública, Altagracia Guzmán Marcelino, dijo que como parte de las mismas han sido convocados para el 4 de marzo las empresas que distribuyen agua procesada a la población.

Agregó que a través de las divisiones provinciales de salud, los epidemiólogos de cada centro sanitario deben notificar los casos de diarrea que reciban, específicamente cuando ocurran pequeños brotes que no se cataloguen como esporádicos.

“Lo más importante es la detección a tiempo de un posible caso para aplicar las medidas correctivas”, dijo la funcionaria.

El principal responsable de la Organización de Naciones Unidas para la lucha contra el cólera, Pedro Medrano, dijo el 1 de marzo que el brote de esta enfermedad que afecta a Haití puede perpetuarse ante la falta de fondos para combatirla.



## El mundo



### China: Las muertes por intoxicación alimentaria aumentaron levemente en 2014

16 de febrero de 2015 – Fuente: Xinhua (China)

Un total de 110 personas murieron por intoxicación alimentaria en China en 2014, 0,9% más que el año anterior, de acuerdo con las estadísticas de la Comisión Nacional de Salud y Planificación Familiar.

La comisión también dijo que el número de personas que habían padecido intoxicación alimentaria el año pasado se había incrementado en 1,8% hasta las 5.657, en un total de 160 incidentes.

Los casos relacionados con infecciones microbianas fueron los que provocaron la mayor cifra de enfermos, mientras que aquellos causados por plantas o animales venenosos, incluidos los hongos, fueron los que provocaron más muertes. La mayoría de los fallecimientos se produjeron en el hogar, y la mayor parte de las enfermedades en comedores públicos.

La comisión pidió que se refuercen la evaluación de riesgos y la prevención, y urgió a los supervisores de seguridad alimentaria locales que intensifiquen los controles en los comedores de las escuelas y lugares de trabajo y los banquetes en las áreas rurales.

Además, hizo un llamamiento a que se aumente la educación entre los ciudadanos en materia de prevención de intoxicaciones alimentarias.

## **DIARIO MEDICO** España: La magnitud de *Clostridium difficile* es mayor de lo que se pensaba

16 de febrero de 2015 – Fuente: Diario Médico (España)

La bacteria *Clostridium difficile* es una vieja conocida que ha pasado inadvertida durante mucho tiempo y que ahora empieza a mostrarse en toda su magnitud. Aunque se sabía de su potencial infeccioso, se sospechaba de ella en pocos casos. El resultado: quedaban sin diagnosticar dos tercios de todos los casos. Esta fue la principal conclusión del primer trabajo del Grupo Español de Estudio de la Infección por *Clostridium difficile*, cuyo coordinador es

Emilio Bouza. Esta semana se han presentado los resultados del segundo y el tercer estudios nacionales, realizados en 2013. En los cinco años transcurridos desde el primero, los casos de infección no detectados se han reducido a un tercio.

En cada uno de los estudios se recogieron muestras de todas las heces diarreicas que llegaron a los laboratorios de 100 hospitales españoles en un día y se enviaron al Hospital General Universitario 'Dr. Gregorio Marañón y Posa-dillo', de Madrid, cuyo servicio de Microbiología y Enfermedades Infecciosas dirige Bouza. "Buscamos *C. difficile* con nuestras mejores herramientas y determinamos cuánta gente sólo fue diagnosticada por el procedimiento que nosotros hicimos", explica el especialista.

La causa fundamental del gran infradiagnóstico que se constató en el trabajo de 2008 al comparar los resultados de cada hospital con los del Gregorio Marañón es que los clínicos "no habían pedido que se buscara esa bacteria en los pacientes con diarrea; no habían sospechado su presencia". Una parte más pequeña de la responsabilidad cabe atribuirla a que "el método de búsqueda no era el ideal".

Los investigadores se preguntaron entonces si el infradiagnóstico era similar en Europa y comprobaron que nadie había llevado a cabo un estudio de estas características en el continente. Por eso, la Sociedad Europea de Enferme-dades Infecciosas copió el modelo del grupo español y realizó el estudio EUCLID. Este análisis demuestra, según Bouza, "que a lo largo y ancho de la geografía europea pasa lo mismo: con cierta frecuencia, la diarrea por *C. difficile* pasa inadvertida".

En todo caso, el experto se queda con la notable mejora registrada entre 2008 y 2013: "Más clínicos sospechan la presencia de la bacteria y hay mejores técnicas microbiológicas. Hemos tratado de cambiar las cosas y hemos podi-do medir si ha funcionado". Entre otras actuaciones, se han elaborado trípticos de alerta de la enfermedad y se es-tán desarrollando unas guías nacionales. En estos momentos se están ultimando los preparativos del cuarto estudio nacional.

### Estudio sistemático

Bouza expone una de las principales enseñanzas que se puede extraer: "Los servicios de microbiología no debe-rían esperar a que un clínico solicite la detección de esta bacteria, sino que se debe buscar sistemáticamente cuando llegan heces diarreicas a un hospital". Para esa detección existen diferentes herramientas, con diversos costos y grados de eficacia. El grupo del Gregorio Marañón propone un algoritmo para que el diagnóstico "sea lo más eficien-te al mínimo precio". Se trata de "buscar una primera detección por un procedimiento combinado, que tiene una sensibilidad de más de 90%, y luego tener una placa de cultivo para aislar bacterias que, estando en menor cantida-d, pueden no haber dado una detección de toxina positiva. Es lo que llamamos segunda ronda o *second look*".

*C. difficile* tiene una incidencia en España de entre ocho y diez episodios cada 10.000 días de estancia hospita-laria. Bouza reconoce que esta forma de contabilizar su impacto no tiene en cuenta los casos que se producen en la comunidad, más difíciles de medir. "Un problema con esta bacteria es que no sabemos el tiempo de incubación. Por lo tanto, si un señor se va del hospital y tiene una diarrea por *C. difficile* a los 15 días, ¿es comunitaria o es hospita-laria?".

Esta cuestión está muy relacionada con los factores de riesgo. "Los clásicos están muy claros: edad avanzada, re-cibir antibióticos, tener enfermedades de base, estar hospitalizado en una habitación donde previamente hubo un paciente con este mismo problema... Sin embargo, si uno se ciñe a ese retrato y busca la entidad sólo en esas cir-cunstancias, se pierden un tercio de los casos", apunta el especialista.

Fuera del retrato robot convencional quedarían quienes no adquieren la bacteria en el hospital, tienen una media de 40 años en vez de 65 años y no están en tratamiento con antibióticos o no recuerdan haberlos tomado en los dos meses previos.

*C. difficile* tiene una mortalidad de entre 1 y 5% de los casos. Algunas de sus cepas son más virulentas que otras. Bouza señala que últimamente se está introduciendo en España una de las más toxigénicas, la 027.



### Kenya: Investigan a los caracoles mediante satélites para prevenir la esquistoso-mosis

16 de febrero de 2015 – Fuente: British Broadcasting Corporation (Gran Bretaña)

Los expertos están utilizando tecnología de satélites pa-rra rastrear el movimiento de los caracoles acuáticos en África, con el fin de combatir la propagación de la esquistoso-mosis, una enfermedad parasitaria crónica que afecta especialmente a pobladores de países en vías de desarro-lllo.

La información que arrojan los satélites es usada en Kenya para elaborar mapas de ubicaciones adecuadas para los caracoles acuáticos, portadores de larvas de gusanos que causan la esquistosomosis en los seres humanos.

Estos datos pueden indicar qué lugares son más pro-pensos a que se presenten brotes de la enfermedad, para que las organizaciones de salud puedan actuar a tiempo.





Al menos 249 millones de personas necesitaron tratamiento contra la esquistosomosis en 2012. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que 90% de los afectados por la enfermedad en el mundo viven en África.

Un trabajo similar se lleva a cabo con insectos que transmiten enfermedades, tales como el mosquito.

Los detalles de la investigación se han discutido en la reunión anual de la Asociación Americana para el Avance de la Ciencia, que se celebra en San José, California, Estados Unidos.

## europa **Mozambique: El cólera se expande rápidamente** press 27 de febrero de 2015 – Fuente: Europa Press

Los primeros casos del brote de cólera que afecta a Mozambique se registraron el pasado mes de diciembre, pero ha sido en febrero cuando la epidemia se ha expandido más rápidamente. Ya hay unos 3.648 casos registrados y 38 personas han fallecido.

Según explica Médicos Sin Fronteras (MSF), la provincia de Tete no se vio afectada por las graves inundaciones registradas en Mozambique el pasado enero pero sí por las intensas lluvias, que probablemente han sido una de las causas de este brote. De hecho, el cólera es endémico en algunas zonas del país.

Ruggero Giuliani, coordinador médico de MSF en Mozambique, advirtió que en la provincia de Tete, el foco principal en estos momentos, la situación es muy preocupante.

De las tres provincias afectadas por el cólera –Nampula, Niassa y Tete–, la situación actual en Tete es la que resulta más preocupante. Allí se han dado la mitad de los casos registrados (1.826 de los 3.648) y también el mayor número de muertes (24 de las 38).

Además, Tete es el lugar donde se está produciendo un mayor incremento de casos. Un factor agravante es que Tete, al contrario que las otras dos provincias afectadas, no ha sufrido un brote de cólera desde 2009. Eso significa que la mayor parte de la población no ha generado resistencia a la bacteria y eso les hace ser más propensos a caer enfermos.

Tete es un importante enclave regional para el comercio, donde la gente se desplaza mucho y comparte culturas e idiomas con los pueblos y ciudades que se encuentran al otro lado de las fronteras de Mozambique con Malawi y Zimbabue.

Además, tras el reciente boom de la minería en toda la región, hay muchas personas que están tratando de encontrar una manera de ganarse la vida en el sector, lo cual ha aumentado mucho los movimientos de población. Esto incrementa el riesgo de que la enfermedad viaje a través de las personas y llegue a otros lugares. Ya se han registrado 30 casos en Malawi y aparentemente la mayoría eran trabajadores que venían de Mozambique. Dos de esas personas han muerto.



En cualquier caso, la situación no se acerca ni mucho menos a la escala de la epidemia de 2008, que mató a más de 4.000 personas en toda la región. Esto no significa que no se deban poner en marcha acciones concretas para reducir el riesgo de que se expanda; la primera de estas acciones sería el establecimiento de un sistema de vigilancia que funcione bien y con el que se pueda controlar dónde y cómo se está expandiendo la epidemia.

La mayoría de los casos de cólera se resuelven de manera satisfactoria rehidratando al paciente: de manera oral en la mayor parte de los casos, e intravenosa en los casos más graves.

MSF ha construido y gestiona, junto al Ministerio de Salud de Mozambique, dos grandes centros de tratamiento de cólera en Tete (150 camas) y Moatize (45 camas más). Ambos están funcionando al máximo de su

capacidad.

Ahora mismo, también es importante descentralizar el tratamiento del cólera hasta las comunidades más afectadas, lo cual permitirá diagnosticar más pronto a los pacientes y empezar el tratamiento lo antes posible. Esto resulta clave para reducir la gravedad de la enfermedad. La descentralización del tratamiento todavía no ha comenzado; y eso se debe, al menos en parte, a las dificultades que existen para encontrar recursos humanos con capacidad para gestionar los centros de tratamiento. Actualmente todos los centros de tratamiento están relativamente lejos de los puntos donde la epidemia está más activa.

Las medidas de prevención son tan importantes como el tratamiento de casos, ya que tienen un impacto directo en la amplitud y en el impacto que pueda alcanzar la epidemia. Una epidemia de cólera suele durar entre uno y tres meses y ésta lleva activa desde diciembre, así que hay que tratar de atajarla de inmediato antes de que se convierta en algo peor.

El cólera se extiende a través del agua contaminada, y esa es la razón por la cual las comunidades más vulnerables, que no cuentan con un sistema de saneamiento adecuado ni con un acceso regular al agua potable, son gene-

ralmente las más afectadas. Con un saneamiento en condiciones es muy difícil que se produzca una epidemia de cólera, pero en Mozambique sólo 37% de la población rural tiene acceso regular al agua potable.

El lugar donde se están dando más casos en la actualidad es en Tete, en las infraviviendas que están situadas cerca de los márgenes del río. El hecho de que hayan sido construidas en terreno rocoso hace que resulte complicado construir letrinas, lo cual resultaría de suma importancia en este momento, pues la bacteria viaja a través de las heces contaminadas.

Además del tratamiento de casos, los equipos de MSF están dando apoyo al Ministerio de Salud para sensibilizar a la población sobre el cólera y sobre las medidas a tomar para no enfermarse. También están trabajando en la búsqueda activa de casos en las comunidades y en la desinfección con cloro de los puntos de distribución de agua.



## **Sudáfrica, KwaZulu-Natal: La tuberculosis extremadamente resistente a fármacos se propaga de persona a persona, no por fracaso del tratamiento**

26 de febrero de 2015 – Fuente: 22th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections 2015

La inmensa mayoría de las personas infectadas por tuberculosis extremadamente resistente a fármacos (TB-XDR) en Sudáfrica han adquirido la infección a través de otra persona, no como resultado de un fracaso en el tratamiento antituberculoso. Esta conclusión se extrae del examen de 400 casos de TB-XDR confirmada mediante cultivo en la provincia de KwaZulu-Natal.

La TB-XDR puede adquirirse debido a numerosos fracasos de los regímenes de tratamiento antituberculoso, lo que lleva a la acumulación de resistencias a cada vez más fármacos. Cuando esto sucede, es probable que el paciente haya recibido previamente tratamiento frente a cepas de tuberculosis multirresistente (TB-MDR). Sin embargo, esto fue así únicamente en 21% de las 400 personas que participaron en este estudio.

El 79% restante de los casos probablemente se hayan debido a una transmisión de persona a persona. Esta transmisión se puede haber producido en entornos médicos, pero el hecho de que hasta la mitad de estas personas no habían sido atendidas previamente en un hospital, indica que también es probable que haya tenido lugar en la comunidad.

El análisis molecular del genotipo evidenció que gran parte de los 400 casos analizados eran muy similares genéticamente. Esto concuerda con la teoría de la transmisión de persona a persona. Algo menos de la mitad de las muestras aisladas pertenecía a un único clúster de transmisión y se detectaron otros 22 clústeres.

La transmisión en entornos sanitarios podría reducirse mediante la implementación de algunas intervenciones básicas de bajo costo, como la apertura de puertas y ventanas para mejorar la ventilación o la separación de las personas con casos sospechosos de tuberculosis del resto de pacientes. También es importante contar con un diagnóstico más rápido de la tuberculosis y el uso universal de las pruebas de susceptibilidad a fármacos.



## **Avances en la detección de puntos débiles en los virus de Marburg y del Ébola**

26 de febrero de 2015 – Fuente: Cell

Científicos del Instituto de Investigación Scripps (TSRI), en La Jolla, California, Estados Unidos, han captado las primeras imágenes que muestran cómo las moléculas inmunes se unen a un sitio en la superficie del virus de Marburg, un virus que es hasta 90% letal. Las imágenes son como reconocer al enemigo, mostrando a los científicos cómo apuntar a los puntos débiles del virus con los tratamientos futuros.

El equipo de investigación describe además un anticuerpo que se une a los virus de Marburg y del Ébola, allanando el camino para nuevos tratamientos de anticuerpos para luchar contra toda una familia de virus. “Estos anticuerpos de reacción cruzada son una ruta directa a una terapéutica. Se podrían utilizar estos anticuerpos directamente contra el virus de Marburg o, con un poco más de ingeniería, para también atacar el virus del Ébola”, afirma Erica Ollmann Saphire, profesora del TSRI.

El virus de Marburg se transmite a los humanos por los murciélagos y puede causar hemorragia masiva e insuficiencia orgánica, al igual que el virus del Ébola. En 2005, un brote de fiebre de Marburg mató a 329 personas, la mayoría niños y profesionales sanitarios. Hay preocupación por que el virus de Marburg pudiera causar un brote aún mayor en el futuro. “Es tan probable que el virus de Marburg migre como el del Ébola a una zona densamente poblada”, afirma Saphire.

El nuevo estudio se centra en un anticuerpo descubierto en la sangre de un superviviente del virus de Marburg. Mediante el estudio de cómo el anticuerpo se une al virus, los investigadores de este proyecto que duró seis años en el laboratorio de Saphire esperaban encontrar nuevos puntos de ataque en la superficie del virus.

Takao Hashiguchi, un ex investigador asociado de TSRI, y Marnie Fusco, asistente de investigación en TSRI, encontraron la manera de hacer crecer cristales del anticuerpo unido a su diana viral. A continuación, se expusieron los cristales a la difracción de rayos X en un sincrotrón, revelando su forma en tres dimensiones.

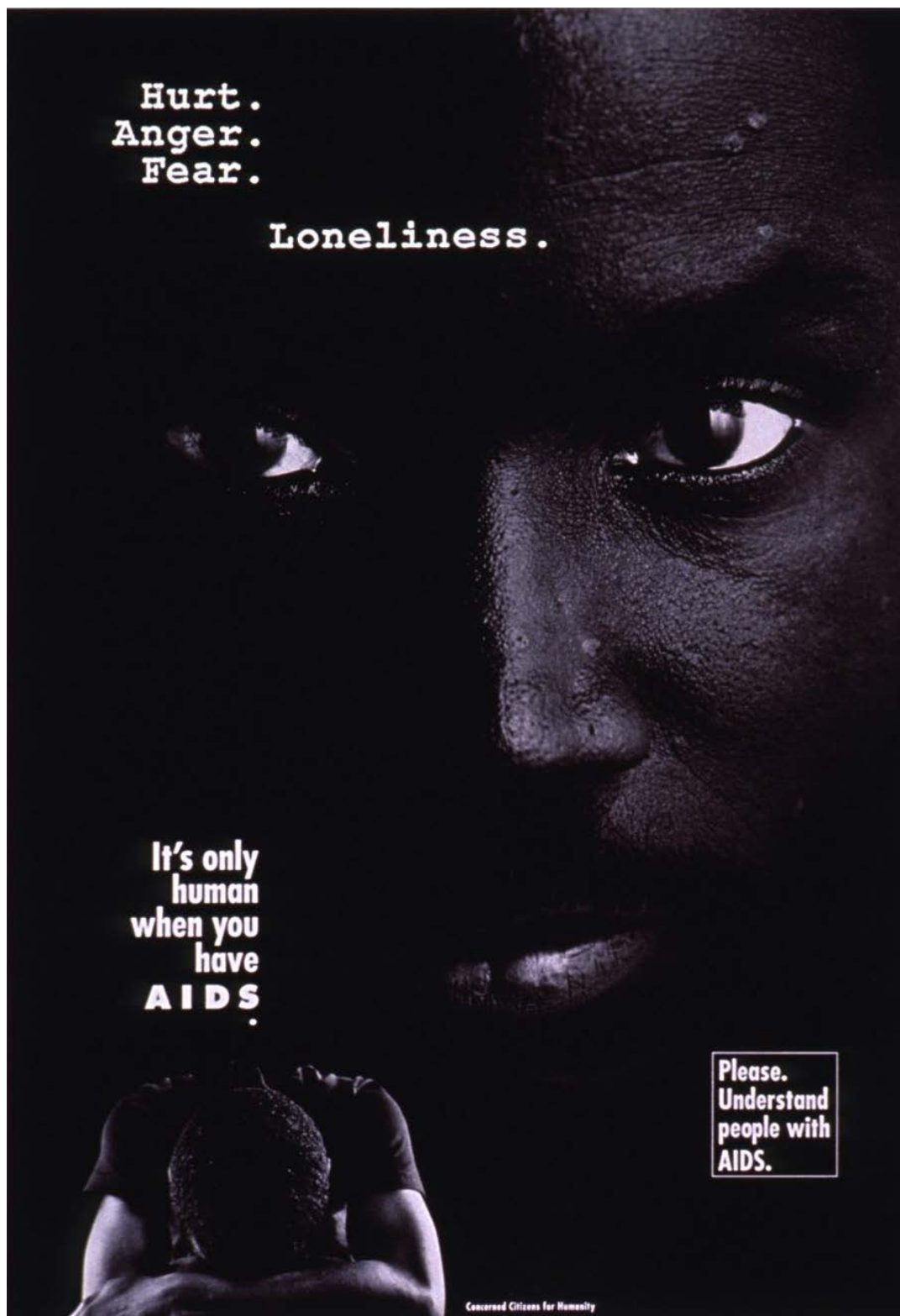
El trabajo del equipo mostró cómo el anticuerpo se une al virus de Marburg, bloqueando la capacidad del virus para unirse a un receptor y obtener su material genético en las células humanas. Ésta fue también la primera vez que se ha visto la glicoproteína del virus en la forma que adopta cuando infecta las células.

Los virus de Marburg y del Ébola entran en las células de la misma manera, por lo que los investigadores se preguntaron si el anticuerpo también podría inactivar el virus del Ébola mediante la unión al mismo sitio. El trabajo del experto del TSRI Zachary Bornholdt demostró que lo hizo uniéndose al virus del Ébola y proporcionó una estructura cristalina del mismo anticuerpo unido al virus.

La estructura cristalina también reveló por qué este anticuerpo de reacción cruzada se encontró en un sobreviviente del virus de Marburg y no en uno del Ébola, a pesar de que el anticuerpo reacciona con ambos virus. La clave estaba en el recubrimiento flexible y rico en carbohidratos en las proteínas de la superficie de ambos virus.

Con la ayuda de investigadores del Laboratorio Nacional Lawrence Berkeley, el equipo utilizó una técnica de dispersión de rayos X llamada de pequeño ángulo para estudiar las versiones de la cubierta de carbohidratos de las proteínas de los virus del Ébola y de Marburg. Sus imágenes mostraron que las regiones ricas en carbohidratos tenían diferentes formas y poseían distintas superficies por debajo, permitiendo que el cuerpo cree un anticuerpo contra esta región expuesta sólo en el virus de Marburg.<sup>5</sup>

## Publicidad relacionada con la salud



Concerned Citizens for Humanity (1996. Hartford, Connecticut, Estados Unidos).

<sup>5</sup> Puede consultar los artículos completos, en inglés, haciendo clic [aquí](#) y [aquí](#) (requiere suscripción).

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](mailto:reporteepidemiologicocba@gmail.com), aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.