



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina

www.reporteepidemiologico.com



Número 1.672

7 de octubre 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 Fariás

Editores Asociados

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

Noticias

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

Argentina

- Vigilancia de hidatidosis

América

- Ecuador, Chimborazo: Cerca de 300 personas fueron atendidas por intoxicación en Colta

- Jamaica: Alrededor de 123 escolares afectados por el virus Cocksackie

- México, Baja California: Desde 2013 reportan 69 casos de rickettsiosis en la colonia Valle del Puebla, en Mexicali

- República Dominicana: Aumenta a 73 el número de muertes por dengue

- Venezuela registra 88.906 casos de malaria

El mundo

- África Occidental: El virus del Ébola pierde fuerza pero aún sigue matando

- España: Recomiendan no administrar la vacuna contra el meningococo B al mismo tiempo que otras vacunas

- Europa: La primera vacuna contra la leishmaniosis visceral se probará en humanos en 2016

- India: Un nuevo esquema de vacunación, clave para erradicar la poliomielitis

- Kenya: El sida no se cura sin un buen sistema sanitario

- Mauritania descarta la enfermedad por el virus del Ébola como causa de los casos de 'fiebres hemorrágicas' en el país

- Sudán del Sur: MSF y el UNICEF dan tratamiento contra la malaria a 16.000 niños

- Las vacunas también protegerían a los niños del accidente cerebrovascular

Adhieren:

SLAMVI

Sociedad Latinoamericana
de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/

**CIRCULO
MÉDICO DE
CÓRDOBA**

www.circulomedicocba.org/

CMPC
Consejo de Médicos
de la Provincia
de Córdoba

www.consejomedico.org.ar/



Biblioteca de la Facultad
de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Córdoba

www.biblioteca.fcm.unc.edu.ar/

S.A.D.I.

www.said.org.ar/

**Comité Nacional de
Infectología**

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



www.apinfectologia.org/

Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica

www.sadip.net/

**Asociación
Parasitológica
Argentina**

www.apargentina.org.ar/

XIII Reunión de Expertos en Micología Clínica

Infocus 2015

5 AL 7 DE NOVIEMBRE 2015. CÓRDOBA, ARGENTINA. HOLIDAY INN

infocuscordoba2015
 @InfocusCordoba
 www.infocus2015.com

Declaración de Córdoba II: "Hacia un mundo con antibióticos eficaces y seguros: un desafío"

El Círculo Médico de Córdoba, fundado en el año 1910, es una institución destinada a la capacitación de postgrado en todas aquellas cuestiones científicas relacionadas con las ciencias médicas. En la actualidad, alberga a 35 sociedades científicas y más de 2.000 socios de la Provincia de Córdoba, Argentina.

Su Comisión Directiva se complace en informar que, en el marco de su 105° Aniversario, se procedió a la elaboración de la Declaración de Córdoba II "Hacia un mundo con antibióticos eficaces y seguros: un desafío".

Este documento, impulsado por la entidad y realizado en colaboración con destacados especialistas, asume el compromiso de vincular ciencia y sociedad, para establecer una nueva y provechosa articulación entre todos los involucrados en este tema de trascendencia mundial.

Es de vital importancia para nuestras regiones, tomar una posición frente a esta problemática. Es por ello que se invita a Usted, como catalizador del cambio, a adherir a esta Declaración de Córdoba II. Puede leer el texto completo de la Declaración haciendo clic [aquí](#).

Esperando contar con su apoyo, se le invita a enviar su adhesión a: presidenciacirculomedicocba@gmail.com.

También puede consultar el texto completo de la primera [Declaración de Córdoba: Hacia un mundo sin sida, el compromiso de América Latina](#).

Argentina



Vigilancia de hidatidosis

28 de septiembre 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 33. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.¹

Provincia/Región	2014		2015	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	35	33	24	24
Buenos Aires	127	32	127	30
Córdoba	22	16	6	4
Entre Ríos	20	17	23	17
Santa Fe	19	3	33	2
Centro	223	101	213	77
Mendoza	47	2	40	—
San Juan	17	7	33	11
San Luis	4	4	7	4
Cuyo	68	13	80	15
Corrientes	5	4	6	2
Chaco	4	—	2	—
Formosa	1	—	2	2
Misiones	3	1	5	—
NEA	13	5	15	4
Catamarca	10	8	5	5
Jujuy	12	1	4	—
La Rioja	1	1	—	—
Salta	34	28	25	24
Santiago del Estero	14	14	10	9
Tucumán	16	16	14	13
NOA	87	68	58	51
Chubut	45	24	27	9
La Pampa	13	2	21	3
Neuquén	39	37	43	37
Río Negro	12	12	25	23
Santa Cruz	6	2	3	1
Tierra del Fuego	10	—	1	—
Sur	125	77	120	73
Total Argentina	516	264	486	220

¹ Los casos notificados incluyen casos sospechosos, probables, confirmados y descartados.

El Diario Ecuador, Chimborazo: Cerca de 300 personas fueron atendidas por intoxicación en Colta

6 de octubre de 2015 – Fuente: El Diario (Ecuador)

La comunidad San Francisco, de la parroquia Sicalpa, cantón Colta (Chimborazo), celebró el pasado 4 de octubre las fiestas en nombre de su patrono, por lo que más de 300 personas de 14 comunidades acudieron a la ocasión religiosa, sin embargo horas más tarde tras consumir los alimentos que allí se sirvieron, presentaron síntomas de intoxicación.

Hasta el Hospital 'Nuestra Señora del Rosario' de Cajabamba llegaron decenas de personas, entre ellas niños y adultos mayores, con síntomas de intoxicación alimentaria, presentando vómitos, diarrea y dolor de estómago. La institución de salud aplicó un cerco epidemiológico para mantener la situación bajo control, es así que de las 60 personas que fueron atendidas en el hospital de Cajabamba, 21 quedaron en observación, informó el Ministerio de Salud.

Los asistentes al evento comentaron que en la fiesta se repartieron platos de mote, hornado, caldo de gallina, papas y cuyes, por lo que se presume que los alimentos no estuvieron bien preparados.

Las autoridades del Ministerio de Salud, indicaron que iniciaran las respectivas investigaciones con el fin de determinar las causas que provocaron la intoxicación masiva.



Jamaica: Alrededor de 123 escolares afectados por el virus Cocksackie

5 de octubre de 2015 – Fuente: EFE

El Ministerio de Salud de Jamaica puso en marcha una campaña de desinfección en 58 escuelas de su territorio en las que se han reportado 123 casos de la enfermedad de manos, pies y boca (EMPB), causada por el virus Cocksackie, según confirmó un portavoz del organismo.

El funcionario indicó que el Ministerio de Salud mandó equipos para la desinfección de las instalaciones educativas, que a su vez tuvieron que enviar a los estudiantes contagiados a sus casas para que recibieran atención médica.

De acuerdo a las últimas estadísticas del ministerio, que se remiten a datos del 30 de septiembre, 123 estudiantes habían presentaron síntomas de la enfermedad.

La EMPB suele afectar a menores de diez años y se contagia a través de las mucosas nasales y garganta, pudiendo ser mortal en los casos más graves.

Sus síntomas son fiebre, irritación, sarpullidos y ampollas en manos y pies. Es una enfermedad benigna pero de alta capacidad de contagio que remite espontáneamente y es muy habitual en primavera.

Avril Isaac, portavoz de la Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA), expresó que sólo se han reportado casos de este virus en Jamaica y que, por el momento, ningún otro territorio de la región ha confirmado brotes.



México, Baja California: Desde 2013 reportan 69 casos de rickettsiosis en la colonia Valle del Puebla, en Mexicali

21 de septiembre de 2015 – Fuente: Uniradio (México)

Desde 2013 a la fecha, han sido diagnosticados 69 casos de rickettsiosis en la zona del Fraccionamiento Valle del Puebla, informó la jefa de la Jurisdicción de Salud en Mexicali, Yenisey Espinoza Castro.

En el mismo lapso, se detectaron 38 casos en la colonia Santa Isabel, 25 en la Progreso y seis en la Voluntad, las tres demarcaciones localizadas al poniente de la ciudad, donde se originara el problema en el año 2009.

Según datos revelados en un simposio sobre rickettsiosis que realizó la Universidad Autónoma de Baja California, de 2009 a 2015 se notificaron 3.747 casos probables, de los cuales 882 fueron confirmados por laboratorio y el resto fueron descartados o quedaron como casos clínicos.

El 96% de los casos de rickettsiosis de Baja California han ocurrido en Mexicali, y de agosto a la fecha, 26 resultaron positivos en la prueba de laboratorio, 22 de ellos corresponden al municipio mexicalense.

Los datos revelados por el Instituto de Servicios de Salud Pública (ISESALUD), advierten que la mayoría de los casos han sido en la zona poniente conocida como Los Santorales, sin embargo, en los dos últimos años la zona oriente del Valle del Puebla registra mayor prevalencia de la enfermedad.

La diputada por el Distrito que comprende la parte oriente de la ciudad, la legisladora Rosa Isela Peralta Casillas, informó que ha entregado en comodato bombas para que los residentes de esa zona vulnerable fumiguen su entorno.

Auxiliada por el encargado del Programa de Zoonosis y de Vectores en la Jurisdicción Sanitaria Número Uno, Jorge Roacho Chavarín, los ciudadanos son capacitados para que apliquen correctamente la deltametrina, garrapaticida que también les proporciona a los residentes que apoyan en la encomienda, explicó la legisladora.

"Primeramente les damos cursos de capacitación para que sepan qué es la rickettsiosis, para que sepan que el problema se combate limpiando primeramente en nuestro hogar", dijo Peralta Casillas.

Las muertes a causa del dengue se han incrementado a 73, hecho que mantiene preocupadas a las autoridades de Salud Pública de República Dominicana y a la población en general.

El país superó los casos del año 2014 de 4.585 a 6.268 en este año; sólo en la semana epidemiológica 37 –del 13 al 19 de septiembre– se registraron 480 casos de dengue en todo el territorio nacional.

Ante el incremento de casos, José Manuel Puello, director de Salud Colectiva, del Ministerio de Salud Pública, expresó que se aumentarán las medidas de prevención y control de los mosquitos en 241 barrios y comunidades del Distrito Nacional y 15 provincias que están en alerta amarilla por el aumento de casos.

Ante el evidente aumento del dengue, la Ministra de Salud Pública, Altagracia Guzmán Marcelino, se trasladó dos veces en menos de una semana a La Altagracia, que al igual que otras 15 provincias, están en alerta amarilla por la concentración de casos.

**EL UNIVERSAL****Venezuela registra 88.906 casos de malaria**

6 de octubre de 2015 – Fuente: El Universal (Venezuela)

Un total de 88.906 casos de malaria se registraron en Venezuela hasta el 5 de septiembre, según datos oficiales no divulgados del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) y que presentó la Sociedad Venezolana de Salud Pública en un foro realizado acerca de la enfermedad en el país.

La organización califica esta cantidad de casos como una epidemia, en la que los casos actuales sobrepasan en un porcentaje de 55,3% los de la misma fecha del año pasado.

Identifican un número creciente de casos en niños menores de 10 años, lo que equivale a un aumento de 75,6% desde 2011 (5.420 casos) a 2014 (9.206) y una proyección de aumento de 138,9% para el final de 2015.

Asimismo, preocupa la alta carga de malaria importada desde entidades con focos de transmisión continua y sin control, como la del municipio Sifontes en el estado Bolívar, donde se origina 88,48% de los casos importados a estados receptores sin focos activos o de baja transmisión.

Apuntan también que 11,52% de los casos son importados desde otros estados. “Lo anteriormente expuesto indica una compleja dinámica de transmisión de la enfermedad en Venezuela y un aumento en el riesgo de ampliación de las áreas de transmisión”, señala el comunicado de la Sociedad.

Otro de los datos revelados es que hasta el 29 de agosto, los casos importados desde Bolívar fueron 9.631 (la semilla malárica); 6.777 fueron por *Plasmodium vivax*; 1.144 por *P. falciparum*, y 1.248 infecciones mixtas, un aumento de 4,73 veces respecto a 2013. A esto se suma un número creciente de casos importados desde Colombia, Guyana, Brasil y otros países (987 hasta la semana epidemiológica 35 de 2015).

“Si no se toman medidas oportunas y efectivas, puede esperarse un cambio de patrón de transmisión de la enfermedad, de focalizada a un patrón de reintroducción en extensas áreas del país, previamente erradicadas de transmisión, o de bajo riesgo de transmisión y también a territorios adyacentes a los países fronterizos. Es una seria amenaza para el desarrollo del país y su soberanía geográfica, así como un problema de salud de importancia internacional”, señala el equipo de salud.

Alertan que es de esperarse un número creciente de casos graves y de muertes por malaria debido a la presencia de *P. falciparum* y formas mixtas (*P. falciparum* y *P. vivax*) en entidades federales en las que antes no existían.

Para controlar el avance de la enfermedad, los especialistas que suscriben el documento emitido por la Sociedad Venezolana de Salud, entre los que se encuentran José Félix Oletta, Ángel Orihuela y Carlos Walter, recomiendan fortalecer el sistema de registro y vigilancia epidemiológica de malaria en todas las entidades federales de Venezuela, que incluya capacidad diagnóstica, búsqueda de casos sospechosos, tratamiento supervisado, divulgar el registro permanente de casos importados desde estados con alta transmisión y cumplir con la obligación de comunicar a la Organización Panamericana de la Salud y a los países vecinos el patrón cambiante de transmisión de la enfermedad.

El mundo**EL PAÍS****África Occidental: El virus del Ébola pierde fuerza pero aún sigue matando**

6 de octubre de 2015 – Fuente: El País (España)

La epidemia de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) que se desató en África Occidental en diciembre de 2013 ha perdido la intensidad que llegó a tener el año pasado, pero sigue matando. Desde fines de julio, la cifra de casos se ha estabilizado en menos de diez por semana, y se encuentra muy focalizada en una zona fronteriza entre Guinea y Sierra Leona. Sin embargo, sigue habiendo contagios, cuatro la última semana. Y muertes. La última fallecida fue una niña de diez años, el pasado 14 de septiembre en Guinea, según la Organización Mundial



Una trabajadora sanitaria desinfecta las manos de un visitante del centro médico de Kamsar, en Guinea.

de la Salud (OMS). En estos 22 meses se han contagiado 28.424 personas, de las que fallecieron 11.311. Se trata de una epidemia de una dimensión nunca antes vista que afectó a seis países africanos, a tres de ellos de manera muy intensa, pero que por primera vez en la historia llevó este virus más allá del continente y generó una crisis en los sistemas internacionales de respuesta ante emergencias sanitarias.

La EVE no es lo que era. Se ha logrado frenar su propagación gracias a mejoras en la investigación de casos y en el seguimiento de contactos; el rápido aislamiento y tratamiento de las personas afectadas; la creciente toma de conciencia e implicación de las comunidades afectadas, y el descubrimiento de una vacuna eficaz que ya se ha administrado a al menos 5.500 personas desde el pasado abril en Guinea y que ya ha comenzado a aplicarse también en Sierra Leona.

Lejos queda la situación del verano de 2014, en el que se llegaron a producir 2.000 contagios en una sola semana, con barrios y pueblos en cuarentena y centros desbordados por la constante afluencia de pacientes. Todos, autoridades locales y organismos internacionales, empiezan a ver la luz al final del túnel. Sin embargo, nadie baja la guardia porque el virus sigue activo y el pasado mes de septiembre provocó contagios en las regiones de Forecariah (Guinea) y Kambia (Sierra Leona), aunque este último país lleva más de dos semanas sin casos nuevos.

“Estamos en la cola de la epidemia, con pocos casos en una zona muy remota, es cierto. Pero todo nuevo caso que no está en la lista de contactos es un nuevo foco. Así que el trabajo no está terminado. Además, creo que tras esta epidemia hay que hacer algo fundamental: estudiar cómo podemos evitar que algo así vuelva a pasar en países con sistemas sanitarios tan débiles”, aseguró Luis Encinas, responsable de Operación de África Occidental y experto en EVE de Médicos sin Fronteras”.

En la última semana de septiembre se produjeron solo cuatro nuevos casos, todos ellos en Guinea, país en el que ahora mismo hay 450 personas bajo vigilancia porque estuvieron en contacto con la niña fallecida el 14 de septiembre, la mayoría en Forecariah, pero algunos de ellos en Conakry, la capital. En Sierra Leona, sin embargo, no se produce ningún nuevo caso desde el pasado 13 de septiembre. No obstante, hay 700 personas bajo vigilancia en Bombali, todas relacionadas con el mismo caso. El tercer país más afectado por este brote, Liberia, fue declarado libre de la EVE el pasado 3 de septiembre, después de 40 días sin nuevos contagios. A pesar de ello, mantiene activados sus protocolos de vigilancia epidemiológica.

En estos 22 meses del peor brote de EVE jamás conocido, Sierra Leona ha sido el país con más contagios (13.911), seguido de Liberia (10.672) y Guinea (3.805). Sin embargo, Liberia se ha llevado la peor parte en fallecimientos (4.808), frente a los 3.955 de Sierra Leona y los 2.533 de Guinea. El resto de países africanos afectados fueron Nigeria (20 casos, ocho fallecidos), lugar al que el virus llegó por avión; Malí (ocho casos, seis muertos), y Senegal, que sólo tuvo un caso importado de Guinea que logró sobrevivir. En 2014, el virus logró salir del continente por primera vez en la historia. Provocó contagios en tres países europeos: España, con el caso de la auxiliar de enfermería Teresa Romero, del que ahora se cumple un año, Italia y Gran Bretaña. Las tres personas superaron la enfermedad. Finalmente, se produjeron cuatro contagios en Estados Unidos. Uno de ellos falleció.

europa press

España: Recomiendan no administrar la vacuna contra el meningococo B al mismo tiempo que otras vacunas

23 de septiembre de 2015 – Fuente: Europa Press

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), dependiente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, recomienda que se deje un intervalo de al menos dos semanas entre la administración de la vacuna contra el meningococo B y otras vacunas, ante el elevado riesgo de fiebre que se asocia a su uso.

A partir del 1 de octubre la vacuna, comercializada por Novartis como Bexsero®, se puede adquirir en oficinas de farmacia para la inmunización activa de bebés a partir de 2 meses de edad, después de que este organismo haya modificado su estatus de medicamento de uso hospitalario a medicamento de “prescripción médica no restringida”.

No obstante, tras esta decisión la AEMPS recordó que la ficha técnica de la vacuna informa del elevado porcentaje de lactantes y niños (menores de 2 años) que presentan “fiebre alta” tras su administración, por lo que para reducir estos episodios aconsejan no usarla a la vez que las otras vacunas que se administran de manera sistemática siguiendo el Calendario de Vacunación Infantil (la hexavalente y antineumocócica conjugada).

A este respecto, una posible pauta sería la administración de paracetamol a una dosis adecuada para el niño de forma profiláctica con las dosis de vacuna del primer año de vida –ya sea en el momento previo a la vacunación o inmediatamente después– seguida de dos dosis más de paracetamol con un intervalo de tiempo entre ellas de 4 o 6 horas.

Igualmente, en la ficha técnica se indica que no existen datos de compatibilidad de Bexsero® con las vacunas antineumocócicas conjugadas frente a *Neisseria meningitidis* serogrupo C, por lo que tampoco se recomienda administrarlas simultáneamente y dejar entre ellas un intervalo de al menos dos semanas.



El próximo año se pondrá en marcha el primer ensayo clínico en seres humanos con la primera vacuna europea contra la leishmaniosis visceral humana desarrollada por el proyecto MuLeVaClin, financiado por la Comisión Europea y coordinado por el Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud Carlos III, de España.

El ensayo clínico se iniciará en Suiza y contará con la participación de 72 voluntarios sanos, y los científicos confían en que la vacuna sea una “realidad próxima” si las investigaciones concluyen con éxito, según destacaron durante una reunión celebrada el 5 de octubre en Madrid para repasar el último estado de los trabajos.

La vacuna que persigue conseguir MuLeVaClin establece dos vías de protección contra la infección natural, bloqueando de forma eficiente la transmisión desde el vector y la extensión de la infección en el huésped humano mediante la imitación de un ciclo de infección de *Leishmania*.

La leishmaniosis es una enfermedad tropical desatendida que representa un grave riesgo de salud para 350 millones de personas en todo el mundo y afecta cada año a 2 millones de personas, la mayoría de ellas en India, Bangladesh, Sudán, Etiopía y Latinoamérica, aunque su incidencia también está aumentando en Europa, especialmente en los países de la cuenca mediterránea.

THE LANCET India: Un nuevo esquema de vacunación, clave para erradicar la poliomi- elitis

17 de septiembre de 2015 – Fuente: *The Lancet* 480

Una nueva combinación de dosis de las vacunas contra la poliomi-
elitis arrojaría mejores resultados y allanaría el camino para erradicar definitivamente la enfermedad, reveló un estudio realizado en India.

La inmunogenicidad que proporciona la vacuna oral contra la poliomi-
elitis (OPV) bivalente de cuatro dosis combinada con la vacuna inactivada contra la poliomi-
elitis (IPV) supera a la que el cuerpo desarrolla con la OPV trivalente convencional, según la nueva investigación.

Este estudio aporta “resultados convincentes de la superioridad del nuevo esquema que se implementaría desde 2016 en el mundo”, dijo el autor principal, doctor Ronald W. Sutter, de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Aunque la poliomi-
elitis se erradicó de la mayoría de los países, el poliovirus salvaje tipo 1 y el virus tipo 2 derivado de la vacuna están circulando en Afganistán, Pakistán y Nigeria.

La Iniciativa Mundial para la Erradicación de la Poliomi-
elitis recomendó reemplazar la OPV trivalente (Sabin; tipos 1, 2 y 3) con una OPV bivalente (tipos 1 y 3) para prevenir la poliomi-
elitis asociada con la vacuna y combinarla con una dosis de la IPV para evitar la reaparición del poliovirus tipo 2.

En 2013, el equipo hizo un estudio multicéntrico aleatorizado y abierto en India sobre 900 bebés nacidos a término saludables; al azar, se formaron cinco grupos similares que recibieron la OPV convencional, la OPV trivalente más una dosis de IPV, la OPV bivalente, la OPV bivalente más una dosis de IPV o la OPV bivalente más dos dosis de IPV.

Todos los grupos recibieron cuatro dosis de OPV al nacer y a las seis, 10 y 14 semanas de vida. La IPV se administró por vía intramuscular a las 14 y 18 semanas de edad.

El equipo analizó las muestras de sangre de cordón (valor basal) y muestras de sangre periférica a las 14, 18, 19 y 22 semanas de vida para detectar los niveles de anticuerpos contra el poliovirus con ensayos de neutralización.

Para definir la seroconversión se utilizó un aumento de los títulos cuatro veces por encima del valor basal o un cambio de resultado negativo por positivo.

Mientras que todas las combinaciones alcanzaron buenas tasas de seroconversión, “la inmunogenicidad de este nuevo esquema es superior a lo esperado para los poliovirus tipo 1 y 3, y de acuerdo con las expectativas para el poliovirus tipo 2”, publica el equipo.

Las tasas de seroconversión para la nueva combinación (OPV bivalente con una dosis de IPV a las 18 semanas de vida) fueron de 99,4% para el poliovirus tipo 1 y 3, y de 68,6% para el tipo 2.

Para el poliovirus tipo 1, 2 y 3 en el grupo tratado con la OPV trivalente las tasas de seroconversión fueron del 99,4; 96,3 y 90,2%; mientras que para la OPV trivalente más la dosis de IPV fueron del 98, 100 y 99,3%, y para la OPV bivalente, del 98,7; 98,7 y 97,4%. Los valores para la OPV bivalente más dos dosis de IPV fueron de 99,4; 78,1 y 98,7%.

El equipo no detectó efectos adversos de la vacunación.

“Lo más importante es que estamos más cerca que nunca de tener un mundo libre de poliomi-
elitis”, dijo el Dr. Walter A. Orenstein, coautor de un comentario sobre el estudio y docente de la Facultad de Medicina de la Emory University, en Atlanta.

“La combinación de la IPV y la OPV es clave para garantizarles un mundo sin poliomi-
elitis a las futuras generaciones”, añadió.

La OMS financió el estudio mediante un subsidio de Rotary International.²

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



THOMSON REUTERS
FOUNDATION

Kenya: El sida no se cura sin un buen sistema sanitario

6 de octubre de 2015 – Fuente: Thomson Reuters Foundation

Cuando la hija de cinco años de Grace fue ingresada en un hospital de Kenya con una infección respiratoria, no sospechaba que tenía VIH. Solo cuatro años más tarde, cuando Grace se puso tan enferma que tuvo que ser trasladada al hospital, supo que ambas eran seropositivas. Madre e hija reciben ahora un tratamiento gratis y de primera categoría en uno de los mejores hospitales privados de la capital, Nairobi.

La mayoría de los 3.000 pacientes del hospital Mater Comprehensive Care Clinic, dedicado al tratamiento del VIH/sida, proceden de un barrio de chabolas cercano. Se trata de un centro financiado exclusivamente por donantes, sobre todo por el Programa Presidencial de Emergencia de Asistencia para el Sida (PEPFAR), de Estados Unidos.

“Si no hubiera venido aquí, estaría muerta”, afirma Grace, una madre soltera de 32 años que vive en el suburbio Fuata Nyayo de Nairobi y que ha preferido no dar su nombre completo. Millones de personas como Grace se han beneficiado de los fondos asignados por donantes como PEPFAR y el Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

En Kenya, la prevalencia de VIH en adultos se ha reducido casi a la mitad desde mediados de la década de 1990, hasta el 5,3% en 2014, según los datos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). De su presupuesto sanitario anual de 1.250 millones de dólares, Kenya destina alrededor de 60% para la lucha contra el VIH/sida, de acuerdo a datos utilizados por el Gobierno y ONUSIDA. “De esa cantidad, tres cuartas partes aproximadamente provienen de organismos internacionales”, explica ONUSIDA.

El VIH/sida sigue siendo, sin embargo, la principal causa de muerte en Kenya, y es el responsable de casi tres de cada 10 muertes en África Oriental, donde 1,6 millones de kenianos están infectados, según datos del Gobierno correspondientes al año 2014.

Los expertos señalan que el desproporcionado enfoque sobre el VIH/sida se ha hecho a costa de otras enfermedades y de un sistema sanitario más amplio que intenta llegar con dificultad a la gente que vive en los suburbios y en las regiones áridas y remotas. “Deberíamos haber abordado el tema de la salud reproductiva y el VIH al mismo tiempo. El VIH tiene mucho empuje pero el resto se ha olvidado”, dice un keniano que trabaja en una organización benéfica del VIH y que pidió no ser identificado.

Un sistema sanitario más fuerte

Los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Organización de Naciones Unidas (ONU), que los líderes mundiales han aprobado a fines del mes pasado, toman como punto de partida los Objetivos de Desarrollo del Milenio y buscan reducir la mortalidad materna y poner fin a las epidemias de sida, tuberculosis y malaria para 2030. Uno de los objetivos es la cobertura sanitaria universal –acceso a servicios sanitarios de calidad y asequibles para todos–, y mejorar sustancialmente la contratación, la formación y la estabilidad laboral del personal sanitario.

Si Kenya y otros países en desarrollo quieren alcanzar los ODS, necesitan cambiar las inversiones destinadas a enfermedades como el VIH y fortalecer sus sistemas sanitarios, afirman los expertos. Aunque los servicios de maternidad y urgencias y la atención sanitaria a los menores de cinco años son supuestamente gratuitos en Kenya, los centros del Gobierno tienen problemas de liquidez y están sobrecargados, lo que obliga a los pacientes a comprar sus propios medicamentos. Cuando Grace y su hija ingresaron en el hospital Mbagathi de Nairobi, gestionado por el Gobierno, tuvieron que dormir en el suelo porque no había camas disponibles.

De acuerdo con informaciones de medios locales, muchos pacientes han muerto debido a una huelga de enfermeras que no cobraban sus salarios. La moral de los trabajadores sanitarios es baja y los pacientes se quejan a menudo de abusos. Para poder construir un sistema sanitario mejor, Kenya debe dar prioridad a la asistencia sanitaria primaria y preventiva y eliminar la ineficacia de su sistema, aseguran los expertos.

“En Kenya, la mitad del presupuesto para sanidad se derrocha a causa de la ineficacia y la corrupción”, dice Peter Kimuu, responsable del Ministerio de Sanidad, Dirección de Políticas, Planificación y Financiación de Servicios de Salud. A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que entre 20 y 40% del gasto sanitario se pierde.

“La agenda para los próximos 10-15 años será en realidad, la agenda de la eficacia en vez de la agenda de la recaudación de impuestos”, asegura Joseph Kutzin, un experto de la OMS en financiación y sostenibilidad de los sistemas de salud. Un nutricionista contratado para orientar sobre dietas a los pacientes con VIH podría, por ejemplo, aconsejar también a los enfermos de diabetes y a las mujeres embarazadas.

La enfermedad por el virus del Ébola

En cuanto a los donantes, deben centrarse más en los programas de salud a largo plazo y ser más flexibles con la financiación, dicen los analistas. “Cuando se produce una crisis, todo el mundo se moviliza; es muy fácil conseguir dinero”, afirma Nardos Bekele-Thomas, coordinadora residente del sistema de las Naciones Unidas y de ayuda humanitaria en Kenya. Alrededor de 70% de la ayuda económica que envió la ONU a Kenya entre 2009 y 2013 se destinó a urgencias por causa del hambre y a los desplazamientos provocados por la sequía, la pobreza y los conflictos. “No tenemos nada que mostrar. Tenemos que movilizar nuestra energía y los recursos necesarios para prevenir las crisis”, explica.



Mishi Mohammed, técnica de laboratorio del Mater Hospital de Nairobi, especializado en VIH/sida.



El farmacéutico Michael Otieno dispensa anti retrovirales en el Mater Hospital de Nairobi.

En Kenya, el PEPFAR está eliminando gradualmente el Kenya Pharma, un sistema de contratación paralelo que puso en marcha la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), que tenía como objetivo entregar medicamentos a los enfermos de VIH. En su lugar, está invirtiendo en la cadena de suministro del Gobierno keniano.

Los problemas persisten, sin embargo. “Una parte del 60% de los fondos que envían los donantes para apoyar a Kenya están fuera del presupuesto”, dice Kimuu. Eso significa que se gastan en otros conceptos que no entran en el plan quinquenal del gobierno para el sector sanitario. “Muchos donantes no aportarán fondos para ese plan. Vendrán y pondrán en marcha sus propios proyectos”, asegura Kimuu. En los países donde hay corrupción, a los donantes les

resulta más fácil hacer un seguimiento de los gastos y conseguir sus objetivos a través de programas independientes.

Cambio de juego

La cobertura sanitaria universal podría ser un catalizador para mejorar los indicadores de salud de los pobres, de las poblaciones olvidadas. Según la OMS, más de mil millones de seres humanos en todo el mundo no tienen acceso a la sanidad y 100 millones son empujados a la pobreza cada año debido al gasto “catastrófico” en atención médica. En Kenya, y de acuerdo con los datos del gobierno, los pacientes financian 37% de los gastos sanitarios, lo cual afecta a los más pobres, los donantes aportan 35% y el Gobierno, 28%.

“Existe un plan para introducir un seguro médico obligatorio que permitiría a los kenianos recibir atención integral en 4.000 centros sanitarios públicos y en 6.000 privados. Los centros médicos del gobierno tendrían incentivos para mejorar sus servicios ya que cobrarían de acuerdo con el número de pacientes que trataran”, dice Kimuu.

Ahora bien, si no se produce un cambio en la manera de enfocar las intervenciones de atención primaria como las campañas de vacunación, no se podrá cumplir con los ODS. “Atendemos un gran número de enfermedades prevenibles; son casos de enfermos que, con un poco de conciencia pública y educación, no hubieran tenido que ser ingresados en un hospital”, afirma la doctora Mercy Korir, quien calcula que dichos pacientes representan dos tercios del número de casos clínicos.

**europa
press**

Mauritania descarta la enfermedad por el virus del Ébola como causa de los casos de ‘fiebres hemorrágicas’ en el país

6 de octubre de 2015 – Fuente: Europa Press

El Ministerio de Sanidad de Mauritania descartó la enfermedad por el virus del Ébola (EVE) como causante de los últimos casos de ‘fiebres hemorrágicas’ en el país, después de la muerte de una persona y la hospitalización de otras cinco.

El ministerio se ha referido a las hospitalizaciones de los últimos días a causa de estas fiebres, asegurando que “su estado evoluciona favorablemente” y que “nunca han estado en contacto ni han viajado a los países afectados por el brote de EVE”.

Asimismo, subrayó que la situación sanitaria en el país está bajo control, anunciando además que “un equipo conjunto se ha dirigido a la zona donde se detectaron los casos para sensibilizar a la población sobre los riesgos de las fiebres hemorrágicas virales”.

Los pacientes, residentes en el interior del país, se encuentran en cuarentena y serán sometidos a pruebas para intentar esclarecer las causas de las fiebres que padecen.

Las hospitalizaciones tuvieron lugar apenas unos días después de que el grupo tuareg maliense Movimiento Nacional de Liberación del Azawad (MNL) anunciara la muerte de al menos un centenar de personas a causa de fiebres hemorrágicas de naturaleza desconocida.

En su comunicado, el grupo informó a la opinión nacional e internacional, y especialmente a los servicios de sanidad, de que “se ha registrado una fiebre mortal de naturaleza desconocida en las localidades del Azawad (norte de Malí) desde el mes de agosto”.

La enfermedad ha provocado la muerte de 30 personas en Achibogho, 27 en Alata, 15 en Talayte, 15 en Koygui-ma, y diez en Tin Auker, Gundam y Tin Fadimata. Asimismo, el grupo indicó que “hay otras localidades afectadas, si bien no hay un balance de víctimas disponible”.

La jefa de la misión de Médicos Sin Fronteras (MSF) en Malí, Sarah Chateau, detalló el domingo que “en las últimas semanas se ha registrado un incremento drástico de los casos de malaria”, si bien no está claro si la enfermedad está detrás de las muertes.

“Ha habido un aumento de las lluvias. En la zona de Tombuctú hay aguas estancadas y una población que no está acostumbrada a los casos de malaria, por lo que no ha habido reflejos para tratarlo cuando aún era sencillo”, lamentó.

En respuesta, MSF reforzó sus equipos en el círculo de Tombuctú para hacerse cargo de los casos de malaria.

Por su parte, otra ONG médica que ha pedido no ser citada planteó la posibilidad de que se trate de casos de meningitis, resaltando que ha habido un incremento del número de casos, pero descartando hablar de una epidemia.

Ante el aumento extraordinario de casos de malaria en el campo de Naciones Unidas para la Protección de Civiles (PoC) en Bentiu, Sudán del Sur, Médicos Sin Fronteras (MSF), en colaboración con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), realizó una campaña puerta a puerta para proporcionar tratamiento contra la malaria a más de 16.000 niños de entre seis meses y cinco años de edad.

“El alcance del brote de malaria en el campo de Bentiu no tiene precedentes y se ha cobrado la vida de demasiados niños. Con la escalada de la morbilidad y la mortalidad que observamos en la población menor de cinco años, era evidente que se necesitaba otra estrategia de respuesta para llegar a las personas con mayor riesgo de muerte”, dijo Vanessa Cramond, coordinadora médica de MSF en Bentiu.

Durante las últimas siete semanas, los equipos de MSF han tratado semanalmente a unos 4.000 pacientes de malaria en sus centros de salud en el PoC, una cifra 43 veces mayor a la de principios de año. A consecuencia del aumento del número de casos de malaria, con el agravante del acceso reducido a la atención sanitaria básica y la falta de acceso a diagnóstico y tratamiento temprano, muchos niños han llegado al hospital de MSF con infección de malaria severa. La semana pasada, un promedio de tres niños murieron de malaria diariamente en el hospital de MSF después de llegar en estado crítico. En respuesta a esta situación, MSF y el UNICEF lanzaron una campaña de tratamiento contra la malaria para facilitar a los niños el acceso al tratamiento de malaria de forma más temprana.

“Nuestro objetivo con esta intervención de emergencia ha sido proporcionar acceso temprano al tratamiento de la malaria para el segmento más vulnerable de la población, los niños menores de cinco años, antes de que su estado se deteriorase hasta el riesgo de muerte”, añade Cramond.

Campaña puerta a puerta

La campaña se realizó entre el 10 y el 17 de septiembre, días en los que los equipos de salud comunitaria fueron de puerta en puerta identificando a todos los niños menores de cinco años con síntomas de malaria. Se contrató a más de 210 trabajadores de salud comunitaria para la campaña, los que evaluaron a 30.000 niños por sospechas de malaria y proporcionaron tratamiento a 16.118.

Desde mayo, la población del PoC de Bentiu aumentó en más del doble hasta alcanzar las 110.000 personas, lo que supone una presión enorme en los recursos médicos y humanitarios existentes. MSF ha intensificado sus operaciones médicas considerablemente en los dos últimos meses con la apertura de tres nuevas clínicas de urgencias pediátricas, tres puestos de salud contra la malaria y la formación y contratación de 120 trabajadores de salud comunitaria para supervisar el estado de salud de la población. MSF también amplió la capacidad de camas de su hospital pasando de 60 a un total de más de 170 camas.

El hospital de MSF en el PoC de Bentiu es el único hospital para la población del campamento. Proporciona atención en la sala de urgencias las 24 horas del día, cuidados intensivos para niños desnutridos, tratamiento médico en salas de pediatría y de adultos, así como servicios de cirugía y maternidad. Como resultado de otros brotes simultáneos de enfermedades infecciosas, MSF también cuenta con dos salas de aislamiento para los pacientes con sospechas de hepatitis E y sarampión. El personal que trabaja en las operaciones de MSF en Bentiu está formado por 40 trabajadores internacionales y 350 locales.³



Kume, de tres años, ha dado positivo para malaria.

Neurology **Las vacunas también protegerían a los niños del accidente cerebrovascular**

30 de septiembre de 2015 – Fuente: *Neurology*

El accidente cerebrovascular (ACV) es poco frecuente en los niños, pero el riesgo a que suceda aumenta durante un resfriado o una gripe y disminuye con la vacunación, reveló un estudio.

Los autores pudieron asociar una infección reciente, como bronquitis, otitis o faringitis estreptocócica, con el aumento en seis veces del riesgo a tener un ACV al estudiar a 700 niños de nueve países. No estar al día con las vacunas del calendario de inmunizaciones septuplicó ese riesgo.

“Siempre estamos tratando de generar conciencia del ACV infantil”, dijo la Dra. Heather J. Fullerton, del Hospital de Niños Benioff de UCSF, San Francisco, y autora principal del estudio.

Explicó que es más común en los niños con otros factores de riesgo, como las cardiopatías congénitas o la anemia de células falciformes. Algunos padres de niños con enfermedades crónicas preguntan si es seguro vacunar a sus hijos y estos resultados demuestran que es importante que lo hagan.

³ Médicos Sin Fronteras (MSF) es uno de los mayores proveedores de ayuda médico-humanitaria de forma neutral, independiente e imparcial en Sudán del Sur y cuenta con más de 3.300 trabajadores en todo el país. En la actualidad trabaja en varios proyectos en siete de los diez estados del país.

A principios de este año, MSF advirtió que en Sudán del Sur se podía producir en breve una segunda estación de malaria, excepcionalmente grave, ya que la organización estaba constatando grandes picos de admisiones por malaria en sus proyectos. En 2014, MSF proporcionó tratamiento a más de 170.000 pacientes de malaria en todo el país.

Opinó que los padres deberían saber que las medidas de prevención de las infecciones, como el lavado de manos y las vacunas, también previenen el ACV.

Hasta los 19 años de edad, la frecuencia del ACV en Estados Unidos es de cinco cada 100.000 niños, comparado con tres de cada 100 adultos de entre 45 y 65 años, de acuerdo con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

La Asociación Estadounidense de ACV estima que muere hasta 40% de los niños que sufren un infarto cerebral.

El equipo de Fullerton utilizó las historias clínicas y las entrevistas con los padres de 355 menores de 18 años que habían tenido un ACV y comparó los datos con las mismas fuentes para 354 niños sin antecedentes de ACV (grupo control). La mitad de los niños con un ACV tenían siete años o más.

El 18% de ese grupo había contraído una infección una semana antes del ACV, mientras que 3% del grupo control había enfermado una semana antes de la entrevista.

El riesgo de tener un ACV aumentó sólo durante una semana en el curso de la infección. Las infecciones un mes antes no estuvieron asociadas con el riesgo de ACV.

“Existía la sospecha de esta relación, pero más en los adultos. Pero cada vez que surgía el tema, siempre se cuestionaba el papel de los medicamentos para los resfríos”, añadió la autora.

El equipo observó que es la infección lo que provoca el ACV y no esos fármacos, que los padres del estudio los habían utilizado pocas veces.

“Ante una infección, el organismo activa una respuesta inmunológica”, que se manifiesta a través de fiebre, dolores y una mayor facilidad de formación de coágulos sanguíneos. En un ACV, un coágulo bloquea el flujo de sangre al cerebro”, explicó Fullerton.

“Uno podría especular que los cambios orgánicos que produce una infección altera el equilibrio en un niño que ya está expuesto a un alto riesgo de tener un ACV”, dijo el Dr. José Biller, jefe de Neurología de la Facultad de Medicina de Loyola University, Chicago.

Y aclaró: “Los padres no deberían pensar que si un hijo se resfría tendrá un ACV”. Pero recomendó sostener las prácticas de rutina de prevención de las infecciones, incluida la vacunación pediátrica.

Fullerton explicó que los síntomas del ACV en los bebés son las convulsiones, mientras que en los niños en edad escolar son similares a los de los adultos, como la debilidad de un lado del cuerpo.

Dijo que los padres suelen relacionar estos síntomas con un ACV, pero piensan que los niños no sufren infartos cerebrales, de modo que demoran en llamar a la ambulancia.⁴

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



Texas Prevention Partnership (1991. Texas, Estados Unidos).

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

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

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