



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente

Córdoba - Argentina

Sede del XII Congreso de la Sociedad Argentina de Infectología 2012



Número 836

6 de febrero de 2012

Publicación de:
Servicio de Infectología
Hospital Nuestra Señora de la
Misericordia
Ciudad de Córdoba
República Argentina

Comité Editorial

Editor Jefe
Ángel Minguez

Editores Adjuntos
Ílide Selene De Lisa
Enrique Farías

Editores Asociados

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

Colaboradores

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



Noticias

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

Argentina

- **Chaco: Declaran la Alerta Epidemiológica y Sanitaria por el dengue**
- **Argentina: Vigilancia de enfermedades febriles exantemáticas (EFE)**
- **Noreste Argentino: Reclaman estrategias permanentes contra el mal de Chagas**

América

- **Brasil: Armas populares para combatir el dengue**
- **Bolivia: El dengue se expande a otras regiones del país**
- **Chile, Región del Maule: Confirman primer caso fatal de hantaviriosis en la región en lo que va del año**

El mundo

- **España, Alicante, Calp: Se eleva a 15 el número de afectados por el brote de legionelosis, y confirman tres muertes**

- **Europa: Un brote de salmonelosis transmitida por sandías afecta a personas de tres países**
- **Ghana: Brotes de fiebre amarilla**
- **Myanmar, Kachin: Brote de cólera en un campo de refugiados**
- **La malaria produce más muertes de las que se calculaba**
- **La tuberculosis multirresistente alcanza el nivel de incidencia más alto de la historia**
- **Proponen indemnizar a los leprosos como una "reparación histórica"**
- **Hallan compuestos clave para obtener la vacuna universal contra la gripe**
- **La incidencia del dengue ha aumentado dramáticamente en todo el mundo en las últimas décadas**

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.

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.

Chaco: Declaran la Alerta Epidemiológica y Sanitaria por el dengue

2 de febrero de 2012 – Fuente: Diario Chaco (Argentina)

El subsecretario de Salud de Chaco, Rafael Sabatinelli, explicó el alcance y las causas que llevaron al Gobierno a decretar el Alerta Epidemiológica y Sanitaria por el dengue. Indicó como factor la preocupante circulación viral que se da en países vecinos y negó que en la provincia haya casos confirmados. "Es una medida que se toma año a año para reforzar las acciones preventivas" precisó.

Sabatinelli explicó que dado el gran número de casos de dengue en países como Paraguay, Bolivia y Brasil y el importante flujo de viajantes que tiene lugar en esta época del año, se decretó por 180 días "La Alerta Epidemiológica y Sanitaria de la Lucha Contra el Dengue", pero negó que en la provincia haya circulación viral.



Además mencionó que la detección de focos de dengue se trata de casos sospechosos de personas que estuvieron en otros países. Ante este panorama se realizó un cordón sanitario en las casas vecinas donde se efectuaron fumigaciones y los casos fueron analizados con un primer resultado negativo. Aunque luego señaló que ese estudio no es con resultado instantáneo ya que los exámenes finales se realizan en Buenos Aires.

Otras fuentes de Salud Pública negaron que hasta el momento haya casos confirmados, aunque la situación es alarmante dados los eventos de los últimos días y el periodo vacacional, momentos en los cuales se registró una importante llegada de personas de países limítrofes. La barrera sanitaria sigue en funcionamiento en los pasos fronterizos, aunque es imposible pretender un control absoluto.



Argentina: Vigilancia de enfermedades febriles exantemáticas (EFE)

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

Situación global de sarampión y rubéola

Durante el período de enero a noviembre de 2011, la Región Europea ha notificado 28.887 casos de sarampión. Hubo ocho muertes relacionadas con el sarampión y 26 casos de encefalitis aguda del sarampión. La mayor incidencia se presentó entre los niños menores de un año (39,1 casos por 100.000 habitantes). El 97% de los casos la infección se adquirió en su país de residencia. De los casos con el estado de vacunación conocido, el 82% no estaban vacunados.

Tres de los 29 países que presentaron informes no presentaron casos sarampión hasta fines de noviembre de 2011: Chipre, Hungría e Islandia.

Hungría presentó un pequeño brote de cinco casos importados de Rumania en diciembre de 2011.

Nuevos brotes han sido reportados en dos países vecinos de la Región Europea: Ucrania y Rusia.

En Ucrania al 28 de diciembre de 2011, el Servicio Estatal Sanitaria y Epidemiológica había informado 1.112 casos sospechosos de sarampión en la región occidental del país desde noviembre de 2011. Un niño falleció por complicaciones respiratorias asociadas a la infección por sarampión, y durante 2011 se notificaron 1.382 casos.

En 2010, la cobertura de la primera dosis de vacuna contra el sarampión en Ucrania fue de 56,1% y la de segunda dosis fue del 40,7%. Ucrania ya había presentado epidemias de sarampión en 2001 (16.970 casos) y 2006 (42.724 casos). En junio de 2012, Ucrania será la sede de la Eurocopa junto con Polonia.

De Rusia se cuenta con pocos datos: se presentó un brote de sarampión en Volgogrado, donde un niño de 15 meses falleció de neumonía relacionada con el sarampión.

Durante 2009-2010, 28 de los 46 países de la región de África habían confirmado brotes de sarampión. Durante el año 2011 el mayor brote se produjo en la República Democrática del Congo, que ha informado 123.537 casos sospechosos de sarampión y 1.519 las muertes hasta el 9 de noviembre de 2011. Sudán del Sur ha informado de más de 1.511 casos sospechosos de sarampión y 39 muertes relacionadas.

Nueva Zelanda ha informado de cerca de 400 casos de sarampión desde enero de 2011. Auckland ha sido la región más afectada, aunque se han reportado casos en el Norte y las islas del sur.

En la Región de las Américas el último caso endémico de sarampión y rubéola se registró en el año 2002 y 2009 respectivamente. En 2011 la Región ha reportado un total de 1.310 casos importados de sarampión, 7 casos importados de rubéola y 1 caso de síndrome de rubéola congénita en Manitoba, Canadá, importado de las Filipinas, genotipo 2B.

Ecuador ha sido uno de los países más afectados por el brote de sarampión: ha reportado 203 casos hasta el 16 de enero de 2012. El brote se inició en julio de 2011 y se aisló el genotipo B3 de dos de los casos iniciales. Ecuador no había tenido casos de sarampión desde 1996. La provincia de Tungurahua tiene el mayor número de casos y los

niños menores de cinco años son los más afectados. El Ministerio de Salud de Ecuador está llevando a cabo una campaña nacional de vacunación para niños menores de cinco años.

Situación en Argentina

Durante el año 2011 en Argentina se han confirmado tres casos de sarampión, en las semanas epidemiológicas 3, 4 y 12. El genotipo de sarampión aislado fue el D4. Los casos fueron clasificados como importados y relacionados con importación.

En la semana epidemiológica 27 (SE 27), se confirmó por laboratorio un caso de rubéola correspondiente a la SE 21 por inicio de síntomas. De la investigación se concluyó que corresponde a un caso importado.

Teniendo en cuenta los brotes que se están registrando en muchas regiones del mundo, es importante sensibilizar la vigilancia de los casos sospechosos de EFE, para detectar oportunamente los casos importados y así limitar la aparición brotes de la enfermedad.¹

Tabla 1. Casos notificados de enfermedad febril exantemática (EFE), y tasas por 1.000.000 habitantes, discriminados por provincia y región. República Argentina. Años 2011/2012, hasta semana epidemiológica 4. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS), Módulos C2 y SIVILA, Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (PRONACEI), Ministerio de Salud de la Nación (datos preliminares).

Provincia/Región	2011		2012					
	Casos	Tasas	En estudio	Descartados	Sarampión confirmado	Rubéola confirmado	Totales	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	4	1,31	1	—	—	—	1	0,33
Buenos Aires	8	0,52	4	—	—	—	4	0,26
Córdoba	3	0,88	—	—	—	—	—	—
Entre Ríos	1	0,78	1	—	—	—	1	0,78
Santa Fe	4	1,22	3	—	—	—	3	0,91
Centro	20	0,76	9	—	—	—	9	0,34
La Rioja	—	—	—	—	—	—	—	—
Mendoza	2	1,13	—	—	—	—	—	—
San Juan	—	—	—	—	—	—	—	—
San Luis	—	—	—	—	—	—	—	—
Cuyo	2	0,61	—	—	—	—	—	—
Corrientes	1	0,97	—	—	—	—	—	—
Chaco	1	0,93	2	—	—	—	2	1,87
Formosa	2	3,60	—	—	—	—	—	—
Misiones	—	—	—	—	—	—	—	—
NEA	4	1,06	2	—	—	—	2	0,53
Catamarca	—	—	—	—	—	—	—	—
Jujuy	3	4,30	—	—	—	—	—	—
Salta	2	1,58	—	—	—	—	—	—
Santiago del Estero	—	—	—	—	—	—	—	—
Tucumán	—	—	1	—	—	—	1	0,66
NOA	5	1,05	1	—	—	—	1	0,21
Chubut	1	2,12	—	—	—	—	—	—
La Pampa	—	—	—	—	—	—	—	—
Neuquén	1	1,77	—	—	—	—	—	—
Río Negro	4	6,63	1	—	—	—	1	1,66
Santa Cruz	—	—	—	—	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—	—	—	—	—
Sur	6	2,55	1	—	—	—	1	0,43
Total Argentina	37	0,91	13	—	—	—	13	0,32

El Litoral Noreste Argentino: Reclaman estrategias permanentes contra el mal de Chagas

3 de febrero de 2012 – Fuente: El Litoral (Argentina)

La Universidad Nacional del Nordeste (UNNE) marcó la necesidad de que en esta parte del país se impulsen estrategias permanentes e interdisciplinarias contra la enfermedad de Chagas. Especialistas de la alta casa de estudios destacaron que es necesario hacer especial hincapié en las zonas rurales.

“Pese a los avances logrados, persiste riesgo de transmisión vectorial de vinchucas a humanos en algunas provincias y se incrementa el riesgo de transmisión congénita de embarazadas a sus hijos en áreas urbanas”, asegura una investigación realizada por especialistas de la UNNE, en la que se marca además que la región de Chaco y Formosa se encuentran en situación de alto riesgo para la transmisión vectorial, pues presentan una reemergencia debido a un aumento de la infestación domiciliar y a una alta seroprevalencia en grupos vulnerables. Corrientes y Misiones, en tanto, están en situación de riesgo moderado para la transmisión vectorial con un índice de re-infestación mayor al 5% en algunos departamentos, e insuficiente cobertura de vigilancia en algunos casos.

Explicaron entonces que los programas de control lograron disminuir la densidad de las poblaciones del vector primario a valores inferiores al del nivel crítico de transmisión vectorial en países como Brasil, Chile y Uruguay, pero el control vectorial no logró la sostenibilidad y la efectividad necesarias para interrumpir la transmisión del *Trypanosoma cruzi* en la ecorregión que comprende Argentina, Bolivia y Paraguay.

¹ Puede acceder a la ficha de notificación, definiciones de casos, flujo de notificación y recomendaciones haciendo clic [aquí](#).

Consultados al respecto, profesionales de la UNNE destacaron la necesidad de no actuar sólo ante la emergencia ni contentarse con índices moderados, sino tornar permanentes y a largo plazo las medidas en pos del control y eventual erradicación de la enfermedad.

Elena Oscherov, investigadora y docente de la cátedra de Biología de los Artrópodos, de la Facultad de Ciencias Exactas, Naturales y Agrimensura, destacó en tal sentido que la enfermedad de Chagas no ha perdido vigencia, por el contrario, se asiste a una ampliación de las fronteras, principalmente motivada por la migración desde las áreas rurales a la ciudad.

“Esta región, el Noreste Argentino, registra los mayores niveles históricos de infección humana, de miocardiopatías asociadas, de transmisión vertical al recién nacido y de infestación doméstica por *Triatoma infestans*, el principal agente transmisor”, aseguró la especialista.

Por otra parte dijo que los habitantes de áreas rurales pueden o no conocer la vinchuca, algunos saben que transmiten enfermedades, otros no, pero la realidad es que gran parte de las poblaciones rurales con condiciones propicias para la presencia de vinchuca tiene otras necesidades más urgentes por las cuales preocuparse.

Noticias de América



Brasil: Armas populares para combatir el dengue

1 de febrero de 2012 – Fuente: Agencia Inter Press Service

El gobierno del estado de Rio de Janeiro apela a variadas armas lúdicas para involucrar a la población en el combate contra el dengue, que este año amenaza con transformarse en una epidemia sin precedentes en Brasil, por la presencia de un nuevo serotipo del virus.

Durante las vacaciones escolares del verano austral en la favela del Complejo do Alemão de esta ciudad, las opciones son “estar en la calle” o ponerse el uniforme para combatir el dengue, según el aspirante a bombero Miguel Terto, de 14 años. “Además de ser una cosa diferente nos incentiva a salvar vidas”, agregó el adolescente de una de las 20 favelas que han sido pacificadas desde el año pasado en el estado, cuya capital es esta ciudad del mismo nombre.

Terto se entrena para ser “bombero infantil” con otros 200 niños y adolescentes “reclutados” para combatir el dengue en su barrio.

Los reclutas reciben además de un anhelado uniforme, conceptos básicos sobre cómo prevenir la enfermedad transmitida por el mosquito *Aedes aegypti*, que en el primer mes del año registró 2.711 casos en el estado, según datos oficiales suministrados este miércoles 1 de febrero.

“Los niños ven al bombero como un héroe que salva vidas, y por eso se identifican mucho con nuestra profesión”, explicó el director de acciones comunitarias del Cuerpo de Bomberos del gobierno de Rio de Janeiro, Mauro Domingues. “Por eso creemos que ellos pueden llegar a ser verdaderos agentes multiplicadores de salud”, agregó, en referencia a la iniciativa ‘Bomberos infantiles’ que prepara a los niños para conversar con sus familias, vecinos y amigos, a fin de que reconozcan los síntomas de la enfermedad e identifiquen los focos donde se cría el mosquito.

“Es un enemigo casi invisible cuya presencia puede evitarse con tan solo invertir una persona 10 minutos semanales de su tiempo”, dijo el secretario de Salud de Rio de Janeiro, Sérgio Côrtes.

La ‘Campaña 10 minutos contra el dengue’ fue lanzada por esa secretaría como herramienta de alerta durante el verano del Hemisferio Sur, cuando la alternancia de lluvias y períodos de calor brinda a las larvas del mosquito condiciones óptimas para desarrollarse. El objetivo es eliminar los criaderos dentro de las viviendas, porque en el ambiente doméstico se concentran 80% de los focos, según los especialistas.

“Tenemos que enseñar que con el dengue no se juega, que hay que luchar contra él porque mata”, relató la adolescente Juliana Sorrilha, otra aspirante a bombera, seleccionada entre 9.000 que se inscribieron en las favelas pacificadas.

“Mis hijos están de vacaciones, no tienen nada que hacer y por eso decidí inscribirlos en el curso de los bomberos”, explicó Georgeti Pinheiro, que en 2011 tuvo cuatro familiares menores de edad hospitalizados por dengue.

“Mi vecino agarró dengue porque en su casa había mucha agua estancada, y no sabía que allí se criaba la larva del mosquito”, contó Terto.

Este año las autoridades de salud de Rio de Janeiro temen una epidemia de dengue sin precedentes en el estado. Alberto Chebabo, director del Servicio de Enfermedades Contagiosas del Hospital Universitario ‘Clementino Fraga Filho’, dijo que hay un número elevado de ingresos hospitalarios por dengue. Además, el médico especialista en infecciones manifestó preocupación por la recirculación del serotipo DEN-1 del virus que no se registraba en Rio desde la década de 1990.

“Todavía más alarmante –dijo el infectólogo– es el surgimiento del serotipo DEN-4 en el país, que ya se detectó en el estado. La unión de una población vulnerable y una alta tasa de infección del vector acarrearán el riesgo de que la epidemia en los próximos años sea bastante elevada”.



Carrera por la Paz en la favela de Rocinha, una de las muchas actividades lúdicas de la campaña contra el dengue.

“El serotipo DEN-4 del virus del dengue no había circulado anteriormente en forma sostenida en Brasil. Esto significa que toda la población es susceptible a la infección por este virus, porque no posee anticuerpos contra él”, añadió. Es por eso que “en las ciudades donde haya índice de infección elevada por *Aedes aegypti*, la diseminación del virus se facilitará, pudiendo haber un número elevado de infección en un corto período, si no se toman medidas adecuadas para el control de los vectores”, alertó.

Se trata de una lucha que el gobierno tomó al pie de la letra, inclusive convocando a la arena a campeones brasileños e internacionales de artes marciales mixtas, un deporte con gran crecimiento en fanáticos y espectadores en este país de casi 200 millones de habitantes.

De un lado del ring, grandes nombres internacionales de este deporte, como el excampeón de peso pesado estadounidense Ricco Rodríguez. Del otro, dos actores disfrazados de mosquitos gigantes que divierten al público con piruetas y caídas que imitan el cine mudo.

“¿Enemigo pequeño? No, siempre mis enemigos son grandes, pero el mosquito es el más peligroso”, rió el campeón peruano de peso pluma Yerry Tolentino Jaime. Tan peligroso que durante 2011 el mosquito enfermó en Brasil a unas 700.000 personas y causó la muerte de casi 500.

“Realmente es un peso pesado. Ya tuve tres veces dengue y tuve suerte porque otros vecinos murieron”, contó el masajista João Gomes, que junto a otros miles de espectadores asistió al combate en el municipio de Duque de Caxias, prácticamente integrado al área metropolitana de Rio.

A pocos metros del ring, 700 agentes de salud mostraban al público larvas y mosquitos adultos para enseñarles a identificar al rival.

“Aprendí bastante. Para noquear al mosquito no tenemos que dejar neumáticos, botellas y latas con agua”, comentó el vendedor Everaldo Alberto, que llegó temprano a la lucha para conseguir un puesto.

El valor de la entrada era un neumático usado, uno de los villanos en la proliferación del dengue. “¡Devuélvannos el neumático!”, bromeó alguien del público decepcionado por una lucha donde uno de los favoritos brasileños resultó noqueado.

“Una de las mejores formas de comunicación es a través del deporte. Tenemos aquí personas de varias edades, pero especialmente jóvenes. Nuestra intención es atraer cada vez más a ese público para que difunda el contenido de la campaña en sus casas. Solo con la participación de todos en combatir los focos del mosquito podemos vencer la amenaza”, dijo Córtes.

“No se le puede dejar huecos, tenemos que bloquear al enemigo, no dejarlo llegar”, traduce al lenguaje popular de la lucha, el peso medio brasileño Gerson Conceição.

Gracias a campañas de concienciación como éstas, el año pasado disminuyeron los casos de dengue en Brasil en 24% respecto de 2010, informó el Ministerio de Salud. También se registró una caída de casi 40% de los casos más graves, los de alta mortalidad.

Fuera del ring, los dos mosquitos gigantes participaron al finalizar enero en una “carrera por la paz” y “contra el dengue” en la favela La Rocinha, también ocupada por la policía a fines de 2011 y donde pasaron a implementarse este tipo de iniciativas.

Pero los insectos no aguantan una carrera de cinco kilómetros por las callejuelas que suben y bajan en la colina, y terminan últimos en la competencia.



Bolivia: El dengue se expande a otras regiones del país

3 de febrero de 2012 – Fuente: El Diario (Bolivia)

El brote de dengue que se inició en Santa Cruz, se expandió a los departamentos de Cochabamba, Tarija, Chuquisaca, Beni, Pando, el Chaco y ahora pone en alerta a las autoridades sanitarias de la población fronteriza de Orán (Argentina).

Autoridades de salud declararon “alerta roja” en Santa Cruz por el incremento de casos de dengue, mientras que la localidad argentina de Orán se encuentra en emergencia ambiental ante los altos índices de casos reportado en Bolivia.

Un recuento de los datos de los Servicios Departamentales de salud (SEDES) de las referidas regiones, revelan la existencia de al menos 215 casos confirmados y más de 2.000 sospechosos en todo el país, siendo Santa Cruz la región más afectada.

La emergencia sanitaria declarada en la capital oriental, puso en alerta a las autoridades sanitarias de ciudades fronterizas, ese es el caso de Orán, donde el Municipio aprobó una “Ordenanza de Necesidad y Urgencia”, declarando el “estado de emergencia ambiental por el brote del dengue”.

Alerta sanitaria

La Gobernación de Santa Cruz declaró “alerta roja”, debido al incremento de casos de dengue. Entre tanto, el SEDES informó sobre cuatro fallecidos, 184 casos confirmados y 2.000 sospechosos.



“El gobierno autónomo declaró alerta roja en todo el departamento a causa del incremento de casos de dengue en la ciudad y principalmente en las provincias”, afirmó la Gobernación de Santa Cruz, en un comunicado público.

El dengue también se extendió a Chuquisaca. El jefe de la Unidad de Epidemiología del SEDES, Jhonny Camacho, confirmó ayer la existencia de cinco casos sospechosos que se reportaron en diferentes provincias de ese departamento.

“Los dos casos que están siendo tratados en Sucre han dado como positivos y estamos a la espera del resultado de un caso sospechoso cuyo resultado recién tendríamos la próxima semana”, dijo.

Agregó que hasta ahora en Chuquisaca se han registrado 11 casos sospechosos de dengue, de los cuales seis han sido descartados por la prueba de laboratorio que se envió al Centro.

En Cochabamba, el director del SEDES, Guido Sánchez, informó que existen 50 casos confirmados de dengue. “Tenemos 50 positivos. Hay 12 pacientes internados en el Hospital Clínico ‘Francisco de Viedma y Narváez’, de los cuales son 10 varones y 2 mujeres, en pediatría tenemos 3, dos varones y una mujer”, dijo.

La autoridad sanitaria manifestó que también se registraron hasta el momento 192 casos sospechosos de dengue, por lo que se intensificaron las labores de fumigación y eliminación de criaderos de larvas del mosquito transmisor en el Trópico de Cochabamba.

En Tarija el número de sospechosos se disparó a 97, informó el director de Epidemiología del SEDES, Walter Santa Cruz. “Estamos preocupados por el número de casos sospechosos de dengue que tenemos, debido a que el año pasado hasta mayo, sólo teníamos 67 y recién estamos en enero y ya tenemos 97 casos”, dijo.

Mencionó que la zona donde se presentaron más casos de dengue es Yacuiba, con 65 sospechas, Villa Montes (17), Bermejo (11), Caraparí (1) y Cercado (3).

LATERCERA Chile, Región del Maule: Confirman primer caso fatal de hantavirus en la región en lo que va del año

2 de febrero de 2012 – Fuente: La Tercera (Chile)

Un hombre de 43 años, con residencia en Santiago, es el primer caso de hantavirus con consecuencia fatal en la Región del Maule en lo que va de este año. La víctima estaba de vacaciones en el sector Potrero Grande, en la zona precordillerana de Curicó, donde se contagió con el virus que transmite el ratón colilargo (*Oligoryzomys longicaudatus*).

El paciente ingresó con un diagnóstico de neumonía grave el pasado martes 31 de enero al Hospital de Curicó, donde falleció a las 04:30 horas de este jueves.

Durante la tarde, el Instituto de Salud Pública confirmó el caso como positivo para virus hanta y se está realizando la vigilancia epidemiológica al sector del foco de contagio. Además, se efectuó el bloqueo correspondiente y se tomó de inmediato contacto con los familiares más cercanos, quienes fueron evaluados, en tanto que a su pareja se le tomaron las muestras respectivas para descartar la presencia del virus hanta.

Según la investigación epidemiológica, el paciente trabajaba como comerciante en Santiago, visitó el sector precordillerano durante el Año Nuevo y, posteriormente, viajó cada semana al lugar a ver a sus familiares. Al parecer, se habría contagiado el virus recolectando leña en Potrero Grande.

Datos emanados por el Departamento de Salud Pública de la Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Salud, indican que durante 2010 se registraron 11 casos de hantavirus en el Maule, tres de ellos con consecuencias fatales, representando un 27,2% de letalidad. Mientras, que en 2011 hubo seis casos y uno con resultado de muerte.

El Seremi de Salud del Maule, Hans Lungenstrass, visitó y fiscalizó los campings “Las Vertientes” y “El Peumo”, ambos ubicados en el sector de Potrero Grande, lugar donde se produjo el contagio, con la finalidad de dialogar con los veraneantes y entregarles cloro y material alusivo a la hantavirus.

“Curicó posee un alto índice de casos de hantavirus, por eso estamos acá. Además, queremos insistir en que el virus hanta se puede evitar, tomando en consideración algunas medidas, como ventilar cabañas, rociar con cloro, mantener la basura en recipientes cerrados, escoger lugares limpios y libres de matorrales, usar carpa con piso y cierre, guardar alimentos en envases resistentes, entre otras”, reforzó la autoridad.

Noticias del mundo

**europa
press**

España, Alicante, Calp: Se eleva a 15 el número de afectados por el brote de legionelosis, y confirman tres muertes

3 de febrero de 2012 – Fuente: Agencia Europa Press

El consejero valenciano de Sanidad, Luis Rosado, elevó hoy a 15 el número de afectados por el brote de legionelosis en un hotel de Calp (Alicante) tras confirmarse un último caso. Tres ancianos británicos han fallecido desde fines de enero tras ser infectados por la bacteria, aunque el consejero aseguró que no tuvo constancia hasta este pasado jueves de que las muertes se debieron a la legionelosis.

Luis Rosado sostuvo que el brote está “controlado”. También resaltó las medidas adoptadas por su departamento, incluido el cierre gradual del hotel donde se detectó el foco, así como las medidas de profilaxis. Todavía hay tres personas internadas en la Clínica Benidorm con “gravedad moderada”. Uno de los internados es un médico español

que atendió a los jubilados británicos en un primer momento a petición del hotel. Tanto este afectado como los dos restantes permanecen estables y siguen respondiendo bien a la medicación, según el último parte.

Sanidad anunció que decretó el cierre cautelar del hotel. Sin embargo, anoche el hotel seguía abierto y el desalojo y reubicación de los clientes no ha comenzado hasta esta mañana. De hecho, una visitante se registró anoche y pernoctó en el Diamante Beach, de cuatro estrellas. Al menos el spa del establecimiento ha sido cerrado, según aseguró un grupo de alemanes que intentó sin éxito utilizar esas instalaciones.

El consejero apuntó que en "algunos medios británicos se había dado información que no coincide" con los datos de la Generalitat, aunque resaltó que el Consell da "siempre casos confirmados y cuando está confirmado analíticamente". En estos momentos, hay confirmados 15 casos, de ellos 11 de turistas británicos y cuatro españoles que son trabajadores del hotel y el médico afectado. Del total de pacientes, ocho son varones y siete, mujeres, y tienen edades comprendidas entre los 44 y 88 años.

Rosado explicó que los fallecimientos se produjeron el 26 y el 31 de enero y el 2 de febrero, pero que de los dos primeros casos la confirmación de que eran por legionelosis se produjo este jueves, al igual que el nuevo caso detectado, que es una paciente británica de 74 años.

Ante el hecho de que anoche el hotel continuaba abierto pese a la clausura comunicada por Sanidad, el consejero ha optado por hablar hoy de un "cierre gradual" del establecimiento, que "se hizo a partir de las 22:30 horas" de ayer, en el momento en el que se tuvo la confirmación de que los dos primeros fallecimientos fueron también causados por legionelosis, "y porque también se averiguó que en los últimos análisis, del 30 de enero, de las 32 muestras analizadas, 14 habían dado positivo". Sin embargo, el desalojo no se comenzó a ejecutar hasta esta mañana.

Los clientes, entre los que se encontraba el equipo ciclista Astana, han sido llevados a otro hotel de la misma cadena. Los responsables del Hotel Diamante Beach remiten a la Consejería de Sanidad ante el requerimiento de cualquier tipo de información.

Desinfección

Rosado subrayó que el establecimiento hotelero "contaba con todos los elementos de desinfección de depósitos de agua fría y de agua caliente" y que unos "pocos días antes de haberse producido el primer caso había dado resultados negativos" para *Legionella*. También hizo hincapié en la colaboración que la dirección del hotel y el Ayuntamiento de Calp han prestado a Sanidad.

El brote de legionelosis detectado está teniendo consecuencias dramáticas. Los tres ancianos británicos fallecidos tenían edades comprendidas entre los 73 y los 78 años. Dos de ellos murieron cuando ya habían regresado de las vacaciones a sus hogares en Gran Bretaña.

Fuentes del caso señalan que las autoridades sanitarias británicas habían decretado la alerta por legionelosis desde el pasado 19 de enero y que son ya más de 16 los casos que se están investigando de turistas que también habían pasado unos días en el hotel calpino. La Consejería de Sanidad asegura, por su parte, que el brote cuenta con 15 afectados.

El último de los fallecimientos se comunicó este pasado jueves y se trata de un varón de 76 años que murió en la Clínica Benidorm tras haber permanecido ingresado en la unidad de cuidados intensivos. Sufría una enfermedad cardíaca crónica que se complicó con la legionelosis.

La Consejería de Sanidad recordó a última hora de la tarde del jueves que tras detectarse el brote se tomaron las "medidas oportunas para controlar esta agrupación espacio temporal de casos". El protocolo de actuación supuso la comprobación del cumplimiento de la normativa en las instalaciones y la toma de muestras para la localización de la bacteria. Esta toma en un primer momento arrojó resultados negativos, pero "ante la continuidad de los casos" se procedió a una segunda toma que ofreció resultados positivos.

Segunda muestra

La segunda muestra se tomó el pasado 31 de enero, fecha en la que falleció el segundo de los turistas británicos. Esta muerte se registró 10 días después que las autoridades sanitarias de Gran Bretaña hubieran procedido ya a abrir una investigación al detectar hasta 16 enfermos por legionelosis tras pasar sus vacaciones en Calp.

Pero no fue hasta principios de esta semana cuando la Consejería de Sanidad informó públicamente de los primeros contagios por este brote de legionelosis, pese a que el primer hospitalizado en Benidorm se registró el 14 de enero. En aquel momento, el departamento que dirige Luis Rosado no comunicó la muerte de ninguno de los afectados. Sanidad, simplemente, informó de la detección de seis casos de legionelosis (finalmente fueron cinco) que habían sido internados días antes en la Clínica Benidorm.

Los ancianos británicos afectados por este brote formaban parte de un mismo grupo de turistas de viaje en España y llegaron a la costa alicantina de la mano del operador turístico Saga Holidays.



Hotel Diamante Beach, en Calp, donde se alojaron los afectados por legionelosis.

El hotel Diamante Beach es un establecimiento de cuatro estrellas ubicado en primera línea de playa. Es uno de los hoteles más modernos y lujosos de este municipio turístico de la comarca de La Marina Alta. El establecimiento hotelero cuenta con 283 habitaciones dobles y está especializado en clientes de viaje con operadores turísticos, como es el caso de los procedentes de Gran Bretaña, así como en la organización de congresos y eventos de todo tipo. Cuenta, asimismo, con uno de los spa más completos de la Comunidad Valenciana.

El operador turístico responsable de los viajeros infectados por *Legionella* ya trasladó hace días a sus clientes alojados en el hotel afectado a otro establecimiento de Calp, el SH Ifach, también de cuatro estrellas.

Daily Mail Europa: Un brote de salmonelosis transmitida por sandías afecta a personas de tres países

3 de febrero de 2012 – Fuente: Daily Mail (Gran Bretaña)

Una persona ha muerto y al menos 50 más han enfermado por un brote de salmonelosis vinculado a sandías importadas de Brasil.

El brote, que comenzó en diciembre y los casos más recientes se comunicaron a fines de ese mes, se cree que involucra a paquetes de sandía en rodajas listas para el consumo.

Las autoridades de salud avisan a la población que pueden protegerse mediante el lavado de todo tipo de frutas y verduras.

Sin embargo, es muy poco probable que las personas laven los paquetes de frutas listas para el consumo, que se han vuelto muy populares y se venden a menudo como un bocadillo saludable.

El 70% de las víctimas son mujeres, e incluyen un bebé de seis meses de edad y jubilados.

El único caso mortal fue un británico que sufría de una serie de problemas de salud subyacentes.

Los detalles del brote –que implica a *Salmonella enterica* serotipo Newport– fueron revelados por la Agencia de Protección de la Salud (HPA), que está investigando la fuente junto con la Agencia de Normas Alimentarias (FSA).

Treinta y cinco de los casos han sido reportados en Gran Bretaña: 26 en Inglaterra, cinco en Escocia, tres en el País de Gales y uno en Irlanda del Norte. La misma cepa de *Salmonella* ha sido identificada en otros cinco casos en la República de Irlanda y 15 en Alemania. La HPA informó que la edad de los enfermos va desde 6 a 85 años.

La presencia de *Salmonella* fue identificada por primera vez por científicos de la HPA que realizaban muestreos de rutina de una serie de alimentos para detectar la presencia de *Listeria*. La sandía de la que se tomó la muestra había sido importada de Brasil, y entre 10 y 15 de las víctimas reportaron haber comido la fruta en los dos o tres días antes del inicio de los síntomas.

Sin embargo, la HPA subrayó que no existe certeza de que las víctimas hayan consumido la sandía brasileña y que es demasiado pronto para identificar el origen.

Brasil es el mayor proveedor de sandías en Gran Bretaña, con alrededor del 12% del total de las importaciones del producto, lo que equivale a alrededor de 6.100 toneladas.

Prácticamente todos los grandes supermercados importan sandía de Brasil en esta época del año. Las cadenas Tesco, Sainsbury, Morrisons, Waitrose y Co-op insistieron en que sus sandías no estaban infectadas.

El Dr. Bob Adak, jefe de enfermedades gastrointestinales en la HPA, dijo que “los primeros indicios sugieren que un cierto número de personas enfermó después de comer sandía. Es importante tener en cuenta que el riesgo de enfermarse después de comer sandía es muy bajo. Estos casos sólo representan una proporción muy pequeña del total consumido. Siempre es aconsejable lavar las frutas y verduras –incluyendo la sandía– antes de su consumo para reducir el riesgo de enfermedad.”

El Dr. Paul Wigley, un experto en enfermedades transmitidas por alimentos, que trabaja en la Universidad de Liverpool, dijo: “Ya que *Salmonella* Newport se asocia a menudo con el ganado vacuno o equino, la contaminación por el uso de estiércol animal como fertilizante es una fuente potencial. Como esto parece estar relacionado con las sandías cortadas en rodajas, la contaminación de la superficie podría haber sido transferida a la pulpa al ser cortada, o se puede haber utilizado agua contaminada para el lavado de las sandías”.

Las frutas y hortalizas no son la principal fuente de infección, que suele ser carne o productos lácteos no pasteurizados, pero pueden contaminarse con *Salmonella* en el proceso de producción.

Alison Gleadle, director de seguridad de los alimentos en el FSA, dijo: “Estamos trabajando estrechamente con la Comisión Europea, otros países, las autoridades locales y la industria alimentaria, para seguir investigando”.²



² Las sandías son el fruto de plantas rastreras, y debido a esto pueden contaminarse por agua de riego que contenga organismos patógenos tales como *Salmonella*. Si el exterior de la sandía no ha sido lavado antes de ser cortada en rodajas, la pulpa puede contaminarse con las bacterias. Si las rodajas son refrigeradas después de cortadas, el inóculo puede ser lo suficientemente pequeño como para no causar enfermedad, a menos que se trate de organismos tales como *Listeria monocytogenes*, que se reproduce a bajas temperaturas.

Ghana: Brotes de fiebre amarilla

3 de febrero de 2012 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

El 20 de diciembre de 2011, el Ministerio de Salud de Ghana notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) que se habían presentado brotes de fiebre amarilla en tres distritos; Builsa y Kassena-Nankana-West en Upper East Region y Kitampo-South en Brong Ahafo Region, en la parte centro-occidental del país.

Un total de tres casos confirmados por laboratorio, incluyendo dos muertes, han sido detectados por el sistema de vigilancia de fiebre amarilla, con síndrome clínico de fiebre e ictericia.

El caso índice, informado desde el distrito de Kassena-Nankana-West, fue un niño de 12 años de edad, que había ido con su padre a su granja en un bosque vecino a Burkina Faso. El inicio de los síntomas ocurrió el 11 de octubre de 2011 y empeoró progresivamente hasta que murió en el Hospital de Sandema el 18 de octubre de 2011. Equipos del distrito investigaron las zonas afectadas, pero no encontraron casos adicionales.

Se ha previsto una campaña de vacunación que comenzará el 6 de febrero de 2012, apoyada por el Grupo de Coordinación Internacional de Provisión de Vacuna Antiámarilla (YF-ICG) y la Oficina Europea de Ayuda Humanitaria (ECHO). Más de 235 000 personas en los distritos más afectados serán objeto de la vacunación, con la exclusión de las mujeres embarazadas y los niños menores de un año.

Esta actividad complementará la campaña masiva preventiva contra la fiebre amarilla de dos fases emprendida por el país. La primera fase concluyó en noviembre de 2011 y estaba dirigida a una población de 5,8 millones de personas en 40 distritos (8 regiones). Una campaña reactiva contra la fiebre amarilla se llevó a cabo en tres distritos más. La segunda fase, prevista para este año, busca alcanzar a 1,7 millones de personas en 17 distritos.



Myanmar, Kachin: Brote de cólera en un campo de refugiados

2 de febrero de 2012 – Fuente: Mizzima (Myanmar)

Niños y los ancianos en los campamentos de refugiados de Kachin, a lo largo de la frontera entre China y Myanmar han contraído cólera debido al consumo de agua no potable, según trabajadores de la Red de Acción para el Socorro de los Desplazados Internos y los Refugiados (RANIR). Más de 30 niños han contraído cólera y uno ha muerto de la enfermedad en el campo de refugiados de Pajau.

Un total de tres campos de refugiados en el municipio de Mansi y el campamento de Pajau en el municipio de Waimaw, en el estado de Kachin, están experimentando la falta de agua potable, según la RANIR. Los campamentos se encuentran en áreas montañosas, que dificultan el acceso al agua potable y a disponibilidades sanitarias.

En China, el Distrito Ruili, límite con el Estado de Kachin, también está experimentando un brote de cólera, según personal del grupo Wunpawng Ning Htoi (Luz del Pueblo), que trabaja para proporcionar alimentos y medicinas a los refugiados de Kachin. No existen estimaciones de cuántos casos se han producido.

May Li Aung, un trabajador de Wunpawng Ning Htoi, dijo que el agua disponible no es potable y hay pocos baños en las áreas montañosas. Los trabajadores dicen que los campamentos de refugiados cercanos a las ciudades tienen suficiente agua segura y baños.

De acuerdo con el comité de socorro a los refugiados de Kachin, hay 19 campamentos de refugiados en China para los refugiados de guerra de Kachin. En este estado, más de 40 campamentos de refugiados se ubican en municipios, que incluyen a Laiza, Mansi, Mai Ja Yang, Lweje Waimaw y Manwingyi, con un estimado de 44.000 personas viviendo en los campamentos.

Los campos son operados por la Organización por la Independencia de Kachin (KIO). Ciudadanos birmanos dentro y fuera del país, grupos de ayuda nacionales y extranjeros, organizaciones religiosas y organizaciones sociales han donado alimentos y medicinas a los campamentos. Sin embargo, el gobierno no ha autorizado el acceso a la zona a los grandes grupos internacionales para que evalúen las condiciones y las necesidades. Los suministros de ayuda, incluyendo alimentos, refugio, ropa de cama, indumentaria, tiendas de campaña y medicinas son muy necesarios, dicen las organizaciones humanitarias.



La malaria produce más muertes de las que se calculaba

3 de febrero de 2012 – Fuente: *The Lancet*

La malaria es aún peor de lo que se creía. Un estudio ha revisado los datos epidemiológicos y ha sacado a la luz que el impacto de esta enfermedad es mayor del que se pensaba. Frente a cálculos como que causaba unas 600.000 o 700.000 muertes al año, el trabajo destapa que en verdad son alrededor de 1,2 millones.

Además, el trabajo de Christopher Murray del Institute for Health Metrics and Evaluation de la Universidad de Washington, financiado por la Fundación Bill y Melinda Gates, pone de manifiesto que, también en contra de lo que se creía, casi la mitad de los fallecidos son adultos (se decía que el 90% eran menores de cinco años).

Para llegar a estas conclusiones, Murray ha hecho una revisión de los datos disponibles desde 1980. En general, las muertes por esta enfermedad pasaron de unas 995.000 de media en 1980 (siempre con un margen de error relativamente amplio porque es una enfermedad que afecta a países pobres con escasos recursos para montar sistemas de vigilancia epidemiológica) a un pico de unos 1,8 millones en 2004. A partir de entonces, ha descendido hasta los 1,2 millones.

El impacto de la enfermedad en los menores ha marcado el curso de la evolución, según los autores del trabajo. Los fallecimientos pasaron de unos 337.000 en 1980 a un millón en 2004, desde cuando han bajado a algo menos

de 700.000. En mayores de cinco años la evolución ha sido similar: de 116.000 a 570.000 para bajar hasta 435.000. Pero en este caso lo que sorprende no es tanto la tendencia, sino la proporción.

África ha llevado la peor parte. Fuera del continente –también hay malaria en Asia y Latinoamérica–, las defunciones han bajado de 500.000 a 100.000.

El trabajo no tiene solo valor numérico. Conocer la situación exacta de la expansión de una enfermedad es el primer paso para enfrentarse a ella. Y la Fundación Bill y Melinda Gates, que ha financiado el trabajo, se propuso ya en 2007 erradicarla. En este momento en que la primera vacuna pediátrica está dando sus últimos pasos, eso es aún más importante.

Además, las cifras muestran que la protección inmunológica que se le presuponía a los adultos por el hecho de haber estado en contacto con *Plasmodium falciparum*, que causa la inmensa mayoría de los casos (algunos, como los de Grecia de estos años, se han debido a *P. vivax*) no es tan fuerte como se creía.

El descenso a partir de 2004 muestra el impacto de programas como los del Fondo Mundial contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, dice el artículo. Sin embargo, los autores creen que el esfuerzo, que se ha centrado en repartir mosquiteros, no ha sido todo lo efectivo que se creía.

Por último, los datos son un llamamiento para que aumenten los fondos al respecto.

El trabajo ha sido analizado muy en detalle por el Fondo Mundial, ya que éste representa dos tercios de los fondos internacionales dedicados a luchar contra la malaria. Rifat Atun, director de Estrategia, Resultados y Evaluación del organismo, destaca varios aspectos. El primero, los datos: “La amenaza de la malaria es mayor de la que conocíamos, y eso supone hacer más esfuerzos”, afirma. Además, el impacto en adultos tiene una lectura importante “porque son los que llevan el dinero a casa”. “Si ellos enferman o mueren, la situación de las familias es mucho peor”.

Atun destaca que la reducción de un 32% en los casos desde 2004 es fruto del papel de organizaciones como la suya (2.800 millones de dólares en los tres últimos años).

Por último, cree que los datos demuestran que no es que los mosquiteros no funcionen, sino que hace falta una distribución masiva para que se note, porque cualquier miembro de la familia o la comunidad que quede desprotegido está en peligro. Al respecto recuerda que su organización distribuyó entre 2002 y 2008 70 millones de redes impregnadas en insecticida, y que la cifra actual es de 165 millones. “Y los efectos son claros”.³



La tuberculosis multirresistente alcanza el nivel de incidencia más alto de la historia

2 de febrero de 2012 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) advirtió hoy que la tuberculosis multirresistente a los medicamentos ha alcanzado el nivel de incidencia más alto en la historia, con países en los que la cifra de pacientes que han sido tratados anteriormente asciende a 65%.

Según el estudio más amplio que se ha hecho sobre la enfermedad a nivel global, la resistencia que ha desarrollado la bacteria de la tuberculosis a las drogas pone en riesgo el control de la enfermedad.

La OMS indicó que más de 80 países registran casos de tuberculosis multirresistente y en algunos de ellos cerca del 30% de los enfermos tienen la dolencia por primera vez.

La multirresistencia de la bacteria de la tuberculosis a los medicamentos se debe principalmente a la falta de disciplina durante el tratamiento, ya que la mayoría de los enfermos se puede curar si sigue un régimen estricto de seis meses de medicinas y supervisión médica, explicó la OMS.

Las tasas más altas de resistencia se reportan en Belarús, Estonia, Rusia y Tayikistán.

El doctor Matteo Zignol, del Departamento de la OMS para el Control de la Tuberculosis explicó que después de 15 años de esfuerzos intensos, en la actualidad se cuenta con datos precisos de dos tercios de los países del mundo.

“Sin embargo, al mismo tiempo ignoramos la magnitud del problema debido a que no tenemos información de muchos países, como India y la mayoría de las naciones africanas, donde la incidencia es alta”, lamentó Zignol.



Proponen indemnizar a los leproso como una “reparación histórica”

2 de febrero de 2012 – Fuente: Organización de las Naciones Unidas

Representantes de la Organización de Naciones Unidas (ONU) propusieron la concesión de indemnizaciones a los leproso en concepto de “reparación histórica” por las vejaciones impuestas a estos enfermos y por el estigma social que aún sufren en algunos países.

Esta es una de las principales propuestas recogidas en la Carta de Rio, un documento que recopila las conclusiones de un seminario organizado por la ONU en Rio de Janeiro con el objetivo de acabar con los estigmas asociados históricamente a los enfermos de lepra.

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

La reparación económica a los leprosos y sus familias serviría de compensación por medidas adoptadas por algunos Gobiernos en el pasado, como el aislamiento forzado de los afectados, como fue el caso de Brasil entre las décadas de 1950 y 1980.

La Carta de Rio también propuso el impulso de "políticas de memoria" para dignificar la imagen de los leprosos, para que sean tratados como pacientes "de cualquier otra enfermedad". También exhortó a las autoridades a promover políticas participativas y garantizar la inserción de los afectados en el mercado laboral. Por último, recordó que este padecimiento afecta principalmente a "grupos excluidos".

Asimismo, los participantes en el seminario señalaron la necesidad de que se faciliten medios de diagnóstico precoz y que se garantice una alta calidad de los cuidados médicos. Este encuentro, celebrado en Rio de Janeiro, contó con 200 participantes, incluyendo el embajador de buena voluntad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la eliminación de la lepra, Yohei Sasakawa, representantes de la ONU y autoridades de Argentina, Brasil, Colombia, Paraguay y Uruguay.

La cita de Rio de Janeiro es la primera de un ciclo de conferencias, que este año va a tener etapas en otros países de las regiones más afectadas por la lepra, como Europa Oriental, Asia, África y Oceanía y acabará el año entrante en una conferencia en la sede de la ONU.

Cerca de 200.000 personas sufren la lepra en todo el mundo, según la OMS, y todavía se registran bolsas con alta concentración en países como Brasil, India, Nepal, Mozambique, Madagascar, República Centroafricana, República Democrática del Congo y Tanzania.

La incidencia de la enfermedad en Brasil se redujo un 15% el año pasado, cuando se detectaron 30.298 nuevos casos en el país, según datos oficiales divulgados la semana pasada.



Hallan compuestos clave para obtener la vacuna universal contra la gripe

2 de febrero de 2012 – Fuente: *Nature Medicine*

Científicos británicos identificaron una serie de compuestos que podrían conducir a una vacuna que proteja contra todas las cepas del virus de influenza.

Se trata de un grupo de péptidos que se encuentran en las estructuras internas del virus de gripe, los cuales parecen activar los mecanismos de respuesta del sistema inmune.

Como estos compuestos se encuentran en todas las cepas del virus y casi no cambian a lo largo del tiempo, una vacuna que pueda atacarlos ofrecería inmunidad contra todas las variantes de la enfermedad, incluidas la gripe estacional, la aviar y la porcina, afirman los científicos.

La investigación fue llevada a cabo en las universidades de Southampton y Oxford, Inglaterra, y la empresa RetroScreen Virology Ltd.

El estudio utilizó un método de análisis en el que se aisló a 41 voluntarios sanos en una unidad de investigación y se les infectó con distintas cepas del virus de gripe.

Este aislamiento permitió a los investigadores mantener condiciones "estériles" para asegurarse de que los participantes no estaban contagiados previamente con algún otro patógeno.

Inmunidad

Cuando los participantes ya habían sido contagiados se les tomaron muestras de sangre a intervalos regulares para observar cómo respondía su sistema inmune a la infección viral.

Los científicos descubrieron que los individuos con niveles más altos de un tipo de células inmunes, llamadas células T, lograron defenderse mejor de la infección. Notaron que estas células T respondían a los péptidos ubicados en las estructuras internas del virus.

Esto es importante porque a diferencia de las estructuras externas del virus de gripe, que cambian regular y rápidamente para crear nuevas cepas de virus y defenderse de los ataques del sistema inmune, las estructuras internas cambian muy poco y muy lentamente.

Por eso, afirman los investigadores, si se logra desarrollar una vacuna que incremente los niveles de células T para atacar estos péptidos internos se podrá obtener una inmunidad para todas las cepas de gripe.

Tal como explica el doctor Tom Wilkinson, quien dirigió el estudio, "la mayoría de las vacunas de influenza sólo protegen contra las cepas conocidas del virus creando anticuerpos en la sangre. Pero el virus de influenza tiene la capacidad de cambiar rápidamente para producir nuevas cepas que se propagan velozmente en todo el mundo escapando de esa inmunidad".



“Si logramos expandir la población de estas células T en la gente utilizando una vacuna, lo cual es perfectamente viable, podremos proteger contra todas las cepas de gripe” agrega el científico.

Todavía, sin embargo, serán necesarias más investigaciones para trasladar estos hallazgos a una vacuna que pueda estar disponible en la clínica, dicen los investigadores.⁴



La incidencia del dengue ha aumentado dramáticamente en todo el mundo en las últimas décadas

29 de enero de 2012 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

Datos y cifras

- El dengue es una infección viral transmitida por mosquitos.
- La infección causa síntomas gripales y en ocasiones evoluciona hasta convertirse en un cuadro potencialmente mortal llamado dengue grave.
- En las últimas décadas ha aumentado enormemente la incidencia de dengue en el mundo.
- En la actualidad, más de la mitad de la población mundial está en riesgo de contraer la enfermedad.
- El dengue se presenta en los climas tropicales y subtropicales de todo el planeta, sobre todo en las zonas urbanas y semiurbanas.
- En algunos países asiáticos y latinoamericanos el dengue grave es causa de enfermedad y muerte en los niños.
- No hay tratamiento específico del dengue ni del dengue grave, pero la detección oportuna y el acceso a la asistencia médica adecuada disminuyen las tasas de mortalidad por debajo del 1%.
- La prevención y el control del dengue dependen exclusivamente de las medidas eficaces de lucha antivectorial, que incluye protección personal, medidas constantes de control del vector y control químico.

El dengue es una infección transmitida por mosquitos que se presenta en todas las regiones tropicales y subtropicales del planeta. En años recientes, la transmisión ha aumentado de manera predominante en zonas urbanas y semiurbanas y se ha convertido en un importante problema de salud pública.

El dengue grave (conocido anteriormente como dengue hemorrágico) fue identificado por vez primera en la década de 1950 durante una epidemia de la enfermedad en Filipinas y Tailandia. Hoy afecta a la mayor parte de los países de Asia y América Latina y se ha convertido en una de las causas principales de hospitalización y muerte en los niños de dichas regiones.

Se conocen cuatro serotipos distintos, pero estrechamente emparentados, del virus: DEN-1, DEN-2, DEN-3 y DEN-4. Cuando una persona se recupera de la infección adquiere inmunidad de por vida contra el serotipo en particular. Sin embargo, la inmunidad cruzada a los otros serotipos es parcial y temporal. Las infecciones posteriores causadas por otros serotipos aumentan el riesgo de padecer el dengue grave.

Carga mundial de dengue

En las últimas décadas ha aumentado enormemente la incidencia de dengue en el mundo. Más de 2.500 millones de personas –más del 40% de la población mundial– están en riesgo de contraer el dengue. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que cada año se producen entre 50 millones y 100 millones de infecciones por el virus del dengue en el mundo.

Antes de 1970, solo nueve países habían sufrido epidemias de dengue grave. Sin embargo, ahora la enfermedad es endémica en más de 100 países de las regiones de África, las Américas, el Mediterráneo Oriental, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental. Las regiones más gravemente afectadas son el Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental.

En 2008, en las regiones de las Américas, Asia Sudoriental y Pacífico Occidental se registraron en conjunto más de 1,2 millones de casos, y en 2010, más de 2,2 millones (según datos oficiales presentados por los países miembros a la OMS). En fecha reciente el número de casos notificados ha seguido aumentando. En 2010, se notificaron 1,6 millones de casos tan solo en la Región de las Américas; 49.000 de ellos fueron de dengue grave.

Además de que el número de casos aumenta a medida que la enfermedad se propaga a nuevas zonas, se están produciendo brotes epidémicos de carácter explosivo.

Europa ya se enfrenta a la posibilidad de brotes de dengue y la transmisión local de la enfermedad se notificó por vez primera en Francia y Croacia en 2010, y se detectaron casos importados en otros tres países europeos.

Cada año, unas 500.000 personas que padecen dengue grave –niños en una gran proporción– necesitan hospitalización. Aproximadamente un 2,5% fallecen.

Transmisión

El vector principal del dengue es el mosquito *Aedes aegypti*. El virus se transmite a los seres humanos por la picadura de mosquitos hembra infectadas. Tras un periodo de incubación del virus que dura entre 4 y 10 días, un mosquito infectado puede transmitir el agente patógeno durante toda la vida.

Las personas infectadas son los portadores y multiplicadores principales del virus, y los mosquitos se infectan al picarlas. Tras la aparición de los primeros síntomas, las personas infectadas con el virus pueden transmitir la infección (durante 4 o 5 días; 12 días como máximo) a los mosquitos *Aedes*.

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

El mosquito *Aedes aegypti* vive en hábitats urbanos y se reproduce principalmente en recipientes artificiales. A diferencia de otros mosquitos, este se alimenta durante el día; los periodos en que se intensifican las picaduras son el principio de la mañana y el atardecer, antes de que oscurezca. En cada periodo de alimentación, el mosquito hembra pica a muchas personas.



Aedes albopictus, vector secundario del dengue en Asia, se ha propagado a Canadá, Estados Unidos y Europa debido al comercio internacional de neumáticos usados (que proporcionan criaderos al mosquito) y el movimiento de mercancías (por ejemplo, el bambú de la suerte). *Ae. albopictus* tiene una gran capacidad de adaptación y gracias a ello puede sobrevivir en las temperaturas más frías de Europa. Su tolerancia a las temperaturas bajo cero, su capacidad de hibernación y su habilidad para guarecerse en microhábitats son factores que propician su propagación.

Características

El dengue es una enfermedad de tipo gripal que afecta a bebés, niños pequeños y adultos, pero raras veces resulta mortal.

Se debe sospechar que una persona padece dengue cuando una fiebre elevada (40°C) se acompaña de dos de los síntomas siguientes: dolor de cabeza muy intenso, dolor detrás de los globos oculares, dolores musculares y articulares, náuseas, vómitos, agrandamiento de ganglios linfáticos o sarpullido. Los síntomas se presentan al cabo de un periodo de incubación de 4 a 10 días después de la picadura de un mosquito infectado y por lo común duran entre 2 y 7 días.

El dengue grave es una complicación potencialmente mortal porque cursa con extravasación de plasma, acumulación de líquidos, dificultad respiratoria, hemorragias graves o falla orgánica. Los signos que advierten de esta complicación se presentan entre 3 y 7 días después de los primeros síntomas y se acompañan de un descenso de la temperatura corporal (menos de 38°C) y son los siguientes: dolor abdominal intenso, vómitos persistentes, respiración acelerada, hemorragias de las encías, fatiga, inquietud y presencia de sangre en el vómito. Las siguientes 24 a 48 horas de la etapa crítica pueden ser letales; hay que brindar atención médica para evitar otras complicaciones y disminuir el riesgo de muerte.

Tratamiento

No hay tratamiento específico para el dengue.

En caso de dengue grave, la asistencia prestada por médicos y enfermeras que tienen experiencia con los efectos y la evolución de la enfermedad puede salvar vidas y reducir las tasas de mortalidad de más del 20% a menos del 1%. Es decisivo mantener el volumen de los líquidos corporales.

Inmunización

No hay vacuna que proteja contra el dengue. Ha sido difícil obtener una vacuna contra el dengue, pero en fecha reciente se han logrado algunos adelantos. La OMS brinda asistencia técnica y orientación a los países y asociados privados para apoyar las investigaciones y evaluaciones en torno a una vacuna. Varias vacunas candidatas se encuentran en ensayos de diversas fases.

Prevención y control

Hoy por hoy, el único método para controlar o prevenir la transmisión del virus del dengue consiste en luchar contra los mosquitos vectores:

- evitar que los mosquitos encuentren lugares donde depositar sus huevos aplicando el ordenamiento y la modificación del ambiente;
- eliminar correctamente los desechos sólidos y los posibles hábitats artificiales;
- cubrir, vaciar y limpiar cada semana los recipientes donde se almacena agua para uso doméstico;
- aplicar insecticidas adecuados a los recipientes en que se almacena agua a la intemperie;
- utilizar protección personal en el hogar, como mosquiteros en las ventanas, usar ropa de manga larga, materiales tratados con insecticidas, espirales y vaporizadores;
- mejorar la participación y movilización comunitarias para lograr el control constante del vector;
- durante los brotes epidémicos, las medidas de lucha antivectorial de emergencia pueden incluir la aplicación de insecticidas mediante fumigación.

Se deben vigilar activamente los vectores para determinar la eficacia de las medidas de control.



Respuesta de la OMS

La OMS ofrece apoyo técnico y orientación a los países y para el control eficaz de las epidemias de dengue:

- apoya a los países para que confirmen los brotes por medio de la red de laboratorios colaboradores;
- junto con algunos de sus centros colaboradores ofrece capacitación sobre el tratamiento clínico, el diagnóstico y la lucha antivectorial en el plano regional;

- formula estrategias y políticas basadas en datos científicos;
- apoya la elaboración de instrumentos nuevos como productos insecticidas y la tecnología para su aplicación;
- reúne los registros oficiales de dengue y dengue grave de más de 100 países miembros;
- publica periódicamente directrices y manuales para la prevención y el control del dengue que distribuye a los Estados Miembros.

Publicidad relacionada con la salud




UICC
 global cancer control

El cáncer también se puede prevenir.

Vacunarse, hacer ejercicio habitualmente, seguir una dieta sana, limitar el consumo de alcohol, tomar menos sol y evitar el tabaco contribuyen a reducir de forma notoria el riesgo de que tú o tus familiares desarrollen un cáncer.

¡ Empleza hoy mismo !

**PARTICIPA EN EL
 DÍA MUNDIAL
 CONTRA EL
 CÁNCER
 4 DE FEBRERO**

www.uicc.org

Unión Internacional contra el Cáncer – UICC (2012).