



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina

www.reporteepidemiologico.com



Número 1.714

15 de enero de 2016

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

Comité Editorial

Editor Jefe

Ángel Mínguez

Editores Adjuntos

Ílide Selene De Lisa
Enrique Farías

Editores Asociados

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.)
Nora V. Glatstein (Arg.)
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**
- **Buenos Aires: Se detectó una veintena de casos importados de dengue en la Provincia**

América

- **Ecuador: Detectan los primeros casos de fiebre zika, procedentes de Colombia**
- **Honduras, Cortés: Repuntan los casos de leishmaniosis**
- **Paraguay: El año 2015 cerró con 16.516 casos confirmados de dengue**

- **Venezuela, Sucre: Evalúan si el virus Zika provocó 15 casos de síndrome de Guillain-Barré**

El mundo

- **África Occidental: La OMS da por concluido el brote de enfermedad por el virus del Ébola**

- **Armenia: La influenza A(H1N1) ya se ha cobrado diez vidas**
- **España: La prescripción diferida de antibióticos puede ayudar a su uso más racional**
- **Francia: El Gobierno anuncia un plan para renovar su política de vacunas**
- **India, Karnataka: La falta de saneamiento enferma a los niños**
- **Nigeria: Mueren 41 personas por un brote de fiebre hemorrágica de Lassa**
- **Países Bajos: La detección anual del VIH y el uso de la PrEP podría ralentizar la epidemia en los HSH**
- **Sudeste Asiático: Cinco años sin nuevos casos de poliomielitis**

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/

Declaración de Córdoba II



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](#).



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

Argentina



Vigilancia de hidatidosis

11 de enero de 2016 – 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 48. 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	49	46	40	40
Buenos Aires	152	48	194	46
Córdoba	26	20	19	13
Entre Ríos	37	28	30	27
Santa Fe	36	3	44	4
Centro	300	145	327	130
Mendoza	60	3	47	1
San Juan	24	8	41	18
San Luis	6	5	12	7
Cuyo	90	16	100	26
Corrientes	9	4	6	2
Chaco	5	1	3	—
Formosa	1	—	2	2
Misiones	3	1	6	—
NEA	18	6	17	4
Catamarca	17	12	9	5
Jujuy	15	1	5	—
La Rioja	4	3	1	—
Salta	47	39	37	35
Santiago del Estero	27	26	16	15
Tucumán	22	20	28	25
NOA	132	101	96	80
Chubut	58	31	51	28
La Pampa	21	2	24	5
Neuquén	59	57	63	51
Río Negro	22	22	31	29
Santa Cruz	3	2	5	1
Tierra del Fuego	10	—	1	—
Sur	173	114	175	114
Total Argentina	713	382	715	354



Buenos Aires: Se detectó una veintena de casos importados de dengue en la Provincia

13 de enero de 2016 – Fuente: Ministerio de Salud – Provincia de Buenos Aires (Argentina)

Con la detección de unos 20 casos de dengue en el Conurbano y el interior de Buenos Aires, el Ministerio de Salud bonaerense advirtió que la provincia enfrenta el riesgo de una epidemia. Por eso, la ministra de Salud, Zulma Ortiz, convocó hoy a los 135 secretarios de Salud de los municipios bonaerenses a una reunión en el

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

Hospital Zonal Especializado en Crónicos 'El Dique', de Ensenada. Allí, analizaron la situación y coincidieron en la necesidad de difundir y promover medidas de prevención centradas en el descacharrado.

El 12 de enero se dio a conocer una muerte en Foz do Iguazu (Brasil) por esta enfermedad y en este momento en Brasil, Paraguay y el noreste argentino se registran más de 2 millones de personas afectadas por dengue. A esta situación se suma un agravante: ocurre en verano, el momento del año de mayor movimiento turístico, lo que aumenta el riesgo de que la gente se contagie y regrese a los distritos de la provincia de Buenos Aires con el virus.

"Tenemos alrededor de 20 casos de dengue no autóctono en la Provincia, es decir, personas que viajaron a las zonas de brote y que regresaron con el virus", explicó Ortiz. Por eso, enfatizó, "necesitamos del aporte de todos los municipios y de todos los bonaerenses para que descacharren los espacios verdes, fondos, jardines y patios de sus casas".

Ortiz precisó, además, que "el riesgo de una epidemia de dengue existe porque en la provincia de Buenos Aires se conjugan dos situaciones: por un lado, se han registrado casos no autóctonos y, por otro, se ha constatado la presencia del mosquito transmisor de la enfermedad –*Aedes aegypti*– en todo el territorio de la Provincia". Los especialistas recordaron que ese insecto es el mismo que transmite otras tres enfermedades: la fiebre chikungunya, la fiebre zika y la fiebre amarilla.

La ministra Ortiz insistió en que "tenemos que trabajar todos juntos en el descacharrado: el Estado provincial, los municipios y cada uno de los vecinos de la Provincia en sus casas". Esa tarea, explicaron los especialistas, consiste en eliminar de los jardines, fondos y patios de los domicilios, todo recipiente u objeto que pueda acumular agua, porque es allí donde la hembra del mosquito pone sus huevos y estos, al entrar en contacto con el agua en un clima cálido y húmedo, encuentran las condiciones necesarias para que *Ae. aegypti* se desarrolle, nazca, pique y transmita la enfermedad.

"Tener que usar insecticida es el fracaso de la prevención"; dijo Roberto Chuit, jefe de Gabinete del Ministerio de Salud, durante su exposición ante los secretarios de Salud. Utilizarlo ya sea en las casas o en fumigaciones significa que los mosquitos ya se desarrollaron.

Salud distribuyó las recomendaciones de prevención para los municipios, instó a que se realicen operativos de descacharrado en los barrios y comprometió el apoyo de la Provincia en materia de fumigación y control epidemiológico toda vez que se notifique un caso en cualquiera de los 135 distritos bonaerenses

Cuatro casos en Melchor Romero

Los integrantes de una familia de la localidad de Melchor Romero, partido de La Plata, provincia de Buenos Aires, que estuvo vacacionando en Brasil y Paraguay, fueron asistidos en Misiones y trasladados a la capital bonaerense porque los menores presentaban los síntomas típicos del dengue.

"Los menores presentan múltiples picaduras de mosquitos y con sintomatología positiva de dengue, fueron internados para observación, y si bien aún resta confirmación serológica de la presencia del virus en sangre, clínicamente fueron diagnosticados como caso positivo de dengue no autóctono" confirmó Silvana Bencini, directora asociada del Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría 'Sor María Ludovica'.

"Los menores se encuentran estables y junto a su madre en una sala de aislamiento", precisó la médica.

Casi 120 casos confirmados en todo el país

Las carteras sanitarias de las provincias de Formosa, Misiones, Santa Fe, Catamarca y Entre Ríos han confirmado casi 120 casos de dengue, entre autóctonos e importados.

El gobierno de Formosa confirmó hoy 74 casos autóctonos de dengue en ese distrito. Desde el Ministerio de Desarrollo Humano informaron que continuarán con la campaña de prevención en todos los barrios de la capital provincial, y "especialmente en Clorinda", otro lugar afectado, situado en el punto limítrofe con Paraguay.

Los casos se suman a una veintena confirmados en Misiones, cuatro en la provincia de Santa Fe y otro en Entre Ríos, todas ubicadas en el Litoral argentino, donde hubo graves inundaciones por la crecida de los ríos que afectaron a la región en las últimas semanas.

Recientemente, el ministro de Salud argentino, Jorge Lemus, y las autoridades sanitarias de las provincias afectadas por las inundaciones en el noreste del país analizaron las tareas de asistencia y de prevención en las zonas afectadas.

Allí, Lemus solicitó a los ministros "rapidez en la notificación" de casos de dengue y destacó las campañas informativas y de limpieza que los gobiernos provinciales realizan para controlar un aumento de la enfermedad.

América

AP

Ecuador: Detectan los primeros casos de fiebre zika, procedentes de Colombia

12 de enero de 2016 – Fuente: The Associated Press

Ecuador detectó los primeros dos casos de fiebre zika en el país, en dos ecuatorianos que contrajeron el virus en Colombia, informó el 10 de enero el Ministerio de Salud Pública.

"El 9 de enero de 2016 se han notificado los dos primeros casos confirmados por laboratorio, de infección por el virus Zika", señaló la cartera.



Agregó que los pacientes contrajeron el virus durante un viaje a Colombia y que están recibiendo tratamiento en Quito.

“La investigación epidemiológica confirma la presencia de casos de fiebre zika importados en Ecuador. Los pacientes viajaron por motivo de las fiestas de fin de año a la ciudad de Neiva, permaneciendo en Colombia del 22 de diciembre de 2015 al 5 de enero de 2016”, indicó el Ministerio.

Hasta el momento las autoridades no han reportado casos autóctonos de este virus.

Confirman el primer caso en Texas

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos confirmaron el primer caso en Texas (Estados Unidos) de infección por el virus Zika.

Los CDC informaron que un residente de Houston, Texas, que regresó en fecha reciente de un viaje por América Latina, desarrolló fiebre, erupción cutánea y dolor en las articulaciones, síntomas asociados con la fiebre zika.

La mayoría de los casos de fiebre zika son leves y los pacientes con frecuencia desconocen que han sido infectados.

Funcionarios de salud en Texas descartaron que exista una amenaza inmediata para la salud de los residentes del estado.

Según los CDC, desde 2007 se han confirmado 24 casos de fiebre zika en Estados Unidos, todos ellos en pacientes que han regresado del extranjero, sin que haya registrada ninguna infección autóctona.

En diciembre pasado, Puerto Rico, un territorio asociado de Estados Unidos, confirmó el primer caso autóctono de fiebre zika.

La Prensa Honduras, Cortés: Repuntan los casos de leishmaniosis

12 de enero de 2016 – Fuente: La Prensa (Honduras)

Lucy Aguilar, coordinadora de las redes de salud de la Región Metropolitana de Salud, dijo que se incrementó en San Pedro Sula el número de afectados por la leishmaniosis.

“Hace años que no teníamos un repunte en casos de leishmaniosis, y 2015 cerró con 123 afectados”.

La Región Departamental de Salud registró también 98 casos en el resto del Valle de Sula.

“Los más afectados son los habitantes de El Merendón, por la humedad, y también quien permanece en las zonas cafetaleras”, refirió la epidemióloga Delia Tercero.

Los tipos más comunes de leishmaniosis en Honduras son la cutánea y la visceral.

El tratamiento consiste en una vacuna que se aplica dos veces diarias durante 20 días y está disponible en los centros de salud.



Paraguay: El año 2015 cerró con 16.516 casos confirmados de dengue

13 de enero de 2016 – Fuente: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (Paraguay)

Autoridades del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) de Paraguay informaron hoy que el año 2015 cerró con un total de 16.516 casos confirmados de dengue, 4.292 casos confirmados de fiebre chikungunya, tres casos de co-infección dengue/fiebre chikungunya y 32.317 casos sospechosos. Las muertes causadas por el dengue ascendieron a cinco: una en Caaguazú (Coronel Oviedo), una en Asunción, dos en Alto Paraná (Ciudad del Este) y una en Concepción (Horqueta).

Reporte de ocupación de camas

En este momento, están hospitalizados 395 pacientes febriles, entre ellos 11 embarazadas. En terapia intensiva, 16 personas con diagnóstico de dengue: dos en Itapúa, seis en Central y ocho en Asunción.

El 59% de estas personas internadas se encuentra en servicios del MSPyBS, 19% en servicios privados de Asunción y Central, 12% en el hospital Central del Instituto de Previsión Social (IPS) y 10% en otros sectores (Militar, Policial, Hospital de Clínicas).

En este grupo, 27% corresponde a personas de entre 20 y 39 años; 20% a pacientes de 5 a 14 años y 15% a pacientes de entre 40 y 49 años.

Cerca de 1.500.000 criaderos hallados desde octubre hasta la fecha

En intervenciones realizadas por el Servicio Nacional de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores (SENEPA) desde octubre del año pasado hasta hoy, fueron encontrados 1.486.413 criaderos de mosquitos, en 110.699 predios inspeccionados y 7.812 baldíos.

Los criaderos más frecuentes son desechos sólidos inservibles, botellas, latas, seguidos por macetas, piletas, piscinas y neumáticos usados.

Por otro lado, en Asunción y Área Metropolitana, fueron rociadas con insecticida en ese mismo período unas 9.051 manzanas con máquinas pesadas y 28.594 predios con motomochilas.

En áreas de alto riesgo –Concepción, Alto Paraná y Amambay– fueron rociadas 21.474 manzanas y 192.112 predios.

En Ciudad del Este, el 12 de enero fueron intervenidas 130 manzanas, en donde se inspeccionaron 1.847 predios y 324 baldíos. Sin criaderos se encontraron 137 viviendas y con criaderos 1.710 viviendas. En total, fueron ubicados 29.527 criaderos.

Acciones en Central

Las actividades de cara al incremento de casos en este departamento, se intensifican en los distritos con mayor número de reportes. Es así que el departamento de Vigilancia de la Salud de la Undécima Región Sanitaria inició una serie de capacitaciones dirigidas a funcionarios de la municipalidad de Fernando de la Mora, para la realización de una movilización comunitaria agendada para el 18 de enero próximo.

Así también, mediante un trabajo coordinado en Ñemby, la intendencia de la ciudad declaró alerta sanitaria, debido a los casi 10.000 baldíos sucios y ocho barrios considerados críticos. Entre las principales acciones comprometidas por la comuna figuran emplazar a los propietarios de lotes baldíos a la limpieza de sus propiedades, según ordenanza municipal. Igualmente, el hospital prepara una sala especial para los enfermos, con cuatro camas, tres camillas y misma cantidad de sillas para hidratación.

En Capiatá, se coordinan movilizaciones comunitarias y captación de febriles, además de rastrillajes y verificación de terrenos baldíos, al igual que en el distrito de Mariano Roque Alonso.

EL NACIONAL Venezuela, Sucre: Evalúan si el virus Zika provocó 15 casos de síndrome de Guillain-Barré

12 de enero de 2016 – Fuente: El Nacional (Venezuela)

La Sociedad Venezolana de Infectología informó el 11 de enero que evalúan, en el estado Sucre, 15 historias de pacientes con el síndrome de Guillain-Barré, que posiblemente fue provocado por una enfermedad febril aguda con síntomas similares a los de la fiebre zika. "Hemos detectado casos con complicaciones neurológicas. Responsablemente queríamos tener las pruebas etiológicas concretas que nos permitieran confirmar si tienen relación con el virus Zika u otro virus antes de informarlo", indicó Elia Sánchez, presidente de la sociedad.

Además aseguró que tiene conocimiento de otras 11 personas de los estados Bolívar, Portuguesa y Distrito Capital que desarrollaron síndrome de Guillain-Barré, posiblemente asociado a la fiebre zika. "Para estudiar esos casos, estamos determinando que cumplan con los criterios: que haya francamente un evento neurológico con parálisis flácida de extremidades y afectación de pares craneales, y que haya la sugerencia o confirmación de que tienen como origen un virus".

La incidencia del síndrome de Guillain-Barré en todo el mundo es baja, de uno cada 55.000-90.000 habitantes. En la Polinesia Francesa, Brasil y El Salvador se ha observado un aumento de casos del síndrome como una complicación en personas que sufrieron fiebre zika.

La dificultad para determinar el origen de los casos de síndrome de Guillain-Barré está en la imposibilidad de realizar pruebas de serología en los laboratorios. "Sólo tenemos disponible el diagnóstico agudo de fiebre zika, que se hace en los primeros cinco días de la aparición de los síntomas con la prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) que hace el Instituto Nacional de Higiene, pero las manifestaciones neurológicas aparecen a partir de la segunda semana del comienzo de la enfermedad febril. Queremos tener un diagnóstico molecular que nos diga qué virus está involucrado, si es Zika, Dengue o algún otro virus".

Tratamiento escaso

La presidente de la Sociedad de Infectología advirtió que en el país falta inmunoglobulina, tratamiento indispensable para atacar el síndrome de Guillain-Barré. "No la tenemos disponible en todos los centros. Hemos aplicado plasmaféresis. Solo pudimos utilizar la inmunoglobulina que había en inventario para pocos pacientes". Sánchez advierte que la falta del medicamento entorpece la neutralización del síndrome.

Comentario de la Sociedad Venezolana de Salud Pública y la Red Defendamos la Epidemiología Nacional

En las últimas dos semanas, varios colegas venezolanos han venido reportando casos del síndrome de Guillain-Barré en pacientes que sufrieron días antes una enfermedad febril aguda con exantema, mialgias, artralgias, de corta evolución, con diagnóstico de sospecha de fiebre zika, en varios estados del país: Bolívar, Zulia, Yaracuy y Anzoátegui, entre otros.

No tenemos información acerca de los resultados de los estudios microbiológicos de confirmación realizados a estos pacientes. No obstante, podemos decir, sin tener aún la confirmación del agente etiológico, que existe actualmente un brote epidémico de una enfermedad similar a la producida por el virus Zika, que se complica con el síndrome de Guillain-Barré (SGB).



Hasta que no se demuestre lo contrario esto es fiebre zika, ya que hay una fuerte asociación epidemiológica, temporo-espacial con aparición de casos, con síntomas clínicos muy sospechosos de esta enfermedad, ocurridos luego de la reciente introducción del virus Zika en Venezuela. Esta es una hipótesis no confirmada y debe de todas maneras, descartarse otras causas del SGB.

Nos preocupa que, siendo el SGB una complicación relativamente rara, en general, y asociada a la fiebre zika², en Venezuela, la identificación de unos 30 casos de SGB en dos semanas, luego de una enfermedad febril aguda similar a la fiebre zika, nos indica una situación anormal, caracterizada por un mayor número de casos de SGB de lo esperado. Si estimamos una incidencia global de SGB de uno cada 55.000-90.000 habitantes, Venezuela en este momento presenta entre 1,3 y 2,1 veces más casos de SGB de lo esperado.

Se deberían detectar en Venezuela, en un año, entre 340 y 566 nuevos casos de SGB, asociados a todas las causas, y en menos de 15 días se ha recibido información de aproximadamente 30 casos, cuando lo esperado para este lapso es entre 14,1 y 23,5 casos de SGB.

En el supuesto de demostrarse que los casos de SGB observados están asociados al virus Zika, podemos estimar un número de casos acumulados de fiebre zika, en este momento en Venezuela, no menor a 6.000 en 15 días, de darse un porcentaje similar de casos de fiebre zika que presentan SGB, como ocurrió en la Polinesia Francesa. El Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) ha omitido toda información epidemiológica sobre fiebre zika desde el 11 de diciembre de 2015, cuando el ministro Henry Ventura Moreno reconoció los casos divulgados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), tres semanas antes.

Es posible que el incremento del número de casos de SGB asociado a fiebre zika se explique cuando una población como la venezolana nunca antes fue expuesta al virus y cuando existe la co-circulación del virus Zika y otros flavivirus como el Dengue; esto también ocurrió en la Polinesia Francesa, en donde dos serotipos del virus Dengue circulaban simultáneamente con el virus Zika.

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es el término utilizado para describir un espectro de neuropatías post-infecciosas raras que aparecen en pacientes que, por lo demás, presentan previamente un buen estado de salud. El SGB es clínicamente heterogéneo y comprende la polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (AIDP), la neuropatía axonal aguda motora, la neuropatía sensitivo-motora axonal aguda, el síndrome de Miller-Fisher; y otras variantes regionales. En Europa y América del Norte, la AIDP es la forma de SGB más frecuente (alrededor de 90% de los casos) y por este motivo, el término SGB es sinónimo de AIDP en los países occidentales. Las formas axonales representan únicamente entre 3 y 5% de los casos en estos países, pero son mucho más frecuentes (30-50% de los casos de SGB) en Asia y América Latina.

En la mayoría de los casos de SGB, una enfermedad infecciosa precede la aparición de debilidad de las extremidades, siendo la infección por *Campylobacter jejuni* el primer evento identificado de forma más frecuente. Otras enfermedades infecciosas, entre ellas las virales, como el dengue y la fiebre zika –en casos descritos en Polinesia Francesa, Brasil y El Salvador– pueden asociarse al SGB. Se han descrito también casos de SGB ocurridos después de una vacunación o una intervención quirúrgica. Los criterios de diagnóstico, clínicos, epidemiológicos, microbiológicos, de análisis del líquido cefalorraquídeo y de los hallazgos electrofisiológicos e histopatológicos han sido ampliamente descritos. El tratamiento consiste en la administración rápida de inmunoglobulinas por vía intravenosa (IgIV) y en plasmaféresis. La fisioterapia y la rehabilitación también son importantes. El pronóstico varía en función del tipo de SGB y va desde la completa recuperación a una incapacidad de andar por meses después de la aparición de la enfermedad, o incluso a un pronóstico con final fatal.

Urge, en estas circunstancias, que el MPPS informe con precisión, a los médicos y a la población, los datos epidemiológicos y los resultados de los estudios virológicos realizados a estos pacientes afectados con SGB y la etiología u origen de la enfermedad similar a fiebre zika, observada en varios estados del país.

El MPPS debe fortalecer la vigilancia epidemiológica, las medidas de salud pública y los recursos hospitalarios de alta tecnología, requeridos para atender a los pacientes que están sufriendo o sufran SGB (gammaglobulina hiperinmune, plasmaféresis, cuidados intensivos y ventiladores artificiales). Ya se conoce el estado actual de los hospitales públicos y las limitaciones de las clínicas y hospitales privados.

En estas circunstancias, se facilitó la introducción y transmisión del virus Zika en Venezuela, probablemente entre julio y octubre de 2015. Los primeros cuatro casos confirmados en el estado Bolívar en la semana epidemiológica (SE) 46, residen en el municipio Heres y no en municipios fronterizos; previamente, el virus fue identificado en países vecinos como Brasil y Colombia. Desde entonces, el MPPS ha guardado silencio sobre la aparición de nuevos casos de esta enfermedad viral emergente.

Es propicio sospechar de esta enfermedad, en casos de pacientes con síndrome febril agudo, conjuntivitis no purulenta, mialgias, artralgias, exantema, con pruebas serológicas negativas para virus Dengue y Chikungunya (aunque el virus Zika puede dar respuestas cruzadas –falsos positivos– en las pruebas serológicas, con Dengue y Chikungunya, después de la primera semana). Hay casos con síntomas similares, que además del estado Bolívar, se están presentando desde la SE 46 en los estados Nueva Esparta, Sucre y Zulia, que provisionalmente han sido clasificados como casos de fiebre chikungunya o dengue.

La falta de información epidemiológica oficial, las fallas en la vigilancia y el retraso del MPPS para la asignación del código de registro de Fiebre zika CIE (A92.8), en las fichas epidemiológicas para la notificación de enfermedades de denuncia obligatoria, contribuyen a confundir los diagnósticos de casos de fiebre zika con dengue y fiebre chikungunya, cuyos virus

² En el brote de 2013 en la Polinesia Francesa, 0,5% de los casos de fiebre zika presentaron síntomas de SGB (42 casos de SGB en 8.200 casos de fiebre zika). En Brasil se han identificado 121 casos de SGB y otras manifestaciones neurológicas en pacientes con fiebre zika. El Ministerio de Salud de El Salvador, por su parte, ha contabilizado 46 pacientes con SGB complicando a pacientes con diagnóstico de fiebre zika en las seis semanas que lleva la epidemia en ese país. El número de casos de fiebre zika alcanza 3.836; es decir que 1,09% de los casos sintomáticos de fiebre zika han sufrido SGB.

están circulando simultáneamente. El 11 de diciembre, tres semanas después de la identificación de casos autóctonos, registrados por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, el Ministro de Salud reconoció, por primera vez, la existencia de casos de fiebre zika en Venezuela.³

El mundo



África Occidental: La OMS da por concluido el brote de enfermedad por el virus del Ébola

14 de enero de 2016 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el 14 de enero el fin del brote más reciente de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) en Liberia y anunció que se han roto todas las cadenas de transmisión conocidas en África Occidental. No obstante, advierte de que la tarea no se ha completado, puesto que no pueden descartarse nuevos brotes, y que en los meses venideros será fundamental esforzarse por mantener los sistemas de vigilancia y respuesta.

En mayo de 2015 se declaró el fin de la transmisión del virus del Ébola en Liberia, pero desde entonces el virus se ha reintroducido dos veces, en la última ocasión en noviembre. Hoy se anuncia de nuevo el fin de la transmisión, pues han pasado 42 días (dos ciclos de incubación de 21 días) desde que dos análisis de la presencia del virus en el último paciente en que se había confirmado la enfermedad en Liberia arrojaron un resultado negativo.



Guinea, Liberia y Sierra Leona libres de casos durante al menos 42 días

El Dr. Alex Gasasira, representante de la OMS en Liberia, declaró: “La OMS felicita al Gobierno y el pueblo de Liberia por haber respondido con eficacia a esta reciente reaparición de la EVE. La rapidez con que se ha atajado el brote es una demostración palpable de que el Gobierno liberiano ha consolidado su capacidad para controlar los brotes de enfermedades. La OMS seguirá ayudando a Liberia a prevenir y detectar los casos sospechosos y a responder a ellos”.

Es la primera vez desde el inicio de la epidemia hace dos años en que los tres países más afectados (Guinea, Liberia y Sierra Leona) se mantienen libres de casos durante al menos 42 días. El fin de la transmisión de la EVE en Sierra Leona y Guinea se declaró el 7 de noviembre y el 29 de diciembre de 2015, respectivamente.

La Dra. Margaret Chan Fung Fu-chun, Directora General de la OMS, señaló: “La detección e interrupción de todas las cadenas de transmisión son un logro extraordinario. Los arduos esfuerzos de las autoridades nacionales, los heroicos trabajadores sanitarios, la sociedad civil, las organizaciones locales e internacionales y nuestros generosos asociados han dado fruto, pero nuestra tarea no ha terminado y no debemos relajar la vigilancia a fin de prevenir nuevos brotes”.

Riesgo elevado de aparición de pequeños brotes

La OMS advirtió que el riesgo de que se registren pequeños brotes de EVE en estos tres países, como el ocurrido recientemente en Liberia, continúa siendo elevado. Hasta la fecha se han registrado 10 brotes independientes del brote original, probablemente debidos a que el virus puede persistir en los supervivientes incluso después que se hayan recuperado.

Se constató que el virus desaparece con relativa rapidez del organismo de los supervivientes, pero también que puede permanecer hasta un año en el esperma de un pequeño número de varones y, en casos excepcionales, transmitirse a las personas con quienes mantengan relaciones sexuales.

En opinión del Dr. Bruce Aylward, Representante Especial para la respuesta de la OMS a la EVE, “nos encontramos en un periodo crítico de la epidemia pues ya no gestionamos casos y pacientes, sino el riesgo residual de que se produzcan nuevas infecciones. El riesgo de reintroducción de la infección está disminuyendo porque el virus está cada vez menos presente en la población superviviente, pero es previsible que aparezcan nuevos brotes y debemos estar preparados para ellos. Estamos realizando un esfuerzo ingente para consolidar la prevención, la vigilancia y la capacidad de respuesta en los tres países hacia fines de marzo”.

La OMS y sus asociados están colaborando con los gobiernos de Guinea, Liberia y Sierra Leona para que los supervivientes reciban atención médica y psicosocial, se les realicen pruebas para comprobar si continúan teniendo el virus y se les ofrezca el asesoramiento y la formación que les permitan reintegrarse en la vida familiar y comunitaria, hacer frente al estigma que acarrearán y reducir al mínimo el riesgo de transmitir la enfermedad.

El virus del Ébola causó más de 11.300 fallecimientos e infectó a más de 28.500 personas. La enfermedad devastó familias y comunidades, y afectó gravemente a los sistemas sanitarios y económicos de los tres países.

³ Por la Sociedad Venezolana de Salud Pública y la Red Defendamos la Epidemiología Nacional: José Félix Oletta L., Ana C. Carvajal, Julio Castro M., Oswaldo Godoy, Ángel Rafael Orihuela, Carlos Walter V., Saúl O. Peña y Andrés Barreto.

Los datos presentados tienen como fuente los formularios EPI-12 del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).

Armenia: La influenza A(H1N1) ya se ha cobrado diez vidas

13 de enero de 2016 – Fuente: ARKA News Agency (Armenia)

Más de medio centenar de casos de influenza A(H1N1) fueron reportados durante los últimos días a las autoridades sanitarias armenias. De acuerdo a lo informado por Armén Muradian, ministro de Salud, su cartera impulsó la vacunación de todos los grupos vulnerables para evitar la propagación de la enfermedad.

También han aumentado los casos de infecciones respiratorias agudas: más de 700 casos, muchos de ellos acompañados de neumonía, se registraron en los primeros días de 2016. Durante las fiestas de Fin de Año fueron requeridas más de 800 urgencias relativas a esa dolencia.

Muradian agregó que 24 mujeres embarazadas con afecciones respiratorias agudas se encuentran hospitalizadas, cinco de ellas con neumonía. El reporte oficial indicó que falleció una mujer embarazada que no pudo superar la enfermedad. En cuanto a la influenza A(H1N1), las fallecidas son ya diez personas.

El ministro de Salud aseguró que la situación epidemiológica en el país está bajo control absoluto y que todos los centros hospitalarios están provistos de los medicamentos necesarios. Muradian pidió a la población que ante la aparición de los primeros síntomas de infecciones respiratorias concurren de inmediato al centro médico más cercano.

JAMA Internal Medicine

España: La prescripción diferida de antibióticos puede ayudar a su uso más racional

23 de diciembre de 2015 – Fuente: *The Journal of the American Medical Association – Internal Medicine*

La prescripción diferida de antibióticos a pacientes con infecciones respiratorias agudas no complicadas puede contribuir al uso más racional de estos medicamentos, según un estudio liderado por Pablo Alonso, investigador del Instituto de Investigación Biomédica Sant Pau de Barcelona y del Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), dependiente del Instituto de Salud Carlos III de España. El estudio ha sido realizado conjuntamente con profesionales de atención primaria en España.

Las infecciones respiratorias agudas no complicadas, como la faringitis aguda, la rinosinusitis o la bronquitis aguda, son uno de los principales motivos de consulta en atención primaria.

En muchas ocasiones surgen dudas sobre la necesidad de utilizar antibióticos ya que la mayoría de estas infecciones se resuelven por sí mismas. No obstante, a buena parte de los pacientes con estas infecciones se les receta hoy este tipo de fármacos.

Los autores de este estudio realizaron un ensayo clínico multicéntrico con 405 pacientes escogidos aleatoriamente para comprobar si la prescripción diferida de antibióticos podría ser una estrategia que ayude al consumo racional de estos fármacos.

Se comparó la eficacia y la seguridad de dos estrategias de prescripción diferida con la prescripción antibiótica inmediata y con la no prescripción.

Según Mariam de la Poza, médico de familia y primera firmante del artículo, "la prescripción diferida consiste en proporcionar una receta de un antibiótico, instruyendo al paciente para que lo tome únicamente si sus síntomas no mejoran o empeoran algunos días después de la visita médica".

Reducción del consumo de antibióticos

En las estrategias diferidas, los pacientes presentaron síntomas con una severidad y una duración ligeramente mayor pero clínicamente similar a los de la prescripción inmediata, y además mostraron una reducción drástica (de más de 60%) del consumo de antibióticos en comparación con estos últimos.

La percepción de que los antibióticos no son efectivos o no son muy efectivos fue superior en los dos grupos de prescripción diferida en comparación con los de la no prescripción o la prescripción inmediata. La satisfacción fue similar en todas las estrategias. No se observaron diferencias entre los grupos en el riesgo de complicaciones, efectos adversos o en la necesidad de visitas adicionales.

"Las estrategias diferidas pueden ser útiles en pacientes con infecciones respiratorias agudas no complicadas para ayudar al uso racional de los antibióticos, principalmente en casos de duda sobre la necesidad de utilizarlos", concluyó Pablo Alonso, coordinador de esta investigación.⁴



Francia: El Gobierno anuncia un plan para renovar su política de vacunas

12 de enero de 2016 – Fuente: EFE

La ministra francesa de Sanidad, Marisol Touraine, lanzó hoy un plan para renovar la política gala de vacunas que aspira a devolver la confianza de los franceses en este capítulo de su sistema de salud pública.

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

El proyecto, destinado a particulares, profesionales de la sanidad e industriales, se divide en cuatro ejes de acción para “informar, coordinar, garantizar el abastecimiento y debatir”, esto último gracias a una vasta concertación ciudadana que se desarrollará a lo largo de 2016, informó la ministra.

Tras años de críticas contra el actual sistema de vacunas, Touraine elaboró este plan siguiendo las recomendaciones de la ex diputada Sandrine Hurel, encargada el pasado marzo de elaborar un informe sobre el tema.

La concertación ciudadana –de momento la medida más vistosa de todo el plan– comenzará en internet este marzo y concluirá a fin de año.

Su organización correrá a cargo de un comité de orientación presidido por el profesor de inmunología pediátrica Alain Fischer, titular de la Cátedra de Medicina Experimental del Collège de France.

Un jurado de ciudadanos, uno de profesionales de la salud y un tercero de expertos científicos analizarán a partir de mayo las aportaciones hechas en la plataforma web por profesionales, instituciones, asociaciones y ciudadanía, y, en octubre, un debate público nacional examinará sus contribuciones y conclusiones.

Ya en diciembre, el comité de orientación formulará su dictamen sobre la evolución de la política de vacunas.

En la actualidad, solo la vacuna DT-Polio –contra la difteria, el tétanos y la poliomielitis– son obligatorias en Francia y el resto, contra la hepatitis B, la tos convulsa o la infección por *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib), son simplemente recomendadas.

Sin embargo, la DT-Polio para niños menores de seis años está ausente del mercado farmacéutico francés desde 2008, en beneficio de la más costosa Infanrix Hexa®, que actúa contra las seis enfermedades y contiene aluminio y formaldehído, sustancias peligrosas, según una petición firmada por casi 800.000 franceses.

Resolver la cuestión de la vacunación obligatoria y/o recomendada y luchar contra la penuria de DT-Polio y otras vacunas forman parte del plan, junto con la creación de una web de información y, a partir de marzo, en cinco regiones francesas, el test de un carné electrónico de vacunación.



India, Karnataka: La falta de saneamiento enferma a los niños

14 de enero de 2016 – Fuente: Inter Press Service

Aunque el índice de desarrollo humano en el sudoccidental estado indio de Karnataka es de 0,478, superior al promedio nacional de 0,472, persiste allí el déficit en materia de agua y saneamiento con repercusiones negativas para la salud de los niños.

Junto con el fenómeno climático de El Niño de 2015, que disipó los monzones del suroeste del país, el déficit en el suministro hídrico hizo que las enfermedades transmitidas por el agua se propagaran en Karnataka.

El mosquito transmisor del dengue se reproduce en el agua dulce estancada, que es una expresión directa de la insuficiente infraestructura hídrica y de saneamiento. Un tercio de la población aún defeca al aire libre, lo que hace imposible combatir este tipo de enfermedades.

El dengue alcanzó su punto más alto en India en 2015, con 4.691 casos y nueve muertes, según las estadísticas del Ministerio Federal de Salud.

“La mayoría de los ingresos en el Vanivilas Women and Children Hospital de Karnataka fueron por casos de dengue. Entre enero y septiembre de 2015 hubo 799 niños, del total de 2.800 casos de dengue”, informó la Dra. Premalatha, jefa del Departamento de Pediatría en el centro sanitario.

“Es una enfermedad totalmente prevenible que acaba con los recursos de forma innecesaria”, aseguró.

Diarrea, disentería, gastroenteritis y cólera siguen afectando a los niños que viven por debajo de la línea de la pobreza, especialmente en los barrios marginales, y aumentan la mortalidad infantil, el retraso en el crecimiento y la desnutrición. Todos estos factores contribuyen a la deserción escolar, lo cual perpetúa la pobreza y la falta de resistencia a las enfermedades.

“Las guarderías preescolares reciben 74 centavos al mes en subvenciones exclusivamente destinadas a la compra de productos de saneamiento y limpieza de los baños”, explicó Lakshmi Bhat, directora de las guarderías públicas en Yellapur Taluq, un distrito costero del estado.

“Todas las guarderías que funcionan en locales privados gozan de infraestructura de agua y saneamiento. Algunas incluso tienen inodoros”, añadió Bhat, que trabaja para el Departamento de Bienestar Infantil y de la Mujer de Karnataka.

Asha Hegde es maestra de la guardería de Harohalli Taluq, 60 kilómetros al sur de la capital del estado, Bangalore, a cargo de niños entre dos y 14 años.

“El objetivo principal es impartir habilidades básicas para la vida, una ventana de oportunidad al mundo mediante la educación y el ejercicio, ofrecer suplementos nutritivos e infraestructura de agua y saneamiento limpia, y aumentar la resiliencia de los niños de las zonas rurales”, destacó.

“La mayoría de los niños utilizan baños con agua y saneamiento en la escuela, pero una vez que se van a casa, algunos –por lo menos dos niños en nuestra escuela– carecen de agua y saneamiento y defecan al aire libre”, indicó.



Escolares de Harohalli Taluq, una localidad 60 kilómetros al sur de Bangalore, India.

“Nuestras cocineras preparan comidas de acuerdo con el índice de nutrición y ofrecen una combinación de alimentos como sopas de mijo, arroz, sopas de verduras, huevos, leche, gachas de cereales, etc., en diferentes horas para que los niños puedan aprender, jugar, hacer ejercicio, comer y dormir bien en un entorno seguro cuando sus padres trabajan”, precisó Hegde.

Niños y niñas de diversos orígenes económicos e indicadores socioeconómicos, como la alfabetización, asisten a estas guarderías preescolares en todo el país. K. Nagamani trabajó durante una década en guarderías de seis aldeas del distrito de Kolar, con el apoyo de organizaciones no gubernamentales como Gramvikas.

“Fuimos formados para cocinar comidas nutritivas con granos enteros, verduras, leche, huevos, frutas, arroz, mijo y sopas de proteínas. Pero la falta de agua y saneamiento provoca disentería, diarrea, cólera e ictericia en niños cuya capacidad de recuperación se vino abajo con las reiteradas infecciones”, explicó Nagamani.

“A pesar de su admisión a las guarderías y su participación en las actividades académicas y extracurriculares, con alimentos nutritivos, descanso, ropa limpia, agua y saneamiento en el entorno de la escuela, todos estos elementos estaban ausentes en sus hogares, lo que genera infecciones transmitidas por el agua en los grupos más vulnerables”, añadió.

“Los niños tienen que caminar por terreno sucios y con aguas servidas para defecar al aire libre, lo que anula el impacto de las intervenciones nutricionales en las escuelas”, se quejó Nagamani.

El estado tiene 21,85 millones de niños, según el censo de 2011, pero un tercio de ellos sufren retraso en el crecimiento. “Esto es en gran parte debido a que este tipo de enfermedades transmitidas por el agua reducen 5% del peso corporal de los niños en crecimiento, y la recurrencia provoca la desnutrición debido a la menor retención de alimentos, la falta de capacidad de recuperación y una propensión mayor a las infecciones oportunistas”, agregó Premalatha.

“Es más fácil prevenir la reproducción de los mosquitos. El mosquito transmisor del dengue se reproduce solo en agua dulce estancada. Los desagües de aguas residuales y la infraestructura de saneamiento son insuficientes para toda la población”, afirmó la médica.

“La ausencia de agua potable y saneamiento afectaba a 48,1% de los hogares rurales de Karnataka en 2012, según un estudio realizado por el Instituto WASH y el gobierno de India, lo que repercute en los centros de medicina, ya que el tratamiento se concentra en los pacientes de dengue”, explicó.

El déficit de agua y saneamiento en Karnataka se manifiesta en que 49% de las personas practican la defecación al aire libre, lo que explica la incidencia de 65% de diarrea en los niños menores de cinco años en 2013 y 2014, según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

A pesar de las comidas que reciben los niños en las escuelas, así como de la infraestructura de agua y saneamiento que tienen en ellas, la ausencia de la misma en sus hogares, junto con la escasez hídrica que provoca el cambio climático, reduce el índice de desarrollo humano aun en las regiones más avanzadas de India.

El desafío que queda es la creación de una infraestructura de agua y saneamiento, así como convencer a la población en general de su eficacia y de la necesidad de erradicar la defecación al aire libre y las alcantarillas abiertas.



Nigeria: Mueren 41 personas por un brote de fiebre hemorrágica de Lassa

12 de enero de 2016 – Fuente: Xinhua (China)

Un brote de fiebre hemorrágica de Lassa ha provocado la muerte a 41 personas de un total de 93 casos reportados en Nigeria, informó hoy el ministro de Salud, Isaac Folorunso Adewole.

Sin embargo, Adewole señaló que la propagación de la enfermedad no ha salido de 10 estados del país y negó los reportes de que se había presentado en 12 estados. Pero admitió que éste es el peor brote del virus en Nigeria en los últimos cuatro años.

“Nigeria informó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el gobierno está tomando medidas para impedir la propagación de la enfermedad en áreas rurales. No se han reportado nuevos casos en las últimas 72 horas”, indicó Adewole.

El brote surgió el mes pasado y el primer caso reportado fue en el estado de Bauchi.

“Este brote es inusual debido a que las autoridades no fueron informadas rápidamente”, explicó Adewole.

La fiebre hemorrágica de Lassa es una enfermedad viral aguda y a menudo fatal, que se presenta principalmente en África Occidental. Generalmente se transmite por contacto con la saliva o excrementos de ratas que entran a casas y a tiendas de alimentos.

Se identificó por primera vez en 1969 en el pueblo de Lassa en Nigeria. En algunos casos, la fiebre de Lassa tiene síntomas similares a los de la malaria.

Las autoridades nigerianas señalaron que son capaces de poner el brote bajo control y que hay un elevado índice de supervivencia para quienes son diagnosticados oportunamente.

“El Centro de Control de Enfermedades de Nigeria empezó a coordinar las actividades de respuesta en todos los estados afectados”, dijo el funcionario.

En 2012, la fiebre de Lassa provocó la muerte de más de 40 personas en 12 estados de Nigeria, después de lo cual el gobierno estableció el Comité de Respuesta Rápida para la Fiebre de Lassa, encargado de la prevención y el control de la enfermedad.

Los datos epidemiológicos relativos a la población de hombres que practican sexo con hombres (HSH) en los Países Bajos revela que, en la última década, más de 71% de las nuevas infecciones por VIH se produjo a través de relaciones sexuales sin protección con hombres que no sabían que tenían la infección, y apenas 6% estuvo vinculado a hombres que tomaban tratamiento antirretroviral. El equipo de investigadores que realizó este estudio consideró que la combinación de una política de realización de prueba del VIH anual, el inicio del tratamiento antirretroviral de forma inmediata tras el diagnóstico y la provisión de profilaxis preexposición (PrEP) a la mitad de los hombres sin VIH conseguiría evitar hasta dos tercios de las nuevas transmisiones.



Los expertos afirman que el notable incremento del acceso al tratamiento antirretroviral no ha tenido un gran impacto en la epidemia de VIH entre HSH en Países Bajos (donde la incidencia se mantiene estable o incluso aumenta), por lo que consideran que es importante averiguar qué intervenciones pueden ser eficaces.

En su trabajo, el equipo de investigadores recurrió al análisis filogenético para identificar infecciones con perfiles genéticos similares. En primer lugar trabajaron con muestras procedentes de HSH diagnosticados entre 1996 y 2010 que probablemente se habían infectado un año antes del diagnóstico. A continuación intentaron emparejar estas muestras con las de otros hombres cuyas infecciones pudieron estar relacionadas.

Esto supuso examinar las muestras de sangre de hombres ya diagnosticados en el momento y otros que recibían el diagnóstico (y por tanto, la muestra de sangre) años más tarde. Afortunadamente para los intereses del estudio, para la mayor parte de las personas con VIH en los Países Bajos se pudo disponer de estos análisis, lo que permitió identificar una significativa proporción de emparejamientos entre transmisiones.

De los 1.045 HSH recién diagnosticados de VIH que tenían una muestra de sangre disponible para el análisis, 617 (59%) pudieron ser emparejados con uno o más posibles hombres que podrían haberles infectado. En total hubo 903 posibles transmisores y 2.343 emparejamientos.

Cuando el equipo de investigadores comprobó si un posible transmisor había sido diagnosticado y/o estaba tomando tratamiento en el momento de la posible transmisión, se comprobó que hasta 71% de los hombres identificados como posibles transmisores no había recibido el diagnóstico en aquel momento.

Otro 22% de los posibles transmisores sí había recibido el diagnóstico, pero aún no estaban tomando tratamiento en aquel momento. Un 6% de los posibles transmisores estaba tomando tratamiento cuando se produjo la supuesta infección y 1% correspondió a hombres que habían abandonado la atención médica.

El 43% de los hombres identificados como transmisores habían vivido con VIH menos de un año antes de la posible transmisión a otra persona.

El equipo de investigadores destaca que el reducido número de transmisores que tomaban tratamiento es un reflejo de la elevada eficacia de la terapia antirretroviral como prevención.

En el estudio, la quinta parte de las transmisiones estuvieron relacionadas con hombres diagnosticados que aún no tomaban tratamiento, pero al tratarse de una muestra histórica (hasta 2010) no están reflejados los cambios más recientes en las políticas de inicio de tratamiento, que probablemente harán que se reduzcan las transmisiones atribuidas a este grupo.

Los autores también dedicaron un espacio a estimar qué impacto habría tenido sobre la cifra de nuevas infecciones la implementación de distintas intervenciones de salud, específicamente en el periodo 2008-2010. Las intervenciones consideradas fueron el inicio inmediato del tratamiento de todos los hombres diagnosticados de VIH, la provisión de PrEP a la mitad de los HSH sin VIH de menos de 30 años y la realización anual de la prueba del VIH.

Según sus cálculos, si solo se hubiera ofrecido el inicio inmediato del tratamiento, se podría haber evitado 19% de las transmisiones. La combinación del inicio inmediato del tratamiento con la PrEP habría permitido evitar hasta 30% de las infecciones. Al sumar la realización anual de la prueba a estas dos intervenciones se estima que se habrían evitado hasta 45% de las infecciones.

No obstante, si se hubiera ofrecido la PrEP a la mitad de la población de HSH con independencia de su edad, el número de infecciones evitadas se habría elevado hasta 66%.

Los resultados del estudio ponen de relieve la necesidad de combinar intervenciones preventivas para conseguir un impacto muy superior al que tendrían dichas estrategias por separado. Sin embargo, en este caso en concreto, dada la elevada cobertura del tratamiento en Países Bajos, las posibles mejoras en esta intervención son limitadas y, en consecuencia, los esfuerzos deberían centrarse principalmente en las intervenciones preventivas dirigidas a las personas sin VIH.⁵

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

La Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció el 12 de enero que la Región del Sudeste Asiático⁶ completó cinco años sin nuevos casos de poliomielitis, asegurando que se trata de “un importante éxito”.

“Los países de la Región han hecho encomiables esfuerzos, incrementando la vigilancia contra la poliomielitis y continuando la protección de los niños contra este virus incapacitante”, dijo Poonam Khetrpal Singh, director regional de la OMS.

En su comunicado, recordó que el último caso registrado por la OMS en la región tuvo lugar en el estado indio de Bengala Occidental en 2011, destacando que los esfuerzos deben continuar hasta que la enfermedad sea erradicada a nivel global.

“Necesitamos asegurarnos de que nuestros esfuerzos e inversión a lo largo de los años para erradicar la poliomielitis no son desperdiciados”, advirtió Singh. “A nivel global, la transmisión de la poliomielitis está en uno de sus niveles más bajos, pero el riesgo de importación del virus a las zonas libres sigue existiendo”, agregó.

Los países del Sudeste Asiático están acelerando la introducción de la vacuna contra el virus en sus programas de inmunización como parte de un plan a largo plazo para lograr un mundo libre de la enfermedad de cara a 2018.

“Nuestros esfuerzos para detener la poliomielitis y ahora mantener la región libre del virus han sido posibles gracias a las numerosas estrategias innovadoras que han ayudado a fortalecer la inmunización y vigilancia de la enfermedad”, explicó Singh.

“Si bien estas lecciones aprendidas están siendo ahora adoptadas en el resto de zonas endémicas, los países de la región deben imitar estas estrategias y usar de forma óptima los recursos del programa contra la poliomielitis para otros objetivos a nivel sanitario”, valoró.



Gravísimo atentado en Pakistán

Pakistán sufrió el 13 de enero el peor atentado contra su campaña para combatir la poliomielitis, un ataque suicida cerca del principal centro de inmunización en la convulsa ciudad de Quetta, con al menos 15 muertos, la mayoría de ellos policías que iban a escoltar a los vacunadores.

En el último día de la campaña de vacunación que comenzó el 11 de enero en Quetta y otros distritos de Baluchistán para inmunizar a unos 2,4 millones de niños, un atacante suicida hizo detonar los explosivos que portaba cerca de donde se encontraban los servicios de seguridad destinados a escoltar a los equipos de inmunización.

Como consecuencia del ataque murieron al menos doce policías, dos civiles y un soldado paquistaní, y otras 24 personas resultaron heridas, en su mayoría miembros de las fuerzas de seguridad, según explicaron fuentes policiales.

“Esta es la primera vez que muere tanta gente en un ataque relacionado con el programa de erradicación de la poliomielitis, pero esto no significa que vayamos a poner fin al programa”, confirmó Sajid Shah, portavoz del Ministerio de Salud paquistaní.

Tras el ataque, el área fue acordonada por la Policía, donde imágenes difundidas por las televisiones locales mostraron varios automóviles y tiendas dañados por la fuerte explosión.

Syed Imtiaz Shah, subinspector de la Policía de Quetta, detalló que en el ataque suicida fueron empleados entre siete y ocho kilogramos de explosivos.

El primer ministro paquistaní, Nawaz Sharif, condenó “enérgicamente” el atentado, tuvo palabras de afecto para “los mártires para que sus almas descansen en paz” y lanzó un duro mensaje a “los terroristas”, a los que “extirpará de raíz” de Pakistán.

“Estos ataques están motivados por la frustración y una mentalidad cobarde. Continuaremos hasta que eliminemos al último terrorista. Eliminaremos esta ideología extremista”, señaló Sharif en un comunicado.

El principal grupo talibán paquistaní, el TTP, reivindicó el atentado a través de una escueta nota, en la que su portavoz, Muhammad Khurasani, sentenció que “una unidad especial” de los insurgentes mató e hirió a “muchos miembros del personal de seguridad” en Quetta.⁷

⁶ La región del Sudeste Asiático de la OMS incluye a Bangladesh, Bután, India, Indonesia, Maldivas, Myanmar, Nepal, República Democrática Popular de Corea, Sri Lanka, Tailandia y Timor-Leste.

⁷ *Tehrik e Taliban Pakistan* (Movimiento Talibán de Pakistán, o TTP), es el nombre de una organización terrorista internacional, de origen paquistaní y asociada al movimiento talibán, que proclama el extremismo religioso islámico y el yihadismo.

El TTP fue formado en 2007 y agrupa a unos 30 grupos establecidos originalmente en el sur de la región paquistaní de Waziristán, fronteriza con Afganistán. Se estima que en 2008 contaba con aproximadamente 35.000 miembros, en alianza con Al Qaeda y los talibán afganos.

Entre 2003 y 2009, los talibanes cerraron todas las escuelas privadas y se prohibió la educación de las niñas en Pakistán.

En 2013, de los más de 1.700 ataques terroristas que hubo en Pakistán, más de 60% fueron realizados por este grupo.

El 16 de diciembre de 2014, milicianos talibanes paquistaníes llevaron a cabo un atentado terrorista en una escuela de niños, dejando un saldo de 114 heridos y 145 muertos. El atentado fue reivindicado por el TTP.

Aunque los talibanes no suelen reivindicar estos ataques, grupos afines a ellos y con base en el cinturón tribal fronterizo con Afganistán empezaron en 2012 a cometer estas acciones contra los equipos de vacunación.

Entre otros argumentos, los integristas alegan que la campaña contra la poliomielitis forma parte de un complot occidental para esterilizar a los musulmanes y que los vacunadores trabajan como espías para la Agencia Central de Inteligencia (CIA).

El ataque se produce después que Pakistán lograra el año pasado buenos resultados en la lucha contra este flageo al reducir a 51 los casos de poliomielitis frente a los 306 de 2014.

Desde 2012 han muerto al menos 80 personas relacionadas con la campaña contra la poliomielitis, de acuerdo con el Gobierno paquistaní.

“Seguiremos luchando contra esta enfermedad”, sentenció hoy Shah, el funcionario del Ministerio de Salud de Pakistán, uno de los tres países junto a Afganistán y Nigeria donde la poliomielitis es todavía endémica.

El peor ataque hasta la fecha contra los equipos de vacunación contra la poliomielitis en Pakistán había ocurrido en marzo de 2014 en la provincia de Khyber-Pakhtunkhwa, en el que murieron un niño y nueve soldados después que un grupo de hombres armados atacara con artefactos explosivos varios vehículos.

Publicidad relacionada con la salud



8° Concurso del Cartel de Prevención – Imagina, Crea, Previene...
Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey (2008. Monterrey, Nuevo León, México).

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.