



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina

www.reporteepidemiologico.com



Número 1.733

29 de febrero 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 Fariás

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)

Córdoba

- Confirman el primer caso autóctono de fiebre zika, con probable contagio por vía sexual

Argentina

- Vigilancia de dengue
- Gran Chaco: Iniciativa para optimizar el diagnóstico de la enfermedad de Chagas congénita
- San Luis: Alerta epidemiológico por síndrome urémico hemolítico

América

- América Latina: Recomendaciones para mejorar la cobertura de vacunación en adultos
- Brasil: Aumentan 15% los casos confirmados de microcefalia en una semana
- Brasil: La 'maldición' del cáncer

- Chile, Región de Magallanes: Casos de enfermedades gastrointestinales en personas que visitaron el Parque Nacional Torres del Paine

- Uruguay: Las causas del regreso del dengue después de 100 años

El mundo

- Angola: Aumentan a 118 las muertes por fiebre amarilla
- China, Hong Kong: Nuevo caso de influenza aviar A(H7N9)
- China, Shaanxi: Investigan un hospital después que 26 de sus pacientes contrajeran hepatitis C
- República Democrática Popular Lao: Confirman nuevos casos de infección por el poliovirus derivado de la vacuna
- Crean un centro de recursos de información sobre el virus Zika

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](#).

Córdoba



Confirman el primer caso autóctono de fiebre zika, con probable contagio por vía sexual

26 de febrero de 2016 – Fuente: Ministerio de Salud – Provincia de Córdoba (Argentina)

El Ministerio de Salud de la Provincia confirmó el primer caso autóctono de fiebre zika en la ciudad de Córdoba. Se trata de una mujer que no registró antecedentes de viaje. Asimismo, en la investigación epidemiológica, se identificó el vínculo con un hombre con antecedente de viaje a Colombia, que presentó síntomas compatibles con la enfermedad.

Los datos que pudieron relevarse hasta ahora son consistentes para clasificar y continuar investigando este caso como un probable contagio a través del contacto sexual con el hombre que estuvo en Colombia. El análisis de la situación permite confirmar que en este caso puntual, no se dio el periodo de incubación necesario para el contagio a través del vector, un mosquito *Aedes aegypti*. Esa conclusión, más los datos clínicos presentes, llevan a definirlo como un caso autóctono con probable transmisión sexual, mientras se continúa la investigación del caso.

Es importante remarcar, no obstante, que la vía de transmisión comprobada y más frecuente del virus Zika es la picadura de un mosquito. Por lo tanto, se reitera la importancia de las medidas de prevención de esta y de todas las enfermedades transmitidas por *Aedes aegypti*. Asimismo, se recuerda que el preservativo es la forma más eficaz de prevenir todas las infecciones de transmisión sexual.

Cabe señalar también que, como ante cada caso sospechoso de dengue, fiebre chikungunya o fiebre zika, se aplican todas las medidas de bloqueo y control de foco; y se mantiene una búsqueda activa de casos febriles y/o sintomáticos en la zona, sin que hasta ahora hayan aparecido nuevos casos sospechosos.

En resumen, desde el inicio del año, se han hallado en Córdoba dos casos importados (uno a confirmar por laboratorio) y un caso autóctono de fiebre zika.

El caso importado

El hombre permaneció durante un mes en Colombia. Los últimos dos días antes de su regreso a Argentina presentó síntomas como erupción y fiebre, que persistieron al llegar a Córdoba. El paciente concurrió a la consulta en Colombia y de acuerdo a sus signos clínicos, el médico le diagnosticó fiebre zika, pero no se le realizaron estudios de laboratorio para confirmarlo. Se enviaron muestras al laboratorio de referencia (Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas 'Dr. Julio Isidro Maiztegui', en Pergamino), según el protocolo nacional vigente, para confirmar su diagnóstico.

El caso autóctono

Se trata de una mujer de la ciudad de Córdoba, que presentó síntomas y consultó en un hospital público provincial. Su diagnóstico fue confirmado por el Laboratorio Central de la Provincia. La mujer fue tratada en forma ambulatoria y evolucionó favorablemente; y se realizaron todas las medidas de prevención individuales, familiares y comunitarias correspondientes.



Situación actual

En Argentina existen tres situaciones epidemiológicas diferenciadas en relación con la situación de dengue.

A. Transmisión sostenida

En 2016 en Argentina se encuentran en curso brotes¹ de dengue con transmisión sostenida¹ en localidades de las provincias de:

1. Formosa: Al menos Clorinda, Formosa y Laguna Naick Neck, con 257 casos notificados en la primera semana de 2016. También se registraron 99 casos probables y confirmados notificados por otras provincias con antecedentes de viaje a esta jurisdicción.²
2. Misiones: Al menos Leandro Nicéforo Alem, Puerto Iguazú, Puerto Esperanza, Eldorado, Montecarlo, Colonia Wanda, Garupá, Posadas y Oberá, con 3.855 casos notificados en las primeras siete semanas epidemiológicas de 2016.

B. Transmisión circunscripta a barrios y/o localidades

Por otra parte, en lo que va de 2016 se registran brotes de dengue circunscriptos a barrios y/o localidades en:

1. Chaco: Resistencia, Machagai. Se agrega esta semana la localidad de Presidencia Roque Sáenz Peña; serotipo DENV1.
2. Córdoba: Lozada. Se agregaron las localidades de Despeñaderos, Colonia Caroya, ciudad de Córdoba; serotipo DENV1.
3. Corrientes: ciudad de Corrientes, Gobernador Virasoro, Ituzaingó y Santo Tomé; serotipo DENV1.
4. Salta: San Ramón de la nueva Orán, serotipo DENV1; General Güemes, serotipo DENV4.
5. Santa Fe: ciudad de Santa Fe, Rosario, Avellaneda, Reconquista, Laguna Paiva, Las Toscas, Peyrano, San Justo; serotipo DENV1.
6. Santiago del Estero: En la última semana se confirmó un brote por el serotipo DENV1 en la localidad de Suncho Corral, Departamento Juan Ibarra.

C. Casos autóctonos aislados confirmados o probables

Por último, se han notificado casos confirmados y probables autóctonos en:

1. Ciudad Autónoma de Buenos Aires; serotipo DENV1.
2. Buenos Aires: 29 departamentos (Almirante Brown, Avellaneda, Berazategui, Berisso, Chascomús, Ensenada, Escobar, Esteban Echeverría, Florencio Varela, Hurlingham, Ituzaingó, La Matanza, La Plata, Lanús, Lomas de Zamora, Merlo, Moreno, Morón, Necochea, Pehuajó, Pilar, Quilmes, San Fernando, San Isidro, San Martín, San Nicolás, Tigre, Tres de Febrero, Vicente López). En los sitios con casos confirmados se aisló el serotipo DENV1.
3. Entre Ríos: dos departamentos (Federación confirmado; serotipo DENV1) y Paraná.
4. Jujuy: departamento El Talar, confirmado; serotipo DENV1.
5. Catamarca: departamento Valle Viejo.
6. Tucumán: departamento Monteros.
7. Corrientes: dos departamentos (Curuzú Cuatiá e Itatí).
8. Chaco: seis departamentos (Primero de Mayo, Bermejo, Chacabuco, General Güemes, Libertador General San Martín y Presidencia de la Plaza).
9. Santiago del Estero: dos departamentos (Capital y Belgrano).

Las jurisdicciones se encuentran realizando las investigaciones de campo correspondientes para determinar la circulación viral autóctona.

En síntesis, en lo que va de 2016, se notificaron 5.083 casos autóctonos de dengue en 14 jurisdicciones del país.

Asimismo se notificaron 1.226 casos importados con pruebas positivas de áreas con circulación viral en las 21 provincias con presencia del vector (ver Tabla 1). De estos casos, 479 tienen antecedente de viaje a las localidades con circulación viral de Formosa y Misiones.

En estas siete primeras semanas del año se ha notificado un total de 14.013 casos estudiados en 22 provincias, con una oportunidad a nivel nacional de un día de demora entre la toma de muestra o fecha de consulta y la notificación, con variaciones provinciales (ver Tabla 1).

¹ En la actual situación epidemiológica de Argentina en la que todos los años se interrumpe la circulación viral en la época invernal, se considerará como 'brote de dengue' a toda situación en que pueda comprobarse la circulación viral autóctona de dengue en una zona determinada en las siguientes situaciones:

- Al menos dos casos sospechosos de dengue, relacionados entre sí, con al menos uno de ellos sin antecedentes de viaje y en el que se haya podido confirmar por laboratorio la infección por dengue; o
- Al menos un caso de dengue confirmado por laboratorio, en una zona sin circulación viral confirmada previamente, en el que la Dirección de Epidemiología provincial pueda certificar, como producto de la investigación epidemiológica, el carácter de autóctono.

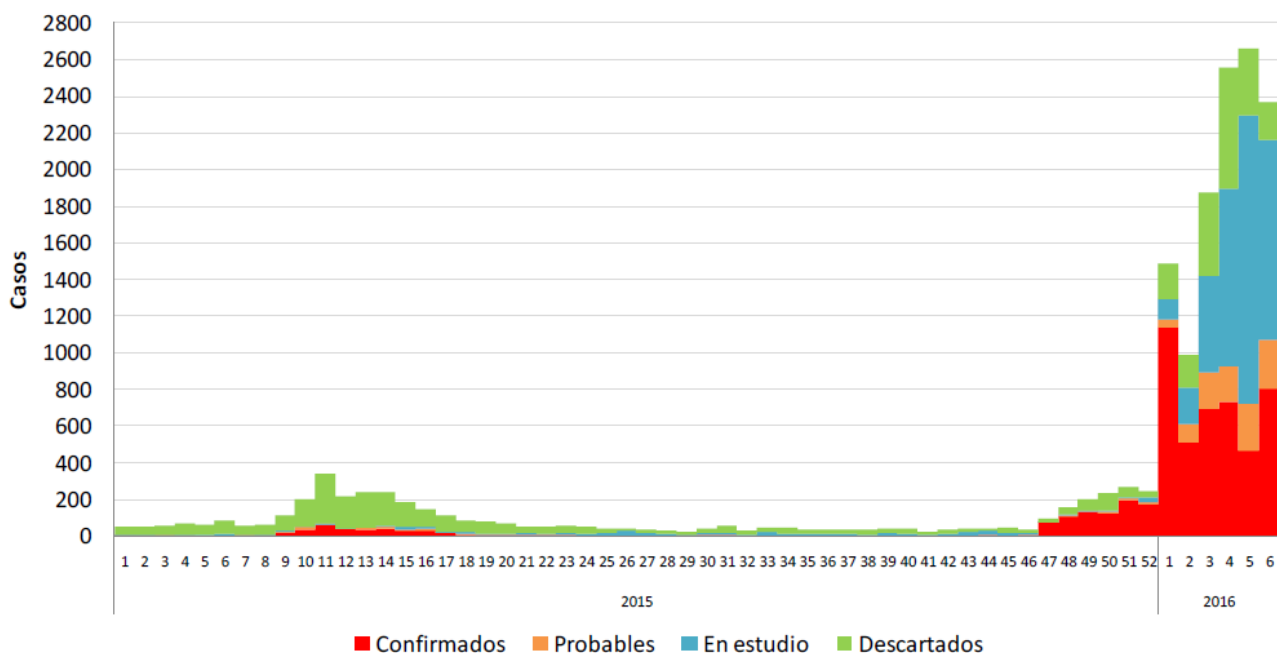
² La provincia de Formosa no ha actualizado en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) la cantidad de casos y localidades en brote en las últimas seis semanas.

Tabla 1. Casos notificados, según clasificación, y provincia y región de residencia. Argentina. Año 2016, hasta semana epidemiológica 7. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.³

Provincia/Región	Casos autóctonos		Casos importados		En estudio	Descartados	Total	Mediana notificación
	Confirmados	Probables	Confirmados	Probables				
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	31	46	112	135	1.271	125	1.720	2
Buenos Aires	69	187	187	404	1.665	433	2.945	2
Córdoba	31	11	29	21	286	245	623	2
Entre Ríos	1	1	1	10	128	80	221	4
Santa Fe	79	44	49	16	311	135	634	2
Centro	211	289	378	586	3.661	1.018	6.143	—
Mendoza	—	—	7	—	20	7	34	1
San Juan	—	—	—	1	6	2	9	1
San Luis	—	—	—	3	20	18	41	4
Cuyo	—	—	7	4	46	27	84	—
Corrientes	101	5	13	91	171	64	445	3
Chaco	71	87	26	26	265	221	696	0
Formosa	257	—	—	—	41	1	299	—
Misiones	3.855	79	—	11	270	118	4.333	0
NEA	4.284	171	39	128	747	404	5.773	—
Catamarca	—	1	5	3	171	183	363	3
Jujuy	1	—	6	6	240	91	344	1
La Rioja	—	—	—	2	8	12	22	4
Salta	51	60	13	18	401	250	793	0
Santiago del Estero	8	6	6	—	71	59	150	1
Tucumán	—	1	8	6	110	95	220	0
NOA	60	68	38	35	1.001	690	1.892	—
Chubut	—	—	1	1	23	6	31	0
La Pampa	—	—	1	4	10	1	16	2
Neuquén	—	—	3	—	19	3	25	4
Río Negro	—	—	—	—	17	—	17	4
Santa Cruz	—	—	—	1	11	4	16	4
Tierra del Fuego	—	—	—	—	14	2	16	1
Sur	—	—	5	6	94	16	121	—
Total Argentina	4.555	528	467	759	5.549	2.155	14.013	1

El porcentaje de positividad entre los casos estudiados por laboratorio es de 28% en las últimas semanas.

Gráfico 1. Casos notificados, según clasificación, por semana epidemiológica. Argentina. Desde semana epidemiológica 1 de 2015 hasta semana epidemiológica 6 de 2016 (N=14.013). Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.



Brotos en la provincia de Misiones

Se encuentran en curso brotes de dengue por serotipo DENV1 que afectan al menos a nueve localidades. La fecha de inicio de síntomas del caso autóctono más antiguo se ubica en la semana epidemiológica (SE) 44. Hasta el momento, se notificaron al SNVS 3.855 casos vinculados al brote en el año 2016.

³ Definiciones de caso:

- Confirmados: Casos con pruebas de laboratorio que confirman la infección reciente por el virus Dengue. En contextos de brote, también casos compatibles con la enfermedad confirmados por epidemiología.
- Probables: Casos con pruebas de laboratorio positivas que aún no permiten confirmar la infección por el virus Dengue.
- En estudio: Incluye los casos que aún no tienen resultados de laboratorio y aquellos con resultados negativos que no permiten descartar todavía la infección.
- Descartados: Casos que han podido ser descartados por pruebas de laboratorio y/o análisis epidemiológico.
- Total general: Incluye todos los casos notificados (confirmados, probables, en estudio y descartados).

La mediana de notificación se mide en días y corresponde a la provincia en el que se toma la muestra para estudio de laboratorio.

Se registraron casos vinculados a este brote en 16 provincias, predominantemente en Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Corrientes y Santa Fe.

Brotos en la provincia de Formosa

En la provincia de Formosa se encuentran en curso brotes de dengue por serotipo DENV1 que afecta a tres localidades: Clorinda, Formosa y Laguna Naick Neck.

Hasta el momento, se notificaron al SNVS 257 casos vinculados al brote en el año 2016 correspondientes a la SE1; en el resto de las semanas, 14 provincias notificaron un total de 99 casos probables y confirmados con antecedentes de viaje a Formosa. Se notificaron 133 casos vinculados al brote en distintas provincias durante 2016.

No se notificaron hasta el momento casos de dengue grave o fallecidos.



Gran Chaco: Iniciativa para optimizar el diagnóstico de la enfermedad de Chagas congénita

26 de febrero de 2016 – Fuente: Ministerio de Salud (Argentina)

El Ministerio de Salud de Argentina presentó el 26 de febrero en la sede del Instituto Nacional de Parasitología 'Dr. Mario Fatała Chabén', las obras de remodelación del laboratorio y el moderno equipamiento instalado para acceder a técnicas moleculares que permitirán optimizar el diagnóstico de la enfermedad de Chagas congénita. El proyecto además mejorará el monitoreo del tratamiento de las causas de la enfermedad en comunidades residentes de la Región del Gran Chaco.

La iniciativa, que demandó una inversión de 200.000 dólares, fue impulsada por el instituto nacional y los ministerios de Salud de las provincias de Santiago del Estero y de Chaco, dos de las áreas más endémicas del país, siendo Japón quien efectuó el aporte para llevarla adelante, a través de la Fundación Mundo Sano en Argentina.

Con la participación del embajador de Japón en Argentina, Noriteru Fukushima, la presentación tuvo lugar en el Instituto Fatała Chabén, dependiente de la cartera sanitaria nacional, en presencia de la subsecretaria de Políticas, Regulación y Fiscalización, Kumiko Eiguchi; el titular de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán', Andrés Joaquín Leibovich; y el jefe de Programas y Proyectos de la Fundación Mundo Sano, Marcelo Abril, entre otros.

Eiguchi celebró la puesta en marcha de este proyecto y consideró que "las políticas sanitarias deben pensar en las enfermedades de la pobreza" como la enfermedad de Chagas y agradeció el respaldo de su país natal para acceder a los avances tecnológicos que lo harán posible.

En tanto, Leibovich indicó que "hoy es un día de mucha felicidad porque estamos equipándonos, gracias a la donación del gobierno de Japón, para poder pensar en quienes tienen esa enfermedad y avanzar con el objetivo de erradicarla definitivamente", al tiempo que agregó que "este equipamiento es fundamental para tener resultados efectivos a muy corto plazo".

El diplomático japonés confió en que "esta pequeña donación sirva para mejorar el diagnóstico de la enfermedad de Chagas" en el país y recordó que "después de la Segunda Guerra Mundial, Argentina ayudó mucho a Japón cuando estaba completamente destruido. Por eso siempre seguiremos ayudando a Argentina", sostuvo Fukushima.

La iniciativa contempla la instalación de equipamientos, insumos y la formación de recurso humano para la implementación de técnicas moleculares de laboratorio como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), que reduce el tiempo para el diagnóstico y permite una evaluación precoz del efecto del tratamiento. El Instituto Fatała Chabén será el laboratorio de referencia y trabajará en red con dos laboratorios provinciales, uno en Chaco y otro en Santiago del Estero.

Una técnica promisoriosa para la enfermedad de Chagas congénita

En Argentina, el diagnóstico de la enfermedad de Chagas congénita y el tratamiento de la infección continúan siendo dos grandes desafíos de salud pública.

En función del número mujeres embarazadas con diagnóstico positivo que son atendidas regularmente, se estima que unos 4.000 hijos de madres infectadas tendrán la oportunidad de hacerse estudios que permitan un diagnóstico oportuno y el tratamiento de aquellos detectados con infección.

Estas técnicas permitirán al mismo tiempo evaluar precozmente la eficacia del tratamiento de los niños, sus madres y familiares diagnosticados con infección que pueden alcanzar a 1.200 personas más de las comunidades beneficiadas. De esta forma ascendería a 6.100 los beneficiarios potenciales del proyecto.

La Organización Panamericana de la Salud certificó la interrupción de la transmisión vectorial en 9 de las 19 provincias con presencia del vector de la enfermedad.



San Luis: Alerta epidemiológico por síndrome urémico hemolítico

27 de febrero de 2016 – Fuente: Telenoticiosa Americana (Argentina)

El Ministerio de Salud de la Provincia de San Luis emitió un alerta epidemiológico tras el fallecimiento de un bebé por un cuadro de síndrome urémico hemolítico (SUH) en dependencias del Hospital San Luis, en la capital puntana.

El ministro de Salud de la provincia, Roberto Schwartz, confirmó el deceso "del pequeño de dos años que ingresó el 21 de febrero al Hospital San Luis con los síntomas característicos de la enfermedad".

La directora del Hospital San Luis, María José Zanglá, contó que el niño ingresó con “un cuadro de diarrea con sangre” y que el diagnóstico arrojó que era portador de la bacteria *Escherichia coli*, por lo que fue trasladado a la unidad de cuidados intensivos pediátricos.

“El estado del niño se agravó con insuficiencia renal y falla multiorgánica, hasta que finalmente falleció el 26 de febrero”, afirmó Zanglá, quien agregó que incluso el menor llegó a recibir tratamiento de diálisis.

Schwartz calificó al caso como “esporádico”, y dijo que la provincia cuenta con los insumos y la tecnología necesaria para diagnosticar y tratar la enfermedad.

El jefe del Programa de Epidemiología y Bioestadística, Marcelo Riera, informó que el área ya tomó las medidas para interiorizarse acerca de la comida y bebidas que ingirió el bebé antes de empezar con los síntomas y las actividades que realizó su grupo familiar, para determinar los factores de riesgo de contagio.

Asimismo Bromatología, dependiente del Programa de Proyectos Prioritarios e Innovación, realizó un informe con muestreo de agua y actas según el protocolo de abordaje para los casos de SUH.

El caso que provocó el alerta tiene como antecedente el de un niño procedente de Mendoza, que vacacionaba en San Luis e ingresó el 28 de enero al hospital con el mismo diagnóstico, siendo posteriormente trasladado al Hospital Pediátrico ‘Dr. Humberto Joaquín Notti’, de la vecina provincia.

América

REVISTA
PANAMERICANA
DE INFECTOLOGÍA



América Latina: Recomendaciones para mejorar la cobertura de vacunación en adultos

30 de noviembre de 2015 – Fuente: *Revista Panamericana de Infectología*

Las enfermedades infecciosas se encuentran entre las principales causas de morbilidad y mortalidad en América Latina. Un número considerable de estas enfermedades infecciosas se puede prevenir mediante la vacunación. A pesar de la disponibilidad de vacunas seguras, eficaces y relativamente accesibles, la vacunación de adultos se mantiene en un bajo nivel en todo el mundo y especialmente en América Latina. El resultado es que millones de adultos cada año sufren enfermedad, hospitalización e incluso la muerte por enfermedades prevenibles mediante la vacunación.

La inmunización es un componente esencial del derecho humano a la salud y debe tenerse en cuenta la responsabilidad individual, comunitaria y gubernamental. Como parte de un enfoque integral para la prevención y control de enfermedades, el aumento de la cobertura de vacunación en los adultos, además de en los lactantes y los niños, es una inversión esencial en el futuro de los países.

Los criterios para incluir una recomendación que mejore las coberturas de vacunación en América Latina son que esta sea oportuna, razonable, eficaz, pertinente y clara. Por otra parte, para garantizar la aplicabilidad de estas recomendaciones en la Región, se tuvieron en cuenta las barreras más frecuentes para alcanzar una mayor cobertura de vacunación en los adultos. En particular, las recomendaciones son conscientes de:

1. El efecto de los limitados recursos financieros, tanto por parte de los gobiernos como de los individuos.
2. La falta de conciencia entre los gobiernos, los contribuyentes, los profesionales de la salud y sus pacientes en relación con el valor de la vacunación y la seguridad de las vacunas.
3. Los roles y responsabilidades poco claros de los profesionales de la salud, en particular los de atención primaria frente a los médicos de atención especializada.
4. La falta de valoración de los servicios médicos preventivos para todos los adultos.

Aunque los desafíos para la cobertura de vacunación en los adultos son multifactoriales, se pueden superar mediante un compromiso entre el gobierno, los contribuyentes, los profesionales de la salud y otros actores.

Más importante aún es que cada país tenga un calendario nacional para la inmunización de adultos. Ejemplos de tales directrices son las desarrolladas por el Comité Asesor en Prácticas de Inmunización (ACIP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, o la Asociación Panamericana de Infectología (API). Todos los esquemas nacionales deben incluir al menos información (por ejemplo: indicaciones, contraindicaciones, dosificación, grupos de alto riesgo) sobre la inmunización para:

- Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)
- Influenza
- Neumococo
- Difteria, tos convulsa y tétanos (DPT)
- Hepatitis A y B
- Fiebre amarilla
- Herpes zóster
- Virus del papiloma humano
- Meningococo.

Pueden considerarse otras vacunas en función de las necesidades de cada país.

Si bien es esencial, la existencia de un programa de inmunización que no esté acompañado por recomendaciones para su implementación es en sí mismo insuficiente para lograr el objetivo de la vacunación universal de los adultos en toda América Latina. En consecuencia, deberían aplicarse las siguientes recomendaciones:

Gobierno y contribuyentes

1. Es necesario llevar a cabo estudios para determinar la carga de las enfermedades prevenibles por vacunación.
2. Es esencial determinar hasta qué grado la población ha sido vacunada, como línea de base para documentar la efectividad de las estrategias para mejorar la cobertura de vacunación.
3. Cada país de la región debería establecer un Comité Consultivo para Vacunación del Adulto, o fortalecer los comités existentes, cuya responsabilidad sea asesorar a las autoridades de salud en un programa nacional de vacunación, monitorear las coberturas de vacunación, revisar y actualizar los materiales educativos sobre el valor y la seguridad de la vacunación, y hacer recomendaciones para el manejo de brotes.
4. Los países deben desarrollar objetivos de alcance nacional para la administración de cada vacuna disponible.
5. La introducción de una nueva vacuna debe ir acompañada de estrategias para garantizar un funcionamiento eficiente de los programas, la vigilancia epidemiológica adecuada y las correspondientes políticas de vacunación.
6. El Gobierno debe desarrollar estrategias que encaminen al país hacia un sistema en el que las vacunas pueden ser administradas en diferentes escenarios con el fin de aumentar las oportunidades de vacunación.
7. Debe estar disponible información escrita adaptada a los diferentes niveles de alfabetización para ser usada por los profesionales de la salud con el fin de transmitir a los pacientes la importancia y los beneficios de la vacunación.
8. El Gobierno debe iniciar los esfuerzos de difusión para proporcionar información a los medios y al público sobre el valor y la seguridad de la vacunación.
9. El Gobierno y los contribuyentes deben supervisar el desempeño de los sistemas de administración de vacunas y de monitoreo de seguridad.
10. Cada país deberá establecer una política de vacunación contra la influenza estacional para su población, debido a que dicha vacunación se requiere anualmente.
11. El Gobierno y los contribuyentes deben prestar una mayor atención a la vacunación de las poblaciones cuyo acceso a los profesionales de la salud es dificultoso.
12. El Gobierno y los contribuyentes deben hacer esfuerzos para proporcionar la vacunación gratuita a los grupos de alto riesgo, tales como las mujeres embarazadas, los pacientes inmunodeprimidos, los ancianos y los trabajadores de la salud.
13. El Gobierno y los contribuyentes deben desarrollar acuerdos de colaboración con instituciones científicas y médicas y centros de investigación para mejorar las coberturas de vacunación.
14. El Gobierno debe apoyar estudios de costo-efectividad de su programa de vacunación.
15. El Gobierno debe avanzar hacia un registro computarizado nacional de la cobertura de vacunación.

Sociedades científicas y médicas, ONGs y Escuelas de Ciencias de la Salud

1. Las sociedades científicas y médicas deben incorporar el tema de la inmunización de los adultos en sus programas y actividades.
2. Las sociedades científicas y médicas deben difundir las pautas de vacunación entre sus miembros y educarlos sobre la importancia de la vacunación.
3. Además del Gobierno, otras organizaciones deben desarrollar materiales adaptados a los distintos niveles de alfabetización para su uso por profesionales de la salud en la educación de sus pacientes.
4. Las escuelas de ciencias de la salud deben formar a los futuros trabajadores de la salud y graduados en el valor de la inmunización de los adultos y la correcta administración de las vacunas.
5. Las sociedades científicas y médicas y las ONGs deben desarrollar estrategias para fortalecer el compromiso político de alto nivel con un efectivo programa de vacunación para adultos a nivel nacional.
6. Las sociedades científicas y médicas deben iniciar los esfuerzos de difusión para proporcionar información a los medios y a la población sobre el valor y la seguridad de la vacunación. Estas organizaciones deben educar a los ciudadanos sobre la necesidad de ser proactivos en la recepción de las vacunas.
7. Los profesionales sanitarios deben ser educados acerca de la gravedad de las enfermedades prevenibles mediante vacunación, las recomendaciones actuales, y el calendario de vacunación de adultos.
8. Se debe proporcionar una educación médica continua acerca del valor y la necesidad de la vacunación a todos los profesionales de la salud. Deben implementarse programas educativos continuos que reflejen los cambios debidos a la introducción y disponibilidad de las vacunas.

Hospitales/Clínicas

1. En todos los hospitales y clínicas debe haber un equipo de profesionales de la salud responsables del programa de vacunación dentro de su institución, que tomen decisiones independientes de los intereses comerciales. Este equipo también debe garantizar la vacunación gratuita del personal del hospital/clínica.
2. Los hospitales y clínicas deben establecer procedimientos para evaluar el estado de vacunación de sus poblaciones de pacientes, y tener políticas y procedimientos para administrar vacunas a los pacientes aptos.
3. Los hospitales y clínicas deben proporcionar educación continua a su personal sobre el valor de la inmunización.

Profesionales de la salud

1. Los expertos en materia de inmunización tienen un papel esencial en la facilitación de las recomendaciones.
2. Todos los profesionales de la salud deben educar a sus pacientes, especialmente de alto riesgo, en el valor y la seguridad de la vacunación. Las estrategias de vacunación deben enfocarse en la familia como un todo.

3. Los profesionales de la salud deben asegurarse de que los antecedentes de vacunación de un paciente están documentados en su historia clínica. Todas las personas deben tener un carné de vacunación que contenga su historial de vacunación.
4. Los proveedores de vacunas deben aprovechar la oportunidad de revisar todo el registro de vacunación de los viajeros que puedan requerir una vacunación específica.
5. La administración simultánea de vacunas debe hacerse cuando sea apropiado.
6. Los proveedores de vacunas deben desarrollar sistemas de recordatorios para mejorar la cobertura de vacunación.
7. Los proveedores de vacunas deben asociarse con otras organizaciones de la comunidad, otros profesionales de la salud (por ejemplo, farmacéuticos, enfermeras), grupos de apoyo, empresas de medicina prepaga, fabricantes y departamentos de salud estatales/locales para desarrollar estrategias que mejoren la cobertura de vacunación.
8. Todos los profesionales de la salud deben recibir las vacunas recomendadas para los mismos en su país.

Medios de comunicación

1. Los medios de comunicación deben sensibilizar al público en general sobre el valor, la seguridad y la efectividad de la vacunación de los adultos y de la severidad e incidencia de las enfermedades prevenibles por vacunación.
2. Deben difundirse las pautas de vacunación e información relacionada en los sitios web de los medios de comunicación y a través de las redes sociales.
3. Los medios de comunicación deben trabajar con el Gobierno, las ONGs, las sociedades científicas y médicas, y los profesionales de la salud para disipar los conceptos erróneos respecto de la vacunación.

Como resultado de la aplicación de estas recomendaciones, todos los adultos estarán mejor informados acerca de la gravedad de las enfermedades prevenibles por vacunación, la seguridad y la eficacia de las vacunas, las recomendaciones actuales y el hecho de que las vacunas son tan esenciales para los adultos como lo son para los niños. Además, la población adulta estará informada de que la vacunación es una necesidad de toda la vida. Como resultado de todo lo anterior, con seguridad la cobertura de vacunación en toda América Latina mejorará en gran medida.⁴



Brasil: Aumentan 15% los casos confirmados de microcefalia en una semana

23 de febrero de 2016 – Fuente: EFE

El número de casos confirmados de microcefalia en Brasil desde octubre del año pasado saltó de 508 hace una semana hasta 583 en el boletín divulgado el 23 de febrero por el Ministerio de Salud, lo que representa un crecimiento de 15% en sólo siete días.

Las autoridades sanitarias brasileñas vinculan el significativo aumento del número de casos de esta malformación en los últimos meses con la propagación del virus Zika.

Desde el 22 de octubre de 2015 hasta el 20 de febrero de este año fueron notificados en el país 5.640 posibles casos de microcefalia u otras alteraciones del sistema nervioso en bebés, de los que 583 fueron confirmados, 950 descartados y 4.107 continúan bajo investigación.

En el boletín de la semana anterior eran 5.280 posibles casos, de los que 508 eran confirmados, 837 descartados y 3.935 bajo investigación.

Los casos notificados se extienden a 1.101 municipios en 25 de los 27 estados del país, en tanto que los ya confirmados proceden de 235 municipios de 16 estados, principalmente de los de la Región Noreste del país.

El Ministerio de Salud aclaró que, aunque está investigando todos los casos de microcefalia informados por los municipios y su posible relación con el virus Zika, la malformación puede tener como causa otros agentes infecciosos, como sífilis, toxoplasmosis y herpesvirus.

Según el boletín, los casos confirmados de microcefalia “no representan adecuadamente la totalidad del número de casos relacionados al virus Zika, pero la cartera considera que la mayoría de las madres que tuvo bebés a los que se les diagnosticó microcefalia contrajo fiebre zika durante el embarazo”.

De acuerdo con el Ministerio, hasta ahora han sido notificadas 120 muertes de bebés supuestamente por microcefalia tras el parto o durante la gestación, de las que 30 ya fueron confirmadas como provocadas por la malformación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el 1 de febrero pasado una emergencia sanitaria de interés internacional por la rápida propagación del virus Zika en diferentes países y las posibles consecuencias de esta enfermedad.

Brasil, uno de los países más afectados por el virus, declaró una emergencia sanitaria en noviembre del año pasado tanto por el brote de fiebre zika como por la posible relación de esta enfermedad con el salto del número de casos de microcefalia.

Las autoridades brasileñas dicen tener indicios del vínculo del virus Zika, contraído por mujeres en sus primeras semanas de embarazo, con los crecientes casos de microcefalia y otras malformaciones y problemas.

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

En sus esfuerzos para combatir la enfermedad, Brasil suscribió un acuerdo de cooperación con Estados Unidos para desarrollar una vacuna contra el virus Zika.⁵

Un probable caso de microcefalia en Colombia

El 23 de febrero se conoció el caso de una mujer de 18 años en Popayán, Colombia, que decidió someterse a un aborto luego que las autoridades sanitarias determinaran que a sus cinco meses de embarazo el feto estaba infectado con el virus Zika y encontraran cambios a nivel cerebral.

“Se hizo una ecografía a los cuatro meses, luego presentó un cuadro gripal y se hizo otra ecografía y se encontraron cambios a nivel cerebral. En el control se le diagnosticó alteración del crecimiento de la cabeza del bebé y por ello solicitó interrupción, porque tenía fiebre zika”, dijo el médico Juan José Alvarado, quien reportó el caso.

Alvarado indicó que se decidió en un comité científico que era válido el aborto. “Este caso confirma la relación entre la infección y el compromiso neurológico. Es importante decir que la infección de la paciente se dio a los cinco meses”, comentó.

“Esto confirma también que el feto no solo puede infectarse en los tres primeros meses, sino posterior a eso”, dijo Alvarado con respecto a lo señalado por las autoridades de salud, que estimaban que el riesgo entre el virus Zika y la microcefalia se producía hasta los tres meses.

“Cuando la infección es más temprana la probabilidad de afectaciones es más alta, pero eso no quiere decir que más adelante no se puede presentar. Lo que si vimos es que el daño es muy rápido”, acotó Alvarado y añadió que el estudio directo lo hizo el Instituto Nacional de Salud.

“Los cambios en el feto no se van a ver enseguida: cuando los fetos adquieren esa infección esperan unos meses. El mensaje para las mujeres embarazadas que viven en climas cálidos es que se hagan seguimientos”, finalizó.⁶

EL PAÍS **Brasil: La ‘maldición’ del cáncer**

27 de febrero de 2016 – Fuente: El País (España)

Pedro Gómez⁷ es un hombre bajo, de complexión fuerte, de algo más de 60 años, con el rostro rojizo y los brazos bronceados, propios de quien trabaja al aire libre. Está preocupado por un bultito en el dedo, le dice a la doctora, la genetista oncológica María Isabel Achatz, que le toma la mano para mirarla mejor. Achatz le habla con amabilidad y después se inclina hacia delante para inspeccionarle otra pequeña lesión detrás de la oreja.

Gómez es uno de los pacientes habituales de Achatz en el Antonio Cándido de Camargo Cancer Center de São Paulo, Brasil. Es extraordinariamente propenso al cáncer, al igual que muchos parientes suyos. El cáncer es tan común entre ellos –y la muerte prematura, tan dolorosamente habitual– que hasta descubrir la causa, muy recientemente, algunos creían que la familia estaba maldita.

La de Gómez no es la única familia afectada. La ‘maldición’ aflige a centenares de miles de brasileños. Uno de los casos más destacados fue el de José Alencar Gomes da Silva, el popular y carismático vicepresidente del país durante el mandato de Luiz Inácio da Silva. Alencar murió en 2011, y el cáncer le fue diagnosticado por primera vez en 1997. Con los años, a medida que los tumores se extendían incansables por todo su cuerpo, se sometió cada vez a más operaciones en Brasil y Estados Unidos. Le extirparon un riñón, la mayor parte del estómago y grandes porciones del intestino. El vicepresidente habló con sinceridad sobre su enfermedad y usó su propia experiencia para defender la detección precoz del cáncer.

Lo que Gómez, Alencar y los demás brasileños tienen en común es un único cambio en su ADN: una mutación en el gen p53 que debilita su capacidad para resistir al cáncer.

El p53 ha resultado ser el gen más importante en el cáncer, y ha sido una de los campos de estudio más populares en la historia de la biología molecular. Lo descubrió David Lane en 1979, mientras trabajaba en el Imperial Cancer Research Fund de Londres, y casualmente, al mismo tiempo, otros tres grupos en Estados Unidos y Francia que trabajaban independientemente y estaban dirigidos por Arnold Levine, Lloyd Old y Pierre May.

El p53 es un supresor de tumores. Su misión es protegernos del cáncer, asegurándose de que, cuando nuestras células se dividen como parte del crecimiento y el mantenimiento normales de nuestro cuerpo, lo hacen sin cometer



La genetista oncológica María Isabel Achatz, del Antonio Cándido de Camargo Cancer Center de São Paulo.

⁵ La infección por el virus Zika sigue su avance incontenible en América Latina. Cada vez es más probable demostrar una relación directa entre la citada infección durante la gestación y la aparición de microcefalia en los bebés, lo cual amerita urgentes acciones para el control del vector, las cuales vienen realizándose con éxito variable. La ausencia de vacunas y tratamiento específico obligan a que se redoble dicha acción, puesto que es lo único que puede proteger a la comunidad no solamente de la fiebre zika, sino también del dengue y la fiebre chikungunya, dado que las citadas infecciones virales comparten el mismo vector, el mosquito *Aedes aegypti*.

⁶ La paciente estaba bajo supervisión médica por antecedente de posible infección por virus Zika durante el cuarto mes de gestación, y dentro del proceso de atención se le realizó una toma de muestra de líquido amniótico, que resultó positiva. Funcionarios de salud revelaron que en el caso analizado, los médicos tratantes desecharon los restos fetales, indispensables para diagnosticar o descartar la infección por el virus Zika y el vínculo con la microcefalia y las demás anomalías, lo que impidió un dictamen preciso. Ante esta situación el Instituto Nacional de Salud clasificó el caso como probable.

⁷ Los nombres de los pacientes han sido cambiados.

errores peligrosos. Si el ADN –las instrucciones de funcionamiento de la célula– se daña o no se copia fielmente al dividirse para producir nuevas células hijas, el p53 frena en seco la célula y envía al equipo de reparación antes de permitir que la célula siga adelante. Si el daño en el ADN es irreparable, el p53 pone la célula en un estado de “senescencia replicativa”, para impedir que vuelva a dividirse; o incluso le da instrucciones para que se suicide, impidiendo que se des controle.

Si consideramos que, a lo largo de una vida media, una persona experimentará unos 10.000 billones de divisiones celulares, y que una sola célula discolpa puede dar comienzo a un tumor, la importancia de este gen queda clara. Por la función vital que desempeña el gen en el control de calidad, David Lane apodó al p53 “el guardián del genoma”. En casi todos los casos de cáncer en humanos, el gen ha sido inutilizado por una mutación o algún otro mecanismo defectuoso.

Muy a menudo, esta corrupción del p53 se produce de forma espontánea en células o tejidos que han soportado algún daño a lo largo de la vida, y esto puede situarlos en la senda hacia el cáncer, un riesgo que aumenta cuanto más vive la persona. Pero algunos nacen con un p53 corrompido en todas las células de su cuerpo, y son extremadamente vulnerables al cáncer desde sus primeros días.

El síndrome de Li-Fraumeni, como se denomina a esta afección (descrita por primera vez por Frederick Li y Joseph Fraumeni en 1969), tiene varias características notables. Los afectados son especialmente propensos a padecer sarcomas de los tejidos blandos y óseos, cáncer de cerebro y mama, leucemias, y carcinomas de las glándulas suprarrenales. Por lo general, desarrollan cáncer a una edad excepcionalmente temprana, y hasta principios de la década de 2000, cuando María Isabel Achatz empezó a ver pacientes en su consulta de genética oncológica, estaba considerado un síndrome rarísimo.

De joven, Achatz dejó su hogar en Rio de Janeiro para estudiar arte en París. Pero un viaje de vacaciones a India con sus compañeros de estudios le cambió la vida. Al visitar una colonia de leproso, en un lejano lugar del desierto cercano a la frontera de Cachemira, conoció a la misionera que la dirigía, la madre Teresa. “Fue un encuentro asombroso, y pensé que tenía que volver para hacer algo que mereciera más la pena”, rememora Achatz. A su regreso a Brasil estudió Medicina, decidiéndose finalmente por la especialidad de genética.

Entre los primeros pacientes que vio en la consulta se encontraban algunos que habían sufrido ya varios brotes de cáncer, a menudo desde la niñez, y sus tumores eran típicos de los cánceres observados con más frecuencia en personas con síndrome de Li-Fraumeni. Es más, al elaborar árboles genealógicos detallados de sus pacientes –práctica habitual en el asesoramiento genético de ciertas enfermedades– descubría rastros de cáncer entre los parientes de éstos que a menudo se remontaban a varias generaciones. Tenían todas las características del Li-Fraumeni, pero Achatz estaba confundida: “Realmente me llamó la atención porque se consideraba un síndrome muy raro en todo el mundo. En aquel momento solo había 280 familias descritas en la bibliografía médica, y yo tenía 30. De modo que pensé que o bien estaba excediéndome en el diagnóstico o aquí ocurría algo singular”.

A sus compañeros brasileños, estos hallazgos les intrigaban tanto como a ella, y la animaron a llevar su caso al congreso sobre oncología organizado en Francia en 2002. Allí, Achatz llamó la atención de Pierre Hainaut, un belga alto y con gafas que trabajaba en el Organismo Internacional para la Investigación del Cáncer que la Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene en Lyon. Hainaut guardaba una base de datos de las diferentes mutaciones del p53 registradas en la bibliografía médica, y los tipos de cáncer con los que va asociada cada mutación. Consciente por sus registros de la extrema rareza del síndrome de Li-Fraumeni, las notas de trabajo de Achatz lo fascinaron. Convenció a la joven doctora de que volviese a Francia con muestras de sangre de sus pacientes brasileños y trabajase con él para determinar con exactitud qué les ocurría a sus genes p53.

A los dos investigadores les esperaban algunas sorpresas. Muy pocos de los pacientes padecían las mutaciones “clásicas” del p53 asociadas con el síndrome de Li-Fraumeni en otras partes del mundo; la conclusión inicial de Achatz fue que se había excedido a la hora de diagnosticar el síndrome. Pero una inspección más detallada reveló que muchos de sus pacientes sufrían una mutación del p53 situada fuera de los puntos problemáticos del gen conocidos por ser los más vulnerables a la corrupción. Es más, todos los pacientes con esta singular mutación eran portadores de una copia exacta del gen.

A unos 1.200 km al sur de São Paulo, Patricia Prolla –otra genetista que trabajaba en Porto Alegre– estaba recibiendo también un número inusual de pacientes con síndrome de Li-Fraumeni. Y cuando resultaron tener la misma mutación p53 que los pacientes de Achatz, Prolla y Hainaut resolvieron descubrir cuál podría ser la incidencia de dicha mutación en la población. Analizaron sangre de una amplia muestra de mujeres aparentemente sanas que participaban en un programa de detección precoz de cáncer de mama en la consulta de Porto Alegre y descubrieron que, sorprendentemente, casi una de cada 300 era portadora del p53 defectuoso. Este alarmante resultado fue confirmado por un programa de detección efectuado entre casi 200.000 recién nacidos en el cercano estado de Paraná, donde los médicos habían encontrado tasas especialmente elevadas de cáncer suprarrenal en niños pequeños. De nuevo, estaba relacionado con la misma mutación del p53.

“Eso significa que la población del sur y el sureste de Brasil tiene un enorme número de portadores de Li-Fraumeni, probablemente más de 300.000 personas. Estas personas no son conscientes de ello, por lo que muchos de los cánceres que se están desarrollando en la población en general se deben a esta mutación y los pacientes no lo saben”, explica Achatz.

Y no sucede solo en Brasil. Muy recientemente, se ha hallado también la misma mutación del p53 en el vecino Paraguay, donde los genetistas analizaron aleatoriamente 10.000 muestras de sangre de recién nacidos. Los resultados indican que también allí varios miles de personas podrían estar viviendo con síndrome de Li-Fraumeni.

Si miles de personas comparten una mutación genética idéntica, no es por coincidencia. Debe de haber habido un “fundador”, un hombre (es lo que se piensa) con síndrome de Li-Fraumeni que transmitió el gen mutante a su proge, poniendo a rodar la bola a través de las generaciones.

Desconocemos el nombre de este portador original, el antepasado común de todos los portadores actuales, ni de donde procedía. Pudo haber sido un inmigrante europeo. Se cree que el gen díscolo viajó por las rutas abiertas desde la costa hacia el interior por los primeros exploradores, colonos y militares. Una idea interesante es que el “fundador” fuese un *tropeiro*, miembro de un grupo de vendedores ambulantes que se movían en mula entre los asentamientos dispersos, transportando mercancías, rumores y correo en los siglos XVII y XVIII. Como pasaba la mayor parte del tiempo fuera de su casa, es probable que un *tropeiro* tuviese una ristra de amantes a lo largo del camino, una oportunidad ideal para transmitir sus genes. Una de las mayores familias portadoras de Li-Fraumeni que Achatz tiene entre sus pacientes sabe que algunos de sus antepasados eran *tropeiros*.

Pero Hainaut piensa que un candidato más probable a “paciente cero” sería un militar o un *bandeirante*, uno de los despiadados aventureros que se introducían en el interior a la captura de nativos para venderlos como esclavos o en busca de minerales preciosos. Cuando en el siglo XVII se descubrió oro, la obsesión era reclamar territorio para Portugal antes de que pudiesen hacerlo los españoles. Tanto los *bandeirantes* como los funcionarios públicos se aplicaron febrilmente a esta tarea, estableciendo rutas hacia el interior y creando asentamientos a lo largo del camino. Un mapa de distribución de la mutación inicial se corresponde estrechamente con estas rutas.

Si el fundador hubiese sido portador de una de las mutaciones clásicas del p53 que provocan síndrome de Li-Fraumeni, es improbable que sus genes se hubiesen extendido tanto. El riesgo de desarrollar cáncer en los portadores de dichas mutaciones ronda el 90%, y los nacidos con esos genes perniciosos tienen muy pocas probabilidades de llegar a formar familia. Ésta es la razón por la cual había tan pocos casos registrados en la bibliografía médica cuando Achatz empezó a observar el síndrome en su consulta. El riesgo de padecer cáncer a lo largo de la vida en el caso de la mutación brasileña se sitúa entre 50 y 70% y, paradójicamente, es este carácter más leve el que le ha permitido extenderse tanto y afectar a un número tan elevado de personas. La mayoría de los portadores sobrevive lo suficiente como para transmitir el gen a sus hijos, y algunos nunca desarrollan cáncer.

El Antonio Cândido de Camargo Cancer Center se encuentra en un deteriorado barrio de São Paulo, de calles estrechas, tiendas pequeñas y cafeterías con cristalerías. En sus modernos laboratorios, que dominan la silueta de la ciudad, se almacena la mayor colección de muestras de tumores de la región, 30.000 fragmentos de tejido conservados en bloques de parafina, meticulosamente etiquetados y dispuestos en armarios.

A través del estudio de estas muestras oncológicas, Achatz y sus colaboradores intentan entender cómo funciona el p53 en personas, no en placas de laboratorio o en ratones, y cómo se desarrolla el cáncer cuando el gen deja de funcionar como es debido. Por ejemplo, entre los pacientes de Achatz se encuentra una mujer que a los 18 años había desarrollado ya 14 tumores diferentes. Se han tomado muestras de muchos de estos tumores, y ahora los investigadores pueden examinar las diferencias entre el ADN del tejido cancerígeno y el de las células normales de la mujer.

Mientras tanto, Fernanda Fortes, compañera de Achatz en el Antonio Cândido de Camargo Cancer Center, quiere saber por qué los niños brasileños portadores de la mutación del p53 presentan un riesgo al menos 10 veces superior de padecer cáncer suprarrenal que la población en general. Y, como no todos los niños con la mutación desarrollan este cáncer, qué hace que se incline la balanza en aquellos que sí lo padecen. Fortes espera descubrirlo analizando el mayor número de muestras posible. Ya sabe que la acidez de sus células tumorales es mayor de la normal. Y sabe que esto es significativo. ¿Pero en qué medida y de qué modo? ¿Es la acidez más elevada en general una causa o una consecuencia de la malignidad?

Esto forma parte de un tema mucho más amplio que en estos momentos fascina a la comunidad que estudia el p53: la función del metabolismo en el cáncer, porque resulta que el supresor de tumores es también un elemento importante en este campo.

Que el metabolismo de las células cancerígenas es altamente anómalo no es un descubrimiento nuevo. En la década de 1920, el biólogo y médico alemán Otto Warburg observó que las células cancerígenas consumen glucosa a un ritmo enorme. Descubrió que mientras que la mayoría de las células normales descomponen la glucosa y envían sus productos a las mitocondrias –las centrales energéticas de la célula– que los queman en el horno para producir energía, las células tumorales suprimen parcialmente la actividad de las mitocondrias y utilizan buena parte de la glucosa para crear los ladrillos de nuevas células. Este proceso metabólico, conocido como glucólisis aeróbica, consume casi 20 veces más glucosa que la respiración mitocondrial para producir la energía que las células necesitan, de ahí el voraz apetito de glucosa de las células tumorales.

Warburg creía que este metabolismo alterado era la causa del cáncer, y así lo afirmaba en un artículo publicado en 1956. Pero esta provocativa teoría pronto fue eclipsada por la revolución de la biología molecular, cuando los entusiasmados científicos empezaron a buscar las causas de todo en nuestro ADN. El excesivo apetito de glucosa (el denominado efecto Warburg), dijeron, era consecuencia de una transformación maligna de las células, no una fuerza impulsora de dicha transformación. Pero ahora se están acumulando las pruebas de que el metabolismo sí influye activamente en el desarrollo de tumores. El trabajo reciente sobre el p53 en particular, señala Hainaut, apunta a que los factores metabólicos son “absolutamente fundamentales para la biología del cáncer”.

Desde la década de 1990 se tenían indicios de que el p53 interviene en el metabolismo, pero no estaba completamente claro cómo encajaba en la imagen del gen como supresor tumoral. En 2005, sin embargo, unos investigadores de los Institutos Nacionales de la Salud estadounidenses compararon la resistencia de ratones normales con la

de otros a los que se les había suprimido el p53. Los introdujeron en un recipiente con agua, y los que carecían del p53 se hundían con mucha más rapidez que los normales: claramente, tenían dificultades para generar la energía suficiente para mantenerse a flote. ¿Qué ocurría, entonces?

En su laboratorio del Instituto Beatson en Glasgow, Karen Vousden y sus colaboradores han descubierto que, cuando los acontecimientos siguen su curso normal, el p53 desempeña una sutil función entre bambalinas. No solo vigila y espera para frenar o matar células peligrosas en potencia, sino que ayuda de hecho a las células a evitar o sobrevivir a cosas que podrían perjudicarlas, es decir, cosas que podrían desencadenar una respuesta antitumoral. En otras palabras, el p53 desempeña una doble función: promueve la supervivencia en algunas condiciones, pero llama al escuadrón de la muerte cuando percibe que la situación se está saliendo de control.

Como regulador del metabolismo, explica Vousden, el p53 promueve la supervivencia de las células ayudándoles a soportar fluctuaciones en el suministro de combustible. “Esto podría ser algo que sucede constantemente, y no siempre será necesario matar a todas las células que transitoriamente carecen de suficiente glucosa. De modo que, en esas situaciones, está muy claro que el p53 ayuda a las células a sobrevivir. Y lo hace permitiéndoles que reorganicen su metabolismo”.

En cuanto regulador básico del metabolismo, el p53 ayuda a las células a resistir un ineficiente efecto Warburg devorador de glucosa, excepto en las emergencias. También ayuda a eliminar radicales libres –los corrosivos subproductos de la quema de azúcar en las mitocondrias para obtener energía– fomentando la supervivencia de las células al limitar los daños que estas partículas pueden causar en el ADN. Pero si el supresor de tumores no funciona, los perjudiciales radicales libres pueden proliferar, y las células corruptas tienen libertad para secuestrar la maquinaria metabólica y cambiar a glucólisis, que aumenta enormemente su capacidad para duplicarse. Así se pone en marcha el cáncer.

Esta línea de investigación sobre las anomalías metabólicas del cáncer ofrece asombrosas perspectivas para los pacientes. ¿Y si, por ejemplo, pudiésemos acudir al botiquín en busca de fármacos ya existentes para enfermedades metabólicas y aplicarlos como nuevos tratamientos contra el cáncer? “Ni siquiera necesitaríamos ensayos clínicos para comprobar su seguridad”, señala Vousden, “porque estos fármacos llevan años usándose en millones de humanos”.

Es una idea que muchos laboratorios de todo el mundo, incluido el suyo y el de Hainaut en Francia, están explorando ya con la metformina, el fármaco más recetado contra la diabetes, y dirigido contra el metabolismo inadecuado de la glucosa. Por lo general, los diabéticos padecen un riesgo más elevado de cáncer, pero los médicos empezaron a observar que el riesgo de cáncer en los pacientes con un tratamiento crónico de metformina parecía ser incluso más bajo que el de la población no diabética. ¿Podría el fármaco tener un efecto protector? Los experimentos de laboratorio han demostrado que es de hecho tóxico para las células tumorales.

“Hay aspectos buenos y malos”, advierte Hainaut. “La metformina será fácil de introducir en el tratamiento contra el cáncer porque ya está en el mercado y hay mucha experiencia en su administración a pacientes: está probada, y es segura y fácil de administrar. Tiene todas las características que podrían convertirla en un éxito rápido en el tratamiento contra el cáncer si sus efectos son positivos. Pero a la hora de abordar la debilidad por la glucosa de las células cancerígenas, no es tan buena”.

La metformina ya se ha probado fuera de los laboratorios, con ensayos clínicos en pacientes de centros de todo el mundo, y Hainaut está animando a Achatz a probarla también con algunos de sus pacientes. Pero tanto médicos como científicos son muy conscientes de la sensibilidad de su investigación entre las familias brasileñas aquejadas de Li-Fraumeni, y el peligro de suscitar esperanzas prematuras en personas desesperadas por ver avances.

Desde la detección del p53 mutante en tantos miembros de la extensa familia de Pedro Gómez, cada uno ha estado luchando –a su manera– por asumir lo que eso implica para sí mismo y sus seres queridos. El hermano de Gómez, alcalde de un pueblo situado a las afueras de São Paulo, se hizo el análisis de sangre, pero no quiso saber los resultados. Solo cuando a su hija le diagnosticaron cáncer de mama la víspera de su boda, comprendió que no podía ocultar la verdad. La boda se pospuso mientras ella se recuperaba de una doble mastectomía, y hoy la joven presiona a su padre para que la acompañe a hacerse las pruebas anuales de detección precoz en el Antonio Cândido de Camargo Cancer Center.

Dos sobrinas del alcalde son también portadoras del gen mutante. Una dice respecto a su diagnóstico: “Me ha cambiado la vida para siempre; realmente me ha vuelto loca”. Teme los controles anuales, que le exigen mucho tiempo, son invasivos y le provocan ansiedad hasta que recibe los resultados, siempre esperando malas noticias, después de haber perdido a su madre por cáncer de mama. Teme por su hijito, al que aún no ha llevado a hacerse las pruebas, y le preocupa también si sería moral tener más hijos, que ella y su marido tanto desean, y la posibilidad de perder los ovarios, el útero o las mamas por cáncer antes de poder tenerlos. Su prima, que también quiere tener hijos, se lo toma con más filosofía: “Lo que tenga que ser, será”, dice encogiéndose de hombros. Cuando le dieron la noticia de que es portadora de la mutación, el disgusto que podría haber sentido por ella y por su padre, que recibió los resultados al mismo tiempo que ella, se vio superado por la preocupación que le produjo la intensa angustia experimentada por su madre ante la situación de la familia.

Achatz es muy consciente de los problemas emocionales de las familias aquejadas de Li-Fraumeni a las que ve a diario en su consulta. “Tengo muy claro que estoy en ciencia para tratar a mis pacientes. Todo lo que hago se reduce a cómo los afecta a ellos”, dice.

¿Y las perspectivas del fármaco contra la diabetes? “Entre el estudio preliminar de que la metformina funciona en humanos y el conocimiento de cómo administrarla en las condiciones adecuadas hay todavía muchos pasos”, advierte Pierre Hainaut. “Pero tengo verdaderas esperanzas de que funcione, al menos para los brasileños”.



25 de febrero de 2016 – Fuente: La Prensa Austral (Chile)

Tras detectarse durante las últimas semanas un aumento de casos de enfermedades gastrointestinales en personas que visitaron el Parque Nacional Torres del Paine, en la provincia de Última Esperanza, una investigación epidemiológica iniciada por la Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Salud la Región de Magallanes y de la Antártica Chilena reveló que los mismos fueron causados por norovirus y *Salmonella* y *Escherichia coli*.

Desde que la contingencia comenzó a hacerse pública en los primeros días de febrero, se llegó a constatar oficialmente que más de 60 personas se acercaron a algún centro de salud manifestando este problema, lo que motivó el inicio de una investigación epidemiológica. Estos casos habrían correspondido a personas que utilizaron las instalaciones del Hotel Explora. En tanto, trascendió que en las pesquisas efectuadas por los funcionarios de Salud se habrían detectado centenares de casos de personas que habrían tenido síntomas de alguna enfermedad gastrointestinal.



Los resultados

Tras el envío de algunos coprocultivos al Instituto de Salud Pública (ISP), la respuesta arrojó que en tres de ellos se detectó la presencia de norovirus, *Salmonella* y *Escherichia coli*. "Lo que de alguna manera nos indica que nuestras sospechas eran fundadas en términos que el norovirus era el principal agente causal de lo que estaba sucediendo en el Parque", indicó el Seremi de Salud, Oscar Vargaz Zec.

La información recolectada derivó del recorrido que profesionales de la institución efectuaron en los senderos del Paine, fiscalizando los diversos refugios y campamentos. En tal itinerario, se verificó el cumplimiento de la normativa sanitaria, al igual que se enviaron coprocultivos de visitantes al Parque que manifestaron patologías gastrointestinales y que fueron atendidos en establecimientos de salud.

Prohibición

A raíz de las indagaciones, el Seremi indicó que se decretó la prohibición de funcionamiento de uno de los campamentos del Parque, el que no contaba con agua potable, otorgándose al mismo 24 horas de plazo para resolver el problema y evitar así inconvenientes a quienes ya se encontraban de visita en el Paine.

Asimismo, añadió la autoridad sanitaria que se han realizado los contactos pertinentes con los privados, para informar de las medidas que está adoptando la SEREMI, las que se reforzarán a partir de la próxima temporada. Estas relevarán la importancia del cumplimiento de la normativa sanitaria, por parte de los operadores turísticos relacionados con este Parque Nacional. Por ejemplo, cautelar el mantenimiento de los sistemas de aguas servidas, cloración del agua y cumplimiento de medidas de saneamiento básico de las instalaciones.

Por su parte, la Corporación Nacional Forestal (CONAF) informó que proporcionará el apoyo necesario para que la autoridad sanitaria se desplace con mayor facilidad al interior del Parque Torres del Paine, al momento de efectuarse las fiscalizaciones periódicas.

El norovirus se puede adquirir a través de aguas servidas, alimentos contaminados y por contacto persona a persona. Al respecto, el Seremi señaló que "la gran afluencia de pasajeros en los diferentes sectores del Parque también debe haber influido en la transmisión de este virus, que aparentemente va en algún grado de declinación, pues hemos tenido menos registro de casos en los últimos días, pero que aún se siguen presentando".

El lavado periódico de manos con agua y jabón, antes de preparar alimentos y comer, después de ir al baño y después de estornudar o toser, son algunas de las recomendaciones básicas entregadas por la autoridad de Salud, para evitar estas afecciones.



Uruguay: Las causas del regreso del dengue después de 100 años

25 de febrero de 2016 – Fuente: British Broadcasting Corporation (Gran Bretaña)

Uruguay se enorgullecía de ser uno de los dos países de Sudamérica sin casos autóctonos de dengue. Su último caso registrado había sido en 1916, hace exactamente 100 años.

Pero eso cambió a mediados de febrero, cuando las autoridades confirmaron la infección en una mujer de 31 años que vive en Montevideo y no había viajado fuera del país.

Desde entonces el brote se ha ido expandiendo: hay al menos 17 casos confirmados –11 de ellos autóctonos– y todos los días se analizan entre 40 y 50 casos sospechosos, según informó el Ministerio de Salud Pública (MSP) de Uruguay.

Las infecciones se concentran en la capital, pero también ha habido casos en otras partes de este país de cerca de 3,5 millones de habitantes.

Hasta ahora Uruguay –una nación con fuerte actividad turística, que todos los años recibe a cientos de miles de turistas de las vecinas Argentina y Brasil, en especial en verano– solo había registrado casos importados de dengue.



Uruguay había logrado contener los casos importados de dengue por cien años, pero ahora sucumbió al brote.

Tanto Brasil y Argentina, como el resto de los países de Sudamérica, suelen luchar entre el verano y el otoño con importantes brotes de este virus, que es transmitido por el mosquito *Aedes aegypti*.

Sin embargo, los uruguayos habían logrado hasta ahora contener la enfermedad con éxito, aislando rápidamente a los infectados que venían del exterior para evitar que fueran picados y contagiaran el mal.

¿Qué cambió?



Favorecidos por el real devaluado, muchos uruguayos optaron por ir a Brasil, que padece un fuerte brote de dengue y fiebre zika.

Turismo

Según las autoridades locales hubo dos factores que llevaron a que Uruguay finalmente perdiera la batalla contra el dengue.

Uno fue el gran número de infectados en países cercanos, en especial Brasil.

“Lo que nosotros siempre manifestamos es que un brote era muy probable por la situación que se venía viendo en lo regional”, dijo la directora de Epidemiología del MSP, Raquel Rosa. “El dengue es una enfermedad que llegó para quedarse”, lamentó.

Pero hubo otro hecho que empeoró el panorama: el boom de turistas uruguayos que viajaron al extranjero.

La depreciación del real brasileño, que se devaluó casi 50% en 2015, llevó a que muchos uruguayos eligieran las famosas playas brasileñas como destino para pasar sus vacaciones. Según las cifras oficiales, los viajes a Brasil aumentaron 104% en el último trimestre del año pasado.

Con una fuerte ola de calor, atribuida al fenómeno de El Niño –que está fomentando la propagación de los mosquitos–, las autoridades anticipan que los viajes al exterior continuarán, y con ellos aumentará la exposición al virus.

“Somos conscientes de que ha habido mucho turismo; tenemos muchos casos que han venido de donde tradicionalmente es endémico el dengue y por lo tanto es esperable que durante toda la temporada sigamos teniendo casos importados que ingresen en el país e incluso algunos asintomáticos”, afirmó el ministro de Salud Pública, Jorge Basso.

Fiebre zika

El virus Dengue no es el único transmitido por *Ae. aegypti*. El mismo mosquito también contagia la fiebre chikungunya y la fiebre zika, enfermedades que tampoco se han presentado de manera autóctona en Uruguay.

Las autoridades locales están particularmente preocupadas por este último mal, debido a las investigaciones que vinculan al virus Zika con la microcefalia.

Si bien Uruguay no ha tenido ni siquiera casos importados de fiebre zika –hubo un caso sospechoso que se terminó descartando– las autoridades se mantienen alerta, debido a la expansión del virus en las naciones vecinas, en particular en Brasil.

“Si hay dengue, habrá fiebre zika”, sentenció Gustavo Malinger, experto uruguayo en medicina fetal.

Algo que preocupa especialmente a las autoridades es un evento deportivo que podría aumentar el número de infectados uruguayos. Se trata del encuentro que disputarán el próximo 27 de marzo los seleccionados de fútbol de Uruguay y Brasil, por las eliminatorias para el Mundial de Rusia. El partido se jugará en Recife, en el noreste de Brasil, el epicentro del virus Zika.

La Asociación Uruguaya de Fútbol informó que prepara un protocolo especial para la protección de los jugadores, pero será más difícil evitar que los hinchas uruguayos que viajen a apoyar a su equipo se contagien.

El alivio del frío

Por ahora las autoridades se enfocan en eliminar el vector que causa la infección, a través de fumigaciones y una campaña para que los ciudadanos eliminen los recipientes y la chatarra con agua estancada, donde los mosquitos alojan sus huevos. Además, el gobierno redujo los impuestos a los repelentes y los entrega de forma gratuita en las zonas de menores recursos.

No obstante, los expertos saben que la única solución definitiva al problema vendrá en junio, cuando empiece el invierno y el frío haga desaparecer a los mosquitos.

Mientras tanto, se preparan para lo peor: Basso advirtió que los meses de mayor propagación del virus son marzo y abril.



Se espera que muchos uruguayos viajen a Recife a apoyar a su equipo, algo que preocupa a las autoridades.

El mundo



Angola: Aumentan a 118 las muertes por fiebre amarilla

26 de febrero de 2016 – Fuente: Angola Press

La cifra de personas muertas en Angola por fiebre amarilla se elevó a 118 el 26 de febrero a pesar de la campaña de vacunación que se desarrolla en el país desde principios de mes, informó el último boletín epidemiológico.



De acuerdo con el reporte, además de Luanda, la enfermedad afecta a las provincias de Bié, Benguela, Cunene, Cabinda, Huíla, Huambo, Malanje, Kwanza-Sul, Uíge, Zaire y Kwanza-Norte.

En medio de la campaña de inoculación, la Inspección General de la Salud alertó a la población sobre la falsificación de la vacuna contra la fiebre amarilla y comunicó la prohibición de importación, comercialización, distribución y uso del lote número 2265.

Recientemente el ministro de Salud, José Van-Dúnem, reconoció que por la insuficiente cantidad de vacunas tendrán prioridad los niños, embarazadas y las personas que nunca fueron inoculadas.

Sin vacuna falsificada

El inspector general de Salud, Miguel de Oliveira, informó el 26 de febrero que en Angola no está en circulación la vacuna falsificada de fiebre amarilla, del Lote 2265 fabricado en julio de 2012.

El referido lote, de origen senegalés, del Instituto Pasteur de Dakar, cuyo vencimiento es julio de 2017, no ingresó al país, pero el responsable apeló a la población y a los colaboradores del Ministerio de Salud para detectar cualquier intento de entrada del referido lote de vacuna.

Añadió que la información de la existencia de este lote provino de la Organización Mundial de la Salud (OMS), informando que las vacunas falsas fueron encontradas en algunos países de Asia y de África Occidental.

“La población debe continuar vacunándose, ya que la vacuna es muy importante y porque las autoridades sanitarias del país y colaboradores están atentos a una posible entrada de vacunas o medicamentos falsos”, subrayó.

El inspector general informó que han circulado relatos de enfermeros que han comercializado la vacuna contra la fiebre amarilla, por lo tanto, aprovechó la oportunidad para advertir que el empleado al que se encuentre cometiendo este ilícito será penalizado, porque solo las instituciones privadas que importaron la vacuna pueden hacerlo.

“Aquellos que lo hicieron, ya están rindiendo cuentas a la Justicia”, dijo.

Otra advertencia fue para aquellos técnicos que vacunan en su casa, al señalar que es un procedimiento ilegal e incorrecto, porque la vacuna debe ser conservada y transportada de forma adecuada.

En este contexto, pidió que la población denuncie este tipo de situaciones, debido a una vacuna mal conservada o transportada pierde su eficacia, dejando sin protección a quien es vacunado.



China, Hong Kong: Nuevo caso de influenza aviar A(H7N9)

25 de febrero de 2016 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

El 23 de febrero de 2016, el Departamento de Salud de la Región Administrativa Especial de Hong Kong notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un nuevo caso confirmado por laboratorio de infección humana por el virus de la influenza aviar A(H7N9).

El paciente, un residente de la Región Administrativa Especial de Hong Kong, China, es un hombre de 60 años de edad, previamente en buen estado de salud. El 8 de febrero, desarrolló síntomas y, el 11 de febrero, consultó a un médico particular, siendo hospitalizado entonces. Un aspirado nasofaríngeo recolectado el 12 de febrero inicialmente fue negativo para el virus de la influenza A. El 15 de febrero el paciente fue dado de alta. El 23 de febrero, un nuevo análisis de la muestra tomada el 12 de febrero dio positivo para influenza A(H7N9). Fue re-ingresado en el hospital para su aislamiento y actualmente se encuentra en condición estable.

Las investigaciones epidemiológicas preliminares revelaron que el paciente trabajaba en Suzhou, provincia de Jiangsu, China. Regresó a Hong Kong el 5 de febrero. Durante su estancia en Suzhou, el paciente visitó un mercado de aves de corral vivas, pero negó haber tenido contacto directo con estos animales durante el período de incubación. El Departamento de Salud se está comunicando con la Comisión Nacional de Salud y Planificación Familiar de China para investigar la fuente de la infección.

Según la información disponible, este caso es probable que se haya infectado en la provincia de Jiangsu. El Departamento de Salud está rastreando los contactos cercanos del paciente y les está prescribiendo la quimioprofilaxis con oseltamivir. El 22 de febrero, el hijo del paciente desarrolló dolor de garganta, aunque sin fiebre, y el 23 de febrero, fue hospitalizado bajo observación. La esposa del paciente permanece asintomática. Las investigaciones están en curso.

Evaluación de riesgos de la OMS

La OMS está evaluando la situación epidemiológica y realizando una nueva evaluación del riesgo basada en la información más reciente. Con base en la información recibida hasta el momento, el riesgo general para la salud pública del virus A(H7N9) de la influenza aviar no ha cambiado.

Si el patrón de los casos humanos sigue las tendencias observadas en años anteriores, el número de casos humanos podría aumentar en los próximos meses. Además se esperan casos esporádicos de infección humana por el virus A(H7N9) de la influenza aviar en las zonas afectadas y posiblemente en áreas aledañas. En caso de que los casos humanos de zonas afectadas realicen viajes internacionales, su infección puede ser detectada en otro país durante o después de su llegada. Si esto ocurriera, la propagación a nivel comunitario es poco probable ya que el virus no ha demostrado capacidad de transmitirse fácilmente entre humanos.

Advertencias de la OMS

La OMS recomienda a quienes viajen a países donde haya brotes conocidos de influenza aviar que eviten las granjas de aves de corral, el contacto con los animales en los mercados de aves vivas, el ingreso a instalaciones donde se sacrifiquen aves de corral y el contacto con cualquier superficie que parezca estar contaminada con heces de aves de corral o de otros animales. Los viajeros deben lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón, y prestar estricta atención a la seguridad y la higiene de los alimentos.

La OMS no recomienda la realización de exámenes especiales en los puntos de entrada ni la aplicación de restricciones a los viajes ni al comercio en relación con este evento. Como siempre, debe considerarse el diagnóstico de infección por un virus de la influenza aviar en pacientes que presentan síntomas respiratorios agudos severos durante el viaje a un área afectada por la influenza aviar o poco después del regreso desde dichas áreas.

La OMS alienta a los países a continuar reforzando la vigilancia de la influenza, en particular la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas graves (IRAG), y examinar cuidadosamente todos los casos inusuales, con el fin de garantizar la notificación de las infecciones humanas en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (2005), y continuar las acciones nacionales de preparación sanitaria.



China, Shaanxi: Investigan un hospital después que 26 de sus pacientes contrajeran hepatitis C

26 de febrero de 2016 – Fuente: Xinhua (China)

Un hospital en la provincia noroccidental china de Shaanxi se encuentra bajo escrutinio después que 26 de sus pacientes de diálisis contrajeran hepatitis C, informaron el 26 de febrero las autoridades locales.

“Se cree que los pacientes contrajeron la enfermedad a principios de este mes durante las sesiones de hemodiálisis en el hospital del distrito de Zhen’an de la ciudad de Shangluo”, dijo He Youwen, funcionario del hospital.

“Estaban entre los alrededor de 40 enfermos renales que reciben regularmente tratamiento dos o tres veces por semana”, aseguró.

“El virus se detectó durante las revisiones rutinarias entre el 17 y el 19 de febrero. Hasta el 24 de febrero se habían confirmado 26 casos”, dijo.

“Se ha llevado a cabo una esterilización completa de las instalaciones hospitalarias y se han introducido siete nuevas máquinas de diálisis tras las infecciones”, informó el funcionario.

“Los 26 pacientes están en observación y bajo tratamiento”, agregó.

“La investigación preliminar muestra que el brote se debió probablemente a una esterilización inadecuada”, dijo Jiang Hongli, experto del Primer Hospital Asociado a la Universidad Jiaotong de Xi’an y miembro del grupo de investigación encabezado por el gobierno.

“Necesitamos investigar más para determinar completamente cómo ocurrió el problema y quién fue responsable”, acotó.

Dos jefes del hospital de Zhen’an fueron destituidos tras conocerse los 26 contagios.

“El presidente y el vicepresidente del hospital fueron apartados de sus puestos y otros 13 empleados recibieron sanciones administrativas, entre las que se incluyen amonestaciones y deméritos en sus registros”, explicó una fuente del Departamento de Salud y Planificación Familiar del distrito.

China registró 200.000 casos de hepatitis C el año pasado y 95 murieron, de acuerdo con las cifras publicadas por la Comisión Nacional de Salud y Planificación Familiar.

Con un personal de 601 efectivos y 500 camas, el hospital de Zhen’an es el mayor y más concurrido hospital público del distrito, que cuenta con una población de unas 302.600 personas.



República Democrática Popular Lao: Confirman nuevos casos de infección por el poliovirus derivado de la vacuna

25 de febrero de 2016 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

Entre el 6 y el 16 de febrero de 2016, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de la República Democrática Popular Lao notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) dos nuevos casos confirmados de infección por poliovirus tipo 1 derivado de la vacuna antipoliomielítica (VDPV1).

Detalles de los nuevos casos

El primer nuevo caso es una mujer de 15 meses de edad del distrito de Phonhoung, provincia de Vientiane, que desarrolló parálisis el 8 de enero. El segundo caso es una mujer de 44 años de edad del distrito de Feuang, provincia de Vientiane, que desarrolló parálisis el 11 de enero. Ninguno de estos dos casos recibió la vacuna antipoliomielítica oral (OPV). El 3 de febrero, el Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas de Japón reportó que las muestras de materia fecal de ambos casos fueron positivas para VDPV1 circulante (cVDVP1). No existe vínculo epidemiológico entre ambos casos.

El tercer caso es un varón de 18 años de edad del distrito de Meun, provincia de Vientiane, que desarrolló parálisis el 3 de enero de 2016. Los resultados de los análisis de las muestras de materia fecal están pendientes; sin embargo, se considera que la muestra es ‘inadecuada’ ya que fue recolectada más de 14 días después del comienzo de

la parálisis. Una muestra de materia fecal tomada de un contacto cercano dio positivo para VDPV1, por lo que el caso es clasificado como cVDPV1 con base en el vínculo epidemiológico y la muestra positiva del contacto.

Cabe destacar que estos nuevos aislados de cVDPV1 están relacionados genéticamente, pero tienen diferencias genéticas considerables con los anteriores aislados de cVDPV1 del actual brote en la República Democrática Popular Lao. Los nuevos hallazgos sugieren que más de una cepa de cVDPV1 puede haber surgido por separado y estar circulando en el país sin ser detectadas.

Hasta la fecha, el número total de casos confirmados de cVDPV1 en este brote es de 10. Por otra parte, desde el comienzo del brote, se ha aislado cVDPV1 de la materia fecal de 23 contactos sanos en las provincias de Boli-khamxay, Xaisomboun y Vientiane.

Después de los informes de un número de casos positivos de cVDPV1 en contactos previamente sanos, se mantiene la vigilancia intensificada a nivel nacional, especialmente en los distritos recientemente afectados. La Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental también está compartiendo información sobre el evento y las actividades de respuesta con los países vecinos.

Respuesta de salud pública

Desde la detección del primer caso confirmado de cVDPV1 en la República Democrática Popular Lao en octubre de 2015, se han llevado a cabo actividades de respuesta a los brotes en todo el país, incluyendo actividades de inmunización suplementarias (AIS) entre diciembre de 2015 y enero de 2016. Se ha lanzado un plan de respuesta al brote de poliomielitis y han sido activados centros de operaciones de emergencia a nivel nacional y provincial para coordinar los esfuerzos de respuesta. Se está llevando a cabo la vigilancia intensificada en todo el país, incluyendo la notificación negativa diaria de casos de parálisis flácida aguda (PFA). Está en curso la búsqueda activa de casos en los distritos de alto riesgo, incluyendo la revisión retrospectiva de los registros de hospitales y centros de salud.

La respuesta a los brotes, que incluye una serie de AIS, se lleva a cabo como estaba previsto, dirigidas a todos los niños menores de 15 años, como así también a las personas de todas las edades en los distritos donde están presentes grupos de alto riesgo.

Evaluación de riesgos de la OMS

Los casos reportados de cVDPV1 indican que el nivel de inmunidad de la población en las zonas afectadas es bajo y existe el riesgo de propagación de esta cepa. Es probable que la cepa de cVDPV1 haya estado circulando durante varios meses en estas áreas. Con base en las experiencias de eventos similares anteriores, se espera la notificación de casos adicionales. Sin embargo, si las AIS cubren efectivamente a la población objetivo, se espera que el riesgo de propagación internacional desde la República Democrática Popular Lao sea bajo. La OMS continúa monitoreando la situación epidemiológica y conduciendo evaluaciones del riesgo con base en la última información disponible.

Recomendaciones de la OMS

Es importante que todos los países, en particular aquellos con viajes y contactos frecuentes con los países y áreas afectados por la poliomielitis, fortalezcan la vigilancia de los casos de PFA con el fin de detectar rápidamente cualquier nueva importación del virus y para facilitar una respuesta rápida. Los países, territorios y áreas también deben mantener la cobertura uniformemente alta de inmunización sistemática a nivel de distrito para reducir al mínimo las consecuencias de cualquier nueva introducción del virus.

Viajes Internacionales y Salud de la OMS recomienda a todos los viajeros a zonas afectadas por la poliomielitis estar completamente vacunado contra la enfermedad. Los residentes (y los visitantes por más de cuatro semanas) de las áreas infectadas deben recibir una dosis adicional de OPV o IPV en un plazo de cuatro semanas a 12 meses del viaje.

Siguen en vigor las Recomendaciones Temporales emitidas en noviembre de 2015 por la Directora General de la OMS, siguiendo el consejo del Comité de Emergencia reunido bajo el Reglamento Sanitario Internacional (2005), para limitar la propagación internacional del poliovirus desde los países afectados por cVDPVs. En virtud de estas Recomendaciones Temporales, cualquier país infectado por cVDPV debe declarar el brote como una emergencia de salud pública nacional y considerar la vacunación de todos los viajeros internacionales.

elsevierconnect **Crean un centro de recursos de información sobre el virus Zika**
11 de febrero de 2016 – Fuente: Elsevier Connect

Debido a la reciente emergencia global emitida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el virus Zika, Elsevier ha puesto a disposición de todos los profesionales que lo requiera un centro de servicios de información gratuito. Esta nueva herramienta digital reúne multitud de estudios médicos, consejos de expertos y recursos online, facilitando su acceso a todos, profesionales y pacientes que tengan dudas o quieran saber más sobre este tema.

Esta página web se ha desarrollado debido la creciente demanda de información sobre el virus Zika que los profesionales sanitarios, gestores y medios de comunicación, entre otros, están solicitando. Gracias a esta iniciativa todo aquél que lo necesite tendrá acceso a gran cantidad de información, permanentemente actualizada.



El centro de información pondrá a disposición todos los recursos de los que dispone: revistas médicas, incluyendo artículos de *The Lancet*; libros de texto; materiales educativos, así como la opinión de especialistas; un ejemplo de ello es el reconocido experto en enfermedades infecciosas, el Dr. Raphael Dolin.

Además, si durante la búsqueda surge alguna pregunta o cuestión, puede dejarse un comentario en la sección correspondiente y un equipo de profesionales la responderá.

Este centro de recursos cuenta con diferentes secciones gratuitas y abiertas al público:

- Recursos online: reúne la mejor y más reciente evidencia científica sobre el brote de infecciones por el virus Zika y cómo responder ante él. En este apartado se puede encontrar información recogida por investigadores, gestores y profesionales sanitarios, publicada en múltiples revistas científicas.
- La opinión de expertos: se reúnen los textos, opiniones y artículos de un prestigioso grupo de expertos, como los doctores Raphael Dolin y Rodney E. Rohde.
- Investigaciones: en esta sección puede accederse a bases de datos como *Scopus*, donde se puede encontrar literatura científica revisada, artículos, libros y actas de conferencias relacionados con el virus Zika. También puede accederse a foros de discusión como el creado por la red para estudiantes *Mendeley* en el que los participantes comparten artículos para apoyar la investigación de una posible vacuna. Cualquier miembro de esta comunidad puede unirse a estos debates y compartir información referenciada. Asimismo, se ha recopilado y analizado en un documento lo recogido por la herramienta *SciVal* (que ofrecen un acceso rápido y sencillo a la actividad científica generada por 7.000 instituciones de 220 países) sobre el virus Zika.
- Artículos de revistas: consta de gran cantidad de artículos y textos sobre este tema que pueden ayudar a aclarar dudas sobre el tema. Algunas de estas publicaciones son: *Travel Medicine and Infectious Disease*, *Acta Tropica*, *Journal of Clinical Virology* o *Cell Press*.
- Información para pacientes y viajeros: esta sección está compuesta por recomendaciones actuales del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos. Además, se ha desarrollado un documento sobre el virus Zika destinado a personas que vayan a viajar a países donde se hayan registrado casos de esta patología. El objetivo de este documento es presentar las causas, los síntomas y los riesgos asociados al virus Zika, y que sea empleado como fuente de información por posibles viajeros.
- Otros recursos: en este apartado pueden encontrarse otras páginas web e instituciones relacionadas que pueden aportar una visión diferente del tema.

Este centro de información es una iniciativa de Elsevier que permanecerá en funcionamiento durante el tiempo que la alerta permanezca activa, y la información contenida se irá actualizando a medida que se vaya generando más información científica de calidad sobre el tema.⁸

⁸ Puede accederse al centro de recursos haciendo clic [aquí](#).



La lactancia materna protege contra la leucemia en la niñez

Amamantar por seis meses o más se asocia con una reducción del 19% en el riesgo de leucemia en la niñez, comparado con un período más corto o con no amamantar.

Organización Panamericana de la Salud

Organización Panamericana de la Salud (2016).

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.