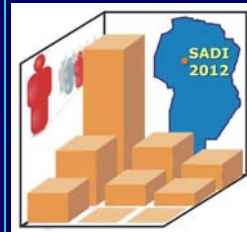


# Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente

Córdoba – República Argentina

Sede del XII Congreso de la Sociedad Argentina de Infectología 2012



762

04/10/2011

Una publicación de los Servicios de Infectología del Hospital Nuestra Señora de la Misericordia del Nuevo Siglo, Sanatorio Francés, Sanatorio del Salvador y Clínica Romagosa, de la Ciudad de Córdoba, Argentina.

**Comité Editorial:** Ángel Mínguez, Ílide Selene De Lisa, Enrique Farías, Germán Bernardi, Lorena Ravera, Lola Voza, Lorena Orellano, Ruth Brito, Soledad Frola y Ana L. Sánchez.

## Índice de noticias

(Haciendo clic sobre el titular accederá directamente a la noticia)

### Noticias de Argentina

Misiones, Oberá: Confirman un caso de leishmaniosis visceral  
Argentina: Vigilancia de enfermedad de Chagas (Tercera parte)

### Noticias de América

Bolivia, Cochabamba: Aumentan los casos de rabia canina  
Canadá: Asocian uso de antibióticos con enfermedad de Crohn y colitis  
Colombia: Aumentan los casos de tos convulsa  
Estados Unidos: Aumentan a 15 las muertes por listeriosis  
Haití: La epidemia de cólera ya ha provocado más de 6.400 muertos  
México: Deficiente acceso de los pueblos indígenas al sistema de salud cuando portan el VIH  
Perú, Redondo: Confirman que los tres niños murieron por envenenamiento  
República Dominicana: El país reporta 135 muertos por cólera en 10 meses

### Noticias del mundo

Kazajstán, Makanchi: Brote de ántrax  
República Democrática del Congo, Maniema: La fistula obstétrica, un flagelo con solución  
Suecia: Se incrementan los casos de encefalitis transmitida por garrapatas  
Unión Europea: El apoyo de los médicos es clave contra el sarampión  
El increíble camino de la gripe pandémica de 1918

## Noticias de Argentina

### Misiones, Oberá: Confirman un caso de leishmaniosis visceral

28 de septiembre de 2011 – Fuente: Misionlandia (Argentina)



Elena Acosta Schwengber, jefa del Departamento de Epidemiología del Hospital Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad (SAMIC) Oberá, señaló que el caso confirmado corresponde a un hombre mayor de edad que residía en el barrio Caballeriza, límite con Erasmie. El caso fue confirmado en junio, pero recién ahora trascendió.

Mientras está en estudio el cuadro de un joven de 17 años residente en Villa Kindgren. El muchacho en cuestión vive en una zona residencial, estudia y su familia es de clase media. En primera instancia fue atendido en una clínica privada y luego fue derivado a Salud Pública, tal como indica el protocolo.

“Estamos esperando la contraprueba para confirmar o descartar el caso, que se da nuevamente en el mismo sector de la ciudad donde fueron detectados los anteriores casos positivos”, indicó Acosta.

Además confirmó que hasta aquí la enfermedad se circunscribió a un sector residencial de la ciudad y afectó sólo a hombres de mediana edad. “Es curioso que sólo afectó a hombres jóvenes, no a mujeres, niños ni ancianos, los que se supone son más vulnerables”, opinó.

En tanto, a partir de su experiencia, comentó que “es muy difícil combatir la enfermedad con la tarea de saneamiento municipal, es una cuestión de educación y la gente tiene que tomar conciencia de los riesgos y tomar las medidas de prevención”.

Si bien desde el municipio vienen trabajando intensamente en la fumigación y el control de vectores en la zona crítica, la prevalencia de casos debería hacer acentuar la prevención, sobre todo porque se trata de una zona residencial pero con amplios sectores descampados y perros que deambulan.

Al respecto, Francisco Penz, director de Bromatología y Zoonosis, indicó que “los perros son muy vulnerables a esta enfermedad y están más predispuestos a que les pique el mosquito”.

Según datos oficiales, desde que se detectó en el año 2006 el primer caso de leishmaniosis canina, en esta localidad ya fueron sacrificados más de 3.000 perros con diagnóstico positivo.

El funcionario remarcó la necesidad de denunciar la presencia de perros con síntomas de la enfermedad, ya que constituyen un eslabón “fundamental en la transmisión de la leishmaniosis visceral y son el reservorio a nivel urbano”.

“La gente debe estar atenta a los primeros síntomas de la enfermedad, que son la caída de pelo y el adelgazamiento”, puntualizó, al tiempo que recomendó: “ante estos síntomas hay que consultar a un veterinario”.

Quienes no tengan posibilidades económicas de asistir a un profesional privado, deben hacerlo al Centro de Salud Animal, ubicado en la cantera municipal, donde se realizan gratuitamente los análisis para la detección de la enfermedad.

En ese sentido, Francisco Penz agregó que “si el resultado es positivo, el perro permanece ahí y se le practica la eutanasia, porque la Municipalidad no tiene posibilidades de hacer el tratamiento respectivo”.

## Argentina: Vigilancia de enfermedad de Chagas (Tercera parte)

26 de septiembre de 2011 – Fuente: Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)



### Vigilancia de enfermedad de Chagas aguda congénita

La fuente de datos utilizada para el análisis de la enfermedad de Chagas aguda congénita es el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS), tanto el módulo C2 de Vigilancia Clínica como el módulo SIVILA de vigilancia Laboratorial.

Se realiza a continuación un análisis diferenciado de los datos, según el tipo de información disponible en dos períodos diferentes: desde el año 2000 a 2007 se cuenta en el SNVS con información proveniente del Módulo C2, en el que constan los casos notificados sin distinguir entre sospechosos y confirmados. Para el período 2008 a 2011 se analizará la información integrada del módulo SIVILA y C2 identificando casos sospechosos, en estudio y confirmados.

**Tabla 1.** Casos notificados de enfermedad de Chagas aguda congénita y tasas de notificación por 10.000 nacidos vivos, según provincia de residencia de la madre. República Argentina. Años 2000 a 2007. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS), Módulo C2, Ministerio de Salud de la Nación.

Provincia/Región	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	8	1,84	3	0,71	—	—	—	—	46	10,28	100	22,92	72	16,34	74	17,32
Buenos Aires	—	—	—	—	—	—	—	—	37	1,38	69	2,63	172	6,57	110	4,18
Córdoba	12	2,26	11	2,21	4	0,76	18	3,21	11	1,91	6	1,08	5	0,92	10	1,85
Entre Ríos	2	0,85	6	2,61	2	0,91	8	3,38	5	2,13	9	4,11	11	5,19	2	0,95
Santa Fe	21	4,01	6	1,18	8	1,52	12	2,22	30	5,40	36	6,93	43	8,50	23	4,54
<b>Centro</b>	<b>43</b>	<b>1,02</b>	<b>26</b>	<b>0,64</b>	<b>14</b>	<b>0,34</b>	<b>38</b>	<b>0,89</b>	<b>129</b>	<b>2,87</b>	<b>220</b>	<b>5,05</b>	<b>303</b>	<b>7,01</b>	<b>219</b>	<b>5,07</b>
La Rioja	1	1,58	—	—	—	—	4	6,14	7	10,59	3	4	2	3	1	2
Mendoza	4	1,29	8	2,58	4	1,44	—	—	6	1,96	2	1	2	1	1	0
San Luis	4	4,94	2	2,42	4	4,78	2	2,35	—	—	—	—	—	—	4	5
<b>Cuyo</b>	<b>9</b>	<b>1,54</b>	<b>10</b>	<b>1,70</b>	<b>8</b>	<b>1,44</b>	<b>6</b>	<b>1,03</b>	<b>13</b>	<b>2,14</b>	<b>5</b>	<b>0,83</b>	<b>4</b>	<b>0,66</b>	<b>6</b>	<b>0,97</b>
Corrientes	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,53
Chaco	7	2,85	1	0,47	2	0,83	5	2,38	12	4,70	20	8,64	18	8,90	16	8,35
Formosa	2	1,54	7	6,07	1	0,75	1	0,79	—	—	3	2,46	1	0,89	—	—
Misiones	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1,27	—	—	—	—
<b>NEA</b>	<b>9</b>	<b>1,07</b>	<b>8</b>	<b>1,02</b>	<b>3</b>	<b>0,36</b>	<b>6</b>	<b>0,76</b>	<b>12</b>	<b>1,37</b>	<b>26</b>	<b>3,30</b>	<b>19</b>	<b>2,68</b>	<b>17</b>	<b>2,39</b>
Catamarca	—	—	—	—	1	1,24	1	1,27	—	—	6	8,33	—	—	—	—
Jujuy	66	48,35	32	22,53	108	78,44	53	41,05	26	18,97	7	5,40	9	7,41	4	3,21
Salta	32	12,50	41	15,57	23	8,37	15	6,08	24	8,79	13	4,98	34	13,69	23	9,27
Santiago del Estero	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1,22	19	10,77	4	2,36	—	—
Tucumán	—	—	—	—	—	—	—	—	5	1,70	—	—	1	0,38	5	1,74
<b>NOA</b>	<b>98</b>	<b>10,61</b>	<b>73</b>	<b>7,97</b>	<b>132</b>	<b>13,83</b>	<b>69</b>	<b>7,64</b>	<b>57</b>	<b>6,05</b>	<b>45</b>	<b>4,88</b>	<b>48</b>	<b>5,50</b>	<b>32</b>	<b>3,57</b>
Chubut	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
La Pampa	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1,87
Neuquén	1	0,99	—	—	—	—	2	2,04	—	—	4	3,84	—	—	2	1,81
Río Negro	—	—	1	0,89	3	2,69	3	2,78	—	—	30	27,27	10	9,12	2	1,78
Tierra del Fuego	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	4,19	1	4,18	2	7,84
<b>Sur</b>	<b>1</b>	<b>0,24</b>	<b>1</b>	<b>0,24</b>	<b>3</b>	<b>0,74</b>	<b>5</b>	<b>1,21</b>	—	—	<b>35</b>	<b>8,20</b>	<b>11</b>	<b>2,52</b>	<b>7</b>	<b>1,57</b>
<b>Total Argentina</b>	<b>160</b>	<b>2,29</b>	<b>118</b>	<b>1,74</b>	<b>160</b>	<b>2,31</b>	<b>124</b>	<b>1,78</b>	<b>211</b>	<b>2,87</b>	<b>331</b>	<b>4,66</b>	<b>385</b>	<b>5,54</b>	<b>281</b>	<b>4,02</b>

Hasta el año 2007 se notificaron casos en todos los años. Sin embargo, no es posible discriminar en los mismos casos sospechosos (hijos de madres positivas) de casos confirmados.

**Tabla 2.** Casos notificados de enfermedad de Chagas aguda congénita y porcentaje del total de casos notificados, según clasificación y provincia de residencia de la madre. República Argentina. Años 2008 a 2011 (éste último año hasta semana epidemiológica 37). Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS), Módulos C2 y SIVILA, Ministerio de Salud de la Nación.

Provincia/Región	2008			2009			2010			2011			Totales	Porcentaje	Porcentaje acumulado
	C	D	E	C	D	E	C	D	E	C	D	E			
Buenos Aires	—	—	53	15	33	182	29	123	295	15	13	7	765	40,18	40,18
Santa Fe	—	—	6	—	—	88	5	10	265	1	4	6	385	20,22	60,40
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	—	1	33	4	17	42	4	33	99	6	6	1	246	12,92	73,32
Chaco	—	—	1	14	—	7	24	—	11	2	—	14	73	3,83	77,15
Salta	—	—	16	1	—	17	4	—	29	5	—	—	72	3,78	80,93
San Luis	—	—	7	2	1	8	4	—	25	3	—	9	59	3,10	84,03
Santa Cruz	1	—	2	—	4	13	1	1	17	2	5	5	51	2,68	86,71
La Pampa	—	1	15	7	—	6	—	—	1	2	—	6	38	2,00	88,71
Tierra del Fuego	—	—	3	—	—	—	—	2	22	—	4	5	36	1,89	90,60
Chubut	—	—	1	—	—	2	—	—	25	1	—	3	32	1,68	92,28
Córdoba	—	—	19	—	1	2	7	—	2	—	—	—	31	1,63	93,91
Jujuy	—	—	12	—	—	7	1	—	3	2	—	—	25	1,31	95,22
Río Negro	—	—	4	—	—	2	4	—	2	11	—	—	23	1,21	96,43
Formosa	—	—	4	1	—	—	7	—	—	4	—	—	16	0,84	97,27
Misiones	—	—	8	—	—	4	—	—	—	—	—	1	13	0,68	97,95
Corrientes	—	—	3	—	—	1	—	—	1	1	—	2	8	0,42	98,37
Entre Ríos	1	—	—	—	—	2	—	—	4	—	—	—	7	0,37	98,74
Tucumán	—	—	—	—	—	2	—	—	—	4	—	—	6	0,32	99,05
Mendoza	2	—	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	5	0,26	99,32
Neuquén	—	—	—	—	—	1	—	—	3	—	—	—	4	0,21	99,53
Catamarca	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	1	3	0,16	99,68
La Rioja	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2	0,11	99,79
San Juan	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	2	0,11	99,89
Santiago del Estero	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	0,11	100,00
<b>Total Argentina</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>191</b>	<b>45</b>	<b>56</b>	<b>386</b>	<b>91</b>	<b>169</b>	<b>808</b>	<b>60</b>	<b>32</b>	<b>60</b>	<b>1.904</b>	<b>100,00</b>	

En el 73,32% de los casos (1396), la jurisdicción de residencia de la madre de los casos corresponde a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Buenos Aires y Santa Fe. Estas tres jurisdicciones, junto con Chaco y Salta concentran más del 80% de las notificaciones.

El Instituto Nacional de Parasitología 'Dr. Mario Fatała Chabén' y el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario fueron los establecimientos que más casos notificaron.

Los casos "en estudio" corresponden a casos que no han completado el diagnóstico y brindan información acerca del riesgo de que el caso pierda contacto con el servicio de salud y permite iniciar las acciones para su búsqueda activa.

Hasta el año 2010 creció la notificación en todas las categorías de clasificación de casos (en estudio, descartados y confirmados) lo que muestra una tendencia a la mejora en la captación y seguimiento de los casos en el sistema.

En el año 2011, hasta la semana epidemiológica 37 (SE 37), el 10% de los casos han sido confirmados, lo que indica una mayor sensibilidad del sistema para captar los casos desde la sospecha, aunque aparentemente continúa una proporción de casos que están siendo notificados exclusivamente ante la confirmación del diagnóstico (esta es una posible explicación a la diferencia entre lo que la bibliografía indica como tasa de transmisión y lo actualmente notificado).

### Casos confirmados de enfermedad de Chagas aguda congénita

En el período 2008-2011, 19 provincias han reportado casos confirmados de enfermedad de Chagas aguda congénita.

Es de destacar que la transmisión congénita en base a los datos disponibles en el sistema, no sigue el patrón de riesgo de transmisión vectorial ya que de las primeras seis provincias con más casos confirmados de enfermedad de Chagas aguda congénita sólo dos son de alto riesgo de transmisión vectorial. Sumado a esto, como podemos ver y a pesar del subregistro evidente que aún persiste, desde el año 2008 hasta la fecha se confirmaron 200 casos de transmisión congénita, mientras que sólo fueron registrados 170 casos de transmisión vectorial en casi 10 años, lo que acentúa la importancia de intensificar la vigilancia y control de la transmisión de la madre al niño como la principal vía de transmisión en Argentina en el momento actual. Esta vía, a diferencia de la vectorial, extiende el riesgo de transmisión a toda Argentina y requiere redoblar los esfuerzos para garantizar el seguimiento, diagnóstico y eventual tratamiento de los niños infectados.

**Tabla 3.** Casos confirmados de enfermedad de Chagas aguda congénita y porcentaje del total de casos confirmados, según provincia de residencia de la madre. República Argentina. Años 2008 a 2011 (este último año hasta semana epidemiológica 37). Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS), Módulos C2 y SIVILA, Ministerio de Salud de la Nación.

Provincia/Región	2008	2009	2010	2011	Totales	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Buenos Aires	—	15	29	15	59	29,50	29,50
Chaco	—	14	24	2	40	20,00	49,50
Río Negro	—	—	4	11	15	7,50	57,00
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	—	4	4	6	14	7,00	64,00
Formosa	—	1	7	4	12	6,00	70,00
Salta	—	1	4	5	10	5,00	75,00
San Luis	—	2	4	3	9	4,50	79,50
La Pampa	—	7	—	2	9	4,50	84,00
Córdoba	—	—	7	—	7	3,50	87,50
Santa Fe	—	—	5	1	6	3,00	90,50
Santa Cruz	1	—	1	2	4	2,00	92,50
Tucumán	—	—	—	4	4	2,00	94,50
Jujuy	—	—	1	2	3	1,50	96,00
Mendoza	2	1	—	—	3	1,50	97,50
Chubut	—	—	—	1	1	0,50	98,00
Corrientes	—	—	—	1	1	0,50	98,50
Entre Ríos	1	—	—	—	1	0,50	99,00
La Rioja	—	—	—	1	1	0,50	99,50
San Juan	—	—	1	—	1	0,50	100,00
<b>Total Argentina</b>	<b>4</b>	<b>45</b>	<b>91</b>	<b>60</b>	<b>200</b>	<b>100,00</b>	

## Medidas de prevención y control<sup>1</sup>

### Prevención y control de la transmisión vectorial

Se incluyen en esta línea estratégica las acciones de vigilancia entomológica con acciones directas para eliminación del vector, así como actividades tendientes al mejoramiento de viviendas y ambiente. La vigilancia entomológica, tiene como objetivo la detección temprana de infestación de viviendas con triatominos y su posterior rociado químico de manera oportuna según normas técnicas. El rociado químico debe seguir criterios de continuidad, contigüidad y cobertura.

Además de las actividades mencionadas, las actividades de control y prevención de la transmisión vectorial incluyen el monitoreo de resistencia a insecticidas, siguiendo protocolos internacionales, así como la mejora de viviendas, estructuras peridomiciliarias y del ambiente.

### Prevención y control de la transmisión no vectorial.

Evaluación de donantes de sangre, de donantes y receptores de trasplantes de órganos, así como la atención médica de personas afectadas con formas agudas y crónicas de la enfermedad.

En relación a la evaluación de donantes de sangre, el objetivo es prevenir la transfusión de sangre de individuos potencialmente infectados por *T. cruzi*, garantizando la calidad de los componentes de la sangre que se transfunden en centros asistenciales públicos o privados. Las actividades que se desarrollan en los bancos de sangre y/o en los laboratorios incluyen el tamizaje serológico, implementación de cuestionarios autoadministrados y donación voluntaria y repetida de sangre.

<sup>1</sup> El Programa Nacional de Chagas (PNCh), integrado por 23 estados provinciales y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en un área endémica de 516.379 viviendas, mayoritariamente rurales y periurbanas, realiza las acciones de control del vector (*Triatoma infestans*) transmisor de la enfermedad de Chagas, utilizando una estrategia integral, propiciando la participación de distintos sectores de la Salud (Maternidad e Infancia, Atención Primaria de la Salud, Médicos Comunitarios, Plan Nacer, Redes de Laboratorio – SIVILA – SNVS, Atención Médica, Programa Sanidad Escolar, PROSANE, otros), de gobierno (Municipios), de educación, infraestructura y desarrollo social, de asociaciones profesionales, de la secretaría de Ciencia y Técnica – Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y de la propia comunidad.

Las actividades que se realizan en el Programa comprenden los tres niveles de prevención: Promoción de la salud, Prevención de la enfermedad, (Prevención primaria), Diagnóstico y tratamiento específico de la enfermedad (Prevención secundaria) y Rehabilitación (Prevención terciaria). Estas actividades son planificadas y ejecutadas por diferentes efectores: agentes de las jurisdicciones nacionales y provinciales, agentes sanitarios o promotores de salud, agentes municipales y líderes comunitarios con el apoyo y supervisión del PNCh. El área históricamente de mayor endemidad está representada en el Noroeste y Centro de Argentina con una superficie de 1.045.087 km<sup>2</sup> y comprendiendo a 13 estados provinciales de los 19 endémicos. Las acciones de control no vectorial se extienden a todo el territorio del país, ya que por los movimientos migratorios de las personas, en las provincias donde históricamente no se ha detectado la presencia del vector, existe el riesgo de transmisión vertical (congénita) y también se debe controlar la sangre a transfundir.

Las acciones que se realizan en el marco del Programa son: tratamiento químico, vigilancia del vector, control de embarazadas, detección de recién nacidos, hijos de madres infectadas por *T. cruzi*, control de la sangre a transfundir, estudios poblacionales en niños menores de 15 años, tratamiento médico específico a los infectados en fase aguda y en niños menores de 15 años, desarrollo y colaboración en trabajos de investigación operativa y capacitación a equipos de salud nacionales y provinciales, efectores municipales, a docentes y a la comunidad.

En cuanto a la evaluación de donantes y receptores de órganos, el mismo permite prevenir su transmisión al receptor (mediante la detección de donantes infectados), así como el diagnóstico precoz de casos de reactivación por inmunosupresión mediante el monitoreo de receptores con infección crónica.

#### Estrategias para el control de la infección congénita

El objetivo es lograr el diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y notificación de los casos de infección congénita por *T. cruzi* en el recién nacido y el niño hasta el año de edad, para lo cual se requiere de:

- Elaboración de estrategias articuladas con otros programas (Dirección de Maternidad e Infancia, Atención Primaria de la Salud, Plan de Reducción de la Mortalidad Infantil, Plan Nacer, Libreta Sanitaria y Seguro Universal por Hijo) para la optimización del diagnóstico en la madre y su hijo y realizar el tratamiento de los niños infectados.
- Incorporación de procedimientos de control en las guías de atención perinatal.
- Articulación entre los diferentes niveles de atención.
- Capacitación del personal de salud en el diagnóstico y tratamiento de la infección congénita.
- Provisión sostenida y oportuna de insumos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de la infección por *T. cruzi*.

#### Estrategias para el control de la infección aguda y crónica

Deben basarse en la atención en el Primer Nivel de Atención, con sistema de referencia y contrarreferencia y en coordinación con otros sistemas existentes que faciliten la instalación de la atención de rutina a personas infectadas ya sea en fase aguda o crónica. Para lo cual se requiere de:

- Capacitación del personal de salud en diagnóstico y tratamiento de la infección aguda y crónica.
- Confirmación del diagnóstico y tratamiento a través de efectores naturales.

#### Comunicación social y participación comunitaria.

El objetivo es lograr la movilización social y participación comunitaria para potenciar y lograr la sustentabilidad de todas las acciones del Programa. Para ello es necesario:

- Elaborar un plan de comunicación social y participación comunitaria a fin de socializar los conocimientos, fomentar la vigilancia comunitaria-participativa, promover la práctica de hábitos saludables en la población y facilitar el diagnóstico y tratamiento de la infección.
- Incorporar la temática de las enfermedades transmisibles por vectores en la currícula de los niveles primario, secundario, universitario y carreras de formación docente.
- Implementar el Día Nacional por una Argentina sin Chagas, con participación de los Ministerios de Salud nacional y provinciales, Educación, Desarrollo Social y de ONGs.

## Noticias de América

### **Bolivia, Cochabamba: Aumentan los casos de rabia canina**

30 de septiembre de 2011 – Fuente: El Diario (Bolivia)

Cuatro casos de rabia canina se reportaron en un solo día en Cochabamba, dos por el sector de la avenida Petrolera uno en el municipio de Tiquipaya y otro en la zona de La Maica.

En el caso de los perros con rabia de la avenida Petrolera, en el municipio de Cercado, uno de ellos atacó a su dueño quien se encuentra en observación y tratamiento para evitar posibles consecuencias mortales.

La responsable del Programa Rabia del Servicio Departamental de Salud (SEDES), Libertad Luján, informó que de enero hasta el momento, suman 67 casos de rabia canina y la muerte de una niña por rabia humana, que sucedió en abril pasado.

A los cuatro nuevos casos registrados en la avenida Petrolera, Tiquipaya y La Maica, se reportaron ataques de canes con signos de rabia por la avenida América, al norte de la ciudad de Cochabamba.

“La Unidad de Zoonosis fue tras la caza de los perros rabiosos, mientras el paciente que fue mordido recibe tratamiento para evitar complicaciones en su salud. A todo lo señalado se reportó el ataque de un perro que tiene signos de rabia por inmediaciones de la avenida América, el cual atacó a seis personas y otros dos por la Terminal de Buses y el Mercado de La Pampa, que también mordieron a los ocasionales transeúntes”, agregó.

Luján informó que Zoonosis cumplió con su labor de atrapar a los animales y bloquear el foco correspondiente, aunque recomendó a la población tener mucho cuidado de perros sospechosos de portar rabia.

La autoridad recordó que hace tiempo no se presentaba casos de rabia canina en La Maica, lo que obliga a declarar emergencia sanitaria para evitar un brote explosivo de mal tanto en canes como en humanos.

Según Luján, para evitar la propagación de la mortal enfermedad en humanos y canes, este domingo 2 de septiembre comenzará una campaña de vacunación para unos 600.000 perros, que es la población estimada en la ciudad y provincias de Cochabamba.



## Canadá: Asocian uso de antibióticos con enfermedad de Crohn y colitis



28 de septiembre de 2011 – Fuente: *The American Journal of Gastroenterology*

Los pacientes a los que se les indica una gran cantidad de antibióticos suelen presentar más riesgo de desarrollar enfermedad intestinal inflamatoria (EII), una prueba más de que esos fármacos alteran el equilibrio de la flora intestinal.

“No es que los antibióticos causen EII, sino que los resultados respaldan la hipótesis de que cambiar el equilibrio de la flora intestinal sería un problema”, dijo el coautor del estudio, doctor Charles N. Bernstein, de la University of Manitoba.

Estudios previos habían hallado una relación entre los antibióticos y la EII, que incluye a la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa.

En la nueva investigación, el equipo de Canadá halló que al 12% de las personas con diagnóstico de ambos trastornos se le habían indicado tres o más antibióticos en los dos años previos, comparado con el 7% de los participantes sanos.

Esa diferencia se mantuvo durante los cinco años de estudio.

Es decir que si esa diferencia se le atribuyera sólo al uso de antibióticos, habría un caso extra de EII por cada 20 pacientes a los que se les indican tres o más antibióticos.

Tras considerar otros factores, el equipo observó que a los participantes que se les habían indicado una gran cantidad de antibióticos eran un 50% más propensos a desarrollar enfermedad de Crohn en entre dos y cinco años.

El estudio incluyó a 24.000 personas de una de las bases de datos de EII más grandes de América del Norte.

“Es un estudio bien realizado, a partir de una base de datos sólida y actualizada que le permite a los investigadores contar con información de calidad”, opinó el doctor Jean-Paul Achkar, experto en genética de la EII de la Clínica Cleveland que no participó del estudio.

“Hasta se trató de ajustar la indicación previa de otros fármacos y, aun así, los antibióticos siguieron asociados con el aumento del riesgo de desarrollar EII”, agregó.

Alrededor de 1,4 millones de estadounidenses tienen EII; cada año se diagnostican unos 30.000 nuevos casos, según estadísticas de la Crohn's and Colitis Foundation.

La enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa producen la inflamación crónica de los intestinos, lo que provoca síntomas como dolor abdominal, diarrea y pérdida de peso.

Se desconoce qué causa la EII, pero algunos la atribuyen a una respuesta exagerada del sistema inmunológico a virus o bacterias en el intestino.

La mayoría de los usuarios de antibióticos no desarrollará EII. Pero Bernstein sostiene que hay un porcentaje de la población en riesgo.

“No vamos a dejar de utilizar antibióticos porque nos permiten luchar contra una gran cantidad de infecciones graves. Pero debemos asegurarnos de utilizarlos de la manera adecuada”, dijo el investigador.<sup>2</sup>

## Colombia: Aumentan los casos de tos convulsa

## EL SATELITE

2 de octubre de 2011 – Fuente: *El Satélite (Colombia)*



De 1.200 casos sospechosos de tos convulsa en Colombia, 220 fueron confirmados en los primeros cinco meses de este año, de acuerdo con el Instituto Nacional de Salud (INS).

Esto representa un incremento de 40% en la incidencia de la enfermedad, de acuerdo con las estadísticas de la entidad. Además, para las autoridades de salud preocupa su aumento en adolescentes y adultos, pues el 8,43% de las personas diagnosticadas pertenecen a este grupo.

La mejor forma de prevenir la tos convulsa es con la vacuna triple bacteriana (contra la tos convulsa, el tétano y la difteria), que debe aplicarse a los 2, 4, 6 y 12 meses de vida, con un refuerzo a los 5 años. “Lamentablemente, existe un pequeño porcentaje de padres de familia que no están atentos al calendario de las vacunas y no le ponen los refuerzos que necesita para evitar la enfermedad”, afirma Édgar Rojas Soto, profesor asociado del Departamento de Pediatría de la Universidad Nacional de Colombia. La vacuna triple bacteriana es obligatoria y en Colombia no tiene costo.

<sup>2</sup> Un aspecto que pocas veces se toma en cuenta en la prescripción y en el uso de antibióticos, particularmente en los tratamientos prolongados, es el equilibrio ecológico de la flora bacteriana gastrointestinal. Estos microorganismos, aparte de contribuir con procesos digestivos, impiden la proliferación de agentes patógenos y tendrían que ver con la regulación de procesos inflamatorios y oxidativos. Su ausencia –por el uso de antibióticos– lleva a que se pierda este delicado equilibrio; en consecuencia, exponiendo a los pacientes al desarrollo potencial de las condiciones inflamatorias intestinales descritas. Por tanto, es una razón más para que la prescripción y el uso de antibióticos se restrinjan a lo estrictamente necesario, con diagnósticos sólidos más que presuntivos; y, ciertamente, con base en la evidencia antes que en la elocuencia. Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#) (artículo no gratuito).

De acuerdo con el especialista, "hoy se ha detectado un problema que es que los jóvenes son portadores de la bacteria y transmiten la enfermedad a los niños, por eso es muy importante que cuando una persona tenga tos frecuente repetitiva y convive con un niño porte tapabocas. Deben usarse dos al día. Además practicar una medida fundamental imprescindible en medicina, que es el lavado de las manos frecuente y más cuando se está enfermo".

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta enfermedad afecta anualmente a cerca de 50 millones de personas con cerca de medio millón de casos mortales.

## Estados Unidos: Aumentan a 15 las muertes por listeriosis

30 de septiembre de 2011 – Fuente: Agencia France Press



Quince personas murieron y 84 enfermaron en Estados Unidos después de comer melones infectados con *Listeria monocytogenes* provenientes de una granja de Colorado.

El origen de la peor intoxicación alimentaria en Estados Unidos en más de una década fue atribuida a la firma Jensen Farms, un emprendimiento familiar que llamó a un retiro del mercado de los melones contaminados a mediados de septiembre.

Sin embargo, los investigadores todavía están tratando de averiguar cómo se contaminó la fruta en lo que autoridades describieron como el primer brote conocido de listeriosis en melones.

El miércoles, los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de Estados Unidos advirtieron

de un probable aumento de las víctimas debido al largo período de incubación de esta inusual bacteria. Una persona puede enfermar hasta dos meses después de consumir un producto contaminado, señalaron.

La listeriosis es especialmente peligrosa para los ancianos, las personas con sistemas inmunológicos debilitados y las mujeres embarazadas, a las que puede causar aborto o muerte del feto.

Los casos fueron reportados en 19 estados, según los CDC. La cifra anterior de víctimas, anunciada el miércoles, fue de 13 muertos y 72 enfermos.

Aunque los únicos melones implicados fueron los cultivados por las Jensen Farms, los CDC han instado a los consumidores a tirar un melón si no se está seguro de su origen.

"Incluso si comió parte del melón y no enfermó, tire el resto de inmediato. *Listeria* puede prosperar en el melón a temperatura ambiente y en el refrigerador", dijeron desde los CDC.

Por otra parte, la empresa True Leaf Farms, de San Juan Bautista, California, ordenó el retiro de unos 15.000 kg de lechuga romana que podrían estar infectadas con *Listeria*. La FDA pidió a la granja que retire el producto en 19 estados y en Canadá tras haber detectado la bacteria en una bolsa de lechuga de esta marca. Además, facilitó los datos de envasado de la partida y pidió a los consumidores que si encuentran un envase con estos datos lo destruyan o pidan a la empresa que se lo recoja.

La mayoría de su producción fue vendida a compañías de abasto y en especial a restaurantes.

La listeriosis puede causar diarrea, fiebre, dolores musculares y otros síntomas parecidos a la gripe. En la mayoría de los casos, la bacteria se propaga desde el intestino hasta el torrente sanguíneo, pero puede ser tratada con antibióticos.

## Haití: La epidemia de cólera ya ha provocado más de 6.400 muertos

1 de octubre de 2011 – Fuente: Agencia Europa Press



Más de 6.400 personas han muerto a consecuencia de la epidemia de cólera declarada en Haití hace un año, y que ha dejado hasta el momento casi medio millón de afectados, de los cuales casi la mitad han tenido que ser hospitalizados, según informa el Ministerio de Salud del país caribeño, que sin embargo estimó que el peligro de contagio está decayendo.

Concretamente, el último informe cifra el número de fallecidos en 6.435, la mayoría de ellos (1.196) concentrados en la provincia de Artibonite, epicentro de la epidemia, presuntamente causada por los vertidos desde una base de fuerzas de paz nepalíes de Naciones Unidas.

El número total de afectados que han necesitado tratamiento asciende a 455.727, de los cuales 242.205 han tenido que ser hospitalizados, según el último informe.

De los fallecidos, 221 han muerto en la capital, Port-au-Prince, ya devastada por el catastrófico sismo de enero de 2010, que dejó entre 50.000 y 300.000 muertos, según cifras de Cruz Roja y del Gobierno haitiano.

## México: Deficiente acceso de los pueblos indígenas al sistema de salud cuando portan el VIH



30 de septiembre de 2011 – Fuente: La Jornada (México)

En México, los pueblos indígenas no sólo no están bien informados acerca de lo que es el VIH/sida ni cómo se contagia, sino que tienen un acceso deficiente al sistema de salud cuando son portadores, señaló Araceli Téllez Haro, subdirectora de consulta indígena de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI).

Al presentar el informe final de la consulta sobre VIH/sida y pueblos indígenas en áreas fronterizas, dijo que la información que llega a este sector desde los gobiernos ha sido escasa y ha carecido de pertinencia cultural.

Hay fuerte falta de información y la poca que se les ha dado no tiene pertinencia cultural, y esto es la clave del asunto. Para establecer programas, proyectos y acciones de gobierno, primero hay que saber cómo miran los indígenas determinados problemas.

También lamentó que se carezca de datos étnicos en los registros epidemiológicos en relación con el VIH/sida, por lo cual expuso que no se sabe qué porcentaje de este sector está afectado. Éste es uno de los grandes problemas que denuncia el informe: no existe información estadística suficiente.

El reporte cita que un estudio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), realizado en 2003 sobre el impacto del VIH/sida en pueblos originarios, arrojó que en buena parte del continente americano no existen datos; sólo se conocía que en algunas comunidades indígenas de Honduras, Panamá, Surinam y Canadá la prevalencia era seis veces más alta que en la población general.

En la entrevista abundó que el estudio realizado en seis estados concluye que el VIH/sida en pueblos indígenas, ya sea en áreas fronterizas de intenso tránsito migratorio, rurales y urbanas, es un grave problema, y que uno de los factores que más está impactando es la migración.

De las mujeres indígenas resaltó que viven en una mayor vulnerabilidad sobre todo por la migración, la falta de información sobre el VIH/sida y por los usos y costumbres, los cuales en algunos casos impiden que tengan un conocimiento abierto y amplio de la enfermedad respecto de cómo se contagia, previene y transmite a los hijos.

Destacó que el estudio también arrojó que los indígenas portadores del virus son discriminados en mayor medida. Los grupos indígenas siguen siendo discriminados, y lo son más cuando son portadores. Si a la discriminación por identidad étnica, por las condiciones socioeconómicas, por la cultura y por la condición de migrantes agregamos el VIH, los grados de discriminación suben.

Explicó que la CDI hizo dos consultas sobre el VIH en pueblos originarios, una en 2007 y otra en 2009, las cuales evidenciaron datos graves: 35% no sabía que era el sida; 32% no había recibido información sobre la epidemia; 36% ignoraba cómo se podía adquirir el virus; 42% no se protegía al tener relaciones; 6% trataba con respeto a las personas portadoras del VIH; 16% las discriminaba y estigmatizaba, y 40% consideró que la epidemia no representaba un problema de salud para su comunidad.

En otra auscultación, realizada en áreas fronterizas, 60% manifestaron no haber recibido charlas sobre VIH, 30% identificaron con precisión que el VIH es una infección de transmisión sexual, 5% respondieron afirmativamente que el uso del preservativo es una medida de protección; 50% que no le han enseñado a usarlo y 80% de las mujeres ignoran la existencia del condón femenino.

## Perú, Redondo: Confirman que los tres niños murieron por envenenamiento



28 de septiembre de 2011 – Fuente: Perú21

Los tres niños del caserío Redondo, en Cajamarca, fallecieron por envenenamiento. Después de realizar las pruebas toxicológicas respectivas, el Instituto de Medicina Legal detectó rastros de carbamato –un pesticida de uso agrícola– en el hígado de los menores que el pasado 20 de setiembre consumieron alimentos distribuidos por el Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (PRONAA).

El titular del Ministerio Público, José Peláez, informó que los resultados de dichos exámenes serán confrontados con los análisis de otros elementos, como los utensilios empleados en la elaboración de los alimentos y las bolsas que contenían las lentejas y el arroz, entre otros productos.

También se investigarán –dijo– las acusaciones de supuestos sobornos contra el ex jefe del PRONAA Dante Mendoza, quien entregó el equivalente a 53 dólares a los deudos de cada uno de los niños fallecidos. En esa línea, adelantó que cotejarán las declaraciones que el funcionario dio el mismo día del entierro con otras que ofreció después, “porque hay algunas cosas que se contradicen”.

Sobre este punto, el viceministro de Desarrollo Social, Eduardo Ballón, sostuvo que el comportamiento de Mendoza resulta inaceptable porque el ministerio había dado una indicación explícita de que no se debía afectar la dignidad de las personas.

En otro momento, admitió que la titular del sector, Aída García Naranjo, se dejó llevar por las informaciones parciales que tenía del equipo del PRONAA en la zona y de otros sectores del Estado, así como por los testimonios que se iban recogiendo, cuando manifestó que hubo problemas en la manipulación de los alimentos, culpando, de esa manera, a las madres.



En un principio, la ministra García Naranjo sostuvo que las madres encargadas de cocinar el letal almuerzo no habían lavado bien los recipientes y que podrían haber quedado restos de insecticidas en los utensilios. Pero lo que sostiene ahora el fiscal es que no pudieron ser solo residuos, sino "cantidades considerables de insecticida".

Al respecto, el doctor Jesús Bonilla, presidente de la Asociación Nacional de Médicos del Ministerio de Salud (ANMMS), sostiene que dicho veneno es usado por los agricultores para exterminar plagas de insectos, pero también para fabricar venenos como raticidas.

"Es muy raro y poco probable que solo por residuos hayan muerto. Debió ser una dosis fuerte. El periodo de muerte dependerá del tiempo en que tarde cada persona en metabolizar el veneno", aseveró.

Ballón aseguró que el ministerio asumirá el informe sobre las responsabilidades en torno al caso de los niños intoxicados en el caserío cajamarquino de Redondo –en total fueron 120 las personas afectadas–, y que la ministra está dispuesta a responder sobre esto ante el Congreso.

## República Dominicana: El país reporta 135 muertos por cólera en 10 meses

1 de octubre de 2011 – Fuente: Agencia Xinhua



El número de muertos por la epidemia de cólera en República Dominicana en los últimos 10 meses llegó a 135, con 18.509 personas afectadas, incluidas las siete que presentaron síntomas esta semana en la frontera norte con Haití, informó hoy el Ministerio de Salud.

En los últimos 15 días 249 personas resultaron afectadas por el cólera, 30 de ellos en un paraje de la provincia Dajabón, 304 kilómetros al norte de Santo Domingo. La capital, San Juan de la Maguana, Elías Piña, San Cristóbal y Dajabón son las demarcaciones que registran más incidencia de la enfermedad, precisó la cartera de Salud.

El cólera apareció en República Dominicana a mediados de noviembre de 2010, un mes después que se detectara el primer brote en Haití, país con el que comparte la isla La Española en el Caribe.

El director de Salud Pública en Dajabón, Rafael Sala Ubiera, dijo este viernes que de 20 casos sospechosos de cólera que fueron enviados a la capital para ser analizados en los laboratorios, siete dieron positivos a la enfermedad.

Esta semana, más de 200 personas tuvieron que ser hospitalizadas debido a un brote diarreico en la localidad de Partido, Dajabón, sin embargo las autoridades descartaron que se trate de una extensión de la epidemia.

El gobierno dominicano informó hace unos días que ha invertido hasta ahora cerca de 5,26 millones de dólares en programas de prevención y control de la enfermedad.

## Noticias del mundo

### Kazajstán, Makanchi: Brote de ántrax

27 de septiembre de 2011 – Fuente: Gazeta (Kazajstán)



Se han implementado medidas de cuarentena en el pueblo de Makanchi, el distrito de Urdzharsky, en el este de Kazajstán, donde 19 personas estuvieron expuestas a un posible caso de ántrax posible, y se encuentran bajo una estrecha vigilancia de su salud. Dieciocho de estas personas son oriundas de Makanchi, y una de Semey. Todos son monitoreados diariamente y se encuentran bajo supervisión médica.

Rigen estrictos controles de movimiento de ganado y de carne. La fuente de infección aún no ha sido identificada. Mientras tanto, las casas de los pacientes afectados y sus alrededores han sido limpiados y desinfectados.

El 22 de septiembre, un hombre de 45 años de edad de Makanchi fue internado en el hospital del distrito con sospecha de ántrax. El 26 de septiembre el diagnóstico fue confirmado por estudios de laboratorio.

En el este de Kazajstán, hay cerca de 200 focos históricos de ántrax. Los casos más recientes fueron reportados en 2008 en Ulan Ayagoz en la Región Oriental.<sup>3</sup>

### República Democrática del Congo, Maniema: La fístula obstétrica, un flagelo con solución

28 de septiembre de 2011 – Fuente: Agencia Inter Press Service



"Cada trimestre, más de 100 mujeres, muchas de ellas menores de 20 años, se realizan una cirugía por una fístula obstétrica en la provincia de Maniema", en el centro-este de República Democrática del Congo, aseguró la enfermera Julie Mawazo.

"La cantidad de mujeres con ese problema que no tienen los medios o no saben que se puede operar debe ser mucho mayor", añadió Mawazo, quien trabaja en el hospital general de Kindu, capital provincial.

La violencia sexual, el matrimonio precoz y las complicaciones sufridas durante el parto son responsables de los 12.000 casos registrados al año de fístula vaginal, abertura del tejido que conecta el recto con la vagina o esta con la vejiga, según el Ministerio de Salud Pública de República Democrática del Congo (RDC).

<sup>3</sup> Es notable que la fuente de infección del caso índice permanezca oficialmente sin confirmar. Que 19 personas hayan sido identificadas como en riesgo indica que se sabe más que lo que se dice. Puede haber ocurrido que una vaca enferma haya sido sacrificada y carneada sin el correspondiente control veterinario.

“Un cuarto del total de casos se registra en la provincia de Maniema”, señaló Jules Mulimbi Kaboyi, director del Fondo de Población de las Naciones Unidas en Kinshasa.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) ofrece asistencia médica y apoyo a las mujeres con ese problema.

Solo 3,5% del presupuesto nacional se destina a la salud. En un país con varios retos en materia sanitaria como malaria, tuberculosis y sida, esa cantidad deja escasos recursos para tratar a las mujeres que padecen ese problema y evitar que esa condición las incapacite y estigmatice.

“Durante dos años sufrí un dolor permanente en el abdomen y tuve una secreción rojiza procedente de la vagina, además de mal olor, en especial cuando iba al baño o si me quedaba sentada unos minutos”, relató Bernadette Kabukulu, comerciante del barrio capitalino de Bandalungwa.

“Me tenía que lavar todo el tiempo y trataba de no tomar ni comer nada para no ir al baño. Me daba vergüenza salir porque pensaba que la gente podía sentir el olor”, dijo.

“La fístula vaginal trae aparejada una deformación, seguida de hinchazón anormal de las partes privadas de la mujer y de la creación de aberturas en forma de pequeñas úlceras anormales entre la vagina y el ano, lo que crea un contacto en el recorrido de la orina y la materia fecal”, explicó la ginecóloga Elie Makuza.

“Las úlceras y las deformaciones producen un fuerte olor persistente”, indicó Makuza. “Es un problema que suele causar rechazo o estigmatización”, añadió.

La fístula suele ser causada por una presión prolongada contra el tejido de la pelvis durante el parto, las jóvenes o niñas son particularmente vulnerables, o por una violencia sexual extrema.

### Alivio de pacientes

La falta de formación desempeña un papel clave, en especial en Maniema donde casi la mitad de las mujeres tienen poca o ninguna educación formal, estimó Germain Musombo, activista de derechos humanos de la organización no gubernamental Maniema Libertés.

“En la provincia de Maniema, el aumento de la cantidad de mujeres afectadas obedece esencialmente a cuatro causas: pobreza, matrimonio precoz, violencia sexual y falta de educación”, añadió.

“Gracias a las campañas de información del UNFPA, en conexión con el gobierno, las mujeres son más conscientes de los riesgos del problema”, señaló Jean Bertin Epumba, director de investigación y planificación del Ministerio de Salud Pública.

En cambio, el activista Modeste Shabani señaló que “en Maniema hay una práctica contra la que la educación pública no puede hacer mucho: el matrimonio precoz. Una vez que la niña se casa, por lo general como segunda o tercera esposa, es difícil hablar con ella sobre las consecuencias negativas de esa costumbre”, añadió.

La enfermera Mawazo contó que tuvo una fístula tras el nacimiento de su primer hijo. Tenía 15 años y no contó con asistencia médica durante el parto. Se realizó una cirugía reconstructiva hace dos años en el hospital de Kindu, donde trabaja, gracias a los médicos que trabajan allí con apoyo del UNFPA.

“Me alegra poder ayudar a otras mujeres que tienen el mismo problema y ayudarlas a realizarse una revisión médica y recibir atención para evitar las peores consecuencias”, dijo.

“A menudo, la pobreza y la ignorancia deja a las adolescentes sin recursos en una posición de debilidad respecto de hombres y jóvenes, y muchas quedan embarazadas, se casan rápido y tienen hijos en condiciones peligrosas, lo que favorece la aparición de fístulas obstétricas”, añadió.

### Suecia: Se incrementan los casos de encefalitis transmitida por garrapatas

29 de septiembre de 2011 – Fuente: *Eurosurveillance*



Hasta el 25 de septiembre de 2011, se han diagnosticado 204 casos de encefalitis transmitida por garrapatas (ETG), lo que indica que 2011 puede ser un año récord para la enfermedad en Suecia.

#### Antecedentes

El virus de la encefalitis transmitida por garrapatas (VETG) pertenece a la familia de los *Flavivirus*, que incluye un número importante de otros patógenos humanos, como el de la fiebre amarilla, la encefalitis japonesa, la fiebre del Nilo Occidental y el dengue. El VETG es transmitido al hombre por las garrapatas (*Ixodes ricinus* e *I. persulcatus*) y se encuentra en tres subtipos: el europeo, el siberiano y el del Lejano Oriente. El subtipo europeo está presente en Suecia; el primer caso clínico de ETG se registró en 1954 y el virus fue aislado en 1959. En Suecia, así como en otros países que rodean el mar Báltico, la ETG es endémica en las regiones costeras, pero también se dan casos alrededor de los lagos en el sur de Suecia y en la costa occidental del país. En Noruega y Dinamarca, el VETG fue descrito por primera vez en 2006.

La infección humana con VETG puede causar una enfermedad neurológica potencialmente grave. La gran mayoría de las personas infectadas tendrán síntomas leves o ausentes, mientras que en los pacientes con enfermedad clínica más marcada puede presentarse fiebre alta y encefalitis. Alrededor del 46% de los pacientes diagnosticados padecen de secuelas neurológicas permanentes. La tasa de letalidad en Europa es menor al 2%.

Desde mediados de 1950 se dispone de diagnósticos de laboratorio fiables, y la enfermedad es de notificación obligatoria al Instituto Sueco de Control de Enfermedades Transmisibles (SMI) desde 1969. La ETG se informa sobre la base de síntomas neurológicos clínicos y la confirmación de laboratorio. El número de casos se mantuvo bastante estable entre los años 1960 y 1970, pero han aumentado desde mediados de la década de 1980.

### Vacunación

La vacunación se introdujo en Suecia en 1988. Se necesitan tres dosis para lograr la protección. La vacunación no está subvencionada y sólo se recomienda para las personas que viven o visitan las "zonas de alto riesgo" (sobre todo las zonas costeras de los condados de Uppsala y Södermanland, el archipiélago de Stockholm, alrededores del lago Mälaren, y algunos focos locales alrededor de los lagos Vänern y Vättern). No se registra en Suecia la vacunación contra la ETG, pero el número anual de dosis vendidas (aproximadamente 500.000) indica que la cobertura es baja. Sólo se han realizado unas pocas investigaciones sobre la cobertura de vacunación, y que sugieren un máximo del 30% de cobertura en el condado de Stockholm.

### Aumento de casos

Entre 1956 y 1984, el número anual de casos de ETG en Suecia osciló entre un mínimo de 10 y un máximo de 50. Durante el período comprendido entre 1985 y 1999, el promedio anual de casos fue de 63. El número de personas infectadas por VETG se ha incrementado durante los últimos 11 años. Durante 2011, hasta agosto se habían registrado 161 casos, dando lugar a una incidencia de 1,7 por 100.000 habitantes para todo el país. Como la ETG se limita a algunas regiones del país, la incidencia en los condados Södermanland, Uppsala y Stockholm es mucho más alta: 9,29, 6,55 y 3,71, respectivamente. Sólo en agosto se registraron 83 casos, más que en cualquier otro mes en los últimos cuatro años. Hasta el 25 de septiembre de 2011 se había reportado un total de 204 casos de ETG en el año. En todo 2010 se registraron 174 casos, 210 en 2009, y 224 en 2008. El grupo de edad de 50 a 59 años fue el

Ubicación de los casos de la ETG en Suecia, 2010.

más afectado (24%) y el 55% de los casos eran varones. La edad y la proporción de sexos fueron similares a años anteriores.

### Discusión y conclusiones

El aumento de casos de ETG en Suecia durante los últimos años puede deberse a un incremento general de la población de garrapatas, aunque el comportamiento humano y el contacto con animales salvajes también podrían haber contribuido.

Entre los factores que ayudan a prosperar a las poblaciones de garrapatas podemos citar las temperaturas moderadas, la alta humedad y la permanencia de la cubierta de nieve durante el invierno, que actúa como aislante. El incremento de la temperatura media anual en las últimas décadas puede haber proporcionado condiciones más favorables para las garrapatas. En particular, la abundante cobertura de nieve en los últimos años, el incremento temprano de las temperaturas primaverales, así como los veranos no demasiado cálidos o secos pueden haber sido importantes factores positivos para la supervivencia y el éxito reproductivo de las garrapatas. Sin embargo, los factores climáticos pueden por sí solos contribuir a un aumento de la población de las garrapatas. La densidad de las poblaciones de las fuentes más importantes de sangre, como roedores, ciervos o liebres, también es importante.

Factores que influyen en la exposición humana a las garrapatas pueden ser el clima favorable y la abundancia de setas o frutos del bosque, que estimula las actividades al aire libre. En los últimos años, las primaveras han sido más cálidas que antes, al igual que los veranos y otoños, todo lo cual podría haber incrementado la exposición humana a las garrapatas.

### Unión Europea: El apoyo de los médicos es clave contra el sarampión

3 de octubre de 2011 – Fuente: Agencia Reuters



Con casi 30.000 casos de sarampión y ocho muertes por la enfermedad registradas en lo que va del año en la Unión Europea (UE), un alto cargo sanitario ha instado a los médicos a implicarse más para asegurarse que los padres vacunan a sus hijos con la triple viral.

El apoyo de los médicos a la vacuna triple de sarampión, parotiditis y rubéola es vital si Europa quiere detener los brotes de sarampión y tener la oportunidad de vencer a esta enfermedad, dijo el director del Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades (ECDC), Marc Sprender.

"Es crucial que los pediatras y médicos de familia ofrezcan información equilibrada y basada en pruebas para ayudar a los padres a decidir sobre las vacunas", señaló.

Pero Sprender está preocupado porque una parte significativa de ellos no lo está haciendo, lo que complica alcanzar la tasa de vacunación de al menos el 95% necesaria para ganar la batalla contra el sarampión.

“Las buenas noticias son que los padres confían en los médicos, pero los médicos deben ser un poco más conscientes de que pueden utilizar esa posición para convencer a los padres de que vacunen a sus hijos” explicó.

“La vacuna es extremadamente efectiva, pero es importante que consigamos una cobertura de vacunación de al menos el 95%, porque este virus es muy contagioso”, dijo.

Todos los países europeos se comprometieron con un objetivo de evitar el sarampión y la rubéola para 2010, una meta que han perdido y que ahora se ha trasladado a 2015. Sin embargo, los últimos datos indican que la tendencia avanza en la dirección contraria.

Francia, España, Alemania y Suiza experimentan grandes brotes de sarampión este año, con miles de casos registrados. Hasta agosto de 2011 se registraron más de 28.000 casos de sarampión en toda la UE.

Según el ECDC, en torno a un tercio de estos casos requirió hospitalización, y en los primeros seis meses del año el sarampión fue responsable de ocho muertes y 22 casos de una complicación grave llamada encefalitis aguda.

Las cifras de inmunización de la vacuna triple vírica cayeron en picada después de 1998, cuando la revista médica *The Lancet* publicó un estudio de Andrew Wakefield, un médico británico ahora caído en desgracia que según creen los investigadores falsificó datos que relacionaban la vacuna triple con el autismo y los desórdenes intestinales.

Desde entonces, el estudio ha sido rechazado de forma extensa por fallos graves, *The Lancet* ha retirado el artículo y Wakefield ha sido eliminado del colegio de médicos en Gran Bretaña.

Las muertes en todo el mundo por sarampión han caído un 78% entre 2000 y 2008, gracias en buena parte a las grandes campañas masivas de vacunación infantil. Pero la negativa de los padres a vacunar a sus hijos por miedo a los lazos con el autismo ha causado un alza en los casos de sarampión en Estados Unidos y Europa en los últimos años. Los expertos advierten que las muertes podrían seguir aumentando si la complacencia o la desinformación permiten que los esfuerzos de inmunización pierdan fuerza.

Sprenger señaló que las tasas de cobertura de la triple viral en toda la región están ahora en torno al 90%, dejando desprotegidos a grupos significativos de niños o adultos jóvenes.

La Agencia británica de Protección de la Salud (HPA) emitió una advertencia este mes cuando los estudiantes volvieron a las universidades, indicando que los padres debían asegurarse de que habían recibido la vacuna triple viral. En Inglaterra y Gales hubo 777 casos confirmados de sarampión hasta fines de julio de 2011, frente a los 374 de todo 2010.

Sprenger dijo que dado que los médicos de familia y visitantes médicos o enfermeras son “la espina dorsal” de los programas nacionales de inmunización en la UE, su papel es clave.

Pero citó los hallazgos de encuestas realizadas en Francia, Italia y Alemania que mostraban que a menudo el personal sanitario tenía sentimientos encontrados, estaba mal informado o era escéptico sobre la vacuna triple viral, años después que el estudio fallido de Wakefield haya sido rechazado y retirado.

En Alemania, por ejemplo, una encuesta de 2008 entre 549 comadronas mostró que un cuarto de ellas se oponía a la vacunación de sarampión.

“La gente confía en sus médicos, así que pueden marcar una diferencia de verdad”, dijo Sprenger. “Sabemos con seguridad que esta enfermedad no está desapareciendo. Sigue creciendo, y el pico de esta epidemia fue mucho más alta que el año pasado”.

“Si no cambiamos esta tendencia, no podremos eliminar el sarampión para 2015”, concluyó.

## El increíble camino de la gripe pandémica de 1918

29 de septiembre de 2011 – Fuente: *Proceedings of the National Academy of Sciences*

PNAS

El virus de la influenza que mató a 50 millones de personas en todo el mundo en 1918 circulaba por Estados Unidos al menos cuatro meses antes que el brote alcanzara niveles pandémicos en otoño de ese año, aseguran investigadores.

Sus hallazgos provienen de exámenes de tejido pulmonar conservado y otras muestras, recolectadas durante las autopsias de 68 soldados estadounidenses que murieron de infecciones respiratorias en 1918.

Las proteínas y el material genético del virus de la gripe de 1918 se hallaron en los especímenes de 37 de los soldados, incluso de cuatro que murieron entre mayo y agosto, meses antes de que la pandemia alcanzara su pico.

Esos cuatro casos son los casos conocidos documentados más tempranos del mundo de la pandemia de gripe de 1918, según el equipo del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas de Estados Unidos.

Los investigadores también hallaron que el daño tisular y la enfermedad clínica de las víctimas previas a la pandemia eran iguales que en los casos que ocurrieron en el apogeo de la pandemia. Eso indica que el virus no pasó por cambios importantes que puedan explicar el inusualmente alto número de muertes que ocurrieron durante la pandemia.

Al igual que el virus de la gripe pandémica A/H1N1 de 2009, la gripe de 1918 también se replicaba en el tracto respiratorio superior e inferior, mostraron los materiales de la autopsia de los soldados.<sup>4</sup>

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

## Publicidad relacionada con la salud



**¿Tienen tus hijos todas las vacunas?  
¡Demuéstralo!**

**Consulta a tu médico privado o al departamento de salud local.**

Department of Social and Health Sciences (1983. Washington, Estados Unidos).

A todos aquellos cuyo interés sea el de difundir reportes breves, análisis de eventos de alguna de las estrategias de vigilancia epidemiológica a través de unidad centinela y/o nodo de vigilancia clínica, o actividades de capacitación de su nivel local, les solicitamos nos envíen su artículo para que sea publicado en el Reporte Epidemiológico de Córdoba.

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

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.