

Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente

Córdoba – República Argentina

Sede del XII Congreso de la Sociedad Argentina de Infectología 2012



765

07/10/2011

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 Córdoba

Córdoba: Se aprovechará la campaña contra el VPH para completar los esquemas de vacunación

Noticias de Argentina

Argentina: En el país hay 695 casos detectados de lepra

Argentina: Vigilancia de eventos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización (ESAVIs) – Segunda parte

Entre Ríos, Chajarí: Lanzamiento nacional del programa para prevenir enfermedades transmitidas por animales

Noticias de América

Bolivia, Cochabamba: Analizan un posible caso de rabia humana

Bolivia: Solicitan vacunas a Argentina para frenar el brote de influenza A/H1N1

Chile, Los Ángeles: Brote intrahospitalario de sarna noruega

Chile, Santiago: Se registran 10 nuevos casos de fiebre tifoidea en una semana

Ecuador: El sarampión llega a Quito y ahora también hay casos de rubéola

Nicaragua: Reportan primer caso de influenza A/H1N1

Panamá: Ya son 1.800 los casos de dengue clásico en el país

Miles de enfermos de Chagas se quedan sin tratamiento

Noticias del mundo

India, Surat: Hizo falta la peste para educar sobre higiene

Sudán del Sur, Rokwe: En medio de la guerra civil, una colonia para leprosos es el lugar más seguro

Esfuerzo global para acabar con la dracunculiasis



Noticias de Córdoba

Córdoba: Se aprovechará la campaña contra el VPH para completar los esquemas de vacunación

6 de octubre de 2011 – Fuente: La Mañana de Córdoba (Argentina)



Los vacunatorios provinciales y municipales de Córdoba aprovecharán la campaña de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) para aplicar y completar las inoculaciones dispuestas por el calendario nacional oficial.

“Ésta es una buena instancia para colocar las vacunas que faltan, como la hepatitis B y la triple acelular”, señaló María Frías Céspedes, jefa del Área de Epidemiología de la Provincia.

La especialista indicó además que “estas vacunas, la triple acelular y la de la hepatitis B, son necesarias sobre todo si tenemos en cuenta los brotes de tos convulsa que se manifiestan en todas partes del mundo”.

Frías Céspedes indicó que es necesario que los médicos y enfermeros de los centros de vacunación, que desde el lunes están inoculando a las niñas de 11 años contra el VPH, aprovechen para completar las vacunas del calendario oficial.

Al respecto Sandra Marcela Belfiore, a cargo de Inmunizaciones de la Provincia, destacó que el conflicto en los hospitales provoca una baja asistencia de las niñas a los vacunatorios.

“En general es poca la gente que está asistiendo a los hospitales, la campaña marcha lenta. Por el paro en los hospitales las mamás no van masivamente, aunque a los que se presentan se los vacuna. Las campañas no están afectadas por las medidas”, explicó Belfiore.

La especialista destacó que la población debe tener en cuenta que la campaña del VPH está destinada solamente a las niñas de 11 años nacidas desde enero de 2000, “ya que son muchas las mamás con niñas de 13 o 14 años que quieren que vacunen a sus hijas”.

“Y esto tiene una razón de ser. En nuestro país estratégicamente se eligió la edad de 11 años porque es una edad en que la mayor parte de los chicos no comenzó sus relaciones sexuales, y es un momento en el que corresponde la aplicación de una serie de otras vacunas como la de la hepatitis B, la triple viral (sarampión, rubéola y parotiditis), y la triple bacteriana acelular (difteria, tétanos y tos convulsa) en adolescentes.

Belfiore recordó que se aplican tres dosis de la vacuna contra el VPH: la primera a los 11 años, la segunda al mes de la primera y la tercera a los 6 meses de la primer colocación.

En Córdoba se calcula que hay alrededor de 27.000 niñas de 11 años, por lo que las dosis que llegaron de la Nación alcanzan para cubrir la primera dosis para esta población. En tanto, se espera para los próximos días que lleguen las correspondientes a la segunda colocación.

Noticias de Argentina

Argentina: En el país hay 695 casos detectados de lepra

5 de octubre de 2011 – Fuente: El Litoral (Corrientes)

El Litoral

En Argentina hay 695 enfermos de lepra diagnosticados, según datos de la Sociedad Argentina de Leprología. Las provincias con más cantidad de casos son Buenos Aires (129), Formosa (122) y Chaco (111). En el norte de Santa Fe y en el Gran Rosario también hay una cantidad significativa de pacientes.

Hay una creencia falsa de que la lepra ha desaparecido. Por el contrario, la enfermedad aún existe y tiene cura. Según la Sociedad Argentina de Dermatología (SAD), cada año se detectan aproximadamente 350 nuevos casos de lepra en el país.

Por eso, esta semana se celebra la Campaña Nacional de Educación y Prevención de la Lepra. El objetivo es alertar sobre esta enfermedad e informar cómo reconocerla, ya que con una atención temprana de los síntomas, la lepra se puede frenar.

La lepra es una enfermedad endémica en Argentina, con una prevalencia regional importante en el noreste del país, en la Región Centro, en la provincia de Buenos Aires y en el Gran Buenos Aires.

La lepra es de muy difícil contagio. Se transmite de persona a persona por un contacto directo y prolongado, calculado en aproximadamente de 3 a 5 años. Como en toda enfermedad infectocontagiosa, el hacinamiento, las malas condiciones de higiene y la malnutrición favorecen su desarrollo.

La clave de la cura de la lepra es el diagnóstico temprano, ya que un tratamiento adecuado permite cortar la cadena de contagios y evitar las discapacidades que la enfermedad puede provocar. El tratamiento tiene una duración de seis meses a un año, según la forma clínica que manifieste la enfermedad. La medicación es otorgada gratuitamente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y distribuida por el Programa Nacional de Lucha contra la Lepra. Siempre se deben utilizar varios medicamentos a la vez, por lo que se denomina tratamiento multidroga (TMD).

Dependiendo del contexto psicológico y cultural del enfermo, la relación social, laboral y familiar del mismo puede verse afectada. Esto se debe al rechazo y al temor que la lepra siempre ha provocado, pero hay que perder el prejuicio a la enfermedad. Por ejemplo, antes se recluía a los enfermos en leprosarios, pero desde hace tiempo esto no hace falta porque existen medicamentos muy eficaces que permiten que el tratamiento sea ambulatorio.

Son 213.000 las personas que padecen lepra en todo el mundo, según las cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La mayor cantidad de pacientes están en Asia y África. Cada año se reportan más de 200.000 nuevos casos a nivel mundial.

Argentina: Vigilancia de eventos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización (ESAVIs) – Segunda parte



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

ESAVIs de la vacuna pentavalente

En mayo de 2009, se introdujo la vacuna pentavalente al Calendario Nacional de Inmunizaciones, con un esquema de primera dosis a los dos meses y refuerzos a los 4 y 6 meses de edad.

Se han registrado 36 ESAVIs entre los años 2009 y 2010, siendo 31 de los casos relacionados con la vacuna y uno por error programático, que correspondió a la aplicación de la vacuna antes de los dos meses de edad. Hubo un caso perdido en seguimiento.

Los 36 casos tuvieron recuperación *ad integrum*, no presentando secuelas. No hubo fallecidos. La mediana de demora en la notificación fue de 3 días, con un rango de 0 a 61.

En este período solamente cinco jurisdicciones notificaron casos: Santa Fe, Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), La Pampa y Mendoza.

La mayoría de los ESAVI notificados fueron leves (N=16). Los síntomas más frecuentes fueron fiebre (N=11) y rash (N= 5).

De los casos severos relacionados con la vacuna, diez requirieron internación: convulsiones febriles (4 casos), cianosis y temblor generalizado (2 casos); y episodio de hipotonía hiporrespuesta, episodio convulsivo, episodio de angioedema en cara y cuello, fiebre y livideces (un caso cada uno).

Durante 2011, el Sistema Nacional de Vigilancia de ESAVI del Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (PRONACEI), en forma pasiva, ha recibido la notificación hasta la semana epidemiológica 36 de 24 casos de ESAVI.

La mayoría de los ESAVI se registraron durante la aplicación de la primera dosis de vacuna, sin previa exposición a la misma.

Figura 1. ESAVIs notificados para vacuna pentavalente, según clasificación. República Argentina. Año 2011, hasta semana epidemiológica 36. Fuente: PRONACEI. (N=24)

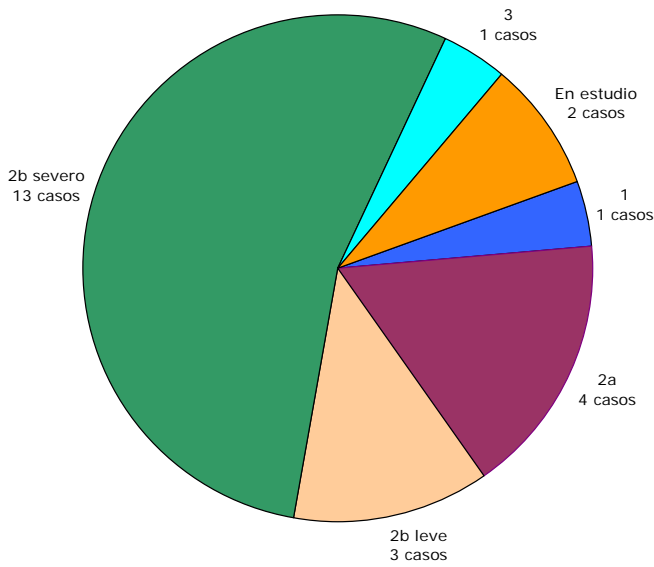


Figura 2. ESAVIs notificados para vacuna pentavalente, según dosis de presentación. República Argentina. Año 2011, hasta semana epidemiológica 36. Fuente: PRONACEI. (N=24)

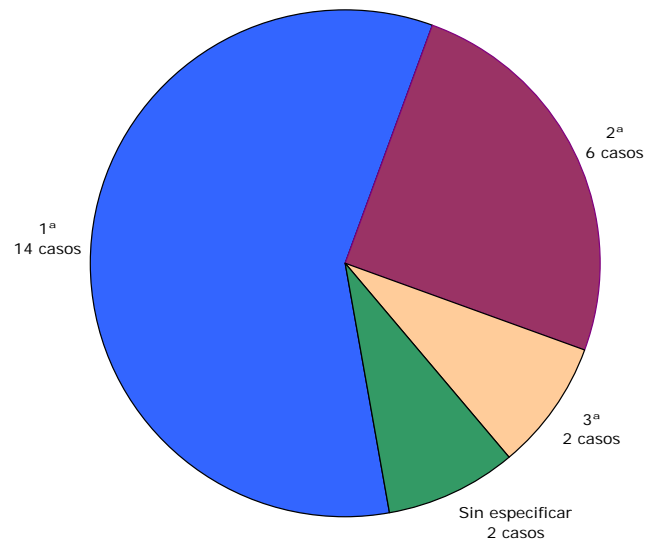
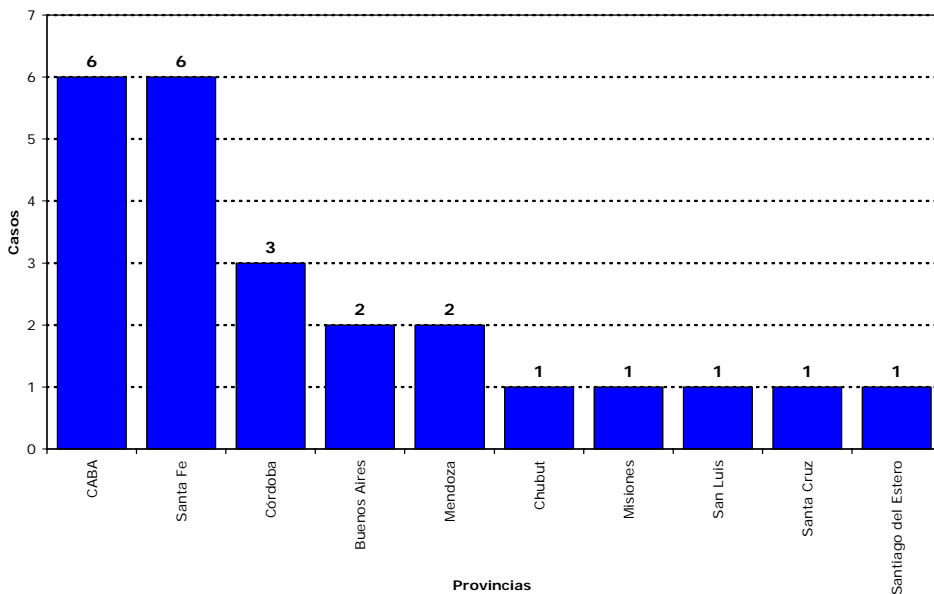


Figura 3. ESAVIs notificados para vacuna pentavalente, según clasificación. República Argentina. Año 2011, hasta semana epidemiológica 36. Fuente: PRONACEI. (N=24)



Diez jurisdicciones han notificado ESAVIs por vacuna pentavalente, siendo Santa Fe y CABA las que lo hicieron en más ocasiones.

Durante el primer semestre de 2011 se aplicaron 678.292 dosis de vacuna pentavalente.¹

Asimismo, la tasa de cobertura en el primer semestre es del 40,2% para primera dosis, 32,5% para segunda dosis, 39,3% para tercera dosis y 40% para el refuerzo de los 18 meses.

El cálculo estimativo de tasa de ESAVI, con la proyección de 1.000.000 dosis para el semestre, de acuerdo a los casos notificados, es de 7,7 para primera dosis, 4,1 para segunda dosis y 1,14 para tercera dosis. La tasa de ESAVI severo es de 1,91.

¹ Datos parciales. Faltan las dosis aplicadas y coberturas de la Provincia de Buenos Aires.

Conclusiones y recomendaciones

Es fundamental destacar la importancia del trabajo multidisciplinario para la interpretación adecuada de los datos, así como también la notificación de los casos de ESAVI severos para poder realizar un análisis de causalidad y arribar a conclusiones sólidas, que permitan implementar acciones oportunas y efectivas. Esto permitirá mantener coberturas adecuadas de vacunación, en forma consistente, sin generar confusión en la población general.

La notificación de ESAVI por pentavalente, como por vacunas en general es muy bajo. Existe una subnotificación, lo cual dificulta la correcta investigación de los casos, y toma de decisiones basadas en los datos locales. Si bien en 2011 aumentaron los casos notificados, se debe en parte a una sensibilización en la notificación de ESAVI por parte de los efectores.

Los casos notificados por vacuna pentavalente, fueron en su mayoría severos, no registrándose fallecidos, ni secuelas en ninguno de los casos, así como también la mayor tasa de notificación observada es con la primera dosis de vacuna.

En todos los casos de ESAVI severo se recomienda continuar esquema con séxtuple acelular.

Al detectarse un error programático se debe realizar educación del personal de salud en el centro de vacunación para evitar episodios similares posteriores.

Los casos de ESAVI leve continuarán con esquema regular del Calendario Nacional de Inmunizaciones.

Si bien a la fecha y con este reporte de ESAVI, consideramos que la vacuna pentavalente Heberpenta®, incluida en el Calendario Nacional de Inmunizaciones es una vacuna eficaz y segura, y que los eventos registrados en Argentina están dentro de lo esperado, es necesario continuar con una estrecha vigilancia de la misma, para poder mantener la confianza de la población en esta vacuna, así como también alcanzar los niveles requeridos de cobertura necesaria para proteger a la población contra la tos convulsa, tétanos, difteria, hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo B.²

Entre Ríos, Chajarí: Lanzamiento nacional del programa para prevenir enfermedades transmitidas por animales



6 de octubre de 2011 – Fuente: Ministerio de Salud – Provincia de Entre Ríos (Argentina)



Con la presencia del Viceministro de Salud de la Nación y Secretario de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias, Eduardo Bustos Villar, y el ministro de Salud de Entre Ríos, Ángel Giano, en suelo entrerriano se realizó el lanzamiento formal del Programa Nacional de Tenencia Responsable de Mascotas, destinado a reforzar el sistema sanitario y prevenir enfermedades transmitidas por animales. El programa propone resguardar los derechos de los animales y preservar a la población de las enfermedades transmitidas por perros y gatos.

En Chajarí, luego de las palabras de bienvenida del intendente Juan Javier García, el ministro de Salud de Entre Ríos, Ángel Giano, y el viceministro de Salud de la Nación, Eduardo Bustos Villar, se refirieron a los alcances del Programa Nacional sobre Tenencia Responsable de Mascotas, que fue presentado en Entre Ríos para todo el país y que dispone reforzar la prevención de enfermedades transmitidas por animales y fomentar el cuidado de los mismos.

“El hecho de que estamos hoy en Entre Ríos, muestra el compromiso que esta gestión pone de manifiesto en los temas de salud”, valoró Bustos Villar, al presentar el Programa que, indicó, requiere de la fuerte articulación entre Nación, provincia y municipio. “Estamos trabajando en el territorio desde el Gobierno Nacional, tenemos responsabilidad social, somos ciudadanos y somos pueblo”, manifestó al relacionar también el valor social que tenemos todos en tanto ciudadanos frente a estos temas, y en particular por el cuidado a la salud.

“Este programa que comenzó a desarrollarse en Entre Ríos, se enmarca en un proyecto nacional, centrado en la prevención, y se funda en el deber ciudadano sobre la tenencia responsable de mascotas, el resguardo de sus derechos y plantea la elaboración de políticas sanitarias basadas en el derecho humano a la salud” sostuvo el ministro Giano al tiempo que agradeció al intendente Juan Javier García y a todos los equipos tanto de Nación, provincia y municipio “por el compromiso con la salud de la población”.

Por su parte el presidente Municipal, Juan Javier García, destacó el rol fundamental que tiene toda la comunidad, y en alusión directa a los establecimientos educativos que acompañaron el acto sostuvo que “a través de la educación se pueden brindar pautas para fortalecer las políticas públicas”.

El acto que comenzó a las 11 de la mañana, en la Plaza Libertad del barrio Santa Rosa de la ciudad de Chajarí, donde una masiva concurrencia de personas asistió para recibir información y continuar con las acciones que el Ministerio de Salud entrerriano viene desarrollando a través de la Dirección de Epidemiología, y donde fueron convoca-

² Para ficha de notificación, definiciones de casos, flujo de notificación y recomendaciones, haga clic [aquí](#).

dos además a veterinarios de la provincia, al equipo de salud, a entes municipales, y a la comunidad para trabajar de manera coordinada y optimizar la eficacia de la propuesta con información y sensibilización acerca de este tema.

Más acciones de prevención

Entre Ríos -que ya viene trabajando con el Colegio de Veterinarios y otras asociaciones sobre el tema- se suma de este modo al programa nacional profundizando el desarrollo en acciones que favorezcan la protección de los animales, pero que fundamentalmente apunta al mejoramiento del estado sanitario de la población.

Durante toda la semana, la cartera sanitaria provincial, a través de la Dirección de Epidemiología, desarrolló un trabajo en terreno en Chajarí, yendo casa por casa, haciendo encuestas y censos con el objetivo de crear bases de datos respecto a la tenencia de mascotas y difundiendo pautas sobre la tenencia responsable.

Del mismo modo se cumplió con tareas de vacunación y desparasitación de perros y gatos en la Plaza Libertad de Chajarí, donde se instaló un quirófano móvil de la Fundación Un Hogar para Todos, para realizar castraciones. Este jueves está previsto la continuidad de las medidas: desparasitaciones y vacunaciones en otros barrios de la localidad.

Noticias de América

Bolivia, Cochabamba: Analizan un posible caso de rabia humana

Los Tiempos

6 de octubre de 2011 – Fuente: Los Tiempos (Bolivia)

Un nuevo caso de rabia humana se habría detectado en la ciudad de Cochabamba y aunque existen síntomas que hacen presumir esta situación, todavía no se ha confirmado a través del laboratorio.

“Hay un paciente sobre el cual no podemos decir nada todavía, pero en medicina, cualquier síntoma que sea nos hace presumir la presencia de la enfermedad y en este caso se trata de una niña de siete años de edad”, dijo el director del Servicio Departamental de Salud (SEDES), Gustavo Sánchez.

Los resultados se tendrán en los próximos días, pero por el momento en el Hospital Materno Infantil ‘Germán Urquidí’ se están tomando todas las medidas de precaución necesarias como la oxigenación de la paciente, la vigilia permanente del comportamiento físico, además de la revisión del estado general de la paciente.

De confirmarse, este sería el segundo caso de rabia humana en Cochabamba, pues el primero se registró en abril de este año y cobró la vida de una niña que fue mordida por su cachorro.

Hasta la fecha son 67 los casos de rabia canina y más de 3.000 las personas que reportaron haber sufrido la mordedura de un animal. A pesar de estos datos, Cochabamba es el segundo departamento con la mayor cantidad de casos, pues Santa Cruz es la región en la que existen más canes que enfermaron y murieron con este mal.

Bolivia: Solicitan vacunas a Argentina para frenar el brote de influenza A/H1N1

AP Associated Press

6 de octubre de 2011 – Fuente: Agencia The Associated Press

Bolivia solicitó un préstamo a Argentina de 120.000 dosis de vacunas para contener un brote inusual de influenza A/H1N1 que ha cobrado la vida de tres personas en lo que va del año, informó la ministra de Salud.

“La reserva de 70.000 vacunas de que disponía el país está agotándose ante un aumento en la demanda de los ciudadanos que tratan de evitar el contagio”, dijo Nila Heredia.

Hasta ahora 540 casos fueron confirmados, 79% de ellos en la región oriental de Santa Cruz, donde las autoridades declararon “alerta roja” sanitaria y ordenaron el cierre temporal de escuelas y colegios para evitar la propagación del mal.

“Se trata de un brote atípico en primavera, cuando la tendencia es más bien declinante”, dijo Heredia. Aseguró que el brote está controlado.

El año pasado el país registró 600 casos y 13 fallecidos por la virulenta cepa.

Chile, Los Ángeles: Brote intrahospitalario de sarna noruega

biobio

6 de octubre de 2011 – Fuente: Bio-Bío (Chile)

La epidemióloga de la autoridad sanitaria de la provincia de Bío-Bío, María Elena Umaña, confirmó un brote de sarna noruega que se habría originado al interior del Hospital Base de Los Ángeles.

La enfermedad la portaba un paciente que estaba internado en el recinto y se contagiaron al menos 7 funcionarias de especialidades quirúrgicas del establecimiento.

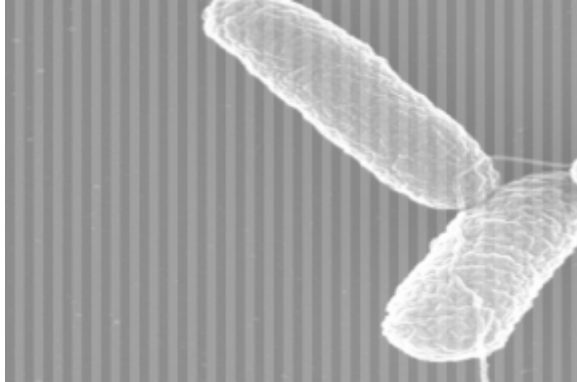
Umaña tildó al personal del Hospital Base de Los Ángeles de “porfiado”, al no respetar las medidas básicas de higiene, como el uso de guantes.

La profesional hizo hincapié en que el brote se detuvo gracias a la desinfección de los implementos que se utilizan al interior del recinto y al tratamiento de las personas contagiadas. No obstante son los propios funcionarios del hospital quienes a través de correos electrónicos y llamados han manifestado su preocupación por la incubación del ácaro.

Cabe consignar que la sarna noruega es producida por un parásito que se aloja bajo la piel y es de alta agresividad, logrando abarcar zonas extensas de piel que se sobreinfectan, por lo que puede incluso causar la muerte, afectando especialmente a los pacientes.³

Chile, Santiago: Se registran 10 nuevos casos de fiebre tifoidea en una semana

5 de octubre de 2011 – Fuente: Bío-Bío (Chile)



Se registraron 10 nuevos casos de fiebre tifoidea en una semana en la Región Metropolitana, todos ellos en el sector poniente de la capital, específicamente en las comunas de Quinta Normal, Lo Prado y Pudahuel.

Se encuentra en alerta la Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Salud Metropolitana por el aumento de casos, que en lo que va del año ha afectado a 50 personas, que han tenido que someterse a tratamiento antibiótico.

La autoridad sanitaria insistió en la importancia de lavarse las manos con agua y jabón antes y después de ir al baño, y cada vez que se come, y enjuagar o cocer las frutas y verduras.

Además, la Seremi Rosa Oyarce tomó muestras de hortalizas en ferias libres de Santiago, para tratar de identificar la fuente de esta bacteria.

La infectóloga del Hospital 'San Juan de Dios', donde se han registrado seis casos, Patricia Vásquez, explicó que si la enfermedad no se trata a tiempo puede causar una perforación intestinal que puede producir la muerte.

Hasta ahora no se han registrado fallecimientos por esta causa.

Ecuador: El sarampión llega a Quito y ahora también hay casos de rubéola

6 de octubre de 2011 – Fuente: La Gaceta (Ecuador)



Un niño de 10 años se encuentra aislado en el Hospital Pediátrico 'Baca Ortiz' de la ciudad de Quito, luego de que se confirmó que está infectado con el genotipo 3 de sarampión (genotipo presente en África y Estados Unidos).

La directora de la institución, Alexandra Rosero, confirmó la enfermedad detallando que se han tomado las medidas necesarias para evitar la propagación de la enfermedad.

A todos los pacientes que se encuentran internados en ese nosocomio, así como al personal de salud se los ha procedido a vacunar, no así a los pacientes que recién llegan, ya que la enfermedad se transmite directamente, dijo Rosero. Agregó que no existe ningún problema para la atención en el área de consulta externa y en emergencia, ya que el menor se encuentra aislado con todas las medidas de seguridad.

Rosero afirmó que "no está claro el nexo epidemiológico porque el niño no salió de la ciudad. Hay un posible nexo con personas que estuvieron en la provincia del Tungurahua, pero todavía no se lo ha confirmado".

La alerta por el brote de sarampión que empezó en julio en Quisapincha (Tungurahua) y que hasta ayer, según el Ministerio de Salud dejaba 82 casos notificados, 28 de ellos confirmados por laboratorio, ya se instaló en esa zona limítrofe entre Cotopaxi y Los Ríos.

También se extendió a Pastaza, con tres (dos de ellos miembros de la comunidad Huaorani), y a Santo Domingo, donde hay tres. En Loja se descartó que hayan existido dos casos de sarampión.

El ministro de Salud, David Chiriboga, anunció que este fin semana llegarán al país 250.000 dosis de vacuna contra el sarampión. El Gobierno importará un total de un millón y medio de vacunas, que se aplicarán a los niños de entre seis meses y cinco años.

Al alerta por casos de sarampión se suman tres casos de rubéola en Los Ríos, confirmados por las autoridades de esa provincia. Los casos corresponden a tres alumnos de la Escuela 'Manuela Cañizares' de ese cantón, a quienes los médicos que los atendieron el pasado 7 de septiembre les diagnosticaron alergia por intoxicación alimenticia, pero después de realizarse exámenes de sangre se comprobó que era rubéola. Aún faltan los resultados de otros menores que presentaron similares síntomas.

³ La sarna noruega, costrosa o hiperqueratósica, es una forma particular de sarna, mucho más frecuente en pacientes inmunodeprimidos que en la población general. Se caracteriza por la gran cantidad de parásitos que albergan las lesiones cutáneas, motivo por el cual es altamente contagiosa y difícil de tratar. Se afirma que el número promedio de ácaros en estos casos es de dos millones.

La incidencia de la sarna noruega se ha visto incrementada en pacientes inmunodeprimidos, transplantados renales, con infección del VIH, así como en personas con síndrome de Down y retraso mental. La sarna noruega clínicamente se manifiesta con placas blanco grisáceas, gruesas y friables, a menudo fisuradas, de aspecto psoriasiforme, que pueden tener una distribución difusa, o afectar a determinadas zonas del tegumento cutáneo, produciendo prurito de intensidad variable. Su diagnóstico se confirma con el examen microscópico de las escamas cutáneas, tomadas mediante el raspado de las lesiones, observándose la presencia de parásitos, huevos y heces. El tratamiento de la sarna noruega representa un serio problema, debido a la gran cantidad de parásitos que albergan las lesiones, lo que hace muy difícil su erradicación solamente con terapia local y por la poca penetración del tratamiento tópico a través de las gruesas lesiones costrosas. Sin embargo, el uso de ivermectina oral, sola o combinada con el tratamiento tópico, ha supuesto un gran avance en el tratamiento de esta forma de sarna.

Nicaragua: Reportan primer caso de influenza A/H1N1

6 de octubre de 2011 – Fuente: Agencia Xinhua



El Ministerio de Salud (MINSa) de Nicaragua reportó hoy el primer caso de influenza A/H1N1, en Managua, quien se encuentra hospitalizado, en estado estable y con medicación.

El hombre afectado tiene 24 años de edad y está hospitalizado, informó el MINSa en un comunicado.

Con este primer caso confirmado de influenza A/H1N1 en Managua se activó el sistema de vigilancia por la enfermedad en los puertos, aeropuertos y fronteras del país; sin embargo, como en los casos anteriores, se tiene la confianza de evitar un brote.

“La población debe lavarse las manos, protegerse al toser, no acudir a sitios cerrados o aglomerados y visitar el centro de salud si presenta síntomas de la enfermedad”, recomendó el MINSa.

“En caso de que alguna persona presente síntomas como fiebre, secreción nasal y mareos, debe asistir de inmediato al centro de salud más cercano”, alertó la entidad y señaló que en estos lugares existen suficientes medicamentos para atender la enfermedad.

Agregó que esta situación se presenta por la época de lluvia, por lo cual también se está vigilando cualquier brote de otras enfermedades como dengue, leptospirosis y diarrea.

Durante el brote de influenza A/H1N1 en 2009 en Nicaragua murieron al menos 11 personas, entre ellos una niña de cinco años.

Panamá: Ya son 1.800 los casos de dengue clásico en el país

6 de octubre de 2011 – Fuente: Prensa (Panamá)

prensa



En Panamá se han registrado 1.800 casos de dengue clásico, según lo dio a conocer este jueves el ministro de Salud, Franklin Vergara.

Vergara dijo que la cifra supera las estadísticas de 2010, que – según dijo– eran muy buenas. Además, el titular de Salud reiteró que se han reportado 10 muertes comprobadas por el dengue, a diferencia de lo ocurrido el año pasado, cuando no hubo casos fatales.

Vergara dijo que sigue existiendo una falta de conciencia ante esta situación de salud pública, que se nota principalmente en las personas que tienen talleres o que manejan chatarras quienes, a pesar de las multas, “se burlan y ríen de nosotros”.

Por tal motivo, el ministro anunció que “facultados en las leyes del Código Sanitario, vamos a conducir a los dueños de establecimientos que insistan en producir ese daño a la salud pública que es punible incluso con prisión”.

A su vez, el funcionario envió un mensaje a la comunidad para que evite los criaderos del mosquito transmisor del dengue.

Miles de enfermos de Chagas se quedan sin tratamiento

5 de octubre de 2011 – Fuente: Médicos sin Fronteras



Miles de personas se quedarán sin tratamiento de la enfermedad de Chagas en los próximos meses debido a la escasez de benznidazol, el medicamento usado como primera línea en la mayoría de países endémicos. Cuando varios países querían revertir activamente el olvido que han sufrido los enfermos de Chagas durante años, amenaza con agotarse el suministro del tratamiento. Ante esta grave situación, la organización médico-humanitaria Médicos Sin Fronteras (MSF) pide al Ministerio de Salud de Brasil, responsable del único laboratorio que produce benznidazol en el mundo, que mantenga su compromiso con los enfermos de Chagas y ponga en marcha acciones inmediatas para asegurar la disponibilidad del medicamento.

En la actualidad los programas de control del mal de Chagas dependen exclusivamente de un solo laboratorio farmacéutico que produce los comprimidos de benznidazol, el laboratorio público brasileño LAFEPE (Laboratorio Farmacéutico do Estado de Pernambuco). La responsabilidad de fabricar el principio activo usado por este laboratorio fue recientemente transferida a una única compañía privada, Nortec Química. Hoy no existe suficiente principio activo para producir las píldoras que se necesitan, y Nortec todavía tiene que validar su producción. Además, LAFEPE ha incumplido su compromiso de comunicar y cumplir un cronograma de fabricación que asegurara la disponibilidad del medicamento.

Un futuro incierto hasta mediados de 2012

Como consecuencia, varios programas nacionales de control del mal de Chagas en Latinoamérica ya tienen dificultades para satisfacer la demanda de nuevos tratamientos y se espera que en los próximos meses se agoten todas las reservas. El Ministerio de Salud brasileño no ha proporcionado ninguna información sobre la situación, y tampoco la Organización Mundial de la Salud (OMS) ni la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han puesto en marcha un plan de contingencia para reservar stocks del medicamento para los casos de mal de Chagas agudo. Actualmente

se desconoce cuándo estará disponible el benznidazol, pero según varias estimaciones no será antes de mediados de 2012.

“Es una situación inadmisibles. En nuestro proyecto en Boquerón, una de las zonas con mayor prevalencia de mal de Chagas en Paraguay, nos hemos visto obligados a suspender el diagnóstico de enfermos porque ya no tenemos medicamentos para tratarlos”, afirma el Dr. Henry Rodríguez, coordinador general de los proyectos de MSF en Bolivia y Paraguay. “Durante décadas, la enfermedad de Chagas ha sido una enfermedad totalmente olvidada y, ahora que por fin se estaba priorizando el diagnóstico y tratamiento de enfermos, nos quedamos sin medicamento. No podemos permitir que esta situación se alargue, debemos encontrar una solución urgente para nuestros pacientes”.

Brasil debe cumplir su compromiso con los pacientes

En los últimos años ha aumentado significativamente la demanda de tratamiento porque ahora se trata tanto a niños como a adultos. Además, la OMS y la OPS han promovido activamente la integración del diagnóstico y tratamiento en la atención primaria de salud. Todos estos avances se ven ahora amenazados por la falta de benznidazol. “Sabemos que el tratamiento actual es más efectivo y presenta menos complicaciones cuanto antes tratemos al paciente. Sin embargo, ahora nos vemos obligados a retrasar su administración”, explica el Dr. José Antonio Bastos, presidente de Médicos Sin Fronteras España.

Ante esta crítica situación, MSF ha pedido al Ministerio de Salud de Brasil que se comprometa a acelerar el proceso actual de producción de benznidazol, agilizando su validación con el principio activo fabricado por Nortec. Dado que el proceso de producción, distribución y comercialización durará meses, Brasil debe encabezar un plan de contingencia a nivel regional –con el apoyo de la OPS–, para el uso racional de los stocks de benznidazol entre los grupos más vulnerables de los países endémicos. MSF también apela a los ministerios de Salud de los países endémicos para que pidan la implementación urgente de este plan de contingencia, mientras se buscan soluciones definitivas a largo plazo.

“El Gobierno brasileño ha sido pionero en la producción de medicamentos genéricos, demostrando su compromiso con la gente que necesita acceso a tratamiento. Ahora tiene que actuar con celeridad para cumplir su compromiso con los enfermos de Chagas de todo el mundo”, concluye el Dr. Bastos.

Sobre la enfermedad de Chagas

El mal de Chagas o tripanosomiasis americana es una enfermedad infecciosa provocada por el parásito *Trypanosoma cruzi*. Endémica en varios países latinoamericanos, la enfermedad provoca 12.500 muertes cada año y se estima que entre 8 y 10 millones de personas la padecen. Además, como resultado del aumento de los desplazamientos a nivel global, cada vez se están reportando más casos en Estados Unidos, Europa, Australia y Japón.

En la mayoría de los países latinoamericanos, la principal vía de transmisión es a través de insectos triatomíneos, aunque también se puede transmitir de madre a hijo, por transfusiones de sangre, trasplante de órganos, alimentos contaminados y accidentes de laboratorio. En general la infección no presenta síntomas, por lo que la mayoría de los enfermos desconocen que están infectados. Sin embargo, con la evolución de la enfermedad, aproximadamente un 30% de los afectados desarrollará lesiones cardíacas y un 10% gastrointestinales irreversibles que pueden ser fatales.

Hasta hace algunos años se pensaba que el tratamiento solo era efectivo en la fase aguda (hasta tres meses después de la infección) y en estadios muy tempranos de la fase crónica. No obstante, los resultados de estudios recientes demuestran que el tratamiento también puede ser efectivo en la fase crónica. Asimismo, en los últimos años se ha probado que los efectos secundarios de la medicación, más comunes en adultos, son manejables y que, bajo supervisión, el tratamiento es factible incluso a nivel de atención primaria de salud.

Noticias del mundo

India, Surat: Hizo falta la peste para educar sobre higiene

4 de octubre de 2011 – Fuente: GlobalPost



Cuando un brote de peste neumónica golpeó Surat, en 1994, la llamada “ciudad del diamante” dio un paso sin precedentes en lo que respecta a India: hizo sus deberes ambientales.

Más conocida por su industria textil y por las industrias de pulido de diamantes, Surat cayó víctima de la plaga ya que se encontraba entre las ciudades más sucias de India, aunque su actitud displicente hacia la basura y aguas residuales no es inusual en un país en el que se podría poner en tela de juicio la cuestión de la higiene.

Pero gracias a la conjunción de la voluntad pública y una serie de reformas, Surat pasó de forma exitosa de ser una de las ciudades más sucias del país a una de las más limpias en apenas un espacio de 18 meses. Tal vez lo más notable, a pesar del éxodo de SR Rao, el comisionado municipal que lo hizo posible, es que Surat ha mantenido más o menos sus altos estándares, a pesar de la rápida expansión de la ciudad durante la última década.

De aquí podría sacarse una lección para el resto de India. Pero hará falta algo más que plagiar los documentos de planificación urbana de Rao para hacerlo en otro lugar, al menos sin la irrupción de una epidemia. “No se trata sólo del modelo, es una cuestión de comportamiento de la población local”, dice KD Yadav, profesor de ingeniería civil en el Instituto Nacional de Tecnología de Surat. No hay nada como una dosis de peste para concienciar a la población

de la importancia de la higiene, especialmente cuando se trata de una cepa más virulenta que la tristemente célebre Peste Negra”.

Así, en 1994, después de que 54 residentes murieran y unos 300.000 huyeran de una posible cuarentena, las personas que se quedaron estaban dispuestas a cumplir con el programa, trabajando para erradicar las toneladas de basura y el alcantarillado desbordante que habían inundado la ciudad de ratas portadoras de la enfermedad.

Sin embargo, el diseño del sistema es además instructivo.

En un esfuerzo por conseguir que los funcionarios de la ciudad fueran más responsables, Rao dividió el municipio en seis zonas, nombrando a un comisionado para cada una de ellas; así era seguro el achaque de responsabilidades las áreas problemáticas. Asimismo, Rao ordenó a los funcionarios responsables de la gestión de residuos sólidos que hicieran personalmente visitas sobre el terreno cada día, en lugar de confiar en informes dudosos, e instauró un sistema de reclamaciones para plantear quejas y multar a los infractores.

El truco del éxito fue que Surat hizo el trabajo. Y aunque parezca simple el quid de la cuestión está en los detalles.

“En ese momento, el Partido Bharatiya Janata (BJP) había ganado 98 de los 99 escaños en el gobierno municipal, por lo que no tenía oposición”, dice Hemant Desai, Comisionado Adjunto de Salubridad e Higiene. “La gente creyó que era por su beneficio, por lo que colaboró”.

Gracias a ese espíritu de consenso poco común, Surat fue capaz de hacer una serie de cambios en el sistema casi de la noche a la mañana.

La responsabilidad descentralizada de la ciudad en la recolección de basura es tan profunda que cada persona se responsabiliza de barrer un tramo específico de carretera. Modernos camiones de basura con compartimentos cerrados realizan la recogida de basura puerta a puerta todos los días –en vez de los carros-bicicleta al aire libre utilizados en la mayoría de ciudades de India– y la basura se lleva directamente a un centro de transferencia local en lugar de clasificarse en la carretera por los que se dedican a la recogida y se pluriemplean en la industria del reciclaje.

En las estaciones de transferencia de cada zona, 240 camiones de la ciudad descargan 800-1.200 kilogramos de basura para ser ordenados y recogidos en contenedores de 10 toneladas que van al lugar de eliminación. Y como el negocio es subcontratado, y a los contratistas se les paga por tonelada, la basura llega realmente a la estación de pesaje.

Del mismo modo, en las zonas más ricas de la ciudad, hay un programa de ayudas que permite a 600 sociedades residenciales, que tienen la mayor participación en la limpieza de su área, que se hagan cargo de su propio sistema de saneamiento.

Todo el sistema está informatizado, por lo que las quejas de los residentes llegan hasta los funcionarios de la ciudad de manera inmediata, y los mismos trabajadores sanitarios que son prácticamente invisibles en Bombay y en Nueva Delhi, en Surat están facultados para cobrar en el acto multas a los particulares y a las empresas que vierten basura en la carretera.

De forma aleccionadora, llevó toda una madrugada ajustar el sistema para conseguir que funcionara –el departamento de sanidad define a las multas como “gastos administrativos” porque no está legalmente facultado para expedir billetes– pero sus trabajadores recolectan alrededor de 400.000 dólares al año manteniendo a los residentes a raya.

En 2010, Surat cayó un puesto, hasta el tercero en el ranking de ciudades más limpias de India, y la Junta de Control de la Polución de Gujarat señaló que la industria textil de la ciudad no ha tenido tanto éxito en la reducción de la contaminación industrial como la que han tenido los recolectores de basura en la limpieza en las calles. Pero incluso aunque no sea perfecta –se necesita un ojo bien educado en las ciudades indias para catalogarlas como “limpias”– la transformación de Surat ya ha atraído a posibles imitadores de ciudades como Lucknow y Pune para estudiar su sistema de recolección de basura, de acuerdo con Desai.

Y como la población de la ciudad se ha duplicado en los últimos 10 años, los nuevos residentes han tenido al menos un oportuno recordatorio de que la limpieza tiene sus beneficios.

Sudán del Sur, Rokwe: En medio de la guerra civil, una colonia para leprosos es el lugar más seguro



26 de septiembre de 2011 – Fuente: Street News Service

A primera vista, la aldea de Rokwe, en las afueras de Yuba, es igual a cualquier otra en Sudán del Sur. El sol brilla sobre las chozas de barro y un coro ensaya en una iglesia cercana. Solo lo que se ve en la clínica local deja en claro que éste no es un lugar común.

Decenas de pacientes buscan refugio del sol en el centro de salud. Muchos tienen más de un miembro destrozado. Algunos pueden caminar, mientras otros sufren grandes dificultades para trasladarse por sí mismos. Rokwe es una colonia para leprosos.

Erkolan Onyara tenía apenas 13 años cuando descubrió por primera vez unas pequeñas manchas en sus piernas. No sabía qué eran, y cuando más llagas dolorosas aparecieron en todo su cuerpo, decidió mostrárselas a su madre. Ella identificó de inmediato las señales de la enfermedad que también había padecido: lepra.

Pronto perdió la sensibilidad en las áreas de la piel afectadas, y las heridas comenzaron a infectarse. Para entonces, su enfermedad se había agravado, y su madre fallecido.

Sin saber cómo cuidar a Erkolan, la familia se enteró de que en esta aldea personas con lepra eran atendidas por miembros de una iglesia. Su hermano mayor lo llevó a Rokwe en 1976, y la congregación de los Hermanos de San Martín de Porres lo aceptó en la colonia.

Erkolan recuerda sus primeros meses en la aldea como si fuera ayer. "Estaba solo y me asusté. No conocía a nadie y no sabía qué estaba sucediendo con mi cuerpo. Fue un momento difícil para mí", contó.

Como muchos afectados por la lepra, Erkolan perdió la sensibilidad en sus manos y pies, lo que hizo que muchas veces se lastimara sin darse cuenta mientras caminaba.

Cuando tenía 19 años, ocurrió el desastre. "Estaba cocinando la cena e intenté agarrar una olla que estaba sobre el fuego. No sentí el calor y mis dos manos se quemaron mucho. Perdí mis dedos y parte de las manos".

Durante su juventud, la vida en la colonia fue muy dura. Con la ayuda de algunos de los Hermanos construyó una pequeña *tukul* (choza de barro), pero tenía problemas para obtener su sustento diario.

"No podía trabajar porque estaba desfigurado. Fui a pescar al río Nilo a veces o intentaba cultivar algo para comer, pero muy seguido pasaba hambre", contó. Una de las hermanas de la congregación solía visitarlo y lo ayudaba cocinándole y lavándole la ropa.

El pequeño centro de salud de los Hermanos sufre una crónica escasez de recursos. La guerra ha hecho que el suministro de medicamentos sea inestable. Sin embargo, sus integrantes están decididos a tratar a los pacientes de la aldea y curarlos de la lepra.

Erkolan se curó en 1986, pero la enfermedad pasó factura en su cuerpo: sus manos quedaron desfiguradas y perdió varios dedos de los pies, lo que lo obliga a caminar con dificultad.

El gran avance médico en la batalla contra este mal se produjo en 1981, cuando un estudio del Grupo sobre Quioterapia y Lepra de la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó el tratamiento de terapia múltiple.

Aun después de curarse de la lepra, la mayoría de los pacientes prefieren permanecer en la aldea. Por lo general quedan con graves discapacidades que hacen más difícil la vida en ésta, una de las regiones más pobres del mundo.

Además, en el medio de la guerra civil, la colonia parece un lugar más seguro.

Bruno Dada, miembro de la congregación, ha estado trabajando en la colonia los últimos 23 años. Dijo que se habían producido combates cerca de la aldea en los últimos años, especialmente desde que el ejército construyó cuarteles muy cerca.

El estigma sobre la lepra parece haber en cierta forma protegido a los 350 habitantes de Rokwe de las violentas redadas que han sufrido muchos otros lugares de la zona.

Los soldados ignoran la aldea pues creen que no pueden saquear nada allí, además de que tienen miedo de contraer la enfermedad.

"Hay un estigma. La gente cree que puede contraer la lepra si saluda con las manos a un paciente, cuando en realidad es imposible infectarse de esa manera. Incluso si un paciente ha sido curado hace años, mucha gente aún tiene miedo de acercársele", dijo Bruno.

No obstante, muchos leprosos viven con miedo en Rokwe. Erkolan expresó la ansiedad que sienten los aldeanos: "Siempre teníamos miedo porque sabíamos que éramos vulnerables. Si estallaba algún combate, no nos podíamos defender".

Erkolan se casó con una mujer de la aldea y vive con ella en la choza que construyó apenas llegó. Es un padre orgulloso de seis hijos, el mayor de los cuales ya se casó y se mudó.

Si Erkolan pudiera hacer un milagro, sería que su hija mayor terminara sus estudios. "Teníamos que hacer mucho esfuerzo para obtener dinero y tuvimos que sacarla de la escuela", dijo.

"Era muy buena estudiante, pero simplemente no podíamos mantenerla. Tuvimos que enviarla para que se casara, así la familia de su esposo podía mantenerla. Aún me siento mal por eso", añadió.

Un reciente regalo de un tío mejoró en algo la vida de Erkolan. Le obsequiaron una vieja bicicleta, con la que puede ir al campo a recolectar leña. "Andar en bicicleta para mí es más fácil que caminar. Puedo llevar la leña en la bicicleta por el costado de la ruta. No vendo mucho, pero a veces obtengo algunas libras", contó.

Si bien la mayoría de los habitantes de Sudán del Sur tienen esperanzas en su país desde que se independizó en julio de Jartum, Erkolan no puede evitar ser escéptico. "No ha habido avances aquí por mucho tiempo. Ningún gobierno se preocupa por nosotros. Espero que las cosas cambien, pero tengo que ver para creer", afirmó.



Erkolan Onyara tenía apenas 13 años cuando descubrió por primera vez unas pequeñas manchas en sus piernas.

Esfuerzo global para acabar con la dracunculiasis

5 de octubre de 2011 – Fuente: Agencia Reuters



Un sanitario extrae el gusano de la pierna de un afectado en Níger.

La dracunculiasis o trastorno por el gusano de Guinea tiene todas las papeletas para convertirse en la primera enfermedad parasitaria en ser erradicada. Y en la segunda patología en desaparecer del mundo, tras la viruela. Sin embargo, está presentando más resistencia de lo previsto. El Carter Center, que lidera la campaña mundial para su erradicación, estimó que lograrían este objetivo en 2009. No fue así y, ahora, buscan apoyos para dar el impulso definitivo y poner fin al gusano.

Gran Bretaña ya anunció que ayudará a financiar un plan para terminar con una enfermedad que solía afectar a millones de personas en los países en desarrollo. Otorgará unos 32 millones de dólares durante cuatro años para respaldar una campaña global para exterminar al gusano de Guinea (*Dracunculus medinensis*), aunque quiere que otros donantes aporten más financiación.

Unos 3,5 millones de casos de infección por el gusano de Guinea, que se produce por el consumo de agua contaminada, se habían registrado en 21 países de África y Asia en 1986, cuando el Centro Carter decidió concentrar esfuerzos para que esta enfermedad pase definitivamente a los libros de historia. Desde entonces, su incidencia se ha reducido más de un 99%. En 2010 hubo apenas 1.797 casos a nivel global, todos ellos en África. Esta organización calcula que hacen falta unos 100 millones de dólares para hacerla desaparecer por completo.

El trastorno se ha eliminado en Nigeria, Níger y Ghana en los últimos dos años, pero sigue habiendo casos en Sudán del Sur, Etiopía y Mali, además de un brote aislado en Chad.

“Gran Bretaña está lista para ayudar a financiar el impulso final para erradicar esta enfermedad debilitante y ahora necesitamos que otros se nos unan en esta oportunidad histórica de eliminar del mundo al gusano de Guinea”, dijo el ministro de Desarrollo Internacional británico, Stephen O'Brien.

La clave está en la prevención

La enfermedad no suele ser mortal pero provoca dolor agudo y deja a las personas afectadas postradas durante meses. No existe cura o vacuna para combatirla, por lo que el respaldo británico a través del Centro Carter se focalizará en enseñar a las personas cómo prevenir la enfermedad.

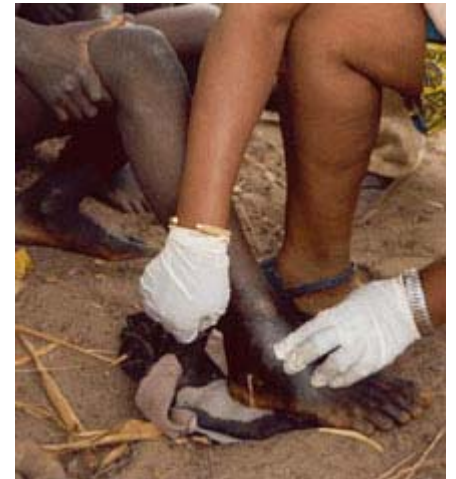
Los fondos británicos también jugarán un papel clave en la distribución de filtros para que las personas cuenten con agua potable y asegurar a las aldeas la provisión de suficiente pesticida para eliminar a las larvas de los gusanos en las etapas iniciales de la infección.

La asistencia internacional es una de las pocas áreas del gasto público que se prevé que aumente bajo el Gobierno de la coalición, que está buscando reducir el déficit en Gran Bretaña.

El ciclo reproductivo

El parásito se transmite exclusivamente por beber agua contaminada. Desde que se produce la infección, pueden transcurrir entre 10 y 14 meses hasta que el gusano completa su ciclo y decide salir del cuerpo. Lo hace, en el 90% de los casos, a través de las extremidades inferiores.

Los síntomas que indican que el parásito quiere salir son unas ampollas y ronchas rojizas que producen mucha sensación de quemazón. Para aliviarla, los pacientes suelen meter las piernas en agua, momento que aprovecha el gusano para soltar miles de larvas y seguir así su ciclo reproductivo, infectando el agua y, después, a las personas.



El gusano suele salir por las extremidades inferiores.

Publicidad relacionada con la salud

**AS DEZ
MANEIRAS
DE NÃO
ENGRAVIDAR**

**MULHER
É PRA SE CUIDAR.**

Las diez maneras de no quedar embarazada.
La mujer debe cuidarse.

(DIU, inyectable, diafragma, amamantamiento, píldora, vasectomía, ligadura de trompas, métodos comportamentales, condón, espermicida).

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) (Brasil).

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, 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.