



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina

www.reporteepidemiologico.com



Número 1.752

15 de abril de 2016

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

Comité Editorial

Editor Jefe

Ángel Mínguez

Editores Adjuntos

Ílide Selene De Lisa
Enrique Farías

Editores Asociados

Hugues Aumaitre (Fra.)
Jorge Benetucci (Arg.)
Pablo Bonvehí (Arg.)
María Belén Bouzas (Arg.)
Isabel Cassetti (Arg.)
Arnaldo Casiró (Arg.)
Ana Ceballos (Arg.)
Sergio Cimerman (Bra.)
Milagros Ferreyra (Fra.)
Nora V. Glatstein (Arg.)
Salvador García Jiménez (Gua.)
Ángela Gentile (Arg.)
Ezequiel Klimovsky (Arg.)
Gabriel Levy Hara (Arg.)
Susana Lloveras (Arg.)
Gustavo Lopardo (Arg.)
Eduardo López (Arg.)
Tomás Orduna (Arg.)
Dominique Peyramond (Fra.)
Daniel Pryluka (Arg.)
Charlotte Russ (Arg.)
Horacio Salomón (Arg.)
Eduardo Savio (Uru.)
Daniel Stecher (Arg.)

Noticias

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

Córdoba

- Córdoba se prepara para erradicar la poliomielitis
- Se sumaron 58 nuevos casos de dengue

Argentina

- Vigilancia de leishmaniosis visceral
- Buenos Aires puso en marcha un plan para reducir la mortalidad materna, que creció 43% entre 2013 y 2015
- Buenos Aires, Berazategui: Suspenden las clases por un brote de gastroenterocolitis, en el que murió una niña

América

- Brasil: Descubren en adultos un nuevo trastorno cerebral vinculado con el virus Zika
- Brasil, Rio Grande do Norte: Se relacionó el consumo de guarapo de caña con brotes de enfermedad de Chagas

- Estados Unidos: El impacto del virus Zika es más alarmante de lo esperado
- Perú, Loreto: Alarma ante la muerte de niños indígenas Kichwa por hepatitis D en Alto Napo
- Tecnología con nanopartículas detecta casos específicos de enfermedad de Chagas

El mundo

- Australia: El uso de la saliva como lubricante en el sexo anal podría aumentar el riesgo de gonorrea rectal en HSH
- Kenya enciende las alarmas tras la muerte por influenza de al menos 39 niños
- República Democrática del Congo: Brote de fiebre amarilla relacionado con el que ocurre en Angola
- Cómo ganarle la guerra a la tuberculosis

Adhieren:

SLAMVI

Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/

CIRCULO MÉDICO DE CÓRDOBA

www.circulomedicocba.org/

Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba

www.consejomedico.org.ar/



Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Córdoba

www.biblioteca.fcm.unc.edu.ar/



S.A.D.I.

www.said.org.ar/

Comité Nacional de Infectología

Sociedad Argentina de Pediatría

www.sap.org.ar/



www.apinfectologia.org/

Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica

www.sadip.net/



Asociación Parasitológica Argentina

www.apargentina.org.ar/

Curso de Fase Final para el Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomieltis

La Dirección Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DiNaCEI) del Ministerio de Argentina, quiere sumarlo a la iniciativa mundial por la Erradicación de la Poliomieltis, colaborando con la difusión del **Curso virtual para equipos de salud sobre cambio de vacunación en polio**, en el campus de la Organización Panamericana de la Salud,

al que puede acceder haciendo clic [aquí](#).

El citado curso está destinado a todo el personal de salud implicado en inmunizaciones, con el fin de llevar adelante el Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomieltis en su fase final. El *switch* es un paso clave para avanzar hacia la erradicación mundial de la poliomieltis.

Infección por virus Zika. Recomendaciones para el manejo de la mujer embarazada o en edad fértil

El Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, El Círculo Médico de Córdoba, la Sociedad de Infectología de Córdoba, la Sociedad de Epidemiología de Córdoba, la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Córdoba y el Comité de Infectología de la Sociedad Argentina de Pediatría, Filial Córdoba, han elaborado el documento **Infección por virus Zika. Recomendaciones para el manejo de la mujer embarazada o en edad fértil**.

Estas son recomendaciones destinadas al personal de salud que atiende mujeres embarazadas y en edad reproductiva. Las mismas han sido elaboradas en base a la información que los organismos de referencia a nivel mundial han puesto a disposición y teniendo en cuenta distintos escenarios. Debido a que se trata de un virus nuevo en las Américas y que la situación es dinámica, estas recomendaciones tiene carácter temporario y serán actualizadas con cada nueva información.

Estas recomendaciones están disponibles en idioma [español](#), [inglés](#) y [francés](#).

Córdoba

Córdoba se prepara para erradicar la poliomieltis

12 de abril de 2016 – Fuente: Ministerio de Salud – Provincia de Córdoba (Argentina)

En el marco de lo estipulado a nivel mundial en la etapa final del Plan de Erradicación de la Poliomieltis 2013-2018, el próximo 29 de abril Argentina y otros 123 países del mundo reemplazarán la vacuna Sabin oral trivalente (tOPV) –con protección para los poliovirus tipo 1, 2 y 3– por otra bivalente (bOPV), que no contendrá el serotipo 2, erradicado por la Organización Mundial de la Salud en el año 2015.

Ello significa que ese día los 870 vacunatorios de la provincia de Córdoba deberán retirar de sus heladeras todas las dosis de esa vacuna, prepararlas para su eliminación de manera segura y validada, y luego reemplazarlas por la Sabin bivalente.

“Esta estrategia tiene como objetivo lograr un mundo libre de poliomieltis para el año 2018 y dejar de usar definitivamente las vacunas contra esa enfermedad. El primer paso será comenzar con la retirada del serotipo 2 de la vacuna Sabin, erradicado el año pasado, y luego, progresivamente, ir sacando los otros poliovirus de la vacuna hasta dejar de aplicarla definitivamente”, explicó Sandra Marcela Belfiore, coordinadora del Programa de Inmunizaciones del Ministerio de Salud de Córdoba.

Belfiore subrayó que después del 29 de abril próximo, la vacuna oral trivalente ya no se utilizará en ningún lugar del mundo y los laboratorios productores interrumpirán su producción.

Sumado a este cambio, a partir de esa fecha, en Argentina también se incorporará una nueva vacuna contra la poliomieltis en el calendario regular. Se trata de la IPV o Salk, que se produce con virus inactivados, es inyectable y protege contra los tres serotipos de la enfermedad. Hasta el momento, solo se aplicaba a personas inmunodeprimidas.

En concreto, el Calendario Nacional mantendrá las cinco dosis (a los dos, cuatro, seis, 15 a 18 meses y a los seis años de edad), pero ahora las dos primeras serán con la vacuna IPV/Salk inyectable, y las tres dosis restantes con la OPV/Sabin oral bivalente.

“El esquema de vacunación secuencial, utilizando dos dosis de IPV/Salk y tres de OPV/Sabin oral bivalente es el más seguro y eficaz en este proceso de erradicación de la poliomieltis”, indicó Belfiore. De esta manera, la Salk seguirá protegiendo contra el poliovirus 2 que se retira de la trivalente, mientras que la Sabin bivalente conferirá la inmunidad intestinal necesaria para generar lo que se denomina efecto rebaño, es decir, que no solo proteja a quien se vacune, sino también al resto de la población.

Capacitación y preparación

En el marco de estos cambios en el esquema de vacunación antipoliomielítica, se realizó el 12 de abril la jornada ‘Plan estratégico para la erradicación de la poliomieltis en su fase final’, dirigida a equipos de salud, en particular, profesionales médicos con especialidad en pediatría y medicina general y familiar, referentes de sociedades científicas, de facultades de Ciencias Médicas y secretarios de salud de municipios de la provincia de Córdoba.

La jornada fue organizada por el Ministerio de Salud de la provincia, en conjunto con la filial local de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), y contó con la presencia de Carla Vizzotti, titular de la Dirección Nacional de Enfermedades Inmunoprevenibles (DINACEI) del Ministerio de Salud de la Nación, además de referentes y autoridades de esta cartera sanitaria y de la SAP.



“Ya hemos capacitado a los vacunadores de toda la provincia para que el retiro y eliminación de la OPV trivalente sea organizado y exitoso. Ahora comenzamos con el resto del equipo de salud, principalmente el personal médico de pediatría y de medicina general o familiar para dar a conocer el nuevo esquema y lograr altas coberturas en la vacunación”, sostuvo la coordinadora del Programa de Inmunizaciones de Córdoba.

“Gracias a la vacunación estamos a un paso de erradicar la poliomielitis”



“Es un momento histórico a nivel mundial, estamos en la fase final para la erradicación de la poliomielitis”, afirmó Carla Vizzotti, responsable de la DINACEI.

La especialista remarcó el rol clave del equipo de salud en la implementación exitosa de este esquema y de todo el calendario: “Los pediatras son un socio estratégico de la salud pública, para recomendar y aconsejar a los papás el esquema de vacunación que tiene el país. Los vacunadores son expertos en vacunas, porque con lo que ha crecido el calendario hay que estudiar mucho”. Por eso, destacó la participación de representantes de sociedades científicas, de las facultades de ciencias médicas y secretarías de salud de municipios de la provincia de Córdoba.

Consultada sobre lo que la comunidad necesita saber sobre el cambio de esquema, la especialista explicó: “Los papás de los

bebés que van cumpliendo 2, 4 y 6 meses y el refuerzo al ingreso escolar y a los 15-18 meses no vivieron las epidemias de poliomielitis, entonces lo que deben saber es que gracias a la vacunación estamos a un paso de erradicar la poliomielitis. A partir de ahora el esquema va a cambiar, van a recibir a los dos y cuatro meses la vacuna IPV o Salk, que es inactivada y que es inyectable, y que en el resto de las dosis van a recibir las gotitas, pero sin el componente 2. Los papas, los pediatras y los vacunadores tenemos que estar informados para saber que este es el mejor esquema, la mejor combinación para avanzar hacia un mundo libre de poliomielitis”.



Se sumaron 58 nuevos casos de dengue

13 de abril de 2016 – Fuente: Ministerio de Salud – Provincia de Córdoba (Argentina)

El Comité Intersectorial de Dengue, Fiebre Chikungunya y Fiebre Zika informó, en su reporte semanal, que se sumaron 51 casos autóctonos y siete casos importados de dengue. No hubo nuevos casos de fiebre chikungunya ni de fiebre zika.

Se mantuvo esta semana el nivel de notificaciones de síndrome febril agudo de las semanas anteriores. En total, desde el inicio del año, se reportaron 2.816 casos de síndrome febril, de los cuales 76% corresponde a instituciones del sector público.

El total acumulado de casos de dengue hasta ahora en la provincia es de 126 importados y 452 autóctonos.

El Comité recordó que el clima sigue siendo favorable a la reproducción del mosquito, y que es fundamental sostener las medidas de prevención, en particular, mantener los hogares libres de recipientes, que, con las constantes lluvias, puedan acumular agua y convertirse en potenciales criaderos de larvas. La semana próxima se darán a conocer los resultados del último monitoreo aéreo, realizado a fines de marzo.

También informó que continúan las actividades en los colegios, a cargo del Ministerio de Educación y de la Secretaría de Ambiente; y que se realizará una segunda capacitación a médicos pediatras y comunitarios en la Dirección de Atención Primaria de la Salud, dependiente de la Municipalidad de Córdoba.

Distribución de los casos

Del total de casos de dengue notificados hasta ahora –tanto autóctonos como importados– 462 se dieron en la ciudad de Córdoba, mientras que 116 se notificaron desde distintas ciudades del interior. Entre las localidades con casos autóctonos, se agregó Dique Chico; y Las Higueras se sumó a las localidades con casos importados (cada una con un caso).

No hubo nuevos casos en Despeñaderos, Colonia Caroya, o Jesús María, pero sí se sumaron cuatro casos en San Francisco (que hacen un total de 13 autóctonos y tres importados) y uno en Unquillo (en total, cuatro autóctonos y uno importado).

Cabe recordar, que son 39 (incluyendo la ciudad de Córdoba) las ciudades que han presentado casos.

La mayoría de los casos de dengue corresponde a personas entre 20 y 29 años (27%), con un rango de 6 meses a 93 años. Desde el inicio del año, ha habido 61 personas (14%) que requirieron internación. No hubo nuevos internados con casos de dengue grave y todos tuvieron buena evolución.

El 97% de los casos se presentó con fiebre. Otros síntomas frecuentes fueron dolor de cabeza, dolores musculares, dolor retro ocular y en articulaciones. Cabe recordar también que suelen manifestarse síntomas digestivos, como náuseas, dolor abdominal y vómitos; y signos en la piel, como erupción o prurito.



Vigilancia de leishmaniosis visceral

28 de marzo de 2016 – Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

Tabla 1. Casos notificados y confirmados, según provincia y región. Argentina. Años 2015/2016, hasta semana epidemiológica 9. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.¹

| Provincia/Región | 2015 | | 2016 | |
|---------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | Notificados | Confirmados | Notificados | Confirmados |
| Ciudad Autónoma de Buenos Aires | 3 | — | — | — |
| Buenos Aires | — | — | — | — |
| Córdoba | 1 | 1 | — | — |
| Entre Ríos | 2 | — | 4 | — |
| Santa Fe | — | — | 1 | — |
| Centro | 6 | 1 | 5 | — |
| Mendoza | — | — | — | — |
| San Juan | — | — | — | — |
| San Luis | — | — | — | — |
| Cuyo | — | — | — | — |
| Corrientes | 1 | 1 | 1 | — |
| Chaco | — | — | — | — |
| Formosa | — | — | — | — |
| Misiones | 30 | 1 | 31 | 1 |
| NEA | 31 | 2 | 32 | 1 |
| Catamarca | — | — | — | — |
| Jujuy | — | — | — | — |
| La Rioja | — | — | — | — |
| Salta | — | — | 1 | — |
| Santiago del Estero | — | — | 1 | — |
| Tucumán | — | — | — | — |
| NOA | — | — | 2 | — |
| Chubut | — | — | — | — |
| La Pampa | — | — | — | — |
| Neuquén | — | — | — | — |
| Río Negro | — | — | — | — |
| Santa Cruz | — | — | — | — |
| Tierra del Fuego | — | — | — | — |
| Sur | — | — | — | — |
| Total Argentina | 37 | 3 | 39 | 1 |

Buenos Aires puso en marcha un plan para reducir la mortalidad materna, que creció 43% entre 2013 y 2015

12 de abril de 2016 – Fuente: Ministerio de Salud – Provincia de Buenos Aires (Argentina)

La iniciativa 'Cada vida cuenta', destinada a reducir la mortalidad materna en la provincia de Buenos Aires, fue presentada hoy por la ministra de Salud, Zulma Ortiz, luego que la evolución de los decesos de mujeres durante el embarazo, parto y puerperio creciera 43% entre 2013 y 2015, al pasar de 86 a 123 muertes. Según se informó, al momento, durante 2016 ya se notificaron 16 de estas muertes.

El plan consiste en un nuevo sistema de vigilancia para la mortalidad materna, creado por la Resolución Ministerial N° 0001. Obliga a los hospitales públicos y privados de la provincia de Buenos Aires en los que ocurra una muerte materna a notificar el hecho dentro de las 72 horas posteriores a la muerte de la mujer.

Las autoridades sanitarias detallaron que una vez notificado el hecho, un equipo técnico del ministerio concurrirá al hospital o establecimiento de salud donde ocurrió la muerte, para efectuar un análisis del caso junto al equipo que asistió a la mujer. Juntos harán un análisis de la causa raíz del deceso y establecerán un plan de acción para prevenir que, a futuro, se repitan las causas de la defunción.

"La muerte materna es considerada un evento trazador, es decir, un indicador que revela el estado general del sistema sanitario en el que ocurre", explicó Ortiz, y señaló que la mayoría de los casos son evitables. Enfatizó también que "la mortalidad materna continúa siendo una de las deudas no saldadas con las mujeres, sus hijos e hijas, sus familias y la sociedad en general".

El sistema de vigilancia que puso en marcha Ortiz busca dar visibilidad a la problemática de las muertes maternas, para así involucrar a los equipos de salud de todos los niveles de atención en el análisis de cada fallecimiento.

La titular de la cartera sanitaria provincial presentó detalles de 'Cada vida cuenta' durante una reunión con referentes en maternidad e infancia de municipios y regiones sanitarias bonaerenses y de las instituciones que nuclea clínicas y sanatorios privados, como la Federación de Clínicas, Sanatorios, Hospitales y Otros Establecimientos de la

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

Provincia de Buenos Aires (FECLIBA) y la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (FEMEBA). Realizó esta exposición acompañada por la subsecretaria de Atención de la Salud de las Personas, Evelina Chapman, y la directora provincial de Salud en el Ciclo de la Vida, Flavia Raineri.

Ascenso alarmante

Según datos oficiales, la evolución de la mortalidad materna bonaerense muestra un ascenso alarmante en los últimos dos años. En 2013, murieron 86 mujeres; en 2014, 100 y en 2015, la cifra llegó a 123 muertes maternas.

En 2014 ocurrieron 314 muertes maternas en el país: casi un tercio de estas muertes correspondieron a mujeres que residían en la provincia de Buenos Aires.

“Junto a Venezuela y República Dominicana, Argentina es uno de los tres países de la región de las Américas que no alcanzó el Objetivo de Desarrollo del Milenio de la Organización de Naciones Unidas, que consistía en reducir 75% la mortalidad materna entre 1990 y 2015”, comentó la ministra.

Para 2015, Argentina debió haber alcanzado una tasa de mortalidad materna de 1,3 cada 10.000 nacidos vivos. Sin embargo, según datos oficiales, en el año 2014 el valor de este indicador fue de 3,4 cada 10.000 nacidos vivos, observándose un incremento de 6% respecto a la tasa del año 2013.

A nivel mundial, aproximadamente 80% de las muertes maternas son por causas directas. Las cuatro causas principales son las hemorragias (generalmente puerperales), las infecciones (septicemia en la mayoría de los casos), los trastornos hipertensivos del embarazo (generalmente la eclampsia) y el parto obstruido. “En Argentina, el incremento entre 2013 y 2014, se debió a una mayor cantidad de muertes maternas por causas directas, como por ejemplo, la hipertensión arterial no controlada”, concluyeron los expertos.

télam



Buenos Aires, Berazategui: Suspenden las clases por un brote de gastroenterocolitis, en el que murió una niña

13 de abril de 2016 – Fuente: Telenoticiosa Americana (Argentina)

Las clases fueron suspendidas en 56 escuelas de la localidad bonaerense de Berazategui el 14 y 15 de abril por la aparición de 290 casos de gastroenterocolitis en una semana, 160 de ellas en niños, mientras el municipio y las autoridades sanitarias provinciales aconsejaron medidas de prevención a la población en el consumo de agua potable.

Al término de una reunión del Comité de Crisis conformado por las autoridades del municipio del sur del conurbano bonaerense, del Ministerio de Salud y la de Dirección de Educación provincial, se resolvió la suspensión de las clases en aquellas escuelas situadas en un radio de donde se registró la mayor cantidad de casos.

De esta forma y con el objetivo de “desinfectar las escuelas” no habrá clases en aquellos establecimientos situados en el radio delimitado por la avenida Florencio Varela, las vías del Ferrocarril Roca, la Avenida Eva Perón y la Valentín Vergara.

De las 25 muestras analizadas en la materia fecal de los enfermos se detectó en nueve de ellas la presencia de la bacteria *Shigella*, que causa diarrea, por lo que se decidió tomar medidas preventivas para la población hasta que se conozca el origen de la presunta contaminación.

Como esa bacteria está presente tanto en el agua como en los alimentos, continuarán los análisis de muestras para saber en dónde está radicada la presunta contaminación, informaron voceros del Ministerio de Salud provincial.

Si bien la comuna de Berazategui no emitió información oficial al respecto, el intendente Juan Patricio Mussi advirtió a los vecinos el 11 de abril que se habían realizado “diversos estudios bromatológicos a la red de agua potable que hasta el momento dieron como resultado que es apta para el consumo”.

Además indicó que el mismo resultado se obtuvo en otros exámenes llevados a cabo en casas particulares que habían manifestado su preocupación al municipio, mientras que para llevar tranquilidad aconsejaron a los vecinos lavarse las manos con agua y jabón antes de ingerir alimentos; y hervir el agua o colocarle dos gotas de lavandina por litro de agua, antes de utilizarla.

La alarma se encendió cuando el pasado fin de semana una niña de cuatro años murió por un caso de gastroenterocolitis y luego aparecieron 290 casos atendidos en el Hospital ‘Evita Pueblo’ de Berazategui y otros en el Hospital Zonal General de Agudos ‘Dr. Isidoro Gregorio Iriarte’ de Quilmes, lo que llevó preocupación en los vecinos que especularon que la contaminación había sido producto de la rotura de un caño de agua.

Mientras se determina con certeza la causa de la presencia de la bacteria, la provincia y el municipio recomendaron a la población lavarse las manos con abundante agua hervida y/o clorada (con dos gotas de lavandina por cada litro de agua) y jabón, antes de comer y después de ir al baño.

Usar toallas descartables de papel para el secado de manos, no beber agua directamente de la canilla; utilizar agua mineral o agua hervida o clorada al tiempo que para utilizar agua de red para el lavado de frutas, verduras y en preparación de comida, se debe hervir el agua por un período de cinco minutos, dejarla enfriar y utilizarla, o usar agua clorada.

También se recomendó el consumo de frutas y verduras hervidas, no compartir vasos o cubiertos (para los establecimientos con comedores).



En tanto, en las escuelas del distrito, los baños deberán higienizarse diariamente, sobre todo después de cada recreo, con un volumen de lavandina por cada nueve de agua.

En cocinas y comedores se recomendó lavarse las manos con abundante agua hervida y/o clorada y jabón, antes de la preparación de la comida.

También utilizar agua clorada para la desinfección de los utensilios y lavado de frutas y verduras, separar los utensilios utilizados en la preparación de alimentos crudos y cocidos, como así también vegetales y animales.

La bacteria *Shigella* se transmite de manera fecal-oral, está presente en alimentos o aguas y es indicativo de contaminación fecal de los mismos.

La infección se puede producir a través de alimentos, agua, objetos o moscas que estén contaminados y los síntomas son diarrea inflamatoria, fiebre elevada y dolor abdominal agudo, vómitos y náuseas un día o dos después de infectarse.

En algunas personas, especialmente en los niños de corta edad y los ancianos, la diarrea puede ser tan grave que el paciente necesite ser hospitalizado. Una infección aguda con fiebre elevada también puede ir acompañada de ataques o convulsiones en niños menores de dos años.

América



Brasil: Descubren en adultos un nuevo trastorno cerebral vinculado con el virus Zika

10 de abril de 2016 – Fuente: Reuters

Científicos brasileños revelaron un nuevo trastorno cerebral en adultos asociado con el virus Zika: un síndrome autoinmune llamado encefalomiелitis diseminada aguda, que ataca el cerebro y la médula espinal.

El virus Zika había sido relacionado con otro trastorno autoinmune, el síndrome de Guillain-Barré, que ataca a los nervios periféricos fuera del cerebro y la médula espinal, causando parálisis temporal que puede, en algunos casos, hacer que los pacientes necesiten ayuda mecánica para respirar.

El nuevo descubrimiento muestra que el virus Zika también puede desencadenar un ataque inmune contra el sistema nervioso central. Esto aumenta la lista de daños neurológicos asociados con el virus Zika.

Según la Organización Mundial de la Salud, hay un amplio consenso científico de que, además del síndrome de Guillain-Barré, el virus Zika puede causar microcefalia en los recién nacidos, aunque la producción de pruebas concluyentes todavía puede demorar meses o años.

En las enfermedades autoinmunes, algunos investigadores también han presentado relatos de pacientes con fiebre zika que desarrollaron encefalitis y miелitis, trastornos neurológicos normalmente causados por la infección directa de las células nerviosas.

“Aunque nuestro estudio es pequeño, puede proporcionar evidencia de que, en este caso, el virus tiene diferentes efectos en el cerebro además de los identificados en los estudios actuales,” dijo la Dra. Maria Lúcia Brito, neuróloga del Hospital da Restauração, en Recife.

La encefalomiелitis diseminada aguda se produce típicamente como consecuencia de una infección, causando inflamación severa del cerebro y la médula espinal y dañando la mielina. Los síntomas incluyen debilidad, entumecimiento y pérdida del equilibrio y la visión, similares a los de la esclerosis múltiple.

Brito presentó sus hallazgos el 10 de abril durante una reunión de la Academia Americana de Neurología, en Vancouver, Canadá.

En el estudio participaron 151 pacientes que fueron tratados en el hospital entre diciembre de 2014 y junio de 2015. Todos fueron infectados con arbovirus, un grupo de virus del cual forman parte el Dengue, el Zika y el Chikungunya.

Seis de los pacientes desarrollaron síntomas compatibles con trastornos autoinmunes. De éstos, cuatro sufrieron síndrome de Guillain-Barré y dos encefalomiелitis diseminada aguda. En estos dos casos, las imágenes cerebrales mostraron daño en la mielina. Los síntomas de la encefalomiелitis diseminada aguda suelen durar unos seis meses.

Los seis pacientes dieron positivo para virus Zika, y todos manifestaron efectos persistentes después del alta del hospital: cinco pacientes presentaron disfunción motora, uno problemas de visión y otro deterioro cognitivo.



Brasil, Rio Grande do Norte: Se relacionó el consumo de guarapo de caña con brotes de enfermedad de Chagas

11 de abril de 2016 – Fuente: Globo (Brasil)

Cuatro municipios de Rio Grande do Norte presentaron brotes de enfermedad de Chagas en 2015, según informó el 11 de abril la Secretaría de Salud Pública del Estado (SESAP). En 14 casos confirmados se informó a la ingesta de guarapo de caña.²

² El guarapo de caña comúnmente se obtiene de moler la caña de azúcar en un trapiche o molino, luego de la zafra, y que es consumido popularmente como bebida refrescante y energizante durante los meses de verano o en la estación de sequía.

Se investigaron 21 casos sospechosos de la enfermedad reportados en Tenente Ananias, Marcelino Vieira, Alejandria y Pilões. De estos, 14 fueron confirmados, 11 mediante pruebas de laboratorio y tres por examen clínico epidemiológico. Otros siete aún esperan los resultados de laboratorio. Los casos confirmados mostraron signos y síntomas en octubre de 2015, con la más alta concentración entre los días 14 y 18.

Ocho de los 14 casos confirmados fueron reportados en Marcelino Vieira. El trabajo se realizó debido a la identificación de un aumento en el número de casos sospechosos de enfermedad de Chagas aguda.

“El periodo de incremento de casos coincide con el de la molienda de la caña de azúcar”, explicó Lúcia Abrantes, del Centro de Entomología de la SESAP. Explicó que el informe sirve como una advertencia para la población local, pues la investigación apunta a que la infección se produjo por el guarapo de caña que se consumen en los ingenios. “La molienda de la caña se lleva a cabo cada año, pero es la primera vez que tenemos este brote en Rio Grande do Norte”, agregó.



EL PAÍS Estados Unidos: El impacto del virus Zika es más alarmante de lo esperado

12 de abril de 2016 – Fuente: El País (España)

Las autoridades sanitarias estadounidenses alertaron el 11 de abril que el potencial impacto y propagación del virus Zika en el país norteamericano es “más alarmante” de lo que se estimaba inicialmente, al tener constancia de que el mosquito que transmite el virus está presente en unos 30 estados de Estados Unidos en lugar de en 12, como anteriormente se creía.

“Todo lo que estamos viendo sobre este virus parece ser más alarmante de lo que pensábamos originalmente”, afirmó en una rueda de prensa celebrada en la Casa Blanca la Dra. Anne Schuchat, directora adjunta de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). En la misma línea, el director de los Institutos Nacionales de Salud (NIH), Anthony Fauci, subrayó que el Zika es un virus “muy inusual” y que es necesario “conocer mucho más” acerca de él y sus efectos en los humanos. “Cuanto más aprendemos sobre el virus Zika, más preocupados estamos por el alcance de lo que está haciendo”.

La directora adjunta de los CDC aseguró que el Gobierno está “bastante preocupado” por la situación en Puerto Rico, donde anticipó que se puede llegar a los “cientos de miles” de infectados y “quizá a cientos de bebés afectados”. Por el momento, no hay grandes cifras de casos de transmisión local del virus Zika en el territorio continental de Estados Unidos, “pero necesitamos estar preparados”, advirtió Schuchat. Según las últimas cifras del Departamento de Salud puertorriqueño, se ha confirmado un total de 436 casos del virus en la isla en lo que va año, de los que 60 son mujeres embarazadas.

Por otro lado, de acuerdo con los CDC, hasta la semana pasada se habían reportado en Estados Unidos 346 casos de infección por virus Zika asociados a viajes a zonas afectadas, 32 de los cuales eran mujeres embarazadas, siete fueron transmitidos sexualmente y uno presentó el síndrome neurológico de Guillain-Barré. El virus Zika circula actualmente en gran parte de países de América y, si bien causa síntomas leves en la mayoría de los infectados, el gran temor tiene que ver con su probable relación con casos de microcefalia en recién nacidos y del citado síndrome.

En cuanto a la marcha de las investigaciones en el país norteamericano sobre los tratamientos y prevención del virus, Fauci señaló que septiembre próximo sigue siendo la fecha probable para la primera fase de pruebas de la vacuna que están desarrollando los NIH. “Realmente no tenemos todo lo que necesitamos”, señaló Fauci sobre los fondos disponibles para la investigación, al recordar que se ha tenido que recurrir a dinero “de otras áreas” ante la inacción del Congreso para autorizar los 1.900 millones de dólares solicitados por el presidente Barack Hussein Obama II en febrero.

La semana pasada, el Gobierno estadounidense anunció que destinará 589 millones de dólares, en su mayoría procedentes de fondos ya aprobados para combatir la enfermedad por el virus del Ébola (EVE), a la lucha contra el virus Zika ante la imposibilidad de contar por ahora con la cuantía solicitada por Obama. Ese dinero transferido de la partida para la lucha contra la EVE “nos ayudará a llegar un poco más lejos, pero todavía no es lo que queremos”, insistió Fauci.



Perú, Loreto: Alarma ante la muerte de niños indígenas Kichwa por hepatitis D en Alto Napo

21 de marzo de 2016 – Fuente: Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (Perú)

Tras 48 horas de agonía, niños indígenas kichwas de 4 y 5 años mueren debido a una extraña enfermedad que se caracteriza por constantes vómitos y fiebres que los llevan a una etapa de deshidratación severa y que concluye con un vómito negro, como señal del deceso. Así lo indicó preocupado Queerven Noteno Oraco, Presidente de la Organización Kichwa Runa Wangurina del Alto Napo (ORKIWAN), quién exige a las autoridades de salud atender de manera urgente la zona de Alto Napo, en la frontera entre Ecuador y Perú.

Recientemente una niña de 4 años falleció junto a otros niños presentando estos síntomas, generando mucha preocupación a la población pues temen que se repita la muerte paulatina de más niños en diversas comunidades ubicadas en el Alto Napo, como el año pasado.



“No es la primera vez que mueren tantos niños por esta enfermedad del ‘vómito negro’. El año pasado en la comunidad de Angosteros murieron cinco niños y así se repitió en diferentes comunidades. Las hermanas lloran la pérdida de sus hijos y nosotros exigimos que las autoridades de salud se manifiesten y nos atiendan”, exigió Queervén Noteno.

Por otro lado, el dirigente manifestó que esta misma denuncia se hizo el año pasado, y por ello llegó una brigada del Ministerio de Salud de Iquitos quien dio como diagnóstico que la enfermedad que estaba provocando la muerte de los niños es la hepatitis D.

Según Sofía Gonzales, infectóloga del Instituto de Medicina Tropical ‘Daniel Alcides Carrión García’, de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), para que la hepatitis D se desarrolle y provoque muerte es porque probablemente no ha habido un control, ni un tratamiento que combata la hepatitis B en las comunidades indígenas de manera adecuada, ya que la hepatitis D solo se activa si antes se ha desarrollado la hepatitis B.

En el caso de niños de temprana edad es muy probable que esto se hayan infectado a través de la madre portadora del virus, quién si no es atendida puede desarrollar una hepatitis B crónica y que en cualquier momento puede activar la hepatitis D y por lo tanto morir.

“La hepatitis D, no se puede prevenir pero se puede prevenir la hepatitis B en este sector vulnerable. Teniendo el control y realizando tratamientos en las comunidades indígenas, no tendrían por qué desarrollar el cuadro de hepatitis D. Ante los síntomas señalados también debe hacerse un estudio para descartar un brote de fiebre amarilla en esta población” señaló la especialista.

Finalmente, ante este panorama crítico de la salud de los pueblos indígenas, la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP) se comunicó con Loreto Hermann Silva Delgado, jefe de la Dirección Regional de Salud (DIRESA), para informarle sobre esta lamentable situación que sufre las comunidades indígenas del Alto Napo.

“Primero tenemos que comprobar la situación que ustedes están informando para actuar con prontitud; apenas tenga esa información estaré tomando las medidas necesarias” afirmó el representante de la DIRESA, quién hasta ese momento desconocía la terrible situación que vive el pueblo Kichwa en el Alto Napo.³

Usar nanopartículas para medir los niveles del parásito *Trypanosoma cruzi* en la orina podría ser una forma eficaz de detectar la reactivación de la enfermedad de Chagas en pacientes infectados además con VIH y en recién nacidos portadores de enfermedad de Chagas congénita.

La tecnología se aplica para diagnosticar otras enfermedades –como ciertos tipos de malaria, toxoplasmosis, neumonía y tuberculosis–, pues permite detectar proteínas de microorganismos patógenos que no son fácilmente identificables con otras pruebas.

³ La hepatitis D es una enfermedad hepática producida por el virus de la hepatitis D (VHD). La hepatitis D crónica muestra una persistencia de niveles elevados de transaminasas durante más de seis meses, acompañados de marcadores en sangre de infección por el VHD, lesiones compatibles en la biopsia hepática o ambos. Es la causa menos frecuente de hepatitis crónica de causa viral, aunque en el mundo existen 15 millones de personas infectadas por el VHD.

El VHD es un pequeño virus ‘satélite’, que para realizar su ciclo de replicación necesita de la presencia del virus de la hepatitis B (VHB). La infección por VHD puede producirse en un paciente que ya era portador crónico del VHB (sobreinfección), o bien de forma simultánea con el VHB (coinfección). En las dos situaciones la evolución clínica es diferente: los pacientes con coinfección VHB/VHD suelen evolucionar a la curación; sin embargo, los casos de sobreinfección casi siempre evolucionan a la cronicidad y en ocasiones pueden producir cuadros graves de fallo hepático o el empeoramiento significativo de la hepatitis B crónica que ya tenía previamente el paciente. Sólo excepcionalmente la sobreinfección por el VHD puede producir la eliminación del VHB.

La hepatitis D se transmite de forma muy similar a la hepatitis B. Los mecanismos de transmisión más comunes son la adicción a drogas por vía intravenosa y la transfusión de hemoderivados. La transmisión por vía sexual es mucho menos frecuente, al igual que la transmisión perinatal.

La hepatitis aguda (en la coinfección VHB/VHD) aparece tras un periodo de incubación de entre 30 y 180 días. El paciente puede presentar cansancio, pérdida de apetito, fiebre (no más de 38°C habitualmente), dolor de cabeza y en ocasiones náuseas, vómitos e ictericia. En otras ocasiones la infección aguda puede pasar desapercibida porque el paciente apenas presenta síntomas. En los análisis destaca el aumento de la cifra de transaminasas y es frecuente que existan dos picos de elevación separados habitualmente por el periodo de un mes. La mayor parte de estos pacientes evolucionan a la curación. En el caso de la sobreinfección puede presentarse clínicamente como una hepatitis aguda con los síntomas ya descritos, o como un agravamiento de la enfermedad hepática preexistente. En estos casos el paciente suele evolucionar hacia la cronicidad. La situación más grave es el desarrollo de fallo hepático. El paciente puede presentar alteraciones importantes del nivel de conciencia, ictericia, ascitis, edemas y complicaciones infecciosas. Estos síntomas son consecuencia del deterioro importante de las funciones del hígado. En estos casos la mortalidad puede ser elevada. La infección crónica suele ser asintomática hasta los estadios avanzados de la enfermedad. En ocasiones el paciente puede presentar algunos síntomas inespecíficos como cansancio o pérdida de apetito.

El diagnóstico de la hepatitis delta se realiza con un análisis de sangre en el que el médico determina la presencia de infección por VHB y de anticuerpos anti D. La replicación activa del VHD puede determinarse por técnicas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR). En algún caso el médico puede proponer adicionalmente la realización de una biopsia hepática.



Si bien la incidencia VIH/Chagas no es muy frecuente, si no se detecta y trata a tiempo es mortal. En cuanto a la enfermedad de Chagas congénita, 5% de mujeres infectadas en edad reproductiva puede transmitir la enfermedad a sus bebés.

Según Yagahira Castro-Sesquén, microbióloga clínica que adaptó la prueba para la enfermedad de Chagas, su bajo costo (dos dólares), la facilidad para producir las nanopartículas que se requieren y su alta efectividad en pruebas de laboratorio la hace adecuada para entornos de bajos recursos, donde generalmente se presenta la enfermedad.

El equipo de investigación de la Universidad John Hopkins y del Grupo de Trabajo Chagas/VIH de Bolivia y Perú al que pertenece

Castro-Sesquén, describe que los niveles de parasitemia hallados en las concentraciones de orina de los pacientes sometidos a la prueba, denominada Chunap, permitió diagnosticar claramente la reactivación de la enfermedad.

“Muchos contraen la enfermedad de Chagas muy jóvenes en zonas donde es endémico, luego de adultos viajan a zonas urbanas y allí adquieren el VIH, su sistema inmunológico se autosuprime y hace que la enfermedad de Chagas se reactive”, explicó Castro-Sesquén, y recordó que en adultos, la enfermedad de Chagas crónica generalmente es asintomática.

Roberto Salvatella Agrelo, asesor regional en enfermedad de Chagas de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) señaló que este avance “inicia una línea de potencial desarrollo tecnológico, que puede concluir en metodología diagnóstica útil para coinfecciones con VIH, enfermedad de Chagas congénita y otras situaciones de importancia clínica”.

Aclaró que aún hace falta “desarrollo y transferencia de conocimientos” para determinar si es una técnica utilizable en campo. “Indudablemente es un camino prometedor e interesante”, subrayó.

Alberto Mendoza, infectólogo e investigador de la Clínica Peruano-Japonesa, dice que es una herramienta potencialmente valiosa pero aún muy compleja por la alta tecnología que usa, requiere personal calificado, instalaciones, equipos y reactivos adecuados.

“Este primer ensayo ha evaluado un número limitado de pacientes con VIH (55); se requiere reproducir y hacer más simple los procesos para escalar a su implementación. No quiero ser pesimista, pero muchos ensayos no han logrado este escalamiento o demanda mucho tiempo”, concluyó.

Los investigadores esperan producir las nanopartículas en un laboratorio central y luego armar kits de diagnóstico rápido que se puedan transportar fácilmente. Castro-Sesquén afirma que la Universidad Peruana Cayetano Heredia ha mostrado interés en su producción.⁴

El mundo

SEXUALLY
TRANSMITTED
INFECTIONS

Australia: El uso de la saliva como lubricante en el sexo anal podría aumentar el riesgo de gonorrea rectal en HSH

3 de marzo de 2016 – Fuente: *Sexually Transmitted Infections*

De acuerdo con los hallazgos de un estudio estadounidense, alrededor de la mitad de los casos de gonorrea rectal podrían evitarse si no se utilizara la saliva como lubricante en las relaciones sexuales anales entre hombres que practican sexo con hombres (HSH). El estudio halló que los hombres que practican sexo anal receptivo y utilizan la saliva de sus parejas como lubricante tienen una probabilidad más de dos veces mayor de tener gonorrea rectal.

La gonorrea es una infección de transmisión sexual (ITS) causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*, que puede localizarse en el recto, los genitales y la garganta. Cuando se localiza en la garganta se la denomina faringitis gonocócica y se adquiere a través del sexo oral con una pareja infectada. La mayoría de casos de faringitis gonocócica son, por lo general, asintomáticos.

Algunos estudios han puesto de relieve que el uso de la saliva como lubricante en el sexo anal es habitual entre algunos HSH, y que la bacteria que causa la gonorrea puede detectarse en la saliva de una persona con una infección faríngea. Sobre la base de estas premisas, un grupo de investigadores australianos quisieron evaluar si determinadas prácticas sexuales anales –uso de saliva como lubricante, el *rimming* (sexo oro-anal) y el *fingering* (manipulación del ano con los dedos)– son factores de riesgo de gonorrea rectal en HSH.

En el estudio participaron 1.312 hombres a los que se les tomaron muestras del recto y la faringe para realizar un cultivo y detectar así la presencia de gonorrea. Además, los participantes respondieron un cuestionario sobre conductas de riesgo y prácticas sexuales.

Los investigadores detectaron la presencia de gonorrea rectal en 56 (4,3%) y de faringitis gonocócica en 22 (1,7%) de los 1.312 hombres que participaron en la encuesta. Aparte de la penetración pene-ano, las prácticas sexuales anales fueron habituales entre los participantes los tres meses anteriores al estudio registrándose el *rimming*

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

receptivo en 70,5%; el *fingering* receptivo o la penetración anal breve durante los prolegómenos sexuales en 84,3%; y el uso de la saliva de la pareja como lubricante para el sexo anal en 68,5%.

Los resultados muestran que el uso de la saliva como lubricante para el sexo anal se asoció con un aumento de 40% del riesgo de gonorrea rectal incluso tras ajustar por factores como la edad, el uso del preservativo durante el sexo anal receptivo, la infección por faringitis gonocócica y el estado serológico al VIH. El *rimming* receptivo y la penetración anal breve no se asociaron con la gonorrea rectal. De acuerdo con los investigadores, el mayor volumen de saliva cuando se utiliza como lubricante en comparación con la cantidad que se utiliza en el *rimming* podría explicar esta diferencia.

En sus conclusiones los investigadores afirman que el presente estudio es el primero en proporcionar evidencia de que la saliva de una persona con faringitis gonocócica podría incrementar de forma sustancial el riesgo de gonococia rectal cuando la saliva de la persona con infección faríngea se utiliza como lubricante durante el sexo anal.

Los investigadores señalan que el hecho de que el estudio solo se haya llevado a cabo en una clínica de salud sexual en Australia implica que los hallazgos no puedan generalizarse a otros HSH de otras comunidades.

Con todo y a pesar de que el estudio pueda tener limitaciones –entre las que se incluyen el tamaño de la muestra y de centros participantes y que una parte de los datos proceden de las declaraciones de los propios participantes–, los investigadores consideran que su hallazgo –el papel que desempeña la faringe en la transmisión de la gonorrea– es lo suficientemente convincente como para que se siga evaluando en profundidad la asociación entre determinadas prácticas sexuales que implican saliva y la gonorrea rectal.⁵



Kenya enciende las alarmas tras la muerte por influenza de al menos 39 niños

12 de abril de 2016 – Fuente: EFE

La muerte de al menos 39 niños a causa de la influenza desde el pasado 24 de marzo ha encendido las alarmas del Gobierno de Kenya, que ha pedido a los padres del distrito de Nakuru, donde se han registrado 296 casos, que extremen precauciones.

El ministerio de Sanidad aseguró que el virus de la influenza afecta sobre todo a niños menores de cinco años y que por ahora no responden a la medicación, por lo que a la fiebre típica de la influenza le siguen convulsiones, coma y luego la muerte.

Para evitar la propagación del virus, el Gobierno pidió a los padres de niños que sufran tos aguda y fiebre que los lleven al hospital más cercano.

Hospitales y centros médicos también han sido puestos en alerta para informar de cualquier paciente que llegue con síntomas parecidos a los de la influenza.

“Muchos casos tienen una respuesta limitada a los antibióticos”, explicó la ministra de Sanidad, Cleopa Mailu, que pidió a los familiares de posibles enfermos que se laven las manos y la cara después de cualquier contacto con ellos.

En el caso de los niños menores de cinco años, los síntomas típicos de la influenza –fiebre, dolor de cabeza, tos, dolor muscular– se pueden sumar náuseas y vómito y, en algunos casos, puede derivar en neumonía.

Muestras de sangre y naseofaríngeas han sido enviadas al laboratorio del Centro de Control de Enfermedades (CDC-Kenya) en Nairobi para determinar la causa de las muertes, añadió Mauli.

Kenya dispone de un sistema de detección de casos de influenza relativamente moderno después de la alarma internacional creada por la influenza aviar, aunque el virus sigue siendo una causa mayor de hospitalizaciones en el país, en especial de niños pequeños.

Según datos del CDC-Kenya, 10% de las hospitalizaciones por infecciones respiratorias agudas registradas entre 2007 y 2013 estuvieron relacionadas con la influenza y, de estas, casi dos terceras partes fueron niños menores de cinco años.



República Democrática del Congo: Brote de fiebre amarilla relacionado con el que ocurre en Angola

11 de abril de 2016 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

El 22 de marzo de 2016, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de la República Democrática del Congo (RDC) notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un brote de fiebre amarilla relacionado con el actual brote que ocurre en Angola.

Desde principios de enero hasta el 22 de marzo de 2016, el sistema nacional de vigilancia reportó un total de 151 casos sospechosos de fiebre amarilla, incluyendo 21 muertes (tasa de letalidad: 14%). De los 151 casos sospechosos, nueve fueron confirmados por serología (IgM) en el Instituto Nacional de Investigación Biomédica (INRB), en Kinshasa. Dadas las posibles reacciones cruzadas con otros arbovirus, las muestras IgM positivas fueron enviadas al Instituto Pasteur de Dakar para su confirmación, de las cuales cuatro dieron positivo para la infección. De los cuatro casos confirmados en Dakar, tres fueron importados de Angola y se detectaron en las áreas de Nsona-Pangu, Kimpese y Kitona, en la provincia de Bas-Congo, República Democrática del Congo. Esta provincia limita con Angola.

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

Respuesta de salud pública

El Ministerio de Salud de la República Democrática del Congo ha activado el Comité Nacional para la Gestión de Brotes, para responder a este evento. Las actividades realizadas incluyen el establecimiento de mecanismos de coordinación, la movilización social y la participación ciudadana, el fortalecimiento de la vigilancia a través de la formación de los trabajadores de la salud, la difusión de las definiciones de casos, la detección y control sanitario en los puntos de entrada, y el control del estado de vacunación de los refugiados. Otras actividades están dirigidas a la vacunación de toda persona que viaje a Angola, y el fortalecimiento del control de vectores y del manejo de casos.

Con el apoyo de la OMS y sus asociados, el país ha desarrollado un plan de contingencia para mejorar la preparación del país para una posible respuesta a casos importados de Angola. Está planificada la visita de campo de un equipo multidisciplinario nacional a Bas-Congo, con el fin de organizar investigaciones en profundidad de los casos y fortalecer la preparación de la estrategia de inmunización reactiva.

Evaluación de riesgos de la OMS

La República Democrática del Congo se encuentra en una zona geográfica endémica para fiebre amarilla, en la se reportan regularmente casos autóctonos. Desde enero de 2016 se han registrado casos sospechosos autóctonos en las provincias de Bas-Uele, Équateur, Kasai y Tshuapa.

El reporte de infección por fiebre amarilla en viajeros que regresan de Angola, sin embargo, pone de relieve el riesgo de propagación internacional de la enfermedad. En esta etapa, la información disponible no sugiere el establecimiento de un ciclo de transmisión en la República Democrática del Congo. Sin embargo, la presencia del vector competente (el mosquito *Aedes aegypti*), la alta proporción de individuos susceptibles a la infección, y la intensidad de los movimientos de población desde y hacia Angola suponen un grave riesgo de propagación de la enfermedad en la República Democrática del Congo.

La OMS continúa monitoreando la situación epidemiológica y evaluando el riesgo con base en la última información disponible.

Advertencias de la OMS

La OMS insta a los Estados Miembros, especialmente aquellos en los que es posible que se establezca un ciclo local de transmisión (es decir, donde está presente el vector competente), a reforzar el control del estatus inmunitario de los viajeros a todas las áreas potencialmente endémicas.

La OMS no recomienda ninguna restricción a los viajes ni al comercio con la República Democrática del Congo con base en la información actualmente disponible.

PROJECT SYNDICATE **Cómo ganarle la guerra a la tuberculosis** 13 de abril de 2016 – Fuente: Project Syndicate – Autor: Melvin Sanicas⁶

Los seres humanos han luchado contra la tuberculosis desde la Edad de Piedra. Pero recién en el siglo pasado se hizo un verdadero progreso contra la enfermedad. Una vacuna, utilizada por primera vez en seres humanos en 1921, hoy sigue en uso en todo el mundo. Y una serie de antibióticos, empezando por la estreptomycin en los años cuarenta, han demostrado ser efectivos en el tratamiento de las infecciones.

Desde 1990, la tasa de mortalidad anual como consecuencia de la tuberculosis se ha reducido prácticamente a la mitad. De 2000 a 2014, mejores diagnósticos y tratamientos salvaron unos 43 millones de vidas. Sin embargo, el progreso se ha vuelto extremadamente lento, lo que sugiere que la batalla está lejos de haber terminado. La caída anual de los casos en los últimos diez años ha sido de apenas 1,65%; en 2014, la tuberculosis mató a 1,5 millón de personas.

Mientras tanto, hay cepas de la enfermedad que están desarrollando una resistencia al tratamiento. El mal uso y la mala administración de los antibióticos han resultado en una tuberculosis resistente a múltiples fármacos. Estas cepas se deben tratar con medicamentos de segunda línea, que son más costosos y muchas veces causan peores efectos colaterales. También aparecieron cepas que son resistentes a los fármacos de segunda línea, conocidas como tuberculosis extremadamente resistente (TB-XDR).

Dada la enorme carga económica y el sufrimiento humano extendido causados por la tuberculosis, se necesita con urgencia un esfuerzo integral para hacer frente a la enfermedad. En una serie de artículos publicados por la revista médica británica *The Lancet*, Salmaan Keshavjee, profesor de salud global y medicina social en la Facultad de Medicina de Harvard, diseñó una estrategia para derrotarla. Keshavjee y un grupo de científicos especializados en la enfermedad, clínicos, miembros de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, hospitales y universidades se impusieron el objetivo de llevar la tasa de mortalidad de la tuberculosis a cero, y diseñaron las medidas necesarias para lograrlo.⁷



Moanaraola, de 38 años, juega con su hija en su casa de Delhi. Después de curarse de su tuberculosis, lleva una vida normal con su marido Abhijeet y sus hijos Astera y Aden.

⁶ Melvin Sanicas es responsable de programas y miembro del área de Salud Global en la Fundación Bill & Melinda Gates.

⁷ Puede consultar la serie completa de artículos, en inglés, haciendo clic [aquí](#) (requiere suscripción).

El primer paso es redoblar los esfuerzos de recolección de datos. Las epidemias de tuberculosis, como las de otras enfermedades infecciosas, varían según el lugar; en consecuencia, los esfuerzos de erradicación deben adaptarse a las condiciones locales. Los programas necesitan hacer un mejor uso de los datos existentes, aumentar la recolección rutinaria, modernizar los sistemas de almacenamiento y desarrollar la infraestructura analítica necesaria para medir los efectos de las intervenciones locales. Estos resultados tienen que estar disponibles al interior del país donde se recabó la información, y las lecciones aprendidas deben compartirse con los países y las regiones vecinos.

Es más, los trabajadores del sector de la salud deben ampliar los esfuerzos para impedir nuevas infecciones y tratar con celeridad los casos nuevos. Al detectar a las víctimas de manera activa y al tratarlas con rapidez para que dejen de ser infecciosas, se puede romper la cadena de transmisión de la tuberculosis. Esta estrategia ha resultado efectiva por evaluación empírica y modelado matemático.

Al mismo tiempo, se deben hacer esfuerzos para controlar los semilleros de la enfermedad, las infecciones latentes que son la causa de prácticamente todos los casos nuevos de tuberculosis activa. La bacteria *Mycobacterium tuberculosis*, que causa la enfermedad, puede yacer inactiva durante largos períodos durante los cuales la víctima no manifiesta ningún síntoma de haber sido infectada. El tratamiento de la tuberculosis en esta etapa detendría la propagación de la bacteria y reduciría la carga global de la enfermedad. Aplicar terapias preventivas en poblaciones en riesgo y desarrollar mejores pruebas de diagnóstico para identificar a quienes tienen infecciones asintomáticas ayudaría a consumir los reservorios de la bacteria.

Desarrollar una vacuna más efectiva es lo que tendría el mayor impacto en la epidemia. La vacuna BCG (*Bacillus* de Calmette y Guérin) se les administra a niños en muchas partes del mundo, pero su eficacia contra la tuberculosis pulmonar es altamente variable. Para eliminar la enfermedad a nivel global, sería crucial una vacuna mejor.

Finalmente, cualquier esfuerzo para erradicar la tuberculosis debe reconocer que la enfermedad tiene sus raíces en la pobreza y la exclusión social. Desde mediados del siglo XX, los empeños mundiales para tratar la tuberculosis han hecho hincapié en las soluciones biomédicas y se centraron en tratar los brotes de la enfermedad. Pero, antes del desarrollo de los antibióticos, mejoras en los niveles de vida habían ayudado a reducir el impacto de la tuberculosis. Integrar una estrategia biomédica con un énfasis en la importancia de la buena alimentación, la vivienda digna y el bienestar humano serán necesarios si se pretende poner en vereda a la enfermedad.

La comunidad global debe trabajar en conjunto y traducir el conocimiento y las estrategias existentes en intervenciones programáticas efectivas en las comunidades más afectadas por la tuberculosis. Al desarrollar nuevas herramientas –entre ellas, un diagnóstico rápido, un tratamiento más seguro y más corto de la infección y la enfermedad y una vacuna eficaz contra la tuberculosis–, al fortalecer los sistemas de salud y al mejorar las condiciones de vida de las poblaciones en riesgo, podemos neutralizar a uno de los asesinos más antiguos de la humanidad. Sólo entonces podremos relegar a la tuberculosis, por fin, a los libros de historia.



URUGUAY CONTRA EL AEDES AEGYPTI

EVITEMOS QUE SE PROPAGUE EN NUESTRO PAÍS EL MOSQUITO QUE TRANSMITE EL DENGUE, LA FIEBRE CHIKUNGUNYA Y EL VIRUS ZIKA.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN:

- Dar vuelta recipientes con agua: latas, botellas, cubiertas en desuso, etc.
- Tapar los tanques de agua.
- Utilizar mosquiteros en las aberturas del hogar.
- Usar repelente en las primeras horas de la mañana y las últimas horas de la tarde.
- Eliminar adecuadamente la basura.



SÍNTOMAS:

Dengue: Fiebre. Dolor articular.

Virus Zika: Fiebre leve. Dolores de cabeza y articulaciones. Conjuntivitis. Erupciones.

Fiebre Chikungunya: Fuerte fiebre. Dolor en articulaciones, cabeza y músculos. Erupciones. Vómitos. Malestar general.



Si tenés al menos dos de estos síntomas, consultá ahora en tu centro de salud.

¡AHORA MÁS QUE NUNCA!

URUGUAY CONTRA EL AEDES AEGYPTI



Ministerio de Salud (2016. Uruguay).

El Reporte Epidemiológico de Córdoba hace su mejor esfuerzo para verificar los informes que incluye en sus envíos, pero no garantiza la exactitud ni integridad de la información, ni de cualquier opinión basada en ella. El lector debe asumir todos los riesgos inherentes al utilizar la información incluida en estos reportes. No será responsable por errores u omisiones, ni estará sujeto a acción legal por daños o perjuicios incurridos como resultado del uso o confianza depositados en el material comunicado.

A todos aquellos cuyo interés sea el de difundir reportes breves, análisis de eventos de alguna de las estrategias de vigilancia epidemiológica o actividades de capacitación, les solicitamos nos envíen su documento para que sea considerada por el Comité Editorial su publicación en el Reporte Epidemiológico de Córdoba.

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