



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina

www.reporteepidemiologico.com



Número 1.763

11 de mayo de 2016

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

Comité Editorial

Editor Jefe

Ángel Mínguez

Editores Adjuntos

Ílide Selene De Lisa
Enrique Farías

Editores Asociados

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

Noticias

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

Argentina

- Vigilancia de intoxicación por monóxido de carbono
- Critican la falta de respuesta integral contra el dengue
- Tucumán, San Miguel de Tucumán: Confirman dos casos autóctonos de fiebre Zika

América

- Bolivia, La Paz: Atienden tres casos de rabia canina
- Brasil, São Paulo: Reportan una muerte por fiebre amarilla en Bady Bassitt
- Estados Unidos: Las autoridades sanitarias se preparan para la batalla contra el virus Zika
- Venezuela, Sucre: Nació el primer niño con microcefalia que se vincula con el virus Zika

El mundo

- Angola: Aumenta la cifra de muertes por fiebre amarilla
- China, Jiangu: Cientos de niños enfermaron tras mudar su instituto a una zona contaminada
- Fiji reportó 166 casos de leptospirosis en lo que va del año
- Nigeria: Suspenden ayuda económica tras denuncias de corrupción en la lucha contra el sida
- Uganda: Brote de fiebre amarilla
- El benznidazol es más eficaz que el posaconazol en el tratamiento de la infección por *Trypanosoma cruzi* en los pacientes asintomáticos
- Las infecciones de transmisión sexual impulsaron la monogamia

Adhieren:

SLAMVI

Sociedad Latinoamericana
de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/

**CIRCULO
MÉDICO DE
CÓRDOBA**

www.circulomedicocba.org/

CMPC
Consejo de Médicos
de la Provincia
de Córdoba

www.consejomedico.org.ar/



Biblioteca de la Facultad
de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Córdoba

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



S.A.D.I.

www.said.org.ar/

**Comité Nacional de
Infectología**

Sociedad Argentina de Pediatría
www.sap.org.ar/



www.apinfectologia.org/

Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica

www.sadip.net/

**Asociación
Parasitológica
Argentina**

www.apargentina.org.ar/

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, que 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 tienen carácter temporario y serán actualizadas con la nueva información.

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

Argentina

Vigilancia de intoxicación por monóxido de carbono

7 de mayo 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 13. 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	26	12	22	14
Buenos Aires	29	27	30	30
Córdoba	9	3	11	8
Entre Ríos	5	5	—	—
Santa Fe	—	—	1	1
Centro	69	47	64	53
Mendoza	19	—	15	—
San Juan	2	—	1	—
San Luis	—	—	2	1
Cuyo	21	—	18	1
Corrientes	3	—	1	—
Chaco	—	—	—	—
Formosa	—	—	4	—
Misiones	—	—	2	—
NEA	3	—	7	—
Catamarca	2	—	5	—
Jujuy	—	—	—	—
La Rioja	—	—	—	—
Salta	3	—	1	—
Santiago del Estero	6	—	—	—
Tucumán	10	10	—	—
NOA	21	10	6	—
Chubut	3	2	4	—
La Pampa	—	—	—	—
Neuquén	17	—	19	—
Río Negro	5	5	4	4
Santa Cruz	—	—	3	—
Tierra del Fuego	—	—	3	3
Sur	25	7	33	7
Total Argentina	139	64	128	61

Página 12 Critican la falta de respuesta integral contra el dengue

9 de mayo de 2016 – Fuente: Página 12 (Argentina)

Mientras ya son 11 los muertos por el dengue desde que comenzó la epidemia, se multiplican en Argentina los casos aunque no engrosen la estadística oficial: solo le aplican el reactivo para confirmar si se trata de la enfermedad a uno de cada 10 pacientes que llegan a los hospitales con la sintomatología típica, lo que demuestra que el número oficial de 35.000 casos confirmados constituye un subregistro enorme. Así lo admitió el propio viceministro de Salud de la Nación, Néstor Abel Pérez Baliño: “El número total de afectados ya no tiene valor”, se desentendió el funcionario.

¿Cómo se llegó a la peor epidemia de dengue en la historia de Argentina? Dos reconocidos especialistas coincidieron en señalar que el origen está relacionado con lo que el gobierno nacional hizo y lo que dejó de hacer. “Es una vergüenza lo que están haciendo. No es incompetencia, es desidia”, criticó el sanitarista y ex ministro de Salud Ginés Mario González García sobre la falta de una respuesta integral para enfrentar el problema. “El Estado está delegando en cada persona la responsabilidad de la prevención, al pedir que cada uno descacharrice y se ponga repelen-

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



te. Los estilos de vida sirven para culpabilizar a la víctima”, cuestionó Hugo Guillermo Spinelli, director del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús, quien consideró además que las muertes registradas hasta el momento “podrían haberse evitado”.

“Cada paciente con dengue es un reservorio del virus. Se deben atacar los focos para mitigar la epidemia. Porque si un mosquito *Aedes aegypti* lo pica va a convertirse en transmisor del virus al picar a otra persona. Pero el Estado nacional se desentendió del problema. Declararon la epidemia de dengue y ningunearon el problema. El gobierno hizo una publicidad muy simple. Y concibe como si fuera responsabilidad de cada uno que no haya mosquitos en su casa. No fumigaron ni distribuyeron insecticidas en las provincias. El Ministerio de Salud tuvo una actitud indiferente y no se hizo cargo de una epidemia nacional. Debería haber mantenido la fumigación de los focos, especialmente en los espacios públicos y los barrios carenciados. Brasil incorporó al Ejército para controlar la epidemia”, objetó el ex ministro de Salud.

Para Spinelli, el Estado no puede delegar la responsabilidad de prevención en los individuos, con mensajes de descacharrar y ponerse repelente. “La medicina dominante transforma las vulnerabilidades sociales en riesgos individuales”, objetó. También cuestionó que cada persona afectada no tenga conocimiento de cuál cepa la afectó. “El problema es que si la gente desconoce qué cepa la afectó en esta oportunidad, y vuelve a tener dengue en el futuro con una cepa distinta, podría desarrollar dengue hemorrágico, una versión más virulenta de la enfermedad, que puede llegar a ser mortal. Se le debería informar a la población que no se le va a realizar el test que determine la cepa. El gobierno debería aclarar a quién le aplican el reactivo y a quién no”, consideró Spinelli.

La denuncia de un gremio docente en la ciudad de Buenos Aires es un ejemplo de la falta de iniciativa oficial. Desde la Asociación de Docentes de Enseñanza Media y Superior (ADEMYS), reclaman desde marzo que el gobierno porteño realice fumigaciones “sistemáticas” en los colegios, sobre todo aquellos rodeados de parques, y que además entregue repelente tanto a docentes como al alumnado. “Estamos viendo casos de dengue en casi todas las escuelas, en docentes y en alumnos. El 31 de marzo murió una maestra de Barracas. Fue diagnosticada en el Hospital de Infecciosas ‘Dr. Francisco Javier Muñoz’ y luego derivada al Sanatorio Municipal ‘Dr. Julio Méndez’, donde fue mal atendida. Tenía diabetes, pero el dengue la mató”, contó María Isabel Grau, secretaria de prensa del sindicato. El reclamo por fumigaciones y repelente no tuvo eco en el gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Desde la cartera de Salud, Pérez Baliño adjudicó a la anterior gestión la falta de acciones de prevención durante 2015, consideró que “el índice de mortalidad es muy bajo” y afirmó que la epidemia ya está “en la rama descendente”, debido a la llegada del frío.

Desde la cartera de Salud, Pérez Baliño adjudicó a la anterior gestión la falta de acciones de prevención durante 2015, consideró que “el índice de mortalidad es muy bajo” y afirmó que la epidemia ya está “en la rama descendente”, debido a la llegada del frío.

Sin reactivos

La serología para confirmar la cepa que afecta a cada caso solo se le realiza a uno de cada 10 pacientes con síntomas de dengue, salvo que la persona afectada tenga alguna otra patología asociada, como por ejemplo, diabetes. Se sabe, por el momento, que en el país está circulando el serotipo DENV1, que es el más benigno, igual que en el resto de la región.

Subregistro

Según informó el Ministerio de Salud, desde el 3 de enero y hasta el 30 de abril –último registro disponible– se notificaron 63.952 casos con sospecha de dengue (incluyendo probables, confirmados, descartados y en estudio). De ellos, 32.441 corresponden a casos confirmados o probables autóctonos distribuidos en 15 jurisdicciones del país, mientras que 2.551 corresponden a casos confirmados y probables importados, distribuidos en 23 provincias. Se descartaron 14.035 casos y permanecen en estudio 14.925. Los datos indican que en las primeras 17 semanas de 2016, desde que se declaró la epidemia, los casos acumulados superan casi en 32% a los registrados en 2009 para el mismo período. La diferencia entre ambos años para el mismo período es menor a la registrada en las pasadas semanas –que daban cuenta que superaban en 70% a los de 2009– a expensas del menor número de notificaciones observadas desde la semana del 13 al 19 de marzo. Hasta el momento, indica el parte oficial, “se reportaron 11 pacientes fallecidos con dengue que están siendo evaluados para su clasificación final”. Esta es la peor epidemia de dengue de la historia argentina. Pero el subregistro de casos, en realidad, sería altísimo.

Según el viceministro de Salud, “las epidemias tienen tres etapas: la de prevención, la de contención –cuando ya llegó– y la de mitigación –tratar de que la gente no se muera. Estamos en esa etapa. El número de casos pierde valor. No es necesario aplicarles el reactivo a todos los pacientes para conocer la serología”.

“Se realiza el análisis cada diez casos, para confirmar qué cepa sigue circulando. Las provincias más afectadas son Formosa y Misiones. Pero la transmisión sostenida del virus se mantiene en las provincias de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba, Corrientes, Chaco, Entre Ríos, Jujuy, Salta, Santa Fe y Santiago del Estero. Por otra parte, se verifica transmisión circunscripta a localidades, barrios o conglomerados con casos autóctonos y probables en Catamarca y Tucumán, y casos aislados autóctonos en La Rioja”, señaló Pérez Baliño.

“Por debajo de los 12°C de temperatura, el mosquito adulto muere, pero las larvas, no; pueden sobrevivir hasta un año sin agua y resisten temperaturas bajas. Con lo cual, entre julio y agosto deberían comenzar las tareas de prevención, eliminando los reservorios donde puedan permanecer. Será tarea para cada hogar”, indicó Pérez Baliño.

9 de mayo de 2016 – Fuente: La Gaceta (Argentina)

No viajaron a ninguno de los países limítrofes en los que el virus Zika es una epidemia, pero se presentaron con un síndrome febril no específico. Les hicieron las pruebas serológicas y determinaron que dos pacientes tucumanos se habían contagiado del virus que transmite el mosquito *Aedes aegypti*. Con esto, quedaron confirmados los dos primeros casos autóctonos de fiebre zika en la provincia de Tucumán.

El hallazgo se corresponde a dos adultos que residen en un barrio de la zona sur de San Miguel de Tucumán. Los pacientes ya se recuperaron de la enfermedad, nunca requirieron hospitalización y cursaron con normalidad la enfermedad en sus domicilios, de acuerdo con el último informe emitido por el Ministerio de Salud Pública de la provincia de Tucumán, difundido el 7 de mayo.

El Director de Epidemiología del Sistema Provincial de Salud (SIPROSA), Rogelio Salomón Calli Flores, informó que los casos se confirmaron mediante el Sistema de Vigilancia de Síndrome Febril Inespecífico (SFI) del Ministerio de Salud Pública. La primera confirmación se obtuvo en los laboratorios de la cartera provincial y la segunda se efectuó en el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas (INEVH) 'Dr. Julio Isidro Maiztegui', en la ciudad de Pergamino, provincia de Buenos Aires. "No es una sorpresa que aparezcan estos casos, era parte de lo que se esperaba en el contexto de epidemia regional", dijo el médico y confesó que la mayor preocupación está puesta en la potencial aparición de la fiebre chikunguya, que también tiene como vector a *Ae. aegypti*. "Todavía hay muchos mosquitos, a pesar del frío, por lo que es necesario continuar con los esfuerzos de combatirlos", agregó.

"A diferencia del virus Dengue, la infección por el virus Zika no causa síntomas en 75% de los casos, o bien provoca síntomas muy leves. Ahí puede estar la respuesta a cómo llegó el virus a la provincia: si bien los pacientes no viajaron, se pueden haber contagiado de alguien cercano que sí lo haya hecho", explicó Calli.

América

Bolivia, La Paz: Atienden tres casos de rabia canina

7 de mayo de 2016 – Fuente: El Diario (Bolivia)

De acuerdo a un trabajo de evaluación del trabajo de prevención realizado de enero a abril, la Unidad de Atención Integral de Animales atendió tres casos positivos de rabia canina en las zonas de Cotahuma, Chuquiaguillo y San Simón.

El encargado del área, Héctor Mencías, informó que para evitar la propagación del virus, el 12 de junio participarán de la campaña nacional antirrábica con la entrega de 1.400 jeringas, además de tarjetas y cintillos.

Mencías señaló que los casos se presentaron en perros criollos que fueron traídos de otros municipios. El primer caso se presentó en enero en Chuquiaguillo y en febrero en Cotahuma y San Simón.

Indicó que como medida de prevención se realizó en los tres casos un bloqueo de foco, es decir, una vacunación de todas las mascotas, perros y gatos que se encontraban a diez cuadras del caso positivo con la finalidad de que el virus no se expanda a otras zonas.

Las campañas barriales fueron acompañadas por el trabajo del Servicio Departamental de Salud (SEDES) y el Ministerio de Salud para la vacuna de más de 30 personas que estuvieron en contacto con los animales.

"Hemos tenido éxito; ya han pasado dos meses de los tres casos y no se tuvo el reporte de otros casos; además se realizó un seguimiento a las familias afectadas, puesto que esta enfermedad incuba en la personas 40 días", manifestó.

Sostuvo que el Ministerio de Salud declaró alerta sanitaria en la región por rabia canina, puesto que sólo en el departamento de Cochabamba se registraron 15 casos positivos hasta la fecha.

La autoridad municipal señaló que para prevenir esta enfermedad en las mascotas se realizan campañas informativas en unidades educativas, universidades y barrios sobre la tenencia responsable de las mascotas.

**Brasil, São Paulo: Reportan una muerte por fiebre amarilla en Bady Bassitt**

4 de mayo de 2016 – Fuente: Universo On Line (Brasil)

La Secretaría de Salud de Bady Bassitt, en el interior del estado de São Paulo, confirmó el 4 de mayo que la fiebre amarilla fue la causa de la muerte de un hombre de 38 años. La víctima fue hospitalizada durante dos semanas en el Hospital de Base de São José do Rio Preto. Existe la sospecha de que la enfermedad es del tipo silvestre, ya que en Brasil no hay casos de fiebre amarilla urbana desde la década de 1940.

En las áreas urbanas, la fiebre amarilla es transmitida por el mosquito *Aedes aegypti*. Como la víctima frecuentaba zonas rurales, es posible que haya adquirido el tipo silvestre de la enfermedad, transmitida por los mosquitos *Haemagogus*, que habitan en los bosques.

La Secretaría de Salud del Estado envió agentes a la zona para recorrer las zonas rurales con el fin de identificar al transmisor. Según la prefectura de Bady Bassit, los familiares informaron que la víctima acostumbraba pescar en áreas rurales, incluyendo la Mata dos Macacos, una zona más remota.

Último caso en 2008

El paciente fue hospitalizado el 26 de marzo con síntomas de dengue, que son similares a los de la fiebre amarilla. A pesar del tratamiento, no se recuperó y murió 12 días más tarde, pero los resultados de las pruebas que confirmaron la enfermedad recién estuvieron disponibles esta semana.

Se solicitaron más exámenes para eliminar cualquier duda acerca de la causa de la muerte. De acuerdo con la coordinadora de salud de Bady Bassitt, Elizabeth Mendes, la ciudad está en alerta. El último caso de fiebre amarilla selvática en la región se registró en 2008.²



Estados Unidos: Las autoridades sanitarias se preparan para la batalla contra el virus Zika

9 de mayo de 2016 – Fuente: Healthday (Estados Unidos)

La temporada de mosquitos es inminente en los estados de la Costa del Golfo, y las autoridades de salud pública de Estados Unidos han comenzado a desplegar un plan de batalla en tres frentes para combatir al virus Zika.

Se anticipa que el virus se haga activo al menos en algunas áreas de la parte continental de Estados Unidos esta primavera y este verano, sobre todo en los estados de la Costa del Golfo, a medida que pase de una persona a otra a través de las picaduras de mosquitos, apuntan las autoridades sanitarias federales.

Los expertos sanitarios tienen la esperanza de que el virus Zika no se propague tan ampliamente en Estados Unidos como en Centro y Sudamérica. Los motivos principales son que las personas no están tan expuestas a los mosquitos en Estados Unidos, y que gran parte del clima del país no es tan tropical como el de Latinoamérica.

“Es probable que el hecho de que tengamos más acceso a mosquiteros y aire acondicionado sea, en sí mismo, altamente protector”, apuntó el Dr. John Hellerstedt, comisionado del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas en un seminario reciente sobre el virus Zika.

Para limitar cualquier propagación potencial del virus, las autoridades sanitarias federales, estatales y locales están desplegando una estrategia triple: mejorar el control de los mosquitos, expandir su capacidad de realizar pruebas para el virus Zika, y exhortar al público a protegerse de los mosquitos.

Pero las autoridades reconocieron que no será posible hacer pruebas a todas las mujeres embarazadas o que podrían quedar embarazadas para ver si el virus las ha infectado. Por eso la autoprotección y el control de los mosquitos son componentes críticos de la estrategia, señalaron las autoridades.

“Cada estado tiene una buena idea sobre cuál de sus regiones tienen más probabilidades de albergar mosquitos *Aedes aegypti*, el principal vector del Zika”, señaló el Dr. Frank Welch, director médico del Centro de Preparación de la Comunidad del Departamento de Salud y Hospitales de Louisiana.

“Por ejemplo, las autoridades de Louisiana están dirigiendo primero su atención al área del lago Pontchartrain, cerca de New Orleans, junto con otras pequeñas áreas alrededor del estado. Al enfocarnos realmente en los vecindarios donde sabemos que el mosquito está activo, de verdad esperamos evitar la transmisión local”, apuntó Welch.

Florida incluyó 17 condados en una declaración de emergencia de salud pública sobre el virus Zika, según el Departamento de Salud de Florida. Los condados están repartidos por todo el estado.

“Estamos trabajando para garantizar que todos los residentes y visitantes de Florida estén informados sobre el virus Zika y las enfermedades transmitidas por los mosquitos en general”, apuntó Mara Gambineri, vocera del Departamento de Salud de Florida.

“En Texas, las autoridades de salud pública están vigilando el Valle Bajo del Río Grande, la Costa del Golfo, y en particular la frontera entre Texas y México”, dijo Hellerstedt.

El virus Zika está activo en algunas partes de México, y existe la preocupación de que las personas podrían portar el virus al cruzar la frontera hacia Estados Unidos.

“Cada día, a todo lo largo de la frontera, cientos de miles de personas cruzan de forma legal de un lado al otro, y vuelven. Así es como viven. Es la realidad socioeconómica básica de esas comunidades”, dijo Hellerstedt.

“De forma similar, las autoridades sanitarias de Louisiana están vigilando de cerca los cruceros que vuelven de Centro y Sudamérica. Se advierte a las personas que desembarcan de los cruceros que quizá se hayan expuesto al



² Bady Bassitt es un municipio del estado de São Paulo, con una población de 14.603 habitantes (2010) y un área de 108,5 km². Se ubica en el norte del estado, a 7 km de São José do Rio Preto.

virus Zika, y que podrían sin querer comenzar una transmisión local del virus si un mosquito les pica y luego propaga el virus a otras personas”, apuntó Welch.

“Estamos seguros de que el virus Zika ingresa a Louisiana cada día con los viajeros”, dijo Welch.

El control de los mosquitos es clave

El control de los mosquitos tendrá un rol esencial en la prevención de la propagación del virus Zika. Pero no es probable que los insecticidas sirvan de mucho. “El mosquito *Ae. aegypti* ha desarrollado una resistencia fuerte y variada a los insecticidas, y es probable que los que funcionen en un lugar no lo hagan en otro”, apuntó el Dr. Thomas R. Frieden, director de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos.

Frieden visitó hace poco un laboratorio en Puerto Rico donde evaluaban la efectividad de pesticidas contra los mosquitos locales. El territorio isleño ha tenido casi 700 casos confirmados de fiebre Zika, y una muerte vinculada al virus.

“Lamentablemente, en Puerto Rico muchos de los insecticidas piretroides se encontraron con un alto grado de resistencia. Vi mosquitos volando felizmente media hora después de exponerse a un insecticida muy efectivo; no los afecta para nada. Y entonces, al menos uno de los insecticidas acabó con los mosquitos en 15 minutos”, señaló Frieden.

“Como resultado, el público tendrá que asumir un rol activo en el control de los mosquitos si la gente quiere prevenir la transmisión activa del virus Zika”, apuntaron Welch y Hellerstedt.

“La población tendrá que vigilar de forma regular sus hogares, patios y vecindarios, eliminando cualquier fuente de agua estancada. Esto podría resultar tedioso, porque cada nueva lluvia creará fuentes frescas de agua estancada en los maceteros, los muebles del patio y lugares parecidos... pero hay que hacerlo”, enfatizó Welch.

“Si reducimos la incidencia de crianza de mosquitos en los patios, jardines y vecindarios de todos, reduciremos el riesgo de que se establezca una transmisión local del virus Zika”, explicó Welch.

Las pruebas disponibles no son infalibles

Gran parte de la respuesta de salud pública al virus Zika dependerá de la capacidad de los médicos de evaluar el virus en los pacientes, y a algunas autoridades les preocupa que una ola de infecciones pudiera abrumar a los laboratorios estatales y federales.

Actualmente, hay dos pruebas de laboratorio aprobadas para detectar el virus Zika, según los CDC:

- Una es la prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR), que detecta material genético del virus en el torrente sanguíneo de una persona.
- La otra prueba, MAC-ELISA (ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas con captura de anticuerpos monoclonales), examina los anticuerpos del virus Zika en la sangre de una persona. Esos anticuerpos muestran que una persona ha sido infectada con el virus Zika y ha desarrollado los anticuerpos para combatir al virus.

“La única forma en que las autoridades sanitarias podrían saber si el virus Zika se ha vuelto activo en una comunidad es evaluando el virus en las personas. Nuestra capacidad de vigilancia dependerá en gran medida de nuestra capacidad de identificar el virus en los seres humanos, no en los mosquitos”, comentó Hellerstedt.

“Las autoridades pueden atrapar mosquitos para evaluar el virus Zika en ellos, pero eso no es tan útil como podría imaginarse. Si uno atrapa 100 mosquitos en un área dada, no hay forma de saber si el número 101 y los demás 10.000 mosquitos del área tampoco lo tienen”, dijo.

La prueba de PCR es fácil de producir y administrar, y los departamentos de salud de todo el país la están obteniendo para prepararse, según los CDC. Al menos 44 de los 150 laboratorios de la Red Nacional de Laboratorios de Respuesta de los CDC tienen ahora la capacidad de realizar la prueba PCR para el virus Zika, según los directivos de la agencia.

Hace poco, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) otorgó la autorización de emergencia a Quest Diagnostics, una compañía privada nacional, para realizar las pruebas de PCR. “La compañía planifica cobrar 500 dólares por cada prueba, o 120 dólares a las personas que carezcan de seguro de salud”, comentó el Dr. Rick Pesano, vicepresidente de investigación y desarrollo de Quest Diagnostics.

Pesano dijo que su compañía ayudará a las autoridades de salud a cumplir con las demandas de pruebas del virus Zika, aliviando el “estrés y el esfuerzo de lograr que estas pruebas se realicen en el momento oportuno”.

“Pero la prueba PCR tiene una importante desventaja: solo puede detectar una infección activa de virus Zika, y las personas por lo general eliminan el virus del torrente sanguíneo en un plazo de una semana”, apuntó Pesano.

“Ayudará a algunos, pero no es probable que resuelva nuestro problema con las pruebas”, aclaró Hellerstedt respecto a la contribución de Quest.

“Las mujeres embarazadas preocupadas de haberse infectado de virus Zika necesitarán la prueba MAC-ELISA, que puede mostrar si en algún momento han tenido el virus. Pero incluso esa prueba tiene desventajas. Es más difícil de administrar, es más lenta en producir resultados y no es tan precisa como se podría esperar”, se lamentó Hellerstedt.

“Una mujer que se haya infectado con otro virus de la misma familia que el virus Zika –por ejemplo Dengue o Chikungunya– recibiría un resultado positivo en la prueba MAC-ELISA”, dijo Hellerstedt. Habría que enviar la sangre con cualquier resultado positivo a los CDC para realizar análisis incluso más rigurosos antes de que una mujer pueda saber si su embarazo de verdad está en riesgo.

Dado esto, “no será posible evaluar a todas las mujeres embarazadas si hay que hacerlo en un área muy amplia”, advirtió Hellerstedt.

Frieden dijo que los trabajadores de laboratorio de la FDA están evaluando innovaciones que reducirían el tiempo de confirmación de una semana del MAC-ELISA a tres o cuatro días, pero añadió que la capacidad de su laboratorio de aumentar la producción dependerá de la financiación futura.

La administración de Barack Hussein Obama II pidió al Congreso asignar 1.900 millones de dólares para combatir al virus Zika, pero los legisladores aún no han tomado acciones respecto a esa solicitud.

“En resumidas cuentas, sin aumentar los recursos de forma significativa, será muy difícil llevar a cabo el tipo de innovaciones que ofrecen unas pruebas y un control rápidos”, enfatizó Frieden.

EL NACIONAL

Venezuela, Sucre: Nació el primer niño con microcefalia que se vincula con el virus Zika

8 de mayo de 2016 – Fuente: El Nacional (Venezuela)

El 27 de abril nació en el estado Sucre el primer niño con microcefalia probablemente producida por el virus Zika. A su madre, de 26 años de edad, se le practicó una cesárea en un centro de salud privado. Además de tener la cabeza más pequeña que la de otros recién nacidos, el bebé padece ventriculomegalia, ventrículos cerebrales ampliados, y calcificaciones o depósitos de calcio en el cerebro, informó la Sociedad Venezolana de Infectología.

Al igual que esa madre, hay 2.978 mujeres embarazadas que son sospechosas de haber padecido fiebre zika durante el primer trimestre de su embarazo, de acuerdo con información no publicada del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) del 2 de abril, y dadas a conocer por la Sociedad Venezolana de Salud Pública. En un porcentaje bajo de esos casos los fetos podrían estar afectados. El despacho no ha dado ninguna advertencia a la población sobre los riesgos de infectarse con el virus durante el embarazo.



“Desde que me dijeron que mi hijo viene con microcefalia la he estado pasando muy mal. Es muy difícil saber que está en esas condiciones y que cuando nazca tal vez pueda empeorar. El perinatólogo me dijo que quizás podía tener convulsiones. La situación del país lo empeora todo porque sé que no hay medicinas para eso”, confiesa una mujer del estado Sucre que ahora tiene siete meses de embarazo, y que a los dos meses de la gestación presentó erupción, fiebre, dolor en las articulaciones y conjuntivitis seca, todos síntomas de fiebre zika.

La mujer de 27 años de edad desconocía la existencia de la fiebre zika en el país. “No sabía de la fiebre zika. Solo había escuchado de la fiebre chikungunya. De hecho, cuando me enfermé lo relacioné con ese virus. Me puse a indagar con la mayor esperanza de que no le fuera a afectar al bebé”.

La publicación del Boletín Epidemiológico quedó estancada en julio de 2015, y desde que en diciembre admitieran la presencia del virus en Venezuela las declaraciones de la ministra Luisana Melo Solórzano al respecto han sido contadas y escuetas. Apenas hace dos semanas se declaró a la fiebre zika como enfermedad de notificación obligatoria.

Tratamiento conjunto

Elia Sánchez, presidente de la Sociedad Venezolana de Infectología, recomienda que a las embarazadas diagnosticadas con algún tipo de malformación fetal se les dé herramientas para responder desde las áreas de la psicología, la neurocirugía, la cardiología y la oftalmología. Los niños podrían presentar trastornos en algunos órganos dependiendo del grado de los daños causados por el virus.

Verónica Acosta también es del estado Sucre y padeció fiebre zika en diciembre, cuando estaba en el primer trimestre de su gestación. En la semana 27 del embarazo le diagnosticaron microcefalia a su bebé y a la semana siguiente, el 8 de abril, sufrió un rompimiento de membrana que obligó a una cesárea de emergencia. La niña no sobrevivió. “La bebé estaba muy complicada. Tenía microcefalia y ventriculomegalia, los médicos me habían advertido que el pronóstico era complicado porque tendrían que ponerle tres válvulas en la cabeza”.

Acosta refiere que al momento del nacimiento los médicos tomaron muestras del cordón umbilical, la placenta y la masa encefálica para definir si realmente la condición la causó el virus Zika o responde a otra causa. “En dos meses me dan los resultados. De haber sabido que la fiebre Zika era así no habría quedado embarazada. Nadie quiere traer a un niño al mundo a sufrir y menos con las condiciones que vivimos en el país”.

La crisis del sector salud asusta a las madres. “El doctor me explicó que con estas complicaciones que viene la bebé (microcefalia, ventriculomegalia severa y pie talipe o deforme), posiblemente no podrá caminar, puede tener retardo mental, retraso en el desarrollo y convulsiones. Me da miedo que sufra. Puede vivir 20 años o 2 meses”, dice otra mujer embarazada del estado Sucre.

Sin norte

La magnitud de la epidemia en Venezuela se desconoce. Los últimos datos no difundidos por el MPPS indican que hay 28.565 casos sospechosos, pero la Sociedad Venezolana de Salud Pública, basada en la cantidad de reportes de

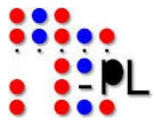
fiebre no esperados, cree que hay 723.550 casos sintomáticos de fiebre zika. Solo el perinatólogo sucrense Alejandro Higuerey ha diagnosticado a seis embarazadas con alteraciones en el feto luego de haber padecido un virus similar al Zika.

“Tenemos que estar preocupados porque no se está informando a la población. Hay un repunte de mujeres embarazadas con zika. Solo esta semana vi a tres. En el Hospital Universitario de Caracas tuvimos un embrión muerto al que se le hizo diagnóstico de virus Zika”, informó la infectóloga Ana Carvajal.

Diagnóstico tardío

La única institución en el país que realiza la detección de virus Zika en la sangre es el Instituto Nacional de Higiene (INH) ‘Rafael Rangel’, en la Universidad Central de Venezuela. “Aún tenemos problemas con el INH para que publique los resultados individuales de pacientes con sospecha de fiebre zika. La información que tenemos es que el trámite de las muestras es muy serio, pero luego no tenemos los resultados”, critica Pablo Hernández, perinatólogo del estado Aragua. También Elia Sánchez, presidente de la Sociedad Venezolana de Infectología, espera por el resultado de muestras enviadas de Sucre a Caracas hace más de un mes para una prueba de reacción de polimerasa en cadena en tiempo real. Aun así, la infectóloga cree que es importante que se tomen muestras del cordón umbilical, de la placenta y si el bebé fallece, de la masa encefálica, así como una muestra de sangre de la madre para relacionar científicamente al virus Zika con los casos de microcefalia.³

El mundo



Angola: Aumenta la cifra de muertes por fiebre amarilla

10 de mayo de 2016 – Fuente: Prensa Latina (Cuba)

La cifra de muertes por fiebre amarilla aumentó a 293 en Angola, donde se registran 2.267 casos sospechosos de la enfermedad hasta el 10 de mayo, y desde hace cinco meses, informó el Servicio Nacional de Salud.

El boletín oficial sobre la dolencia, referente al periodo entre el 25 de abril y el 5 de mayo, indica que en esa etapa fueron confirmadas cinco defunciones, de un total de 80 casos sospechosos.

Tal número representa una reducción significativa respecto a la semana anterior, en que fueron reconocidos 151 casos sospechosos y 11 fallecidos.

La provincia de Luanda, epicentro de la epidemia, continúa liderando las estadísticas, con un total de 195 pérdidas humanas y 1.415 casos sospechosos, desde que fue detectada la enfermedad en diciembre de 2015, en el municipio de Viana.

Recientemente el gobierno provincial llamó a los angoleños a presentarse en los puestos sanitarios para vacunarse contra el mal.

“Es necesario que todos los ciudadanos sean inmunizados, pues existen vacunas en centros y puestos fijos de salud donde la campaña de vacunación no cubre en su totalidad por las dificultades en el acceso”, dijo el gobernador de la provincia de Luanda, Francisco Higinio Lopes Carneiro.

Señaló que Angola registra avances en la mejora de la cobertura del sistema de salud y vacunación, pero la actual situación económica coloca en riesgo esos logros y miles de niños se pueden quedar sin inmunizarse.

El Gobierno anunció que dispuso de 7,5 millones de dólares para reforzar las acciones del Ministerio de Salud en su combate contra el brote.



South China Morning Post

China, Jiangsu: Cientos de niños enfermaron tras mudar su instituto a una zona contaminada

18 de abril de 2016 – Fuente: South China Morning Post (China)

Cientos de niños chinos han desarrollado diversas enfermedades, entre ellas cáncer, después de que su instituto fuera trasladado a una zona contaminada, cerca de donde antes operaban diversas plantas químicas.

Más de 600 estudiantes del centro, en la provincia oriental de Jiangsu, han sido sometidos a revisiones médicas y los doctores han confirmado que 493 tienen algún tipo de problema, como bronquitis, anomalías de la tiroides o en la sangre, y en algunos casos leucemia o linfoma.

³ La ausencia de una campaña informativa efectiva por parte de las autoridades de salud nacionales sobre los riesgos de la infección por el virus Zika en las embarazadas, en un país azotado por una severa epidemia de la enfermedad, es inexplicable y muy preocupante. El pico de la onda epidémica se experimentó en diciembre y enero pasados, por lo cual el grueso de los casos de recién nacidos afectados por microcefalia u otros trastornos del sistema nervioso central, solo será observado en los meses próximos. Las quejas expresadas por las madres entrevistadas reflejan la situación de la mayor parte de las casi 3.000 embarazadas sintomáticas infectadas en el primer trimestre de la gestación según las estimaciones de las mismas autoridades de salud, las cuales carecen de información adecuada sobre las implicaciones de la infección en esta etapa del embarazo y no han sido incorporadas a ningún protocolo especial para asegurar un manejo idóneo de su condición de riesgo especial. Ocultar la información sobre el verdadero impacto de las conocidas complicaciones obstétricas y neurológicas asociadas con la infección solo contribuirá a agravar la situación y a aumentar la terrible carga económica y social que representan las mismas para el grupo familiar afectado y para la sociedad en general.

Desde diciembre del año pasado, alumnos y profesores del centro privado de Lenguas Extranjeras de Changzhou, en la citada provincia, se habían quejado sobre un extraño olor que salía de un lugar cercano al instituto, donde en el pasado operaban tres plantas químicas.

Los padres de los niños llevaban meses temiendo que la contaminación del ambiente fuera la culpable de los síntomas que empezaron a mostrar sus hijos, entre sarpullidos, dolores de cabeza o tos.

En el momento de las quejas, las autoridades dijeron que estaban llevando a cabo un proyecto de restauración del suelo, y el centro concluyó el pasado febrero que la zona era segura.

Una investigación descubrió que la construcción del centro, de 47 millones de dólares, comenzó siete meses antes de que terminara la evaluación del terreno.

Además, reveló la presencia de metales pesados y compuestos orgánicos tóxicos en el suelo y las aguas subterráneas de la zona, además de niveles de una sustancia cancerígena casi 100.000 veces por encima de lo saludable.

Las autoridades han abierto una investigación de lo ocurrido y han detallado que de los 2.451 alumnos del centro escolar, cinco no acuden a clase, cuatro de ellos por enfermedad, mientras otros cinco estudiantes esperan a ser trasladados a otro centro.

El resto seguía con normalidad las clases, según los medios oficiales, que añaden que tres de los 210 profesores del centro están de baja.

En un comunicado, la organización Greenpeace considera hoy que el caso es un recordatorio de "la gravedad de la contaminación química en China".

Además, destaca que el hecho de que se anunciara que se había solucionado el problema evidencia "vacíos" en el sistema de gestión de los químicos peligrosos en el país. Al parecer, la escuela había estado utilizando el agua subterránea que había sido declarada no apta para uso humano, añade Greenpeace.

El Ministerio de Educación chino envió un equipo a investigar, mientras que las autoridades de Jiangsu dijeron que volverán a examinar la cuestión después de negar inicialmente cualquier problema de calidad del suelo.

China se ha visto sacudida por amenazas para la salud pública. La semana pasada cientos de funcionarios de todo el país fueron castigados por la venta de vacunas caducas para niños.

The Fiji Times **Fiji reportó 166 casos de leptospirosis en lo que va del año**

5 de mayo de 2016 – Fuente: The Fiji Times (Fiji)

Un total de 166 casos de leptospirosis se han registrado en el país hasta el 30 de abril, lo que llevó al Ministerio de Salud y Servicios Médicos a instar a todos los habitantes de Fiji que puedan verse afectados por la enfermedad para que busquen ayuda médica de inmediato.

Las estadísticas nacionales compiladas por el Ministerio de Salud muestran que se reportaron 66 casos a principios de abril, los que se elevaron a 166 a fines de ese mes.

El 3 de mayo, el ministro de Salud Jone Usamate pidió a todos los habitantes de Fiji tener un cuidado especial y protegerse para no contraer este tipo de enfermedades.

"Hemos emitido advertencias sobre la aparición de enfermedades en las condiciones actuales. Instamos a la población a ser cuidadosa, seguir los consejos, y mantenerse a salvo", dijo Usamate.

"El riesgo de contraer leptospirosis se puede reducir en gran medida si se evita nadar o vadear en agua que pueda estar contaminada con orina de animales, o eliminando el contacto con los animales potencialmente infectados", agregó.

AP

Nigeria: Suspenden ayuda económica tras denuncias de corrupción en la lucha contra el sida

7 de mayo de 2016 – Fuente: The Associated Press

El Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria suspendió sus pagos a la Agencia Nacional para el Control del Sida de Nigeria por denuncias de que sus empleados se robaron un total de 3,8 millones de dólares, dijo la entidad mundial el 6 de mayo.

Seth Faison, portavoz del Fondo, dijo que el gobierno de Nigeria ha prometido pagar el dinero y procesar a los sospechosos.

Un reporte del inspector general del Fondo estableció que siete empleados públicos y tres consultores de tecnología se robaron el dinero entre 2010 y 2014. Determinó que el fraude duró todo ese tiempo porque la Agencia Nacional para el Control del Sida no realizó auditorías apropiadas.

El dinero desaparecido es 95% de la cantidad asignada para implementar un programa de internet que permite reportar casos de enfermedades, dice el informe, aunque es una fracción de los 1.400 millones de dólares que el Fondo ha destinado a la lucha contra el sida, la malaria y la tuberculosis en Nigeria, el mayor receptor de la agencia.



Nigeria, el país más poblado de África, con 170 millones de habitantes, tiene la segunda mayor cantidad de víctimas de sida, después de Sudáfrica. Además posee una tercera parte de todas las víctimas de la malaria en África y está entre los 22 países con mayor cantidad de enfermos de tuberculosis.

La corrupción es endémica en Nigeria y cientos de personas han sido procesadas desde que el presidente Muhammadu Buhari ganó las elecciones hace un año y prometió luchar contra la malversación de fondos públicos.

El año pasado, la Alianza Global para Vacunas e Inmunización acusó a funcionarios del Ministerio de Salud de negligencia y fraude sobre 40% de los 29 millones de dólares que gastó en esa nación del oeste de África entre 2011 y 2013. Nigeria le devolvió a esa agencia 2,2 millones de dólares.

“Tan pronto se confirmó esta información, suspendimos inmediatamente los desembolsos a las agencias, el 12 de abril, y despachamos a agentes fiscales para que monitoreen la situación financiera”, dijo Faison.



Uganda: Brote de fiebre amarilla

2 de mayo de 2016 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

El 8 de abril de 2016, el el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Uganda notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un brote de fiebre amarilla en el distrito de Masaka, al sur de Kampala.

Un alerta advirtiendo de un presunto brote de fiebre hemorrágica viral en el pueblo de Kaloddo, distrito de Masaka, se envió inicialmente el 26 de marzo. Se reportó un clúster de tres casos de una misma familia después que los pacientes, que presentaban fiebre elevada, no respondieron al tratamiento contra la malaria, y tenían signos hemorrágicos y neurológicos agudos (convulsiones y pérdida del conocimiento).

Del 28 de marzo al 1 de abril se desplegó un equipo de respuesta rápida para llevar a cabo actividades de investigación y respuesta. El equipo confirmó las muertes, activó el grupo de trabajo de distrito, estableció un centro de tratamiento en Masaka, y recogió y refirió muestras al Instituto de investigación de Virus de Uganda (UVRI) para pruebas de laboratorio. Además, el equipo utilizó una definición de caso para fiebres hemorrágicas y procedió a llevar a cabo la búsqueda activa de casos para identificar casos sospechosos adicionales.

El 29 y 30 de marzo, seis muestras fueron enviadas al UVRI, que dieron negativo por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para los virus del Ébola, de Marburg, de la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo y de la fiebre del Valle del Rift. El 8 de abril, se confirmó fiebre amarilla mediante PCR en tres muestras, dos muestras de sangre fueron positivas para *Salmonella* no-typhi, y una dio positivo para malaria. El 21 de abril, al menos cuatro muestras fueron reconfirmadas como positivas mediante PCR en la División de Fort Collins de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, un Centro Colaborador de la OMS para fiebre amarilla.

Del 26 de marzo al 18 de abril se reportaron 30 casos sospechosos, incluyendo siete muertes, en Masaka, Rukungiri, Ntungamo, Bukumansimbi, Kalungu, Lyantonde y Rakai. De éstos, 6 casos y 2 muertes fueron confirmados en el distrito de Masaka (5 casos) y en el distrito de Rukungiri (1 caso). La edad media de los casos es de 23 años de edad. La mayoría de los casos son hombres. Los casos no tienen antecedentes de haber viajado fuera de Uganda.

Respuesta de salud pública

El Ministerio de Salud de Uganda, con apoyo de la OMS, los CDC, Médicos Sin Fronteras y otros asociados está apoyando la respuesta al brote. La Oficina Regional para África de la OMS compartió documentos rectores relevantes con el país para llevar a cabo la evaluación de riesgos, el control de vectores y la gestión del brote. El grupo de trabajo del distrito, que coordina la respuesta a nivel local, desarrolló un plan de respuesta y se reúne regularmente. Un equipo de investigación multidisciplinar (médicos, expertos de laboratorio, especialistas en comunicación, un epidemiólogo y un entomólogo) fue enviado a la zona afectada para investigar en profundidad y proporcionar apoyo técnico a la Fuerza de Tareas del Distrito. La vigilancia activa se ha intensificado mediante la activación de una mesa de alertas y la implementación de líneas gratuitas de alerta para la población. Se está implementando la gestión de casos, la movilización social, la vacunación reactiva y una rápida evaluación del riesgo de fiebre amarilla. Un centro de gestión de la fiebre amarilla se estableció en Masaka y ya se ha solicitado la vacuna contra la enfermedad al Grupo Internacional de Coordinación para el Suministro de Vacunas para una campaña de emergencia.

Evaluación de riesgos de la OMS

El actual brote en Uganda se está produciendo en el contexto de la exportación internacional de casos de fiebre amarilla de Angola a China, República Democrática del Congo y Kenya. Uganda se encuentra en el ‘cinturón de la fiebre amarilla’ de África y es considerado un país en riesgo de transmisión del virus. El último brote de fiebre amarilla se informó en diciembre de 2011. Los distritos afectados se ubican en el sudoeste de Uganda, cerca de la República Democrática del Congo, Rwanda y Tanzania. Dado que las fronteras son porosas, con sustanciales actividades sociales y económicas transfronterizas, no se puede excluir una transmisión posterior. 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 en los que es posible el establecimiento de un ciclo local de transmisión (es decir, donde el vector *Aedes aegypti* está presente), a fortalecer el control del estado de inmunización de los viajeros hacia áreas potencialmente endémicas, y la vigilancia de posibles casos de fiebre amarilla.

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



El benznidazol es más eficaz que el posaconazol en el tratamiento de la infección por *Trypanosoma cruzi* en los pacientes asintomáticos

29 de abril de 2016 – Fuente: American College of Cardiology (Estados Unidos)

La monoterapia con benznidazol o la combinación de benznidazol con posaconazol es más efectiva para el tratamiento de la infección por *Trypanosoma cruzi* en pacientes asintomáticos que la monoterapia con posaconazol.

Sin embargo, existen efectos adversos significativos con el benznidazol, informaron los investigadores.

“Aproximadamente 8 millones de personas se ven afectadas crónicamente con *T. cruzi*, y 30% de los individuos infectados pueden desarrollar cardiomiopatía en 30 años. Sin embargo, la gran mayoría de estas personas tienen lo que llamaríamos una forma indeterminada de la enfermedad. Es decir, no hay evidencia de miopatía cardíaca o cualquier prueba electrográfica de alteraciones cardíacas”, expresó el Dr. Carlos Morillo, del Instituto de Investigación de Salud de la Población y de la Universidad McMaster, en Hamilton, Ontario, Canadá.

STOP-Chagas es un estudio multicéntrico, aleatorizado, de cuatro ramas, que evaluó los efectos a corto y largo plazo de la monoterapia con benznidazol, la monoterapia con posaconazol y la terapia combinada en comparación con un placebo. El ensayo se realizó en 17 centros en Argentina, Chile, Colombia, Guatemala, México y España. Para la elegibilidad, se requirió que los pacientes tuvieran entre 18 y 50 años de edad, y al menos dos pruebas serológicas positivas y una prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) positiva para detectar ADN de *T. cruzi*.

En general, 120 pacientes fueron incluidos en el estudio, con 30 pacientes asignados al azar a cada rama:

- posaconazol, 400 mg dos veces al día;
- placebo, 10 ml dos veces al día;
- benznidazol, 200 mg dos veces al día, más posaconazol, 400 mg dos veces al día; o
- benznidazol, 200 mg dos veces al día, más placebo, dos veces al día.

El criterio de valoración principal fue la proporción de pacientes con PCR negativa persistente a los 180 días. El seguimiento medio fue de 360 días.

De acuerdo con los resultados, los pacientes en los grupos de posaconazol o la terapia de combinación, así como el grupo de monoterapia con benznidazol, tenían tasas más altas de PCR negativos en el día 30 y el día 60 (posaconazol 91%; terapia de combinación 92%; benznidazol 92%) que aquellos en el grupo de placebo. Sin embargo, a los 180 días, la tasa de PCR negativa en el grupo de posaconazol fue sólo de 15,5%, comparable a la tasa en el grupo de placebo (10%). En contraste, las tasas fueron de 82,1% para el grupo de terapia combinada y de 86,7% para el grupo de monoterapia con benznidazol.

“El posaconazol logra resultados a corto plazo que no se mantuvieron a largo plazo, mientras que el benznidazol fue eficaz, tanto a corto como a largo plazo. Sin embargo, 30% de los asignados al benznidazol, solo o en una terapia combinada, debieron interrumpir el tratamiento debido a efectos adversos”, dijo Morillo.

“El problema con el benznidazol es que presenta una cantidad significativa de efectos secundarios. Debe investigarse más a fondo la eficacia de un tratamiento de menor duración con una dosis más baja junto con la terapia de combinación”, dijo Morillo.



Las infecciones de transmisión sexual impulsaron la monogamia

12 de abril de 2016 – Fuente: Nature Communications

La monogamia humana socialmente impuesta es un rompecabezas evolutivo, ya que requiere un castigo muy costoso para aquellos que la asumen. Los científicos creen que se instauró a partir de la aparición de la agricultura y de la creación de sociedades humanas grandes. Un nuevo trabajo explica que las infecciones de transmisión sexual (ITS) tuvieron un papel importante en este cambio.

En la prehistoria, cuando los humanos empezaron a desarrollar sociedades formadas por grupos más grandes gracias a la aparición de la agricultura, estos individuos debieron desarrollar normas sociales que supusieron un cambio de la poligamia hacia la monogamia. Este hecho estuvo motivado por la presencia de ITS y por la presión del grupo.

“En las sociedades más pequeñas, las ITS no pueden persistir en el largo plazo: desaparecen debido a sucesos aleatorios, que son también más comunes en grupos pequeños. Por lo tanto, la poligamia no está en desventaja debido a que las infecciones no persisten. En las poblaciones más grandes, las infecciones son capaces de persistir, y esto es lo que hace que la poliginia sea menos ventajosa que la monogamia, ya que el nivel promedio de infección es mayor en los grupos poligínicos que en los grupos monógamos”, explicó Chris Bauch, científico de la Universidad de Waterloo (Canadá) que lidera el trabajo.

Para simular cómo afectaba a estas sociedades primitivas las ITS se utilizó un modelo basado en varios agentes. “Esto significa esencialmente que simulamos una población real de cazadores-recolectores y agricultores que actua-



ban de acuerdo a ciertas reglas, y vimos cómo se extendería una infección entre los individuos de acuerdo a dichas reglas. Es un poco como un juego de ordenador”, asegura el investigador.

En las poblaciones de cazadores-recolectores tempranos era común que unos pocos machos monopolizaran el apareamiento con múltiples hembras con el fin de aumentar su número de descendientes. En estas pequeñas sociedades donde existe un máximo de 30 individuos sexualmente maduros los brotes de ITS son de corta duración y tienden a no tener tan significativo efecto en la población. Así, en los grupos más grandes, las ITS se convertirían en endémicas, lo que tiene un impacto sobre la fertilidad.

“No tenemos muchos datos sobre la prevalencia de las ITS en poblaciones prehistóricas, aunque hay ejemplos de brotes de ITS de grupos aislados de cazadores-recolectores de la actualidad. Podemos utilizar estos datos de las poblaciones modernas para probar el modelo, ese sería un trabajo futuro a esta área de investigación”, concluyó Bauch.⁴

Publicidad relacionada con la salud

TU SALUD MEJORA AL DEJAR DE FUMAR

DESPUÉS DEL ÚLTIMO CIGARRILLO

- DE 3 A 6 MESES DESPUÉS**
Aumenta la capacidad de resistencia a las infecciones.
¡Se consolida la conducta no fumadora en tu vida cotidiana!
- 20 MINUTOS DESPUÉS**
La presión arterial y el ritmo cardíaco comienzan a normalizarse
- 8 HORAS DESPUÉS**
Los niveles de nicotina y monóxido de carbono en la sangre se reducen a la mitad y el de oxígeno se aproxima al normal
- 24 HORAS DESPUÉS**
Disminuye el riesgo de infarto de miocardio y los pulmones empiezan a remover mucosidad
- 48 HORAS DESPUÉS**
Se recupera la capacidad de oler y saborear. La nicotina desaparece del organismo
- 3 DÍAS DESPUÉS**
aumenta la capacidad pulmonar, reduciéndose la tos y aumentando la sensación de bienestar
- 15 DÍAS DESPUÉS**
Mejora de forma generalizada la circulación sanguínea. La dependencia física a la nicotina desaparece
- 12 MESES DESPUÉS**
La presión arterial recupera sus valores normales. Mejora el flujo de la sangre a las manos y a los pies

ADEMÁS HAY OTROS BENEFICIOS:
piel más brillante, dientes y aliento más limpios,
mejor olor en tu ropa, menos resfriados...

www.hoynofumo.com
900 850 300
www.juntadeandalucia.es/salud/esxmi


JUNTA DE ANDALUCÍA
CONSEJERÍA DE SALUD

Consejería de Salud – Junta de Andalucía (Andalucía, España).

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

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.