

# Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente

Córdoba – República Argentina

Sede del XII Congreso de la Sociedad Argentina de Infectología 2012



757

26/09/2011

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

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

## Índice de noticias

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

### Noticias de Argentina

Argentina: Vigilancia de tos convulsa

Argentina: En el país la seguridad de las transfusiones de sangre sigue criterios internacionales

Chaco/Corrientes: Solicitan mayor fiscalización sanitaria para combatir la triquinelosis

Misiones, San Ignacio: Confirman un caso de leishmaniosis visceral

### Noticias de América

Ecuador, Ambato: Reportan brote de sarampión

Estados Unidos, Miami-Dade: Advertencia tras la detección de un caso del virus del Nilo Occidental

Estados Unidos: Decenas de personas enfermas al tratar de combatir las chinches

Estados Unidos: Brote de sarampión entre refugiados malayos

Paraguay: Lanzamiento de la campaña de lucha contra el dengue

Perú: Mueren 20 personas por rabia en lo que va de 2011

Puerto Rico: Primera muerte por dengue en la Isla

Uruguay, Maldonado: Un bebé con meningitis por *Listeria monocytogenes*

### Noticias del mundo

África: Nueva terapia más rápida y barata contra la leishmaniosis podría combatir su peor brote de la década en el este de la región

Europa: Hepatitis D en personas con VIH

Revelan cómo los virus cruzan de una especie a otra

## Noticias de Argentina

### Argentina: Vigilancia de tos convulsa

18 de septiembre de 2011 – Fuente: Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)<sup>1</sup>



### Epidemiología

La tos convulsa es una enfermedad endémica que se distribuye en todo el mundo, independientemente del clima y la latitud, con picos de frecuencia cada dos a cinco años (más comúnmente cada tres o cuatro años). La disminución de la incidencia de la enfermedad por la introducción de la vacuna antipertussis no ha modificado su periodicidad, lo cual es indicativo de una circulación continua del microorganismo en la comunidad. Los brotes epidémicos se producen en forma periódica. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada año se producen 50 millones de casos y 350.000 muertes, con una tasa de letalidad del 4% en los menores de un año.

En Argentina, con la introducción de la vacuna antipertussis de células muertas en la década de los 60', se observó un marcado descenso en el número de casos confirmados, con presencia de brotes cada cuatro años, en 1972, 1976, 1980 y 1984.

El esquema básico de vacunación consistió en tres dosis (a los 2, 4 y 6 meses de edad), más un refuerzo a los 18 meses. En 1985, se agrega un segundo refuerzo al ingreso escolar; esto tuvo impacto sobre la incidencia y el ciclo de los brotes.

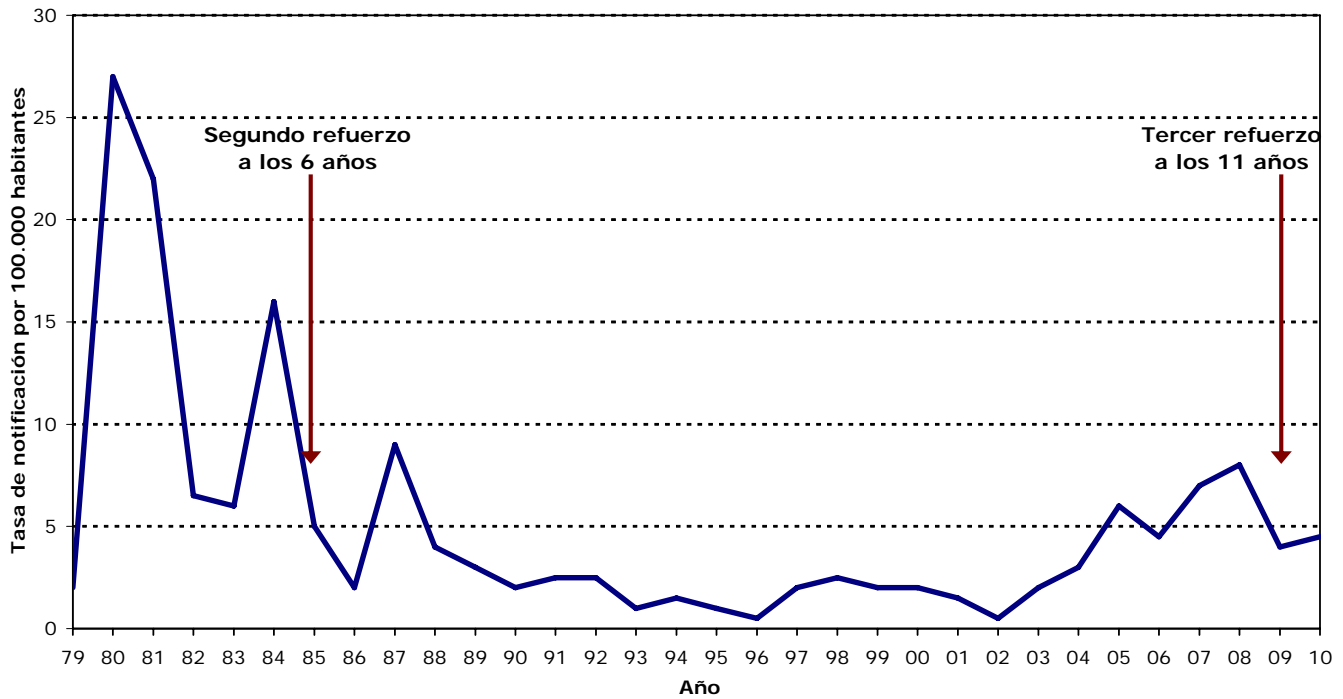
<sup>1</sup> Esta información es parcial y sujeta a modificaciones. Las notificaciones incluyen casos sospechosos.

A partir de 2003 se constató un aumento de la incidencia y la ocurrencia de brotes de tos convulsa en diferentes provincias, observándose una reemergencia de la enfermedad, que alcanzó una tasa de notificación de 5,7 casos cada 100.000 habitantes en el año 2005 (ver figura 1).

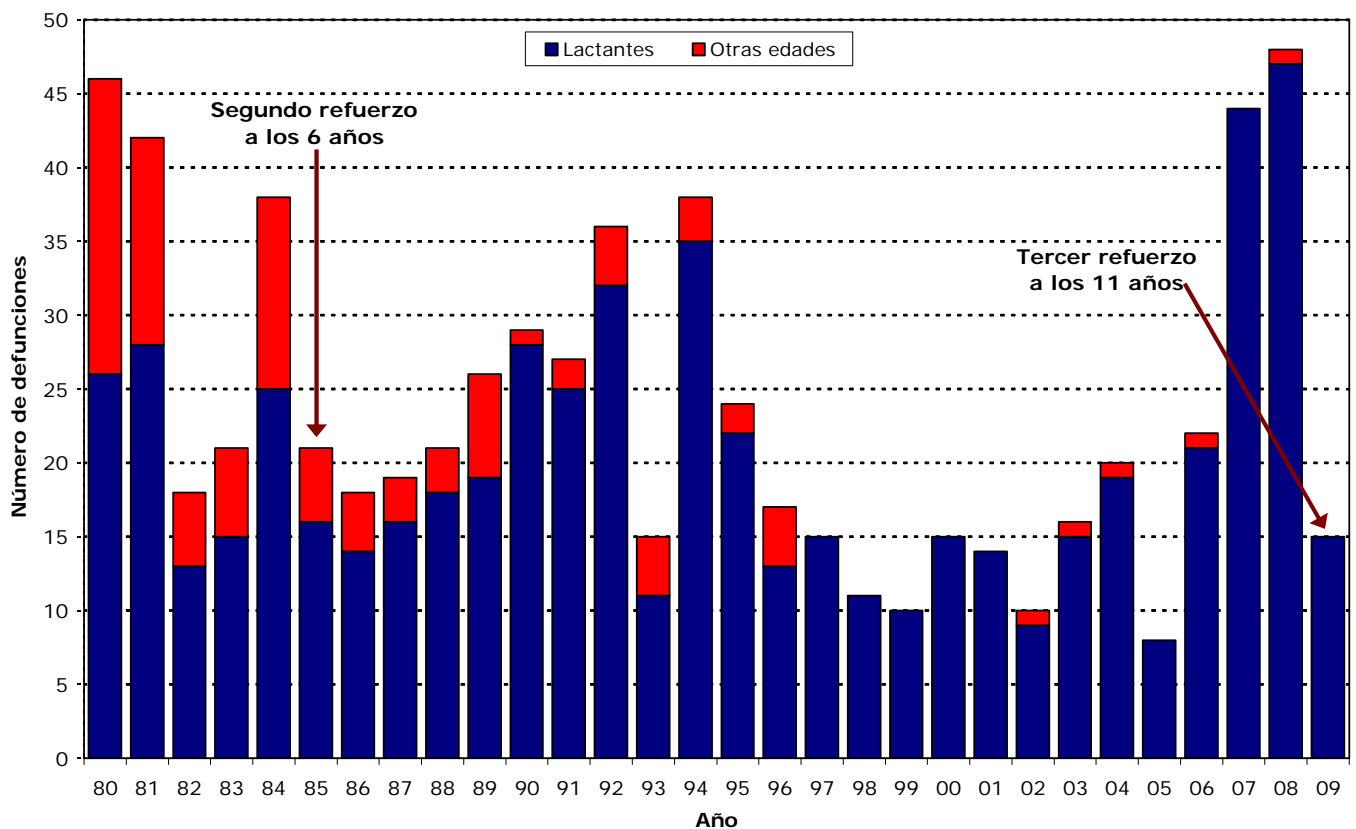
En el año 2009 se incluye en el Calendario Nacional de Vacunación un tercer refuerzo con vacuna triple bacteriana acelular (dTpa) a los 11 años y también para los trabajadores de la salud en contacto con niños menores de un año.

Respecto a la mortalidad (ver figura 2), y en base en los datos registrados por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), se puede observar la disminución de las muertes en las edades mayores a un año, así como un aumento de los casos en los menores de un año.

**Figura 1:** Tasas de notificación de tos convulsa cada 100.000 habitantes. República Argentina. Años 1979/2010. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS), Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de la Nación.



**Figura 2:** Número de defunciones asociadas a tos convulsa, discriminadas por grupos etáreos. República Argentina. Años 1980/2009. Fuente: Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación.

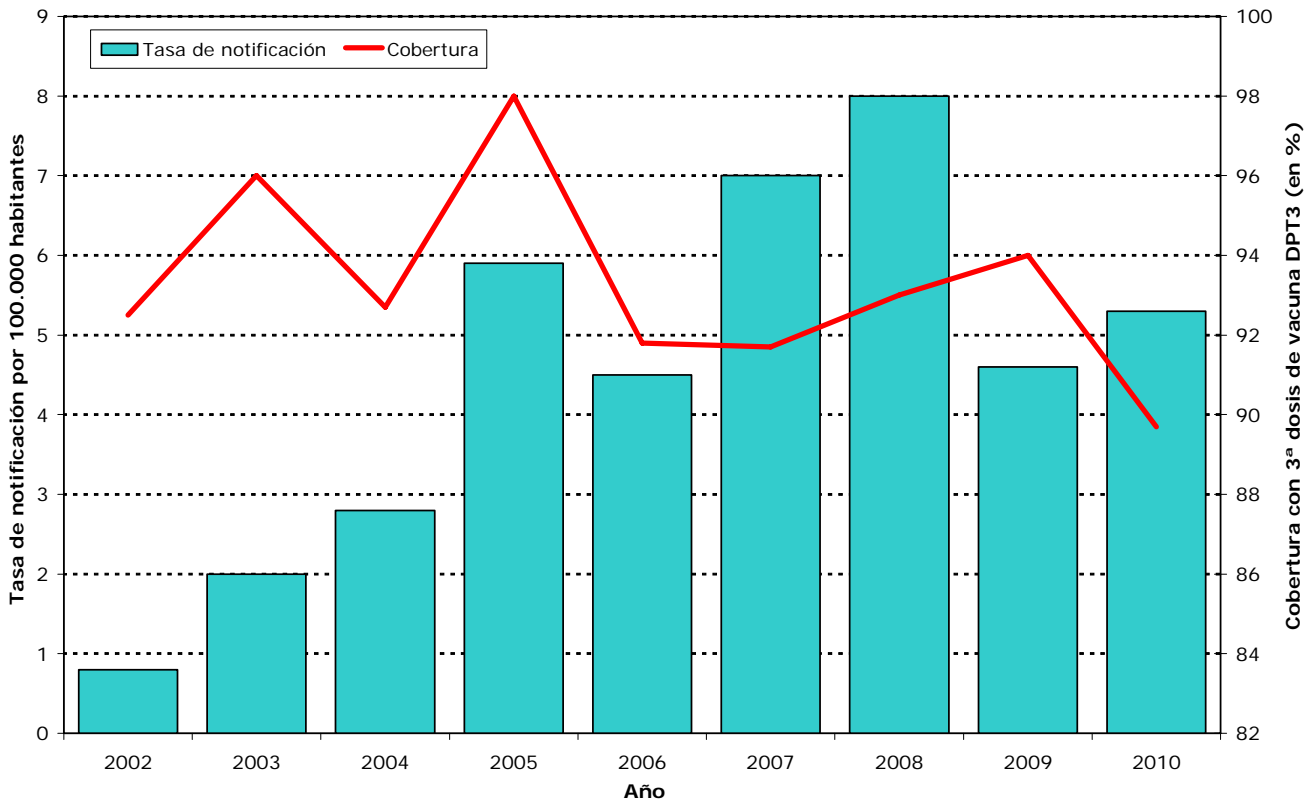


**Coberturas vacunales, tasas y casos**

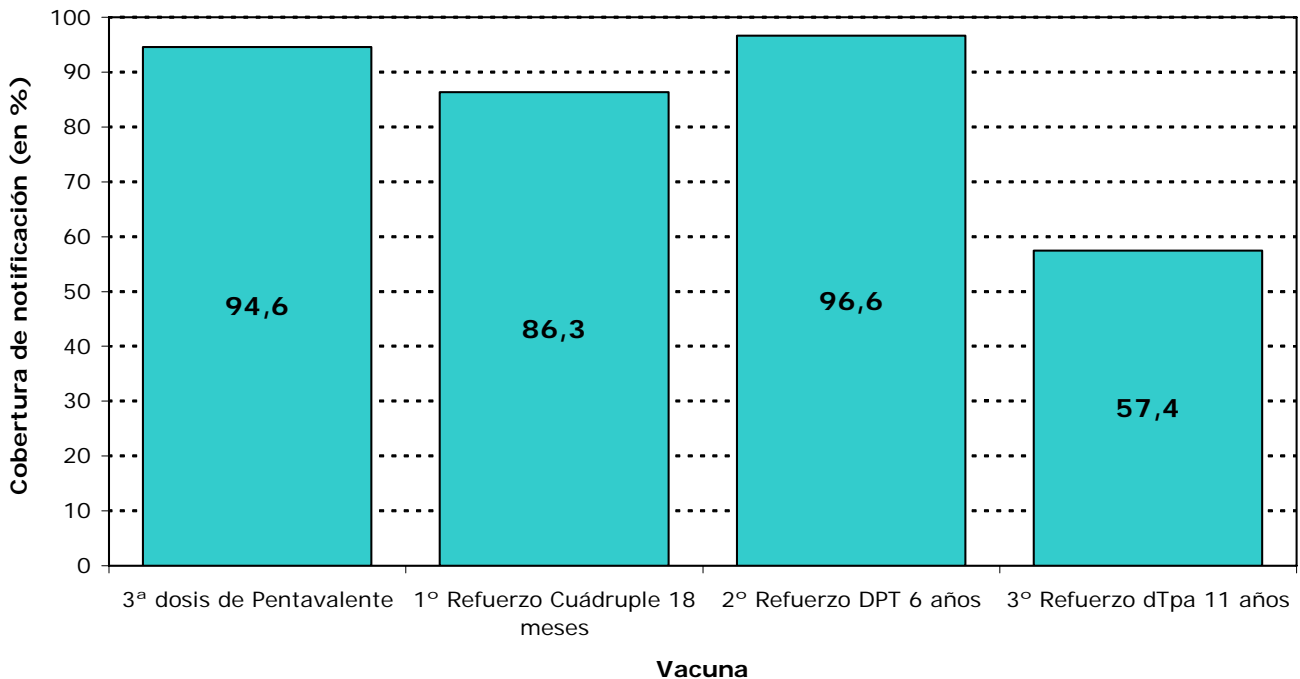
Si bien las coberturas de vacunación se encuentran en ascenso durante los últimos años, en Argentina la cobertura antipertussis se encuentra por debajo del nivel óptimo. Esta situación implica un riesgo de aumento de la incidencia y ocurrencia de brotes de esta patología, por acumulación de susceptibles.

Las dosis de refuerzo de los 18 meses y 6 años, así como la dosis de dTpa de los 11 años, no son opcionales, sino que permiten reducir la circulación de la bacteria y el contagio de los lactantes. Perder alguna de esas dosis significa presencia de adolescentes y adultos susceptibles, que tendrán una enfermedad leve o por la cual no consultarán, y que transmitirán a los más pequeños.

**Figura 3:** Tasas de notificación de tos convulsa cada 100.000 habitantes y cobertura con tercera dosis de vacuna DPT. República Argentina. Años 2002/2010. Fuente: Área de Cobertura de Vacunación, Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (PRONACEI), Ministerio de Salud de la Nación.



**Figura 4:** Coberturas con vacunas anti-pertussis. República Argentina. Año 2010. Fuente: Área de Cobertura de Vacunación, Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (PRONACEI), Ministerio de Salud de la Nación.



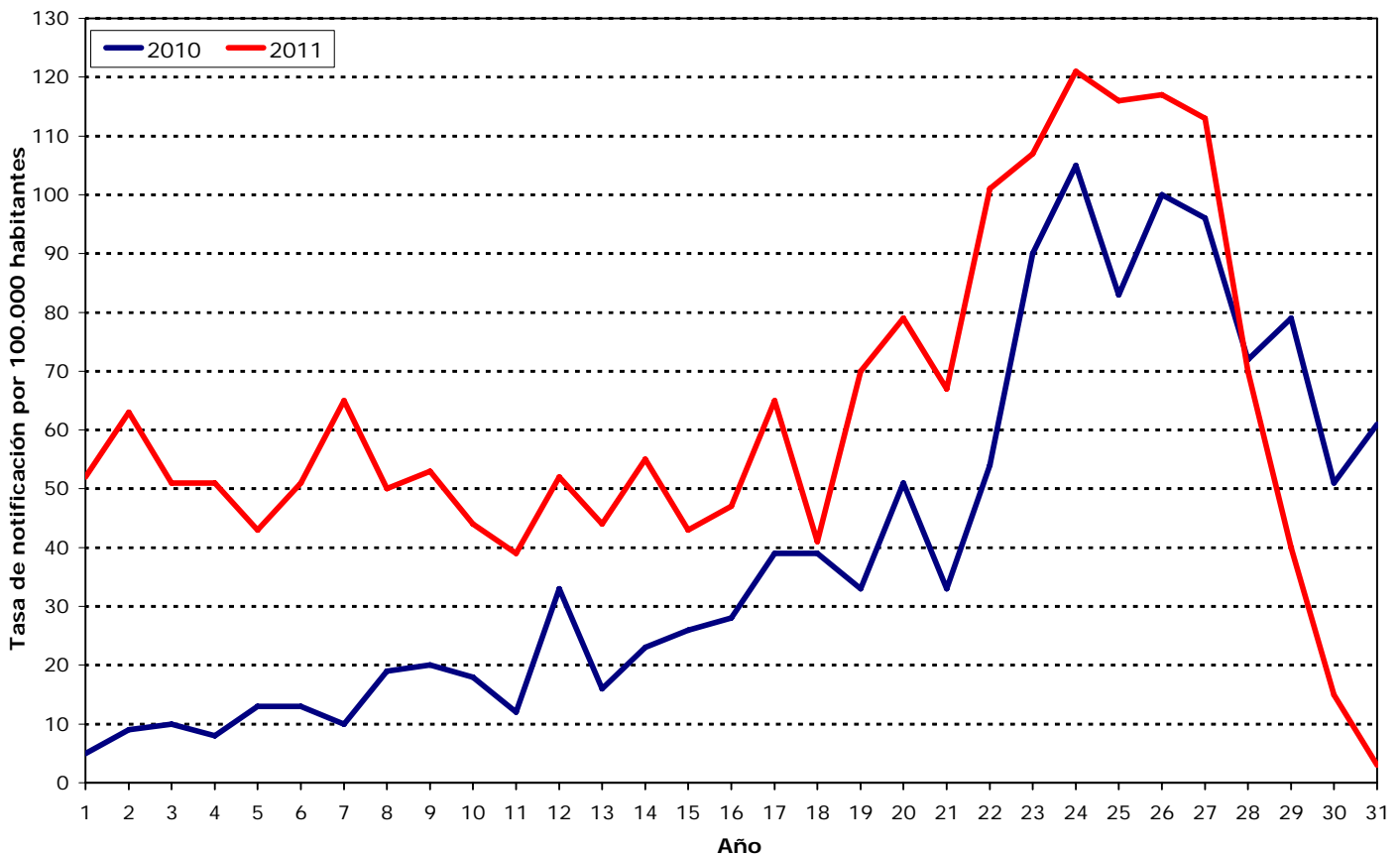
Durante el año 2010 se ha realizado un consenso para la unificación de la definición de caso sospechoso y clasificación de los casos, fortaleciendo, además, la vigilancia. Al mismo tiempo se ha iniciado la utilización de la clasificación laboratorial, que se ve reflejado en los registros del año 2011 del Sistema de Vigilancia Laboratorial (SIVILA), a diferencia del año 2010.

Al comparar las notificaciones en el Sistema de Vigilancia Nacional de la Salud (SNVS) del corriente año con el año 2010, se ha observado un aumento entre las semanas epidemiológicas 1 y 31 del año en curso.

Hasta la semana epidemiológica 31 se han registrado 2.048 casos sospechosos por el Informe Epidemiológico Semanal (C2), de los cuales 472 han sido confirmados como tos convulsa según dicha fuente. SIVILA, para el mismo periodo, registró 2.846 notificaciones, de las cuales 423 han sido confirmados (*Bordetella pertussis*).

Se observaron diferencias entre las notificaciones realizadas al SIVILA y la notificación clínica registrada por C2, contando SIVILA, con un mayor número de notificaciones.

**Figura 4:** Casos notificados de tos convulsa al Módulo C2 del SNVS. República Argentina. Años 2010/2011, hasta semana epidemiológica 31. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS), Módulo C2, Ministerio de Salud de la Nación (datos al 10 de agosto de 2011).



Durante el periodo comprendido, se observó un aumento en la notificación durante las últimas semanas epidemiológicas, sin embargo, se registró una mayor proporción de casos confirmados y resultados positivos para *B. pertussis* entre las semanas 2 y 11. El nivel de notificaciones de sospechosos se ha mantenido entre zona de alerta y zona de brote, sugiriendo que se ha producido un aumento de la notificación en relación con años anteriores acorde al ciclo epidémico de la enfermedad y a una mayor sensibilidad del sistema para la detección de casos.

La distribución por grupo de edad, para lo que se ha tomado como base las notificaciones realizadas por SIVILA, se ha concentrado en los menores de 6 meses, representando el grupo de edad de 0 a 2 meses el 40,37% del total de notificaciones.

Hasta la semana epidemiológica 27 se observa que la distribución por provincia y región presentó diferencias en los registros entre ambas fuentes con provincias que presentaron menor notificación por C2.

#### Sobre el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS)

**Módulo de Vigilancia Clínica (C2):** Se realiza mediante la notificación de determinados eventos definidos ante la sospecha clínica de los mismos, de manera universal (a toda la población), incluyendo a los pacientes de guardia, internación y ambulatorios, Siempre ante la primera consulta de cada uno de ellos. Tiene como fuente la recolección sistemática de los casos registrados por los médicos (de los distintos efectores de salud) en una planilla conocida como "consolidado C2", que incluye también los datos de los libros de guardia y la información de los pacientes internados.

**Módulo de Vigilancia Laboratorial (SIVILA):** La vigilancia basada en la notificación de los laboratorios al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) es una vigilancia complementaria a la vigilancia clínica, ya que le provee especificidad, aportando los diagnósticos de agentes etiológicos, reservorios y/o vectores.

Ver <http://www.msal.gov.ar/hm/site/epidemiologia.asp>.

**Tabla 1:** Casos notificados de tos convulsa al Módulo C2 del SNVS, según provincia y región. República Argentina. Año 2011, hasta semana epidemiológica 31. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS), Módulo C2, Ministerio de Salud de la Nación (datos al 10 de agosto de 2011).

Provincia/Región	Confirmado	Probable	Descartado	Sin especificar	Sospechoso	Total
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	286	156	110	—	344	896
Buenos Aires	35	—	14	—	28	77
Córdoba	33	77	4	—	128	242
Entre Ríos	5	2	2	—	19	28
Santa Fe	31	28	209	—	83	351
<b>Centro</b>	<b>390</b>	<b>263</b>	<b>339</b>	<b>—</b>	<b>602</b>	<b>1.594</b>
Mendoza	13	—	—	—	7	20
San Juan	7	—	11	—	24	42
San Luis	—	—	—	—	2	2
<b>Cuyo</b>	<b>20</b>	<b>—</b>	<b>11</b>	<b>—</b>	<b>33</b>	<b>64</b>
Corrientes	—	—	2	—	—	2
Chaco	—	—	1	—	1	2
Formosa	—	—	—	101	—	101
Misiones	11	1	3	—	19	34
<b>NEA</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>101</b>	<b>20</b>	<b>139</b>
Catamarca	3	—	—	—	8	11
Salta	5	2	14	—	2	23
Santiago del Estero	1	2	—	—	—	3
Tucumán	21	38	1	—	1	61
<b>NOA</b>	<b>30</b>	<b>42</b>	<b>15</b>	<b>—</b>	<b>11</b>	<b>98</b>
Neuquén	5	—	71	—	10	86
Río Negro	3	—	19	—	9	31
Santa Cruz	1	—	1	—	2	4
Tierra del Fuego	9	—	11	—	2	22
<b>Sur</b>	<b>18</b>	<b>—</b>	<b>102</b>	<b>—</b>	<b>23</b>	<b>143</b>
Desconocida	3	—	5	—	2	10
<b>Total Argentina</b>	<b>472</b>	<b>306</b>	<b>478</b>	<b>101</b>	<b>691</b>	<b>2.048</b>

**Referencias:** Sin especificar = sin clasificación final      Sospechosos = casos notificados en proceso de investigación.

**Tabla 2:** Casos notificados de tos convulsa al Módulo SIVILA del SNVS, según provincia y región. República Argentina. Año 2011, hasta semana epidemiológica 31. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS), Módulo C2, Ministerio de Salud de la Nación (datos al 8 de agosto de 2011).

Provincia/Región	Tos convulsa confirmada ( <i>B. pertussis</i> )	Tos convulsa probable ( <i>B. pertussis</i> )	Tos convulsa probable ( <i>B. pertussis</i> + <i>parapertussis</i> )	No conclusivo	En estudio	Otros resultados	Total
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	256	18	—	436	101	16	827
Buenos Aires	30	1	—	26	1	—	58
Córdoba	24	—	1	253	47	9	334
Entre Ríos	4	—	—	12	17	2	35
Santa Fe	23	4	—	840	95	6	968
<b>Centro</b>	<b>337</b>	<b>23</b>	<b>1</b>	<b>1.567</b>	<b>261</b>	<b>33</b>	<b>2.222</b>
La Rioja	—	—	—	—	1	—	1
Mendoza	6	—	—	58	11	2	77
San Juan	7	—	—	18	5	—	30
San Luis	—	—	—	—	1	—	1
<b>Cuyo</b>	<b>13</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>76</b>	<b>18</b>	<b>2</b>	<b>109</b>
Corrientes	2	—	—	7	—	—	9
Chaco	11	5	—	15	5	1	37
Formosa	—	—	—	2	—	—	2
Misiones	13	—	—	15	—	3	31
<b>NEA</b>	<b>26</b>	<b>5</b>	<b>—</b>	<b>39</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>79</b>
Catamarca	8	2	—	80	9	2	101
Jujuy	—	—	—	1	4	—	5
Salta	8	—	—	11	10	—	29
Santiago del Estero	1	—	—	21	—	1	23
Tucumán	1	—	—	4	—	1	6
<b>NOA</b>	<b>18</b>	<b>2</b>	<b>—</b>	<b>117</b>	<b>23</b>	<b>4</b>	<b>164</b>
Chubut	1	2	—	6	1	—	10
La Pampa	—	—	—	5	1	—	6
Neuquén	2	1	—	50	31	3	87
Río Negro	4	—	—	34	12	1	51
Santa Cruz	1	—	—	8	7	—	16
Tierra del Fuego	2	—	—	8	13	—	23
<b>Sur</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>—</b>	<b>111</b>	<b>65</b>	<b>4</b>	<b>193</b>
Desconocida	19	1	—	47	11	—	78
<b>Total Argentina</b>	<b>423</b>	<b>34</b>	<b>1</b>	<b>1.957</b>	<b>383</b>	<b>47</b>	<b>2.845</b>

**Referencias:** No conclusivo = resultado negativos sin rescate de otro germen      Otros resultados = resultado negativo para *B. pertussis*, con rescate de otro germen.

## Conclusiones

La tos convulsa debe ser entendida como una enfermedad con alto riesgo de vida para los lactantes, que las personas que no están correctamente vacunadas son reservorios de la enfermedad para los más pequeños y que todo caso sospechoso debe ser notificado.

Se observa que, con el correr de los años y las mejores coberturas vacunales, los lactantes menores de un año son el grupo que tiene la mayor morbimortalidad.

Si bien la tendencia de los brotes de la enfermedad fue a la disminución desde 1985, a partir de 2003 se han notificado brotes de tos convulsa en diferentes jurisdicciones, fenómeno que se ha producido también en otros países.

Asimismo, el aumento de la notificación de casos sospechosos de tos convulsa se relaciona con una mejor vigilancia epidemiológica por sensibilización de los efectores en contacto con los pacientes, el fortalecimiento de los sistemas de información y el diagnóstico de laboratorio con la introducción de la reacción en cadena de polimerasa (PCR).

Este análisis de la tendencia, junto con la vigilancia clínica y de laboratorio que permiten confirmar los casos, da sustento a decisiones en salud pública, en este caso la introducción de una dosis de vacuna triple acelular a los 11 años y en el personal de salud que atiende a niños menores de un año.

Es necesario enfatizar en la necesidad de notificar a todo sospechoso de tos convulsa, con el objetivo de realizar las acciones de control para disminuir la transmisión y los casos secundarios, reforzar la vacunación o vacunar a los contactos, con el propósito de evitar la enfermedad en los lactantes menores de 6 meses que padecen la enfermedad en su forma más severa y con alto riesgo de mortalidad.

Las acciones de control y vacunación están a cargo de las jurisdicciones y deben ser documentadas y seguidas en el tiempo.

La vacuna contra la tos convulsa se aplica a los 2, 4 y 6 meses con la pentavalente, se refuerza a los 18 meses con la cuádruple, a los 6 años con la triple bacteriana, a los 11 años y al personal de salud que preste cuidado a los menores de un año la vacuna triple bacteriana acelular. Los refuerzos no son dosis adicionales que pueden aplicarse o no, sino oportunidades para aumentar la inmunidad contra la enfermedad y evitar la transmisión.

La Comisión Nacional de Inmunizaciones (CONAIN) y el Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (PRONACEI) han recomendado, como estrategia para disminuir la transmisión de la enfermedad a los lactantes, la inmunización con vacuna triple acelular a los 11 años y al personal de salud que atiende a menores de un año. En relación a la estrategia capullo, se considera dificultosa de implementar dada la cantidad de contactos de un recién nacido, y no ha sido beneficiosa en relación al costo como la mencionada en primer término.

La vigilancia laboratorial y la clasificación de los casos permiten monitorear el comportamiento de la enfermedad, así como el impacto de las acciones de vacunación, esenciales para la toma de decisiones adecuadas y oportunas en la población.<sup>2</sup>

## Argentina: En el país la seguridad de las transfusiones de sangre sigue criterios internacionales



22 de septiembre de 2011 – Fuente: Ministerio de Salud (Argentina)

Argentina garantiza la seguridad de las transfusiones de sangre de acuerdo con lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), coincidieron hoy representantes de asociaciones científicas y expertos del Ministerio de Salud de la Nación, quienes reafirmaron que la intervención más efectiva para reducir riesgos es profundizar la estrategia de la cartera sanitaria de pasar del actual modelo de donación de sangre, de reposición y ocasional, por uno basado en la actitud voluntaria y altruista de la población.

Así lo manifestaron los asistentes a una reunión que la cartera sanitaria nacional organizó en su sede para analizar junto a las sociedades científicas la metodología de selección de donantes. El encuentro fue encabezado por el subsecretario de Políticas, Regulación y Fiscalización del Ministerio de Salud, Andrés Leibovich, que estuvo acompañado por la coordinadora general del Plan Nacional de Sangre de la cartera sanitaria, Mabel Maschio, y el titular de la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual, Carlos Falistoco.

De la jornada también participaron representantes de la Sociedad Argentina de Infectología, la Asociación Argentina de Hemoterapia e Inmunohematología y el Centro Nacional de Referencia para el Sida de la Universidad de Buenos Aires (UBA).

“La seguridad transfusional en el país depende de tres pilares establecidos por la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la comunidad científica especializada en esta materia, que son contar con un 100% de donantes de sangre voluntarios y habituales provenientes de poblaciones de bajo riesgo, poseer programas de buenas prácticas de producción que aseguren la calidad de los componentes de la sangre elaborados y monitorear el uso adecuado de los componentes transfundidos”, explicó Leibovich.

En Latinoamérica sólo un 36% de los donantes de sangre son voluntarios y el índice de donaciones por cada mil habitantes está muy por debajo de lo óptimo, mientras que en Argentina este indicador está creciendo año a año, “pero todavía no se ha superado el 50%, que es la meta establecida para los países de la región”, evaluó el funcio-

<sup>2</sup> Para ficha de notificación, definiciones de casos, flujo de notificación y recomendaciones, hacer clic [aquí](#).

nario. "Los datos estadísticos recogidos por OPS demuestran que, alcanzado dicho nivel de donaciones voluntarias, se reduce el número de casos de VIH/sida detectados en los donantes de sangre de 280 cada 100.000 donaciones a 28. Un comportamiento similar se observa con el resto de las infecciones transmisibles por sangre", añadió.

Por su parte, Maschio expresó que "la seguridad transfusional es mucho más que aplicar técnicas de biología molecular" y dijo que "hablar de las virtudes de las técnicas de ácidos nucleicos, conocidas como NAT, en el tamizaje de infecciones en donantes de sangre para la detección de los virus de VIH, hepatitis B y C, puede llegar a confundir a la población".

"Expertos en la materia mundialmente reconocidos manifiestan que la intervención más efectiva para mejorar la seguridad transfusional en nuestra región es eliminar rápidamente el modelo de donación de sangre de reposición y ocasional, generalizada en la mayoría de los países, desarrollando en los bancos de sangre programas para educar y convocar a personas sanas como donantes regulares, trabajando en el convencimiento de que donen al menos dos veces al año", puntualizó la funcionaria.

Según Maschio, "este cambio genera no solamente un impacto altamente significativo en la calidad de la sangre y sus componentes, sino que además aumenta la disponibilidad de los mismos, permitiendo garantizar que toda necesidad será cubierta oportunamente, sin la necesidad de pedidos solidarios de urgencia que deban realizar los familiares de los pacientes". La responsable del Plan de Sangre puso como ejemplo el crecimiento de donantes voluntarios registrado en el país el año pasado, que alcanzó el 26% y estuvo acompañado de un alza del 35% en el número total de donantes.

"Las nuevas técnicas, cuya aplicación analítica reduce ciertamente el lapso en que las infecciones recientes pueden no detectarse –llamado periodo de ventana–, en aproximadamente seis días en el caso del VIH y 30 días en el virus de la hepatitis C, no reemplazan la necesidad de tener donantes educados, completamente voluntarios y de realizar una estricta selección pre-donación con el objetivo de que aquellos que efectivamente donen lo hagan considerando responsablemente el riesgo al que han estado expuestos, ya que el periodo de ventana sigue existiendo aún con pruebas NAT", agregó.

En este sentido, la funcionaria explicó que implementar la técnica NAT "requiere una logística e infraestructura de la red de sangre que permita la derivación de muestras a unos pocos laboratorios, que son los encargados de desarrollarlas", mientras que en Argentina, "un país con grandes distancias y todavía con una gran dispersión de bancos de sangre, sería inviable su aplicación actual en todo el territorio sin afectar la disponibilidad de los componentes que se requieren para salvar la vida de los pacientes".

"Ninguna prueba que se realice da la precisión requerida si no se realiza bajo un programa de garantía de la calidad. Es por ello que los máximos responsables de la salud han priorizado estas líneas de acción y por lo tanto las técnicas de NAT no sólo no son obligatorias en nuestro país, sino que tampoco lo son en ninguna nación de la región", remarcó Maschio.

Por su parte, Oscar Torres, miembro de la Asociación Argentina de Hemoterapia e Inmunoematología, expresó que "en los criterios de selección del donante de sangre, Argentina está al nivel de los estándares internacionales" y agregó que encuentros como el realizado hoy "apuntan a mejorar la calidad de vida tanto del donante como del receptor".

Alejandra Monticelli, de la Sociedad Argentina de Infectología, precisó que "es sumamente importante que desde el Ministerio de Salud nos convoquen a este tipo de reuniones porque cada sociedad científica puede aportar desde su especialidad para actualizar y revisar las metodologías adoptadas en las transfusiones de sangre".

De igual manera, Horacio Salomón, del Centro Nacional de Referencia de Sida de la UBA, enunció que "debemos agotar recursos para prevenir el contagio de infecciones por sangre y por eso la transfusión segura es una garantía que Argentina sostiene bajo los métodos propuestos por los organismos internacionales de salud".

### Requisitos para donar

Para donar sangre los únicos requisitos son: tener entre 18 y 65 años, pesar más de 50 kilogramos, pasar una entrevista médica, no haberse realizado tatuajes o piercing en el último año y no haber tenido relaciones sexuales de riesgo en el último año.

Se puede donar sangre dos o tres veces por año y no produce ningún daño al organismo. "Sólo son necesarios controles científicos para brindarle seguridad al receptor", informó Leibovich.

### Chaco/Corrientes: Solicitan mayor fiscalización sanitaria para combatir la triquinosis

23 de septiembre de 2011 – Fuente: El Mundo (España)

Profesionales de la Cátedra de Enfermedades Parasitarias de la Facultad de Veterinaria de la Universidad Nacional del Nordeste (UNNE) alertaron sobre numerosas producciones marginales y clandestinas de cerdos que existen en las provincias de Chaco y Corrientes.

Los animales faenados en estos criaderos eluden la técnica del control del Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) que habilita el consumo de la carne de cerdo. Una muestra de esta falla en el sistema de control sanitario, lo da el hecho de que solo un frigorífico de carne de cerdo en la ciudad de Goya cuenta con la habilitación provincial correspondiente.



Los científicos aseguran que estadísticamente está demostrado que el aumento de la pobreza trae consigo el aumento de los casos de triquinosis. Esto se debe a que el cerdo es un animal que erróneamente es fácilmente criado y alimentado en basurales. De ahí la ecuación que los profesionales señalan que nunca falla "cerdo + basural + ratas = triquinosis en los humanos".

Los docentes de la Facultad de Veterinaria llaman a la comunidad a prestar especial cuidado en esta parte del año, ya que desde el 1 de mayo al 31 de agosto es el período de faena de cerdo y la producción de embutidos a partir de su carne.

La triquinosis es una enfermedad endémica en Argentina y en 2010 hubo 600 casos denunciados. Los principales brotes y focos se dan en el 90% de los casos en las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe, el resto en otras provincias como Entre Ríos, La Pampa, Chubut, Río Negro, Catamarca, Mendoza y agregándose tristemente en 2010 la provincia de Chaco y la provincia de Corrientes en 2011.

"Muchos de los chacinados y embutidos ahumados que se venden en la calle en esta época del año es factible que mantengan vivo el parásito y ser fuente de contagio en el hombre", explicó el doctor Oscar Racioppi. Otra forma de contagio es la ingesta de carne de cerdo faenados sin su correspondiente control veterinario.

Los criadores deben tener presente que el cerdo debe ser bien alimentado, y en instalaciones adecuadas sin presencia de roedores. "No deben ser alimentados con basura, desperdicios de mataderos, ni residuos de casas de comidas, ya que en ellos puede haber restos de alimentos contaminados con el parásito", explicó Álvarez.

En el caso de realizar la faena casera de cerdos para consumo propio "se debe verificar mediante un análisis de laboratorio que la carne no esté infectada con el parásito". Este control es la única garantía para los consumidores del cerdo y sus productos derivados.

Para esto último sugiere que médicos veterinarios de la actividad privada ofrezcan el servicio de diagnóstico como así también los servicios de Bromatología de los municipios y de las provincias.

## Misiones, San Ignacio: Confirman un caso de leishmaniosis visceral

23 de septiembre de 2011 – Fuente: Ministerio de Salud Pública – Provincia de Misiones (Argentina)



El jefe del Área de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud Pública, Jorge Gutiérrez, informó que se ha registrado un caso de leishmaniosis visceral en Misiones. Se trata de un hombre de 43 años, que reside en San Ignacio. Este es el cuarto caso en esa localidad de los seis que se confirmaron en lo que va del año en toda la provincia de Misiones.

El paciente, quien ya inició el tratamiento médico, desde hace tres meses presenta síntomas febriles. Se informó que la prueba de RK39 y los resultados de la punción de médula ósea tuvieron resultado positivo.

El hombre presenta pérdida de peso, falta de apetito, debilidad, fatiga, hígado y bazo agrandado.

Se informó que ya se dio aviso a la zona sanitaria y al municipio, quien ya inició las tareas de bloqueo de foco. En la casa del hombre hay perros, a los cuales se los controlarán para constatar si tienen o no leishmaniosis.

Respecto si las personas se han concienciado sobre el tema, Gutiérrez indicó que "la gente está conociendo más sobre la enfermedad y como todo parte del cuidado de su mascota, las personas lo están haciendo".

## Noticias de América

### Ecuador, Ambato: Reportan brote de sarampión

24 de septiembre de 2011 – Fuente: El Comercio (Ecuador)



Personal de la Dirección de Salud aplica la vacuna contra el sarampión en Quisapincha.

Un brote de sarampión se detectó en la comunidad indígena Illahua Chico, en la parroquia Quisapincha, situada a 30 minutos de Ambato en la zona del páramo.

Según la Dirección de Salud de Tungurahua, nueve niños y niñas de esa comuna fueron ingresados antenoche al área de aislamiento de Pediatría del Hospital Provincial Docente Ambato.

Se conoció que el jueves pasado tres niños de una guardería del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) fueron llevados al Hospital Docente, en Ambato, porque resultaron contagiados con sarampión. Ayer, ese local permaneció cerrado.

Entre la población de Illahua Chico se aseguró que una niña de poco más de un año habría muerto por sarampión en ese centro infantil, aunque los padres señalaron que todavía no les dicen cuál fue la razón del fallecimiento. Comentaron que "tenía granitos en todo el cuerpo".

Georgina de la Cruz, de la planta central de Salud Intercultural, dijo que tienen que esperar los resultados de laboratorio.

Ayer los menores se hallaban en compañía de sus padres en una zona donde no se permitía el ingreso de personas que no fueran familiares, médicos o enfermeras.



En la mañana de ayer, se reunieron el director del Hospital Docente, Roberto Cabezas, y el titular de la Dirección de Salud, Enrique Lanas. Al finalizar la reunión se dio a conocer que la Dirección de Salud realizó un cerco epidemiológico ayer en Illahua Chico, una de las 18 comunas de Quisapincha. Además, se inició una campaña de vacunación contra el sarampión para niños de entre 6 meses y cinco años.

Los representantes de diversos cabildos (líderes comunales) y de varias instituciones gubernamentales decidieron en una asamblea la noche del jueves que todos los niños serán vacunados. Para conseguirlo se visitará casa por casa.

El presidente de la Junta Parroquial de Quisapincha, Luis Iza, dijo que se prohibió a los padres de familia llevar a sus hijos a las ferias de los domingos y martes en Quisapincha y los lunes en Ambato. "Esos días hay más gente comprando y vendiendo mercancías y el riesgo de contagio aumenta. Con eso evitaremos que más niños contraigan la enfermedad", aseguró Iza.

María de Lourdes Freire, encargada de Vacunas de la Dirección Provincial de Salud, dijo que hay vacunas suficientes para enfrentar cualquier eventualidad. "No hay problemas en cuanto a la calidad de los inmunizantes. Tampoco se han detectado complicaciones con los equipos que ayudan al mantenimiento de estos medicamentos", dijo Freire.

En tanto, Georgina de la Cruz señaló que la sintomatología del sarampión no es típica en la zona. "No es típico como el que teníamos hace 15 años; la sintomatología es diferente: se inicia con diarrea, neumonía y luego la erupción", expresó.

De la Cruz dijo que del seguimiento que se ha hecho a la enfermedad se conoció que Quisapincha, zona de interés por su producción de artículos de cuero, había sido visitada por extranjeros y que, por esa razón, el origen del virus del sarampión en la zona es europeo.

## Estados Unidos, Miami-Dade: Advertencia tras la detección de un caso del virus del Nilo Occidental The Miami Herald

22 de septiembre de 2011 – Fuente: The Miami Herald (Estados Unidos)

Un hombre de 27 años vecino del Condado Miami-Dade se convirtió en la primera persona este año que contrae el virus del Nilo Occidental, dijo el miércoles el Departamento de Salud de Miami-Dade.

El virus del Nilo Occidental es transmitida por un mosquito, de modo que la División de Control de Mosquitos le pide a todos los residentes que eliminen cualquier estancada y que cubran todos los recipientes para de este modo evitar que los mosquitos depositen en ellos sus huevos. De igual modo, el condado está fumigando para acabar con los mosquitos.

El hombre que se infectó comenzó a sentirse enfermo a principios de agosto. Buscó atención médica y fue ingresado en un hospital con estos síntomas. Los exámenes que se le hicieron posteriormente tuvieron resultado positivo para el virus. Durante el período de incubación el hombre no viajó fuera del Condado Miami-Dade, de modo que los funcionarios de salud calificaron el caso como el primero de este año que contrae el virus.

El último caso local se reportó en 2009. Dos personas en Miami-Dade murieron a causa de la enfermedad en el 2004.

El hombre se recuperó completamente. Alrededor del 80% de las personas que lo contraen no presentan síntomas pero puede dañar neurológicamente a algunos. Morir a causa del virus es raro, aunque los sistemas inmunológicos más débiles son más vulnerables.

El Departamento de Salud aconseja a los médicos que tengan pacientes con los síntomas del virus que lo comuniquen de inmediato a dicho Departamento.

## Estados Unidos: Decenas de personas enfermas al tratar de combatir las chinches

22 de septiembre de 2011 – Fuente: Morbidity and Mortality Weekly Report



Las chinches no enferman a la gente, pero los venenos utilizados para matarlas sí pueden hacerlo. Un estudio del gobierno encontró que decenas de estadounidenses han enfermado debido a insecticidas, y una mujer de Carolina del Norte murió después de rociar 18 latas de la sustancia química usada para atacar a los diminutos chupasangres.

Debido a que muchos de los casos, incluida la muerte, incluyeron a personas que actuaron por su cuenta utilizando mal o aplicando el producto equivocado, funcionarios federales de salud están advirtiendo a los consumidores que sean cuidadosos y los instan a acudir a profesionales.

El reporte de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) contó 80 personas enfermas y una muerte vinculadas a insecticidas en poco más de tres años. La mayoría de los casos ocurrieron en la ciudad de New York, aparentemente el epicentro de una reciente reaparición de chinches en Estados Unidos.

Los CDC lograron obtener datos de 12 estados, y sólo siete tuvieron reportes de tales enfermedades. Uno de ellos fue New York, donde las chinches se han convertido en un problema muy publicitado y donde funcionarios de salud también han extremado la vigilancia para reportar envenenamientos inusuales.

La chinche de cama (*Cimex lenticularis*) es un insecto rojizo sin alas que pica a personas y animales para extraerles sangre como alimento. Aunque sus picaduras pueden ocasionar comezón y ronchas, no se sabe que propaguen enfermedades.

“No hay nada inherentemente peligroso sobre las chinches”, señaló la doctora Susi Vassallo, especialista en urgencias médicas que trabaja en el Bellevue Hospital Center de la ciudad de New York y ocasionalmente atiende pacientes que reportan problemas de chinches.

Pero estos insectos son un fastidio. En encuestas nacionales recientes a exterminadores, las chinches fueron mencionadas como la plaga más difícil de eliminar. Se pueden ocultar durante meses, sólo salen de noche y pueden ser difíciles de detectar por el ojo humano.<sup>3</sup>

## Estados Unidos: Brote de sarampión entre refugiados malayos

23 de septiembre de 2011 – Fuente: *Morbidity and Mortality Weekly Report*



El 26 de agosto de 2011, funcionarios de salud pública de California notificaron a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de un caso sospechoso de sarampión en un joven de 15 años no vacunado, refugiado de Birmania (el caso índice), que había estado viviendo en un área urbana de Kuala Lumpur, Malasia, país que está experimentando brotes de sarampión. En la actualidad, unos 92.000 de estos refugiados están viviendo en comunidades urbanas en Malasia. Están en curso programas de reasentamiento en Estados Unidos y otros países. El estado de salud y vacunación de estos refugiados urbanos es en gran parte desconocido.

El caso índice desarrolló fiebre el 21 de agosto y una erupción el 22 de agosto. Él y su familia (su madre y dos hermanos, de 13 y 16 años) salieron de Malasia el 24 de agosto y llegaron el mismo día a Los Ángeles, California, donde pasaron la noche. Fue hospitalizado con sospecha de sarampión el 25 de agosto. Las pruebas serológicas de inmunoglobulina M confirmaron el diagnóstico el 30 de agosto. El hermano de 16 años no estaba inmunizado y había presentado una enfermedad febril eruptiva en Malasia el 18 de agosto. Las pruebas serológicas realizadas el 30 de agosto en Los Ángeles evidenciaron una reciente infección por sarampión. Sin embargo, el hermano no estaba en etapa contagiosa durante el vuelo.

El 1 de septiembre, funcionarios de salud pública de Maryland notificaron a los CDC dos casos de sarampión confirmados por laboratorio: dos niños de 7 meses y 2 años, respectivamente, refugiados no vacunados que estuvieron en el mismo vuelo que el caso índice. Un caso sospechoso de sarampión en un refugiado sin vacunar de 14 años, que había viajado en el mismo vuelo, fue reportado por las autoridades de salud pública de Carolina del Norte el 4 de septiembre y se confirmó el 9 de septiembre. No está claro si estos tres casos estuvieron expuestos al sarampión en Malasia o durante el viaje a Estados Unidos. El 7 de septiembre, se notificó a los CDC de otro caso confirmado por laboratorio en un niño refugiado no vacunado de 23 meses de edad, proveniente de Birmania, que viajó desde Malasia a Wisconsin a través de Los Ángeles el 24 de agosto, pero en un vuelo diferente que el caso índice.

En el mismo vuelo que viajó el caso índice desde Malasia el 24 de agosto, arribaron 31 refugiados a los siguientes siete estados: Maryland, Carolina del Norte, New Hampshire, Oklahoma, Texas, Washington y Wisconsin. Los departamentos de salud locales y estatales y los CDC iniciaron las investigaciones de contactos y las actividades de respuesta. Hasta el 12 de septiembre, la investigación de contactos y la vigilancia intensificada revelaron tres nuevos casos de sarampión confirmados por laboratorio conectados epidemiológicamente con el caso índice: un oficial de Aduanas y Protección de Fronteras, con estado de vacunación desconocido, que procesó al caso índice en el aeropuerto de Los Ángeles (reportado por funcionarios de salud pública de California el 8 de septiembre), y dos casos en dos niños no refugiados y no vacunados, de 12 y 19 meses de edad, que estuvieron sentados a nueve filas de distancia del caso índice durante el vuelo (reportado por funcionarios de salud pública de California el 9 de septiembre).

Los rápidos esfuerzos de control por parte de las agencias estatales y locales de salud pública han sido un factor clave para limitar el tamaño de este brote y prevenir la propagación del sarampión en comunidades con un elevado número de personas no vacunadas. Para prevenir la importación y transmisión del sarampión en esta población de refugiados, se suspendieron temporalmente los viajes de refugiados desde Malasia a Estados Unidos. Los CDC recomiendan que: 1) los refugiados de Malasia con destino a Estados Unidos, sin evidencia de inmunidad contra el sarampión, sean vacunados contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola (vacuna MMR) y que su viaje sea pospuesto por 21 días después de la vacunación, 2) los refugiados que lleguen a Estados Unidos deben recibir su examen de salud post-arribo tan pronto como sea posible, 3) los médicos deben considerar el diagnóstico de sarampión en refugiados con enfermedad febril eruptiva y síntomas clínicos compatibles (por ejemplo, tos, coriza y/o conjuntivitis), 4) los pacientes sospechosos de sarampión deben ser aislados y se deben obtener muestras apropiadas para la confir-

<sup>3</sup> Para que las medidas de prevención sean efectivas, siempre deben aplicarse adecuadamente, lo cual significa, en el caso de los insecticidas, las cantidades precisas y por el tiempo establecido. Desafortunadamente, algunas personas tienen la creencia de que “si uno es bueno, entonces dos es mejor”, exagerando en dosis y aplicaciones, con las consecuencias descritas. Urge, entonces, que se intensifiquen las campañas educativas referentes al uso adecuado de insecticidas en el hogar, aparte de reforzar las medidas usuales y apropiadas de higiene.

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

mación de sarampión y la genotipificación del virus, y 5) los casos deben ser informados inmediatamente a los departamentos de salud locales. Para prevenir el sarampión en residentes de Estados Unidos dentro del país y en el extranjero, los CDC recomiendan que las personas elegibles sin evidencia de inmunidad contra el sarampión sean vacunadas según las recomendaciones. Antes de un viaje internacional, los lactantes de 6 a 11 meses deben recibir una dosis de la vacuna MMR, y los mayores de 12 meses deben recibir dos dosis, a menos que tengan otra prueba de inmunidad contra el sarampión.<sup>4</sup>

## Paraguay: Lanzamiento de la campaña de lucha contra el dengue

23 de septiembre de 2011 – Fuente: ABC (Paraguay)



El Hospital General de Barrio Obrero, dependiente del Ministerio de Salud Pública, realizará hoy el lanzamiento oficial de la campaña de lucha contra el dengue en Asunción.

En la ocasión, actores sociales, líderes comunitarios, organismos públicos y privados firmarán una carta de compromiso para mantener su ambiente saludable.

Durante el acto de lanzamiento estarán el director general del hospital, Dr. Jesús Ramírez; Luis Ramírez, director de Salud Pública; Dra. Estela Velázquez, directora de la XVIII Región Sanitaria, y representantes de la comunidad.

Según el último boletín epidemiológico, las notificaciones de síndrome febril agudo con sospecha de dengue registradas en el sistema suman un total de 3.660, de las cuales 2.435 casos (66,5%) fueron confirmados por criterio epidemiológico y/o pruebas de laboratorio, se descartaron 284 (7,8%) y continúan sospechosos 941 (25,7%).

Analizando las últimas tres semanas (34, 35 y 36), se registra corte de circulación en los departamentos de San Pedro, Guairá, Caazapá, Misiones, Paraguari, Ñeembucú, Canindeyú, Boquerón y Alto Paraguay. Los departamentos de Cordillera, Caaguazú, Itapúa, Asunción y Presidente Hayes notificaron menos de cinco pacientes febriles.

Sin embargo, hay un aumento en Central, en los distritos de Villa Elisa, San Lorenzo y Fernando de la Mora, por lo que se recomienda intensificar su vigilancia y ajustar planes de contingencia en los servicios.

## Perú: Mueren 20 personas por rabia en lo que va de 2011

21 de septiembre de 2011 – Fuente: Agencia Notimex



La rabia, provocada por murciélagos o perros infectados, ha ocasionado la muerte a por lo menos 20 personas este año en Perú, por lo que se anunció el inicio de una cruzada para combatir el mal, informó hoy el Ministerio de Salud.

La coordinadora de la Estrategia Sanitaria Nacional de Zoonosis del Ministerio de Salud, Ana María Navarro, advirtió que la rabia es mortal cuando no se trata a tiempo, por lo que se han reforzado las acciones para combatir y eliminar el virus.

Señaló que los casos detectados son de rabia urbana, transmitida por perros, y de rabia silvestre, la cual está vinculada a los murciélagos.

La funcionaria detalló que, a nivel nacional, unas 60.000 personas son atendidas al año por el riesgo de rabia urbana, por lo que "es importante la atención oportuna porque una vez iniciados los síntomas la enfermedad se vuelve mortal".

De acuerdo con las cifras oficiales, 19 fallecidos eran nativos de la región Amazonas, quienes fueron mordidos por murciélagos con la enfermedad.

"Los habitantes del Amazonas están en riesgo, sus viviendas no tienen paredes, no usan protectores y rechazan asistencia médica porque la consideran ajena a sus costumbres", según un informe.

El próximo 28 de septiembre se celebra el Día Mundial de la Lucha contra la Rabia, en el marco del cual Perú anunció una serie de esfuerzos para contener este problema sanitario.

## Puerto Rico: Primera muerte por dengue en la Isla

23 de septiembre de 2011 – Fuente: El Nuevo Día (Puerto Rico)



La primera muerte relacionada con el dengue en lo que va del año fue reportada hoy por el secretario del Departamento de Salud (DS), Lorenzo González Feliciano, quien urgió a la población a seguir tomando medidas preventivas para evitar la enfermedad.

La muerte fue confirmada en el último informe preliminar de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) recibido ayer en la agencia, que recopila los datos de la semana 35, correspondiente del 27 de agosto al 2 de septiembre de este año.

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

Salud no dio detalles sobre la edad y género de la persona fallecida ni la región en donde murió.

“Nos encontramos evaluando la información de la persona fallecida y el expediente para conocer más detalles sobre las condiciones que pudieron estar asociadas a esta muerte. Nuestra misión es continuar llevando el mensaje de prevención y protección a la población con la misma intensidad para no tener que añadir una muerte más a causa del virus del dengue”, señaló González Feliciano.

El informe recibido apunta a que para la semana 35, se notificaron 162 presuntos casos, cifra que está por encima del promedio histórico pero por debajo de niveles epidémicos.

Se añaden, además, tres casos de dengue hemorrágico, que lleva la cifra a nueve en lo que va de año.

Para la semana anterior, de los 142 casos notificados, 58 fueron confirmados por laboratorio. Durante las últimas ocho semanas, han estado circulando dos serotipos del virus del dengue: DEN-1 (66% de los casos) y DEN-4 (34%).

### Época alta de contagio

González Feliciano recordó que Puerto Rico está en la época alta de dengue, por lo que no se puede bajar la guardia. “Durante este periodo es de esperarse ver un aumento en el número de casos de dengue, especialmente si tenemos eventos de lluvias significativas que, en nuestra experiencia, sabemos es un factor crucial para la reproducción del mosquito portador del virus. Es por ello que tenemos que practicar las medidas de prevención como parte de nuestra rutina diaria”, recalzó.

### Plan de control

La agencia estableció este año un plan de control de vectores que comenzó en agosto en la región de Ponce como proyecto piloto y que establece un sistema fijo y continuo de recolección y transporte de las muestras en los establecimientos de salud de los municipios participantes y su entrega a la División de Dengue de los CDC.

Esto permite que las muestras de los casos sospechosos de dengue sean evaluadas con mayor prontitud, reduciendo dramáticamente el tiempo de espera de los resultados. En tanto, este sábado 24 de septiembre, se realizará el último curso de manejo de dengue para médicos en los municipios de Aguadilla y Caguas.

El DS sigue activo en las comunidades y escuelas alrededor de la Isla en una campaña de educación sobre el dengue, mientras personal de la agencia visita los lugares de mayor incidencia evaluando posibles criaderos del mosquito para eliminarlos y orienta a los residentes sobre las medidas de prevención.

### Uruguay, Maldonado: Un bebé con meningitis por *Listeria monocytogenes*

**EL PAIS**

23 de septiembre de 2011 – Fuente: El País (Uruguay)

Un bebé de quince meses fue internado en el sanatorio San Carlos de Maldonado afectado de un caso de meningitis provocado por listeriosis, a partir del consumo de un queso artesanal elaborado sin los correspondientes controles bromatológicos. La listeriosis se contrae a partir del consumo de alimentos contaminados con la bacteria *Listeria monocytogenes* y son los recién nacidos quienes están más expuestos a esta posibilidad.

El bebé internado en San Carlos se alimenta con leche, gelatina y porciones de queso casero comprado en un almacén del barrio, explicó la madre a los médicos. Según la madre, el queso fue comprado por el almacenero a una persona que llegó al comercio en bicicleta transportando varios productos similares.

### Noticias del mundo

### África: Nueva terapia más rápida y barata contra la leishmaniosis podría combatir su peor brote de la década en el este de la región

23 de septiembre de 2011 – Fuente: Agencia Europa Press

El Este de África está luchando contra el peor brote de kala azar de la última década y la colaboración en la región, a través de la Leishmaniosis East Africa Platform (LEAP), ha dado como resultado el desarrollo de una nueva combinación terapéutica, más barata y que casi reduce a la mitad la duración del tratamiento, pasando de un ciclo de inyecciones de 30 días a uno que dura sólo 17.

Los países endémicos del Este de África están tomando las necesarias medidas regulatorias para utilizar este tratamiento en sus programas, pero los expertos advierten que, sin fondos internacionales o el interés de los gobiernos benefactores en su desarrollo, pocos pacientes se podrán beneficiar del mismo.

Según la directora adjunta del Kenya Medical Research Institute (KEMRI), Monique Wasunna, responsable de la Drugs for Neglected Diseases Initiative (DNDi) África, “los pobres más pobres, en los pueblos más perdidos, son quienes se están consumiendo por el kala azar y los que pueden beneficiarse más de un tratamiento más corto y asequible”.

“Las enfermedades olvidadas significan que, incluso cuando existen nuevos tratamientos y esperanza, están muy lejos de ocupar titulares y de ser la prioridad de los donantes para conseguir apoyo de los gobiernos. Es por este motivo que estamos llamando a la acción urgente”, asevera.

Esta semana en Nairobi, unos 100 investigadores clínicos y expertos regionales de los ministerios de Sanidad y autoridades regulatorias del medicamento asisten a la reunión bianual de la LEAP, que se reúne para analizar qué está funcionando en este campo y qué no para poder encontrar nuevas y mejores vías para controlar la enfermedad.

Tras 70 años de pequeñas mejoras en el tratamiento del kala azar en África, LEAP y sus colaboradores han desarrollado un nuevo tratamiento. Se trata del tratamiento combinado de estibogluconato sódico y paromomicina (SSG&PM).

Se trata de un tratamiento que cura a los pacientes. Las terapias combinadas ayudan a luchar contra las resistencias a los tratamientos. Los países de la región están trabajando en su registro y listos para utilizar el tratamiento, pero necesitan fondos para controlar la enfermedad.

Kala azar es otro de los nombres que recibe la leishmaniosis visceral, una enfermedad parasitaria endémica en unos 70 países alrededor de todo el mundo. Sudán del Sur tiene el segundo mayor número de casos de esta patología, después de India. Cerca de 500.000 personas están infectadas de esta enfermedad y entre unas 50.000 y 60.000 mueren cada año por su causa.

## Europa: Hepatitis D en personas con VIH

23 de septiembre de 2011 – Fuente: *AIDS*



La infección por el virus de la hepatitis D (VHD) –también conocido como virus de la hepatitis delta– produce la forma más agresiva de las hepatitis virales existentes. El virus siempre va asociado a la infección por el virus de la hepatitis B (VHB), ya que necesita su antígeno de superficie para producir partículas virales infectivas. Es por ello que es clasificado como virus defectivo, ya que no puede reproducirse por sí solo.

Hasta la fecha, la información sobre la prevalencia, epidemiología y perfil virológico de las personas con VIH coinfectadas por VHD era escasa, hecho que llevó a investigadores del estudio EuroSIDA –que realiza el seguimiento de una cohorte de personas europeas con VIH– a realizar un subestudio que analizara el impacto de la infección por VHD en personas con VIH.

De los 16.597 participantes con VIH de la cohorte EuroSIDA, 1.319 (7,9%) tenían historial de resultado positivo en un test del antígeno de superficie del VHB (HBsAg), lo que indica infección por VHB activa –ya sea en fase aguda o crónica– y 1.084 (6,5%) personas obtuvieron resultados positivos en dicha medición en la última visita de seguimiento.

El presente subestudio relativo al VHD se llevó a cabo con las 422 personas de las que se disponía de muestras séricas de aquellos momentos en los que presentaban resultados positivos respecto al HBsAg. Los investigadores realizaron mediciones de anticuerpos anti-VHD y de la carga viral del VHD de dichas muestras.

De las 422 personas con VHB que fueron incluidas en el análisis, 61 (14,5%) tenían anticuerpos frente al VHD. De ellas, el 87% tenían carga viral del VHD detectable. La mediana de dicha carga viral era de 7,25log copias/mL.

Principalmente, la coinfección por VHD afectó a usuarios de drogas intravenosas, que representaron más de dos tercios de las personas con dicha coinfección. Por distribución geográfica, el sur (21%) y este de Europa (25%) fueron las regiones del continente con mayor predominio de dicha coinfección. Estas son también las zonas con mayor porcentaje de infecciones derivadas del uso de drogas inyectables.

Respecto a aquellos participantes con VIH y VHB no coinfectados por VHD, las personas con las tres infecciones eran más jóvenes (mediana de edad de 34 y 38 años, respectivamente). Un 72% de las personas con VIH, VHB y VHD eran mujeres.

Entre las personas con las tres infecciones predominó el genotipo D de VHB (50%), seguido por el A (27%) y el AD (14%). Al analizar únicamente las cargas virales de VHB y VHD, entre estos pacientes, el 58% tenían carga viral detectable de VHB y VHD, el 29% solo tenían carga viral detectable del VHD, el 13% no presentaba carga viral de ninguno de los ello. Ningún participante presentaba únicamente carga viral del VHB.

El VHD y el VHB –a excepción de casos de genotipo D del VHB– interfieren entre ellos, por lo que las cargas virales del VHB fueron –a pesar de la elevada presencia de personas con genotipo D– inferiores a las observadas en personas únicamente infectadas por VHB. Cabe destacar que todas las personas infectadas por VHD y VHB con cargas virales de VHB superiores a 7log tenían el genotipo D.

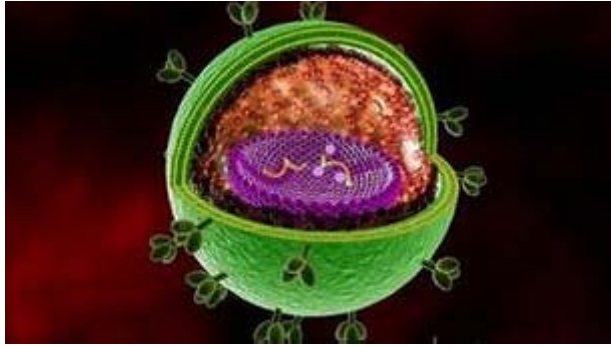
La coinfección por VHD incrementó significativamente el riesgo de muerte por cualquier causa, progresión a sida o muerte y el riesgo de muerte por causa hepática.

Los investigadores concluyeron que, dado su elevado impacto a nivel de los incrementos de riesgo, la infección por VHD en personas con VIH y VHB supone un factor de pronóstico negativo en este colectivo. Además, su tratamiento es todo un reto, ya que dado que el virus no utiliza polimerasa propia –utiliza la de los hepatocitos– el tratamiento con análogos de nucleósido no resulta efectivo. La única terapia anti-VHD disponible en la actualidad es el interferón pegilado, aunque se están investigando nuevas familias de fármacos tales como los inhibidores de la prenilación. Tenofovir (Viread®) ha mostrado cierta actividad, pero su espectro sería muy limitado.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

## Revelan cómo los virus cruzan de una especie a otra

23 de septiembre de 2011 – Fuente: *PLoS Pathogens*



Científicos británicos descubrieron cómo los virus, como el de gripe y el VIH, logran cruzar la barrera de las especies y contagiar, por ejemplo, de animales a humanos.

El hallazgo, dicen los investigadores de las universidades de Edimburgo y Cambridge, en Inglaterra, ayudará a predecir la aparición de nuevas enfermedades en el futuro y ayudar a planear su control y prevención.

Tal como explican los científicos, el objetivo del estudio era entender cómo los virus como el de gripe aviar infectan a especies distantes, como la humana.

Comenzaron analizando cómo la relación entre las especies puede determinar la propagación de un grupo de enfermedades causadas por los virus ARN, que incluyen al VIH, gripe, y SRAS (síndrome respiratorio agudo severo).

El equipo infectó a más de 50 especies diferentes de moscas con diferentes virus.

Descubrieron que las especies de moscas estrechamente relacionadas con la especie que el virus contagia típicamente eran más susceptibles a la infección que aquéllas relacionadas más de lejanamente.

Y los grupos de moscas que estaban relacionadas de cerca eran igualmente susceptibles a los mismos virus.

### Salto entre especies

Sin embargo, agregan, también descubrieron que cuando el contagio logra dar un gran salto entre especies – como la gripe aviar que infectó a humanos– el virus puede propagarse fácilmente entre las especies cercanamente relacionadas a su nueva víctima.

“Las enfermedades emergentes como el SRAS, VIH y algunos tipos de gripe han logrado cruzar a los humanos desde otras especies” explica el doctor Ben Longdon, quien dirigió el estudio en la Escuela de Ciencias Biológicas de la Universidad de Edimburgo.

“Entender cómo las enfermedades cruzan entre diferentes especies es esencial para poder predecir la aparición de nuevas enfermedades en el futuro”.

Tal como explica el investigador, el hallazgo sugiere que un parásito que normalmente infecta a un chimpancé tiene más probabilidades de infectar a los humanos que un parásito que normalmente contagia a los gatos.

Pero el estudio también revela que los parásitos pueden cruzar entre especies distantes cuando una de estas especies es particularmente susceptible a la enfermedad, como en el caso de la gripe.

“Este efecto podría explicar porqué la gripe aviar cruzó la barrera para infectar a humanos: porque los humanos son susceptibles a este tipo de gripe, lo cual facilita el salto entre especies cuando la gente está en contacto cercano con las aves, a pesar de que no son especies cercanamente relacionadas”, explica el científico.

Los científicos planean llevar a cabo más estudios en el futuro para estudiar a las especies que regularmente están en contacto con los humanos y analizar su potencial de cruzar e infectar a nuestra especie.

La investigación fue financiada por el Consejo de Investigación de Biotecnología y Ciencias Biológicas de Gran Bretaña, el Consejo de Investigación Ambiental, el Wellcome Trust y la Sociedad Real.<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

## Publicidad relacionada con la salud



*Are you a woman 50 or over?  
Take time out to schedule  
regular mammograms.*

*A message from the National Cancer Institute*

**¿Eres una mujer de 50 o más años?  
Tómate tu tiempo para programar mamografías regularmente.**  
National Cancer Institute (1997. Bethesda, Maryland, Estados Unidos).

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

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

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