



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina

www.reporteepidemiologico.com

Noticias

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

Córdoba

- Nuevos aportes para comprender la enfermedad de Chagas
- Preocupa el aumento de casos de síndrome urémico hemolítico

Argentina

- Vigilancia de hidatidosis

América

- La epidemia de fiebre zika termina en 2016 con los desafíos de la transmisión sexual y los problemas relacionados
- Brasil, Rio de Janeiro: Los casos de fiebre chikungunya aumentaron 727% en doce meses
- Estados Unidos: Primeras manifestaciones del comienzo de la temporada de influenza
- Estados Unidos, New York: Una cepa de influenza aviar podría haber pasado de los gatos a los seres humanos

- México, San Luis Potosí: Reportan 60 casos de brucelosis en lo que va del año
- Perú, Cusco: Monitorean a pacientes con posible rabia silvestre en La Convención

El mundo

- Angola declara el final de la peor epidemia de fiebre amarilla en décadas
- China, Hong Kong: Nuevo caso de influenza aviar A(H7N9)
- Europa retrocede frente al VIH
- Gran Bretaña, Inglaterra: Brote de campilobacteriosis por consumo de leche no pasteurizada en South Lakeland
- Nigeria: Confirman nuevos casos de fiebre hemorrágica de Lassa
- Los resultados de los ensayos finales confirman que la vacuna contra el virus del Ébola proporciona una alta protección contra la enfermedad



Número 1.859

28 de diciembre 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.)

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.)

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
Pediatría**

www.sadip.net/

**Asociación
Parasitológica
Argentina**

www.apargentina.org.ar/

Las células T CD8+ juegan un papel crítico en la inmunidad contra patógenos intracelulares, incluyendo el parásito protozoario *Trypanosoma cruzi*, el agente causante de la miocardiopatía chagásica.

La enfermedad de Chagas se caracteriza por dos fases distintas: la fase aguda, que dura varias semanas y se caracteriza por síntomas no específicos; y la fase crónica, con especial compromiso sobre corazón y tubo digestivo. La capacidad del huésped para controlar la infección por *T. cruzi* es sustancial, pero no totalmente efectiva, ya que la mayoría de los individuos infectados limitan estrechamente el número de parásitos, pero no logran eliminar completamente la infección debido a diversos y fascinantes procesos de evasión inmune.

De hecho, la persistencia de parásitos a niveles bajos en las células diana es el sello distintivo de la fase crónica indeterminada o asintomática. Hasta 40% de los individuos infectados desarrollan enfermedad cardíaca progresiva que conduce a una miocardiopatía dilatada en fase terminal. Un mecanismo de defensa clave contra *T. cruzi* es ejercido por el óxido nítrico (ON), que es producido por NO sintasa inducible, entre otras enzimas, presente en monocitos/macrófagos y cardiomiocitos.

A fin de evaluar si la interleucina-6 (IL-6) es capaz de frenar el daño inducido por estrés oxidativo en los linfocitos T CD8+, se extrajo sangre periférica de pacientes chagásicos y donantes de control que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión, y se evaluó la expresión de las moléculas de superficie, y la viabilidad y funcionalidad.

Los resultados del estudio muestran que la infección crónica por *T. cruzi* conduce a una disminución en el número y porcentaje de células T CD8+ circulantes totales y que el óxido nítrico producido por leucocitos puede contribuir a disminuir la función efectora de estas células, lo cual, en última instancia, resulta en un ineficiente control de la replicación del parásito. Los hallazgos también sugieren que la IL-6 podría ser un factor clave para mejorar la activación y supervivencia de células T CD8+.¹

En las últimas semanas y en consonancia con el aumento de las temperaturas, volvieron a registrarse en la provincia de Córdoba casos de síndrome urémico hemolítico (SUH).

Hasta la semana pasada, los casos notificados ascendieron a 46, siete más que el año 2015 para el mismo período, según datos del Ministerio de Salud de la Provincia. El número, además, supera el total de casos registrados el año pasado, cuando llegaron a 40, y también los ocurridos en 2014, cuando fueron 28.

La cartera sanitaria informó que hubo una notificación sostenida en los primeros meses del año, que cesó en los meses de otoño e invierno, en tanto que los casos reaparecieron a partir de mediados de agosto, tras lo cual volvieron a incrementarse.

“En los meses cálidos, el riesgo de contraer esta infección aumenta, ya que las altas temperaturas favorecen la proliferación de la bacteria que la provoca”, advirtió la secretaria de Prevención y Promoción de la Salud de la Provincia, Marcela Miravet.

No sólo la carne mal cocida

La principal causa de la enfermedad es un subtipo de la bacteria *Escherichia coli*, el O157, que en general se vincula con la contaminación fecal, y puede ingresar al organismo a través de la ingesta de carnes crudas o mal cocidas, pero también de verduras y frutas crudas o mal lavadas, productos lácteos sin pasteurizar o que perdieron la cadena de frío, al bañarse en ríos o lagos contaminados, o a través de la manipulación de utensilios de cocina contaminados.

¹ Los autores de este trabajo son Liliana María Sanmarco, Natalia Eberhardt, María Cecilia Ramello, Nicolás Eric Ponce, Susana Gea y María Pilar Aoki, del Centro de Investigaciones en Bioquímica Clínica e Inmunología CIBICI-CONICET, Facultad de Ciencias Químicas, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina; y Laura Marina Visconti, Natalia Beatriz Spitale, María Lola Vozza, Germán Andrés Bernardi y Ángel Ramón Mínguez, del Servicio de Infectología del Hospital Nuestra Señora de la Misericordia del Nuevo Siglo, Córdoba, Argentina.

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

Otra vía de transmisión que preocupa cada vez más a la Sociedad de Epidemiología de Córdoba es, a su vez, el contagio de persona a persona, por lo cual su presidenta, Nora Viviana Glatstein, insistió en la importancia del lavado cuidadoso de las manos.

“Se produce por vía fecal oral (ano, mano, boca), y por eso es esencial el buen lavado de manos, que implica hacerlo con agua y jabón durante 15 o 20 segundos, restregando bien las palmas y el dorso, y también el espacio entre los dedos y las uñas, y recién después enjuagar”, explicó Glatstein.

Cuándo hacerlo es otra de las claves, según afirmó la médica, quien puntualizó que las manos siempre deben lavarse después de ir al baño; al regresar al hogar; antes y después de manipular alimentos; después de cambiar pañales y manipularlos; después de tocar mascotas y de manipular basura.

En la mayoría de los casos notificados en la Provincia este año, entretanto, según informó Miravet, la fuente de la infección no pudo ser determinada.

En ese contexto, la funcionaria recalcó la necesidad de que “la población tenga en cuenta que el SUH no se adquiere sólo por el consumo de carne cruda, sino que también deben tomarse medidas preventivas sobre las otras vías de transmisión”.

“En esta época de calor, es fundamental tener mucho cuidado con los alimentos, tanto en su manipulación como en la conservación. Eso implica que no deben perder la cadena de frío, que no deben ser enfriados a temperatura ambiente sino en la heladera, que al guardarlas en la heladera las carnes deben estar bien aisladas del resto de los alimentos para que no los contaminen, y no usar los mismos utensilios ni las mismas tablas para carnes crudas y alimentos cocidos”, advirtió.

La mayoría en el interior

Tal como es la tendencia histórica, la mayor parte de los niños afectados este año por la enfermedad tienen entre 1 y 2 años (54% del total), aunque lo nuevo es que se advierte un aumento en el grupo de los 5 a 6 años, que concentra 17% de los casos.

Por otra parte, en lo que hace a la distribución geográfica, 19 correspondieron a niños con residencia en la ciudad de Córdoba, y 26 al interior de la provincia (en 20 localidades). Un caso, además, provino de Santa Fe.

Un dato sobre la severidad del SUH es que este año, ocho de cada 10 niños que la adquirieron en Córdoba requirieron tratamiento invasivo.

Argentina



Vigilancia de hidatidosis

23 de diciembre 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 45. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.²

Provincia/Región	2015		2016	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	40	40	28	28
Buenos Aires	189	44	156	45
Córdoba	18	13	26	19
Entre Ríos	29	26	34	19
Santa Fe	41	4	29	1
Centro	317	127	273	112
Mendoza	48	1	42	—
San Juan	42	17	18	5
San Luis	11	6	6	3
Cuyo	101	24	66	8
Corrientes	6	2	5	—
Chaco	3	—	7	1
Formosa	2	2	12	12
Misiones	6	—	4	2
NEA	17	4	28	15
Catamarca	10	6	12	12
Jujuy	5	—	14	5
La Rioja	1	—	1	1
Salta	36	34	40	34
Santiago del Estero	17	16	31	27
Tucumán	51	48	30	22
NOA	120	104	128	101
Chubut	54	30	58	43
La Pampa	22	5	13	1
Neuquén	64	63	31	28
Río Negro	32	30	37	36
Santa Cruz	4	1	4	4
Tierra del Fuego	1	—	1	—
Sur	177	129	144	112
Total Argentina	732	388	639	348

² Los casos notificados incluyen casos sospechosos, probables, confirmados y descartados.



La epidemia de fiebre zika termina en 2016 con los desafíos de la transmisión sexual y los problemas relacionados

23 de diciembre de 2016 – Fuente: EFE

El virus Zika siguió su propagación en 2016 por América y, pese a que la alerta bajó en los 48 territorios en los que se lo detectó, han aumentado los contagios por transmisión sexual y los casos de bebés nacidos con microcefalia asociados a la enfermedad.

La propagación de la fiebre zika ha mantenido un avance constante y, de acuerdo a la Actualización Epidemiológica Regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), desde 2015 y hasta la fecha, 48 países americanos confirmaron casos autóctonos por transmisión vectorial, y cinco países, casos transmitidos sexualmente.

Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció recientemente que el virus ya no constituye una emergencia sanitaria de alcance internacional y aclaró que “será una enfermedad endémica en varios países, provocará efectos neurológicos devastadores como la microcefalia y su expansión geográfica continuará”.

Así, en México el número de casos confirmados de fiebre zika sigue una tendencia creciente, llegando a un total de 6.779.

Mientras, en Estados Unidos se siguen detectando casos autóctonos en el área de Miami Beach y en el condado de Miami-Dade y el pasado 28 de noviembre las autoridades sanitarias de Texas confirmaron el primer caso transmitido localmente por un mosquito.

El total de casos en Estados Unidos es de 4.823, de los cuales 4.640 son importados, según la OPS.

En América Central, Panamá continúa con una tendencia creciente en el número de casos, con un total de 586 confirmados, mientras que en los demás países de la subregión, la tendencia es descendente.

Asimismo, según la OPS, la isla de Monserrat detectó recientemente la circulación autóctona del virus Zika y en las Islas Turcas y Caicos se observó una tendencia creciente en el número de casos notificados, mientras que en los demás países del Caribe se mantiene la tendencia al descenso en el número de casos.

En Sudamérica, en el último informe de la OPS se destaca que el Ministerio de Salud de Perú informó de un brote con tendencia al incremento en Iquitos, la única ciudad en la que se siguen detectando casos en las últimas 13 semanas en el país, con ocho, mientras que en todos los demás países de esta subregión se mantiene la tendencia observada al descenso.

A su vez, 28 naciones han contabilizado casos de microcefalia y otras malformaciones congénitas asociadas con la infección por virus Zika, y 20 países han registrado una incidencia mayor de casos de síndrome de Guillain-Barré (SGB).

Estas enfermedades asociadas al virus Zika y la confirmación de la transmisión a través de los fluidos corporales y de la madre al hijo han llevado a profundizar los proyectos para crear una vacuna, que, aunque no estarán listos a corto plazo, son una esperanza para el control de los casos en el continente.

“La vacuna contra el virus Zika estará lista a inicios de 2019”, dijo el doctor brasileño Pedro Vasconcelos, que participa en la investigación financiada por el Ministerio de Salud de Brasil, al revelar que la vacuna comenzará a ensayarse en humanos el próximo año.

Para Fredy Lizarazo, médico epidemiólogo del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, “los casos de bebés nacidos con microcefalia, de casos de SGB y de otras manifestaciones neurológicas, además de la transmisión por vía sexual, representan una gran carga social”.

“Debemos recordar que en 2014 tuvimos una alerta en la Isla de Pascua, fue la primera alerta para América Latina, ya que pertenece a Chile, y allá se presentaron los primeros casos de fiebre zika por lo que en ese momento se prendieron las alertas para las Américas”, dijo Lizarazo.

Y agregó que “para el Mundial de Fútbol de Brasil en 2014 y la Copa América de Chile en 2015, se generó un gran intercambio de viajeros y por tanto se aumentaron las alertas desde las áreas de vigilancia para los que se desplazaban, pero debemos ser muy claros con esta enfermedad: a través del vector se presenta un gran volumen de los casos, es el principal causante ya que mantiene vivo el virus”, matizó.

“Por eso ha sido más corta la presencia del virus Zika que la del Chikungunya, porque para estudiar el comportamiento de la enfermedad hay que tener en cuenta que el control del vector ha ido evolucionando en la región en la medida en la que aparecieron el dengue, luego la fiebre chikungunya y después la fiebre zika, todos transmitidos por el mismo mosquito”, aclaró Lizarazo.

Al respecto, el representante de la OPS en Uruguay, Giovanni Escalante, advirtió recientemente que el mosquito *Aedes aegypti* asciende a zonas hasta ahora no propensas debido al aumento de temperatura por el cambio climático.



26 de diciembre de 2016 – Fuente: MercoPress

“La población carioca está muy inmunizada para los tipos de dengue que circulan en Brasil, y quedó inmunizada y prevenida contra el virus Zika pero no está preparada para el Chikungunya”, explicó el subsecretario de Vigilancia de la Secretaría de Salud del estado de Rio de Janeiro, Alexandre Otávio Chieppe.

Las tres enfermedades son transmitidas por el mosquito *Aedes aegypti*, cuya población se multiplica con la llegada del verano que le ofrece condiciones propicias para su reproducción: temperaturas elevadas y charcos de agua de lluvia.

El gobierno carioca se anticipó este año y lanzó en noviembre, un mes antes del verano, su primera campaña de combate al mosquito, que transmite enfermedades que por lo general alcanzan su pico en febrero y declinan en junio, con la llegada del invierno.

“No esperamos que aumenten los casos de dengue y de fiebre zika en 2017, pero sí los de fiebre chikungunya. Es nuestra mayor preocupación para el próximo año”, admitió el ministro de Salud de Brasil, Ricardo José Magalhães Barros, al anunciar en noviembre la campaña de combate al mosquito, hasta ahora la única herramienta contra las tres enfermedades debido a que no existe vacuna contra ninguno de los virus.

Las estadísticas del más reciente boletín epidemiológico para las tres enfermedades, divulgadas hace una semana, dan indicios de que la fiebre chikungunya es la que más viene creciendo y la que más amenaza. El número de casos de dengue cayó desde el récord de 1.649.008 en 2015, cuando Brasil registró su mayor epidemia de la enfermedad, hasta 1.475.940 casos en los primeros once meses de 2016.

El cuanto a la fiebre zika, identificada por primera vez en el país en abril de 2015, cuando el verano de ese año ya había llegado a su fin, el número de casos en lo que va de 2016 es de 210.897 y el de muertes por la enfermedad de seis.

Pese a su bajo poder letal, la aparición del virus Zika obligó al Gobierno brasileño a declarar una emergencia sanitaria en noviembre de 2015 tras identificar una relación directa entre el contagio de la enfermedad entre mujeres embarazadas y un fuerte aumento del número de casos de bebés nacidos con microcefalia y otras anomalías.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) también declaró emergencia sanitaria internacional en febrero por la rápida propagación del virus Zika, pero ya levantó la alerta por considerar que la situación dejó de ser tan amenazadora.

Por el contrario, el número de casos de fiebre chikungunya, cuya transmisión fue identificada en Brasil en 2014, saltó en 727,3% en el último año, desde 31.418 en los primeros once meses de 2015 hasta 259.928 casos entre enero y noviembre de 2016.

El aumento del número de muertes relacionadas con la fiebre chikungunya fue aún mayor: desde seis en 2015 hasta 138 en los primeros once meses de este año.

Según el Ministerio, el virus Chikungunya ya ha sido registrado en dos de cada cinco municipios brasileños y el índice de la enfermedad es epidémico en al menos siete de los 27 estados del país, todos en la región nordeste y en los que se han registrado más de 300 casos cada 100.000 habitantes.

Un estudio sobre el número de posibles focos que le sirven de criadero a *Aedes aegypti* con respecto al número de viviendas de un municipio mostró que 855 ciudades brasileñas, 37,4% de las 2.284 cuya situación sanitaria fue analizada de cara a la llegada del verano, se encuentran en situación de alerta o de riesgo para las epidemias de dengue, fiebre zika y fiebre chikungunya.

De acuerdo con Chieppe, además de que una gran parte de la población que no ha sido expuesta al virus y está vulnerable, las previsiones para el nuevo verano, de días muy calientes y lluvias generosas, que favorecen la proliferación del mosquito, permiten prever un avance de la fiebre chikungunya.

16 de diciembre de 2016 – Fuente: HealthDay (Estados Unidos)

La temporada de influenza está empezando a afianzarse en Estados Unidos, y las autoridades de salud animan a todas las personas que no se hayan vacunado a hacerlo ahora.

“La actividad de la influenza sigue siendo muy baja, pero está empezando a aumentar”, comentó el 16 de diciembre Lynnette Brammer, epidemióloga de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos.

“Aunque la influenza está diseminada por todo el país, hasta ahora los lugares más afectados son New Jersey, New York, Puerto Rico, el sureste y el noroeste”, señaló Brammer. El virus más común actualmente es el de la influenza A(H3N2), añadió. Esa cepa es parte de la vacuna de la influenza de este año, según los CDC.



“Esta semana, por primera vez, tenemos los datos de las primeras hospitalizaciones. Pero el alcance de las hospitalizaciones sigue siendo bajo. Como era de anticipar en una temporada de A(H3N2), ahora mismo la tasa más alta la tienen las personas ancianas”, comentó Brammer.

“La tasa general de hospitalizaciones por influenza es aproximadamente de 2 cada 100.000 hospitalizaciones. En las personas ancianas es de 7 cada 100.000. Estas cifras están en sintonía con los datos sobre la influenza de los últimos 4 o 5 años”, dijo Brammer.

“La actividad de la influenza aumentará. No sabemos cuál será la gravedad de la temporada, así que todavía hay tiempo para vacunarse. Y vacunarse es el mejor modo de protegerse”, indicó.

“La temporada de este año está comenzando de forma muy parecida a la del año pasado. Actualmente, la influenza A(H3N2) es la cepa predominante, aunque la A(H1N1) también está circulando”, comentó Brammer. El año pasado, el virus A(H3N2) comenzó como la cepa dominante, para ser luego desplazada por la A(H1N1) a medida que la temporada de influenza alcanzó su apogeo. “Al final fue una temporada de A(H1N1)”, dijo.

“Ahora mismo es similar a muchos años. Las cosas se acelerarán en las próximas semanas, pero ya veremos. El año pasado, las cosas en realidad no se aceleraron hasta principios de año”, añadió.

La temporada de influenza del año pasado afectó en particular a las personas mayores.

En una temporada típica de influenza, las complicaciones de la enfermedad (que incluyen a la neumonía) mandan a más de 200.000 estadounidenses al hospital. Las tasas de mortalidad vinculadas con la influenza varían cada año, pero han alcanzado hasta 49.000 muertes en un año, según los CDC.

La mayoría de las veces la actividad de la influenza alcanza su punto máximo entre diciembre y marzo, pero puede durar incluso hasta mayo.

“La vacuna de este año contiene las cepas que están circulando ahora, lo que hace que tenga una buena concordancia. Las existencias de vacuna también son buenas este año, con más de 131 millones de dosis disponibles”, señaló Brammer.

La efectividad de la vacuna depende de qué tan bien se corresponde con las cepas del virus de la influenza que circulen ese año. La mayoría de los años, la vacuna tiene entre 40 y 60% de efectividad, según los CDC.

Los CDC recomiendan que todo el que tenga a partir de 6 meses de edad reciba una vacuna contra la influenza. “Hay que asegurarse particularmente con las personas en alto riesgo, como las mujeres embarazadas, los ancianos y todo el que sufra de una afección médica crónica”, enfatizó Brammer.

Las mujeres con recién nacidos también deben vacunarse contra la influenza para proteger a sus bebés, que no pueden vacunarse hasta que tengan al menos 6 meses de edad, según los CDC.

Vacunarse contra la influenza pronto es importante porque puede tardar varias semanas en producir suficientes anticuerpos para ofrecer la protección máxima, anotaron las autoridades.

“Un cambio es que este año el Comité Asesor de Prácticas de Inmunización de los CDC no recomienda que nadie utilice la vacuna en aerosol nasal, porque parece ser menos efectiva que la inyectada”, dijo Brammer.



Estados Unidos, New York: Una cepa de influenza aviar podría haber pasado de los gatos a los seres humanos

23 de diciembre de 2016 – Fuente: HealthDay (Estados Unidos)

Un veterinario parece haberse infectado con una cepa de la influenza aviar conocida como A(H7N2) que se propagó entre más de 100 gatos de refugios de animales de la ciudad de New York. Si se confirma, esta sería la primera transmisión de la que se tiene noticia de esta cepa de influenza aviar desde los gatos a los seres humanos, según las autoridades.

Las autoridades de salud de la ciudad de New York dijeron que el veterinario se ha recuperado de una enfermedad leve, y no hay señales de que la influenza se haya propagado a los trabajadores del refugio o a los que hayan adoptado algún gato. Aun así, la mayor autoridad de salud de la ciudad pide precaución.

“Nuestra investigación confirma que el riesgo para la salud humana de la A(H7N2) es bajo, pero animamos a los neoyorquinos que hayan adoptado gatos de un refugio o de un grupo de rescate en los últimos tres meses a que estén alerta a los síntomas de sus mascotas”, aconsejó la Comisionada de Salud, la Dra. Mary Bassett, en un comunicado de prensa del departamento de salud.

“Estamos contactando con las personas que quizá se hayan expuesto y ofreciendo que se hagan las pruebas adecuadas”, señaló.

Según las autoridades, el brote de A(H7N2) afectó a los gatos que vivían en los Centros de Atención de los Animales de los refugios de acogida de la ciudad de New York. La A(H7N2) es un subtipo del virus de la influenza A.

Se realizaron pruebas a más de 160 empleados y voluntarios, y solo el veterinario, que trabajaba con los gatos enfermos, parece haberse infectado, dijeron las autoridades. El caso del veterinario todavía se debe confirmar definitivamente.



Las autoridades dijeron que han contactado con más de 80% de las personas que adoptaron gatos del refugio de animales, y no hay señales de que alguna de estas personas se haya infectado.

Solamente ha habido dos casos previos documentados de transmisión del subtipo de la influenza aviar a los seres humanos en Estados Unidos, y ninguno estuvo asociado a los gatos o a otros seres humanos, indicaron las autoridades de salud de la ciudad.

Por ahora, el departamento de salud de la ciudad anima a las personas que eviten un contacto facial cercano y acariciar el hocico de los gatos enfermos.

Un gato diagnosticado con la influenza aviar murió, pero se espera que los demás mejoren. Las adopciones de gatos se han detenido de momento, y los gatos enfermos estarán en cuarentena.

Las autoridades dijeron que los otros animales del refugio no se han infectado. De momento, las autoridades animan a los residentes de la ciudad de New York que no lleven gatos a los Centros de Atención de Animales de los refugios de la ciudad de New York.



México, San Luis Potosí: Reportan 60 casos de brucelosis en lo que va del año

5 de diciembre de 2016 – Fuente: Pulso de San Luis (México)

Hasta el momento, San Luis Potosí reporta 60 casos confirmados de brucelosis, informó la Dirección General de Epidemiología (DGE) de la Secretaría de Salud del Gobierno de la República.

El boletín epidemiológico de casos por entidad federativa de Zoonosis hasta la semana epidemiológica 45, revela que de las 60 personas afectadas, 34 son mujeres y 26 varones.

Los datos de la DGE señalan que la incidencia actual se mantiene inferior al totalizado en 2015, donde la dependencia contabilizó 96 pacientes afectados por la referida bacteria.

Al respecto, José Luis Lara Mireles, director de la Facultad de Agronomía y Veterinaria de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, indicó que el ente patógeno se presenta debido a las malas condiciones de manejo alimentario.

El experto indicó que generalmente la bacteria infecta al ganado caprino y pequeños rumiantes, sin embargo, en vacas, ovejas o cerdos también se presenta en menor medida.

Lara Mireles puntualizó que en la producción y manejo de quesos y leche, es donde debe ponerse mayor cuidado. “Lo que se les recomienda a todos los productores de leche de cabra, ya sea para queso o para dulce, es que la sometan a un proceso de pasteurización y con eso se acaba cualquier bacteria, no solo la de la brucelosis”, señaló.

Detalló que la bacteria se desarrolla en áreas pequeñas con presencia de cinco a 15 cabras, donde los hábitos de higiene del productor son inadecuados, por ejemplo, no lavarse las manos después de ordeñar al animal.

“Afortunadamente la brucelosis está controlada. No es para tener pánico por consumir queso de cabra. El Servicio Nacional de Sanidad, Inocuidad y Calidad Agroalimentaria (SENASICA) está muy al pendiente”, concluyó.



Perú, Cusco: Monitorean a pacientes con posible rabia silvestre en La Convención

26 de diciembre de 2016 – Fuente: Radio Programas del Perú (Perú)

Alrededor de 85 personas entre soldados y pobladores que fueron mordidos por murciélagos en los sectores de Camana, Mayapo, Puerto Huallana y Alto Pichas, en la provincia de La Convención, se encuentran bajo vigilancia sanitaria, por presentar síntomas similares a los de la rabia silvestre, indicó Julio Cesar Espinosa La Torre, director regional de Salud, en Cusco.

“Existen más de 100 casos verificados de mordeduras de murciélagos, sin embargo, éstos casos, son monitoreados, entendemos que están en proceso de incubación, pero con las medidas que hemos implementado desde la Dirección de Salud, el problema ha sido controlado hasta el momento”, dijo.

“Podría tratarse de otros problemas también, como fiebre amarilla, por lo que se está haciendo seguimiento a la sintomatología de los pacientes, que en muchos casos ha coincidido con la picadura de mosquitos, pero no de rabia silvestre”, agregó.

Asimismo, el médico precisó que dentro de los 100 casos verificados, con mordedura de murciélago, se hallan los 15 soldados trasladados a Lima; de éste grupo, dos casos fueron confirmados, de los cuales, uno dejó de existir.³



³ Ver ‘Perú, Cuzco: Dos militares contraen rabia tras ser mordidos por murciélagos’ en Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 1.850, de fecha 9 de diciembre de 2016, haciendo clic [aquí](#).

“Al momento, como se ha señalado, son dos casos completamente confirmados y un caso de deceso; el resto se halla bajo condiciones de tratamiento de pre-exposición y de post-exposición; con la vacunación se garantiza la protección de nuestra población”.

Espinoza La Torre precisó que hasta el momento se vacunaron más de 912 civiles y 680 militares, en el Alto y Bajo Urubamba, en el distrito de Megantoni, los mismos que deben recibir hasta cuatro dosis, cada 7 y 14 días.

Durante el trabajo de inmunización, los profesionales de la salud informaron que en algunas comunidades los nativos se mostraron esquivos a los trabajos de inmunización en la segunda dosis, por información negativa.

“Hemos tenido reuniones con los jefes de las comunidades de las zonas para hacerles entender que hay casos en los que efectivamente se deben vacunar las personas que tienen una mordedura, porque les traería una complicación. Se trata de sensibilizarlos y demostrarles cuál es la complicación que pueden tener”, dijo el director regional de salud.

El mundo



Angola declara el final de la peor epidemia de fiebre amarilla en décadas

23 de diciembre de 2016 – Fuente: Reuters

Angola declaró el 23 de diciembre el final de la peor epidemia de fiebre amarilla que sufrió el mundo en una generación, después de una campaña de vacunación apoyada por la Organización de Naciones Unidas (ONU) que llegó a 25 millones de personas y no dio lugar a nuevos casos en seis meses.

El brote comenzó hace un año en un barrio pobre de la capital, Luanda, antes de extenderse por toda Angola, una nación africana marcada por la guerra, y en la vecina República Democrática del Congo. En total, más de 400 personas murieron.

Más de 15 millones de angoleños y 10 millones de congoleños fueron vacunados durante una campaña coordinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En un comunicado titulado *El fin de la epidemia de fiebre amarilla en Angola*, el Ministerio de Salud, en Luanda, dijo que la campaña de vacunación había detenido la propagación de la enfermedad.

La OMS dijo en septiembre que la epidemia estaba bajo control, pero que era demasiado pronto para decir que había sido detenida por completo, con un máximo de 6.000 casos sospechosos de esta enfermedad.

Las campañas de vacunación agotaron la reserva mundial de 6 millones de dosis dos veces este año, lo que obligó a los médicos a administrar sólo una quinta parte de la dosis normal, una táctica que la OMS afirma que brinda al menos una protección temporal.

El riesgo de este tipo de brotes a nivel mundial se ha incrementado en los últimos años debido a la urbanización y la creciente movilidad de la población. Fue particularmente agudo este año a causa del fenómeno climático de El Niño, que favorece la reproducción de los mosquitos que transmiten la enfermedad.



China, Hong Kong: Nuevo caso de influenza aviar A(H7N9)

23 de diciembre de 2016 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

El 20 de diciembre de 2016, el Departamento de Salud de la Región Administrativa Especial (RAE) de Hong Kong notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un nuevo caso confirmado por laboratorio de infección humana por el virus de la influenza aviar A(H7N9).

Se trata de un hombre de 75 años de edad que estuvo en Dongguan, provincia de Guangdong, del 28 de noviembre al 9 de diciembre de 2016. Desarrolló molestias en el pecho el 8 de diciembre y visitó un hospital allí. Volvió a Hong Kong el 9 de diciembre y fue admitido directamente en el hospital desde la entrada de ambulancias por tos con expectoración, dificultad para respirar, secreción nasal y malestar en el pecho.

Un hisopado nasofaríngeo tomado el 9 de diciembre fue positivo para enterovirus/rinovirus y negativo para virus Influenza. Un aspirado nasofaríngeo tomado el 19 de diciembre fue positivo para ARN del virus de la influenza aviar A(H7N9). En ese momento, se encontraba en condición severa. Su estado se deterioró aún más, pasando a crítica el 21 de diciembre. Había visitado un mercado de aves de corral vivas en Dongguan y comprado un pollo desplumado y eviscerado. La investigación del Departamento de Salud está en curso, y este departamento está en comunicación con la autoridad de salud de Guangdong.

Desde principios de 2013, un total de 808 casos humanos de infección por el virus de la influenza aviar A(H7N9) confirmados por laboratorio ha sido informado a través de la notificación al Reglamento Sanitario Internacional.

Respuesta de salud pública

El Centro para la Protección de la Salud, del Departamento de Salud, ha implementado las siguientes medidas:

- Instar a la población a respetar una estricta higiene personal, alimentaria y ambiental, tanto a nivel local como durante sus viajes.
- Emitir una alerta para médicos, hospitales, escuelas e instituciones acerca de la última situación.

Evaluación de riesgos de la OMS

La mayoría de los casos humanos se expusieron al virus A(H7N9) a través del contacto con aves de corral infectadas o ambientes contaminados, incluidos los mercados de aves vivas. Dado que el virus sigue siendo detectado en

animales y en el ambiente, se pueden esperar casos humanos adicionales. A pesar de que se han informado previamente pequeños clústeres de casos humanos de influenza A(H7N9), incluyendo algunos que involucraban a trabajadores sanitarios, la evidencia epidemiológica y virológica actual sugiere que este virus no ha adquirido la capacidad de transmisión sostenida entre seres humanos. Por lo tanto, una mayor propagación a nivel de la comunidad se considera poco probable.

Las infecciones humanas por el virus A(H7N9) son inusuales y deben ser monitoreadas estrechamente con el fin de identificar los cambios en el virus y/o su capacidad de transmisión a los seres humanos, ya que esto puede tener un serio impacto en la salud pública.

Advertencias de la OMS

La OMS recomienda a quienes viajen a países donde haya brotes conocidos de influenza aviar que eviten, en lo posible, las granjas avícolas, el contacto con los animales en los mercados de aves vivas, el ingreso a instalaciones donde se sacrifiquen aves de corral y el contacto con cualquier superficie que parezca estar contaminada con heces de aves de corral o de otros animales. Los viajeros deben lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón, y prestar estricta atención a las medidas de seguridad e higiene de los alimentos.

La OMS no recomienda la realización de exámenes especiales en los puntos de entrada ni la aplicación de restricciones a los viajes ni al comercio en relación con este evento. Como siempre, debe considerarse el diagnóstico de infección por un virus de la influenza aviar en pacientes que presentan síntomas respiratorios agudos severos durante el viaje a un área afectada por la influenza aviar o poco después del regreso desde dichas áreas.

La OMS alienta a los países a continuar reforzando la vigilancia de la influenza, en particular la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas graves y la enfermedad tipo influenza, y examinar cuidadosamente todos los casos inusuales, con el fin de garantizar la notificación de las infecciones humanas en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (2005), y continuar las acciones nacionales de preparación sanitaria.



Europa retrocede frente al VIH

29 de noviembre de 2016 – Fuente: European Centre for Disease Prevention and Control

La Organización Mundial de la Salud (OMS) alertó de un aumento de casos de infección por VIH en la región Europea en 2015, en comparación con los datos publicado el año anterior. Por primera vez, el número acumulado de casos supera los dos millones, mientras que las nuevas infecciones han aumentado 7% con respecto al año anterior, con más de 153.000 nuevos casos; este dato se convierte en el más alto desde la década de 1980.

Estas son las principales conclusiones del nuevo informe *La Vigilancia del VIH/Sida en Europa 2015*, publicado conjuntamente por la Oficina Regional para Europa de la OMS y el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC).⁴

“A pesar de los importantes esfuerzos, el VIH sigue siendo uno de los principales problemas de salud pública en la Región Europea de la OMS, en particular en su parte oriental. El año 2015 registró el mayor número de casos nuevos en un año, lo que contribuye a aumentar el pésimo dato de los dos millones de casos acumulados”, explicó la Dra. Zsuzsanna Jakab, directora regional de la OMS para Europa.

Jakab recordó que, para hacer frente a esta situación crítica, se ha puesto a disposición de los Países Miembros un nuevo plan de acción, que fue aprobado en septiembre de 2016. “Ahora llamamos a los líderes de los países para utilizar este plan para una respuesta urgente, acelerada e innovador para el VIH en la región, a revertir la epidemia de sida inmediatamente y conseguir que acabe en 2030”, señaló.

“Los hechos que conocemos acerca de la epidemia del VIH se basan en el número de nuevos diagnósticos reportados cada año, lo que representa la piedra angular de la vigilancia del VIH europeo. Pero también sabemos que estas cifras no reflejan la verdadera imagen”, añadió el director interino del ECDC, Andrea Ammon.

Según explicó, sus estimaciones muestran que en la actualidad más de 122.000 personas en el Espacio Económico Europeo están infectadas con el VIH, pero no son conscientes de su infección, lo que supone que una de cada siete personas que viven con el VIH no lo saben. Con el objetivo de llegar a esta población, “es necesario aumentar los esfuerzos para promover y facilitar más pruebas para el VIH, y vincular los diagnosticados”, explicó.

Tendencias de la epidemia del VIH

El informe muestra que las tendencias de la epidemia del VIH varían ampliamente según se observe cada zona. Así, se observa que 27.022 nuevos casos de infección fueron diagnosticadas en los países de Europa Occidental (18%), lo que supone que no ha habido una disminución sustancial en la última década.

Mientras, 5.297 nuevos casos de VIH fueron diagnosticados en países de Europa Central (3%). “Aunque la intensidad de la epidemia sigue siendo baja en la zona, este es un aumento sustancial en comparación con hace 10 años”, alertó la OMS. Además, 121.088 nuevos casos de VIH fueron diagnosticados en los países del este de Europa



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

(79%). Las nuevas infecciones se han duplicado en una década, y el número de casos de sida en esta área aumentó en 80% en 10 años.

El modo de transmisión también varía según el área geográfica. Así, las infecciones por el VIH aumentaron constantemente entre los hombres que tienen sexo con hombres en las partes occidental y central de la región, mientras que en la parte oriental aumento la transmisión entre heterosexuales. Además, se observa que “la transmisión por consumo de drogas intravenosas todavía representaba un tercio de los casos nuevos en los países del este de Europa”.

La OMS recomienda que las intervenciones sean adaptadas al contexto epidemiológico local. Por tanto, en los países de Europa Occidental las intervenciones de prevención y control deben ser dirigidas a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. “Esta debe seguir siendo la piedra angular de la respuesta al VIH”, advirtió la OMS.

Por otro lado, nuevas estrategias, tales como la profilaxis pre-exposición para el VIH como parte de la estrategia integral de prevención, reconoce que podría ayudar a frenar la tendencia de crecimiento. Además, el incremento observado recientemente en algunos países entre usuarios de drogas inyectables les lleva a pensar que los programas de reducción de daños tienen que ser mantenidos o reforzados.

En los países de Europa Central, donde la epidemia del VIH es baja, la prioridad es disminuirla aún más, centrándose sobre todo en la prevención en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, “el principal impulsor del reciente aumento de nuevos casos”, recordó.

La OMS afirma que en los países del este de Europa hay una necesidad urgente de ofrecer servicios integrados a través de los sistemas de salud que atiendan mejor los determinantes sociales de la salud. Esto incluye estrategias de prevención para las personas en riesgo de transmisión sexual del VIH y la relacionada con las drogas; pruebas de VIH dirigidas a la población en riesgo; participación de la comunidad en el diseño y la prestación de los servicios; y un “tratamiento de todos” dentro del régimen recomendado por la OMS.



Gran Bretaña, Inglaterra: Brote de campilobacteriosis por consumo de leche no pasteurizada en South Lakeland

22 de diciembre de 2016 – Fuente: Cumbria Crack (Gran Bretaña)

Se han comenzado a realizar investigaciones tras la confirmación de seis casos de intoxicación alimentaria en el distrito de South Lakeland, condado de Cumbria.

Seis casos de campilobacteriosis se han relacionado con el consumo de leche no pasteurizada en Low Sizergh Barn Farm, Kendal.

Funcionarios de salud ambiental del Consejo de Distrito de South Lakeland (SLDC) están apoyando la investigación, que está siendo conducida por la Agencia de Estándares Alimentarios (FSA).

Las investigaciones están en curso, pero los expertos creen que la causa más probable del brote es el consumo de leche sin pasteurizar, probablemente, proveniente de una máquina expendedora en el sitio.

El propietario del negocio está ayudando con las investigaciones y mientras tanto ha aceptado voluntariamente suspender las ventas de leche sin pasteurizar al público.

Campylobacter es la causa más común de intoxicación alimentaria en Gran Bretaña. La bacteria se encuentra generalmente en la carne cruda o poco cocida (especialmente de aves de corral), la leche no pasteurizada y el agua no tratada.

El período de incubación de la intoxicación alimentaria causada por *Campylobacter* es por lo general de entre dos y cinco días, pero puede ser de hasta 10 días. Los síntomas suelen durar menos de una semana.

La campilobacteriosis por lo general incluye síntomas tales como dolor abdominal, diarrea severa y, a veces, vómitos. Aunque no suele ser grave en adultos sanos, puede ser más seria en niños pequeños o personas vulnerables a los efectos de la deshidratación, tales como los ancianos y las personas con condiciones de salud preexistentes.

Un portavoz del SLDC dijo: “El número de casos confirmados es pequeña, pero es importante que la gente sepa acerca de la situación en caso de que otros se hayan visto afectadas. La FSA está conduciendo la investigación en curso en la granja y se está trabajando para garantizar que se implementen las medidas que eviten que el público consuma productos no seguros. La leche no pasteurizada fue retirado de la venta en los locales tan pronto como se confirmaron los resultados positivos para *Campylobacter*”.

Un portavoz de la FSA dijo: “La FSA advierte desde hace largo tiempo que las personas vulnerables –como las personas mayores, los bebés, los niños, las mujeres embarazadas y las inmunodeprimidas– son particularmente vulnerables a la intoxicación alimentaria y es por eso que estos grupos no deben consumir leche sin pasteurizar”.



Nigeria: Confirman nuevos casos de fiebre hemorrágica de Lassa

21 de diciembre de 2016 – Fuente: Xinhua (China)

El gobierno de Nigeria confirmó el 21 de diciembre nuevos casos de fiebre hemorrágica de Lassa en el país, después que la enfermedad provocara dos muertes en el estado sudoccidental de Ogun.

El ministro de Salud, Isaac Folorunso Adewole, dijo que los nuevos casos de fiebre de Lassa, una enfermedad transmitida por roedores, fueron descubiertos el 19 de diciembre luego de la muerte de un médico y del encargo de un depósito de cadáveres en el Centro Médico Federal en Abeokuta, capital del estado de Ogun.

Adewole informó que el Centro Nacional para el Control de Enfermedades recibió la orden de investigar, prevenir y controlar el posible brote de la enfermedad.

Usualmente, la fiebre de Lassa es transmitida cuando la saliva, la orina y el excremento de ratas entran en contacto con los seres humanos a través de alimentos o del agua. En algunos casos, la fiebre de Lassa tiene síntomas similares los de la malaria.

“La fiebre de Lassa es tratable cuando se detecta oportunamente”, comentó Adewole.

Un comunicado oficial del Ministerio de Salud también instruyó a los profesionales de la salud a realizar pruebas antes de aplicar tratamiento en posibles casos de malaria y señaló que si el análisis es negativo en relación con la malaria se debe pensar en la posibilidad de que se trate de fiebre de Lassa.

Más de 80 personas murieron a principios de este año a causa de un brote de fiebre de Lassa en Nigeria.



Los resultados de los ensayos finales confirman que la vacuna contra el virus del Ébola proporciona una alta protección contra la enfermedad

23 de diciembre de 2016 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

Una vacuna experimental contra el virus del Ébola resultó altamente protectora en un importante ensayo realizado en Guinea, según los resultados publicados en la revista *The Lancet*⁵. La vacuna es la primera para prevenir la infección de uno de los patógenos más letales conocidos, y los resultados agregan peso a los primeros resultados de los ensayos publicados el año pasado.

La vacuna, llamada rVSV-ZEBOV, se estudió en un ensayo que incluyó a 11.841 personas en Guinea durante 2015. Entre las 5.837 personas que recibieron la vacuna, no se registraron casos de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) en 10 días o más después de la vacunación. En comparación, hubo 23 casos en 10 días o más después de la vacunación entre los que no recibieron la vacuna.

El ensayo fue conducido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), junto con el Ministerio de Salud de Guinea, Médicos sin Fronteras y el Instituto Noruego de Salud Pública, en colaboración con otros asociados internacionales.

“Si bien estos convincentes resultados llegan demasiado tarde para aquellos que perdieron sus vidas durante la epidemia de EVE en África Occidental, muestran que durante los próximos brotes ya no vamos a estar indefensos”, dijo el Dr. Marie-Paule Kieny, Subdirector General de Sistemas de Salud e Innovación la OMS, y autor principal del estudio.

El fabricante de la vacuna, Merck, Sharpe & Dohme, este año recibió la Designación de Terapia de Avanzada por parte de la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos y el estatus PRIME de la Agencia Europea de Medicamentos, permitiendo revisión regulatoria más rápida de la vacuna una vez que se presentó.

Desde que el virus del Ébola fue identificado por primera vez en 1976, se han registrado brotes esporádicos en África. Pero el brote de 2013-2016 en África Occidental, que causó más de 11.300 muertes, puso de relieve la necesidad de una vacuna.

El ensayo se llevó a cabo en la región costera de Basse-Guinée, la zona de Guinea que seguía experimentando nuevos casos de EVE cuando el ensayo comenzó en 2015. Este ensayo utilizó un diseño innovador, un enfoque llamado “vacunación en anillo”, el mismo método utilizado para erradicar la viruela.

Cuando se diagnosticaba un nuevo caso de EVE, el equipo de investigación rastreaba a todas las personas que podían haber estado en contacto con el caso dentro de las tres semanas previas, tales como las que vivían en la misma casa, las que fueron visitadas por el paciente, o estaban en contacto cercano con el mismo, su ropa o ropa de cama, así como ciertos “contactos de contactos”. Se identificó un total de 117 clústeres (o “anillos”), cada uno compuesto en promedio por 80 personas.

Inicialmente, los anillos fueron asignados al azar para recibir la vacuna, ya sea inmediatamente o después de un retraso de tres semanas, y sólo se les ofreció la vacuna a los mayores de 18 años. Después de publicarse los resultados provisionales, que mostraban la eficacia de la vacuna, la vacuna se les ofreció de inmediato a todos los anillos, y el ensayo se abrió también para los niños mayores de 6 años.

Además de mostrar una alta eficacia entre los vacunados, el ensayo también demostró que las personas no vacunadas en los anillos estaban protegidas indirectamente del virus del Ébola a través de lo que se conoce como “inmunidad de grupo”. Sin embargo, los autores señalan que el estudio no fue diseñado para medir este efecto, por lo que será necesario realizar más investigaciones.

“El virus del Ébola dejó un legado devastador en nuestro país. Estamos orgullosos de haber sido capaces de contribuir al desarrollo de una vacuna que evitará que otras naciones pasen por lo que hemos pasado”, dijo el Dr. Keita Sakoba, Coordinador de la Respuesta al Ébola y Director del Agencia Nacional de Seguridad Sanitaria de Guinea.

Para evaluar la seguridad, las personas que recibieron la vacuna fueron observadas durante 30 minutos después de la vacunación, y en visitas domiciliarias repetidas hasta 12 semanas después. Aproximadamente la mitad reportó síntomas leves poco después de la vacunación, incluyendo dolor de cabeza, fatiga y dolor muscular, pero se recuperó en pocos días, sin efectos a largo plazo. Dos eventos adversos graves se consideraron relacionados con la vacu-

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

nación (una reacción febril y una anafilaxia), y uno fue juzgado como posiblemente relacionado (una enfermedad tipo influenza). Los tres se recuperaron sin ningún tipo de efectos a largo plazo.

No fue posible recoger muestras biológicas de personas que recibieron la vacuna con el fin de analizar su respuesta inmune. Otros estudios están estudiando la respuesta inmune a la vacuna, incluyendo uno realizado en paralelo con el ensayo de anillo entre los trabajadores de primera línea contra el Ébola en Guinea.

“Este ensayo tanto histórico como innovador ha sido posible gracias a la ejemplar colaboración y coordinación internacionales, la contribución de muchos expertos en todo el mundo, y una fuerte participación local”, dijo el Dr. John-Arne Røttingen, director especialista en el Instituto Noruego de Salud Pública, y presidente del grupo directivo del estudio.

En enero, la Alianza Mundial para el Fomento de la Vacunación y la Inmunización (GAVI) proporcionó 5 millones de dólares a Merck para futuras adquisiciones de la vacuna una vez que sea aprobada, precalificada y recomendada por la OMS. Como parte de este acuerdo, Merck se comprometió a garantizar que 300.000 dosis de la vacuna estén disponibles para su uso de emergencia en el ínterin, y a presentar la vacuna para su licenciamiento a fines de 2017. Merck también ha presentado la vacuna para el Procedimiento de Catalogación de Uso y Evaluación de Emergencia de la OMS, un mecanismo a través del cual las vacunas, medicamentos y diagnósticos experimentales pueden estar disponibles para su uso antes de obtener la licencia formal.

Están en curso estudios adicionales para proporcionar más datos sobre la seguridad de la vacuna en niños y otras poblaciones vulnerables, como las personas con VIH. En caso de un brote de EVE antes de la aprobación, se pone a disposición el acceso a la vacuna a través de un procedimiento llamado “uso compasivo”, que permite el uso de la vacuna después de un consentimiento informado. Merck y los asociados de la OMS están trabajando para recopilar datos que apoyen las solicitudes de licencia.

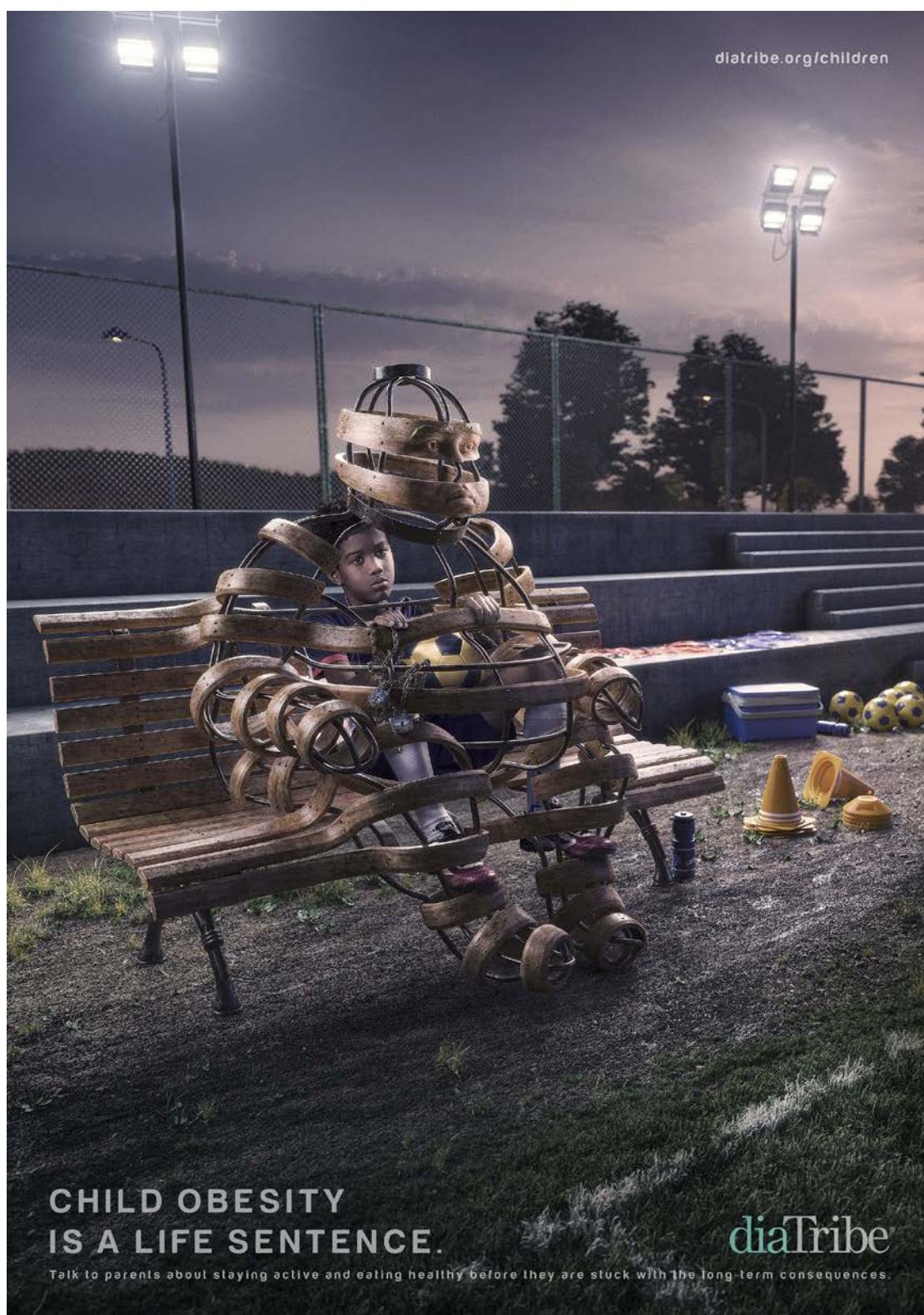
El rápido desarrollo de rVSV-EBOV contribuyó al desarrollo del Plan de I+D de la OMS, una estrategia global para acelerar el desarrollo de pruebas, vacunas y medicamentos eficaces durante las epidemias.⁶

⁶ El ensayo de rVSV-ZEBOV es financiado por la OMS, con el apoyo de la Wellcome Trust; el Gobierno de Gran Bretaña, a través del Departamento de Desarrollo Internacional; el Ministerio de Asuntos Exteriores noruego; el Instituto Noruego de Salud Pública, a través del Consejo de Investigación de Noruega; el Gobierno de Canadá, a través de la Agencia de Salud Pública de Canadá, Los Institutos Canadienses de Investigación de la Salud, el Centro de Investigaciones para el Desarrollo Internacional y el Departamento de Asuntos Exteriores, Comercio y Desarrollo; y Médicos sin Fronteras.

El equipo del ensayo incluye expertos de la Universidad de Berna, la Universidad de Florida, la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Salud Pública Inglaterra, Laboratorios Móviles Europeos, entre otros. El ensayo fue diseñado por un grupo de expertos, entre ellos el fallecido profesor Donald A. Henderson, de la Universidad John Hopkins, quien dirigió el esfuerzo de erradicación de la viruela de la OMS mediante el uso de la estrategia de vacunación en anillo.

rVSV-ZEBOV fue desarrollado por la Agencia de Salud Pública de Canadá. La vacuna fue autorizada a NewLink Genetics, quien a su vez lo licenció a Merck & Co. La vacuna funciona mediante la sustitución de un gen de un virus inocuo conocido como virus de la estomatitis vesicular (VSV) por un gen que codifica una proteína de superficie del virus del Ébola. La vacuna no contiene virus del Ébola vivo. Ensayos anteriores demostraron que la vacuna es protectora en animales, y es segura y produce una respuesta inmune en los humanos.

El análisis incluyó solamente los casos que se produjeron 10 días después de recibir la vacuna para tener en cuenta el período de incubación del virus del Ébola.



diaTribe Foundation (2016. Estados Unidos).

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.