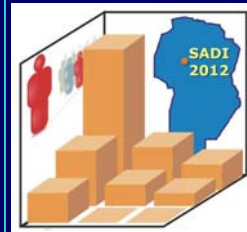


# Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente

Córdoba – República Argentina

Sede del XII Congreso de la Sociedad Argentina de Infectología 2012



692

23/06/2011

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 página donde está la noticia)

### Noticias de Argentina

Buenos Aires: Desde los hospitales confirman un brote de bronquiolitis

Argentina: Evolución de casos notificados de parotiditis

Argentina: Recomiendan intensificar las medidas de prevención contra las enfermedades respiratorias

### Noticias de América

México, Cuernavaca: Investigan la muerte de 17 bebés en un hospital

Panamá: Van en aumento los casos de leishmaniosis

República Dominicana: Reportan casos de leptospirosis

### Noticias del mundo

Alemania: Se registra otra muerte por el brote de *Escherichia coli*

Australia: A un paso del juicio por su ley antibacaco

Europa: El cambio climático provocará más muertes en verano que en invierno

Francia: Confirman que el brote local de *Escherichia coli* provino de hamburguesas

India, Bihar: Mueren al menos 24 niños por una enfermedad desconocida

Singapur: Desarrollan un test no invasivo que mejoraría la detección temprana del dengue

Uganda, Buikwe: Sin remedios contra la malaria

Señalan una 'zona de peligro' de dos asientos para el contagio de la gripe en los aviones

Desentrañan algunos de los secretos de *Yersinia pestis* con una nueva técnica de microscopía



## Noticias de Argentina

### Buenos Aires: Desde los hospitales confirman un brote de bronquiolitis

22 de junio de 2011 – Fuente: InfoRegión (Argentina)

**InfoRegión**



Hospital 'Luisa Cravenna de Gandulfo' de Lomas de Zamora.

En coincidencia con los datos que llegan desde todo el territorio nacional, los hospitales de la provincia de Buenos Aires encendieron la alarma por un brote de bronquiolitis que llegó antes de lo esperado y que, sin llegar a saturar, puso en jaque a los profesionales locales: según se estima, hay un 15% más de casos en comparación con 2010, desatados de acuerdo a los médicos principalmente por los cambios de temperatura.

Según indicaron desde el Hospital 'Luisa Cravenna de Gandulfo' de Lomas de Zamora "se atienden alrededor de 200 casos por día", en tanto desde el Hospital Zonal General de Agudos 'Dr. Lucio Meléndez' de Adrogué remarcaron que "todas las camas" del sector de pediatría "están ocupadas".

"Estamos a full con estos cambios de temperatura. Tenemos todas las camas ocupadas, mucho trabajo y muchos chiquitos llegaron delicados", señaló el director del Centro de Salud de Almirante Brown, Juan Coll.

Desde el Hospital Interzonal General de Agudos 'Evita', de Lanús, también confirmaron que el clima influyó en que se acrecentara el número de niños enfermos, y señalaron que los especialistas están "muy ocupados y complicados con el adelanto del brote".

“Varios hospitales que se especializan en la salud infantil, señalan como nosotros que las consultas de las últimas semanas se deben a infecciones respiratorias agudas bajas, que incluyen tanto a la bronquiolitis, como también las bronquitis y las neumonías”, indicaron desde la guardia del centro de salud.

Según explicó la directora del Hospital Gandulfo, Mónica Malchiodi, prevenir “es posible”.

“Hay que abrigar a los chicos, alimentarlos bien y tratar de no exponerlos a cambios de temperatura. Tratar de que estén en lugares 100% libres de humo, ventilar la casa, y llevarlos de inmediato al médico si tienen dificultades para respirar”, aseguró.

Según la médica, en tanto en los hospitales como en las unidades sanitarias, la gravedad de los casos varía.

“Algunos chicos entran a las salitas para la revisión, y otros son internados. En estas últimas semanas puedo decir que hay un promedio de 200 chicos atendidos por día, donde se le hacen la evaluación correspondiente”, indicó.

Según los especialistas, en este 2011 la enfermedad “parece venirse más fuerte” en relación a 2010, ya que semanas antes del invierno se presentaron muchos casos inesperados.

“Si bien manteníamos cifras parecidas al año pasado, en las últimas semanas se ha notado un incremento bastante acelerado. El clima que estamos atravesando es muy cambiante y es un gran factor para afirmar que la bronquiolitis se ha anticipado”, aseguró Malchiodi.

Coll por su parte, admitió que el hospital está sobrecargado y adelantó a este medio que para reforzar el programa de salud se está buscando ampliar el personal junto con el Hospital Zonal General de Agudos ‘Dr. Arturo Oñativía’, de Almirante Brown.

“Estamos convocando pediatras para que trabajen en los centros de salud por algunas horas”, confió.

## Argentina: Evolución de casos notificados de parotiditis

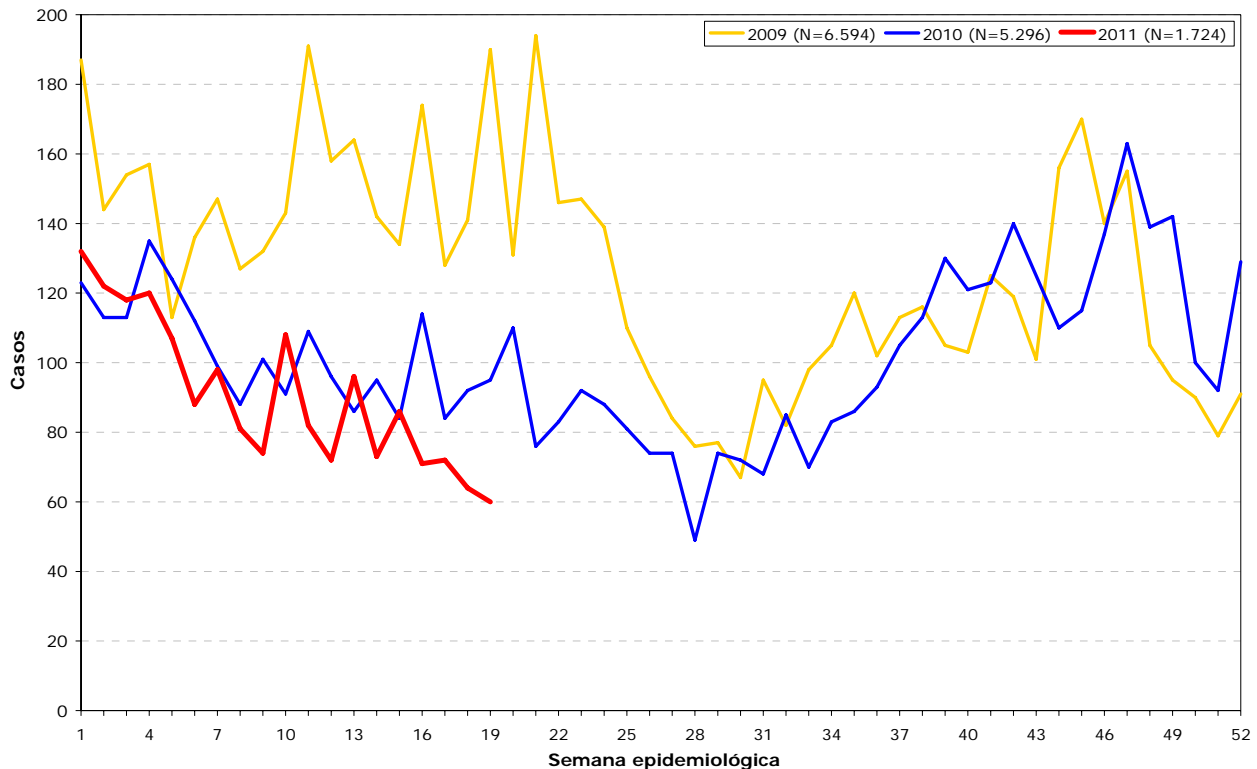
17 de junio de 2011 – Fuente: Boletín Semanal de Vigilancia – Dirección de Epidemiología – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)<sup>1</sup>



**Parotiditis.** Casos notificados y tasas por 100.000 habitantes. República Argentina. Años 2009/2011, acumulado hasta la semana epidemiológica 19. Discriminado por provincia y región.

Provincia/Región	2009		2010		2011	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	53	–	41	–	26	–
Buenos Aires	513	3,38	510	3,33	447	2,92
Córdoba	412	12,23	295	8,68	199	5,86
Entre Ríos	83	6,54	72	5,62	69	5,38
Santa Fe	370	11,34	180	5,48	142	4,32
<b>Centro</b>	<b>1.431</b>	<b>5,47</b>	<b>1.098</b>	<b>4,17</b>	<b>883</b>	<b>3,35</b>
La Rioja	55	15,79	45	12,66	29	8,16
Mendoza	274	15,68	180	10,19	150	8,50
San Juan	89	12,62	67	9,37	81	11,33
San Luis	70	15,66	40	8,76	20	4,38
<b>Cuyo</b>	<b>488</b>	<b>15,02</b>	<b>332</b>	<b>10,08</b>	<b>280</b>	<b>8,50</b>
Corrientes	28	2,73	14	1,35	6	0,58
Chaco	30	2,83	19	1,77	28	2,61
Formosa	13	2,37	12	2,16	11	1,98
Misiones	55	5,02	16	1,44	21	1,89
<b>NEA</b>	<b>126</b>	<b>3,38</b>	<b>61</b>	<b>1,62</b>	<b>66</b>	<b>1,75</b>
Catamarca	27	6,81	24	5,94	20	4,95
Jujuy	62	9,00	26	3,72	33	4,72
Salta	125	10,04	60	4,73	59	4,66
Santiago del Estero	132	15,09	61	6,90	52	5,89
Tucumán	156	10,45	101	6,68	77	5,09
<b>NOA</b>	<b>502</b>	<b>10,68</b>	<b>272</b>	<b>5,71</b>	<b>241</b>	<b>5,06</b>
Chubut	37	7,94	12	2,55	–	–
La Pampa	62	18,37	27	7,91	30	8,79
Neuquén	62	11,14	44	7,78	44	7,78
Río Negro	91	15,15	71	11,76	89	14,74
Santa Cruz	28	12,17	16	6,84	22	9,40
Tierra del Fuego	35	26,94	21	15,71	69	51,61
<b>Sur</b>	<b>315</b>	<b>13,58</b>	<b>191</b>	<b>8,13</b>	<b>254</b>	<b>10,81</b>
<b>Total Argentina</b>	<b>2.862</b>	<b>7,13</b>	<b>1.954</b>	<b>4,82</b>	<b>1.724</b>	<b>4,25</b>

<sup>1</sup> La información del Boletín de Vigilancia Semanal es parcial y sujeta a modificaciones. Las notificaciones incluyen casos sospechosos.

**Parotiditis.** Casos notificados. República Argentina. Años 2009/2011, por semana epidemiológica.

## Argentina: Recomiendan intensificar las medidas de prevención contra las enfermedades respiratorias



21 de junio de 2011 – Fuente: Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

Ante la llegada del invierno, el Ministerio de Salud de la Nación recomienda intensificar las medidas para prevenir las enfermedades respiratorias que se incrementan con las bajas temperaturas e informa que hasta el momento la circulación viral de las enfermedades tipo influenza (ETI), entre las que se encuentra la gripe, se halla dentro de los parámetros normales, registrando incluso menor cantidad de casos que igual período del año pasado.

De acuerdo a datos de la cartera sanitaria correspondientes a la semana epidemiológica 23 (5 al 11 de junio), en lo que va de 2011 fueron reportados 17.615 casos de virus respiratorios, según la información recibida por el Sistema Nacional de Vigilancia (SIVILA) procedente de 77 establecimientos hospitalarios en 20 provincias.

El 81% de ellos correspondieron al virus sincicial respiratorio (VSR, 4.290 casos), mientras que los virus con mayor incidencia, luego de VSR fueron parainfluenza (8,6%) y el adenovirus (6%). En tanto que, los virus influenza – entre otros el A/H1N1– representaron el 2,7% de los virus respiratorios identificados.

“La situación de las enfermedades respiratorias está dentro de lo esperado”, consideró la Jefa del Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles de la cartera sanitaria, Carla Vizzotti, quien recordó que “el objetivo de la Campaña de Vacunación Antigripal que implementa el ministerio no es interrumpir la circulación sino disminuir la mortalidad de quienes tienen mayor riesgo de enfermar y morir por esta causa”.

En ese marco, la funcionaria indicó que “en época de gripe siempre va a circular el virus de la influenza”, y precisó que “la cepa A/H1N1 dejó de ser pandemia para volverse un virus estacional, por todos conocido”.

Vizzotti sostuvo que “el virus de la influenza A/H1N1, ya tiene una vacuna que lo previene y llegó para quedarse”, y agregó que “la mejor forma de prevenirlo es aplicarse la vacuna quienes la tienen indicada y tomar precauciones como lavarse las manos frecuentemente y no automedicarse y consultar al médico ante la presencia de síntomas para el resto de la población”.

En ese contexto, el Ministerio de Salud de la Nación recomienda intensificar las medidas de prevención como el lavado frecuente de manos; estornudar en el pliegue del codo; ventilar los ambientes; quedarse en casa ante la presencia de síntomas de gripe, no automedicarse y consultar rápidamente al médico, entre otras acciones que ayudan a disminuir la ocurrencia de estas afecciones.

Recuerda también que debe concurrir a aplicarse gratuitamente la vacuna antigripal la población considerada de riesgo que aún no se haya vacunado, y que está conformada por embarazadas; puérperas hasta los 6 meses; bebés de 6 meses hasta los 2 años; mayores de 65 años; y las personas que padezcan enfermedades tales como afecciones respiratorias o cardíacas; inmunodeficiencias congénitas o adquiridas; pacientes oncohematológicos y trasplantados; obesos, entre otros.

Por segundo año consecutivo el Estado comenzó la campaña antigripal en el mes de febrero con el objetivo de resguardar a la población definida como más vulnerable, para lo cual se adquirieron más de 7 millones de dosis de vacuna antigripal y antivirales suficientes para abastecer a todos los hospitales y centros de salud del país.

### Principales medidas de prevención

- Lavarse frecuentemente las manos con agua y jabón.
- Al toser o estornudar, cubrirse la boca y la nariz con un pañuelo descartable o con el ángulo interno del codo.
- Tirar a la basura los pañuelos descartables inmediatamente después de usarlos.
- Ventilar los ambientes y permitir la entrada de sol en casas y otros ambientes cerrados.
- Mantener limpios picaportes y objetos de uso común.
- No compartir cubiertos ni vasos.
- Enseñar a los niños a lavarse frecuentemente las manos en la escuela y el hogar.

### Cuidados en bebés y niños

En los bebés, la lactancia materna es la prevención más eficaz contra las enfermedades; a través de ella se transmiten las defensas que permiten que los más pequeños estén en mejores condiciones para enfrentarlas. No hay que olvidar que los primeros meses de vida son los de mayor vulnerabilidad a las infecciones.

Por eso, si su bebé está enfermo, además de consultar inmediatamente al médico, no debe dejar de amamantarlo. Por el contrario, lo tiene que hacer frecuentemente, ya que la leche materna es el mejor alimento que puede recibir para crecer sano.

Además recuerde que:

- El humo del cigarrillo disminuye el funcionamiento de las defensas del aparato respiratorio en los niños más pequeños, por eso no se debe fumar en espacios cerrados.
- El cuidado del aire interior de las viviendas también requiere evitar el humo de leña, ventilar las habitaciones donde hay brasas o una llama porque producen un gas venenoso (el monóxido de carbono), cuidar la casa del moho y la humedad para prevenir el desarrollo de bacterias y evitar la aplicación de insecticidas en aerosol.

Por otra parte, prestar atención a los "signos de alarma" es la mejor manera de detectar y tratar a tiempo las infecciones respiratorias, impidiendo que se agraven.

Si un niño menor de 5 años presenta fiebre, ruidos al respirar, tos, decaimiento o rechaza la comida, hay que llevarlo sin demora al centro de salud. Allí tendrá atención y medicamentos gratis; y si es menor de 3 meses, no recibe lactancia materna o le faltan vacunas, el riesgo y la urgencia de la consulta son aún mayores.

## Noticias de América

### México, Cuernavaca: Investigan la muerte de 17 bebés en un hospital

**REFORMA**

20 de junio de 2011 – Fuente: Reforma (México)

La muerte de 17 bebés, entre diciembre de 2010 y febrero de 2011, en el Hospital General de Cuernavaca presuntamente provocada por una bacteria intrahospitalaria, es investigada por la Comisión Nacional de Derechos Humanos y la de Morelos.

"Tres madres de familia han acudido con nosotros a presentar su queja en febrero de este año, en donde nos ponen en conocimiento de la posible negligencia que hubo en el Hospital General 'Dr. José G. Parres'.

"Se presumía de ocho casos más, por eso solicitamos informes, tanto a Riesgos Sanitarios, al Instituto Nacional de Salud Pública, al Comité de Bioética, que por cierto no rindió el informe, y a las oficialías del Registro Civil, para recabar los informes correspondientes y determinar esa información, porque no nos fue proporcionada por la autoridad, en este caso, el Hospital General, ni la Secretaría de Salud.

"Tenemos registrados 17 casos hasta el momento y el caso de un menor sobreviviente que aún está delicado de salud", informó Daniel Portugal, visitador de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Morelos (CDHMOR).

Como la CDHMOR no cuenta con personal especializado en el tema, solicitó a la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) que uno de sus peritos analice el caso y determine si hubo negligencia médica o no.

Los menores, los 17 muertos y el bebé que sobrevive, tienen en común la sepsis neonatal, una infección generalmente de origen bacteriano que afecta a recién nacidos.

"Todos ellos tienen una misma causa de muerte, que es la sepsis neonatal, se presume que es provocada por una bacteria que adquirieron en el hospital, por las investigaciones que hemos realizado", expresó el visitador.

Dijo que según testimonios de padres de los bebés fallecidos, las muertes coinciden con el periodo en el que el Hospital General, a cargo de la Secretaría de Salud estatal, registraba labores de mantenimiento y remodelación.

"Tenemos conocimiento extraoficialmente y por algunos informes que sí se estaban realizando algunas reparaciones dentro del hospital en el área de cuidados especiales para el área de bebés, entonces pensamos que es parte de eso la causa", informó Portugal.



Madres de algunos de los bebés fallecidos en el Hospital General de Cuernavaca aseguran que el manejo de los recién nacidos por parte de los médicos del nosocomio fue lo que provocó su muerte.

Una de las mamás, cuyo hijo sobrevivió a la bacteria que hasta ahora le ha provocado atrofia cerebral, dijo que los bebés prematuros, que deben estar en un área aparte en el nosocomio, fueron colocados junto con bebés que nacieron a tiempo, debido a que el área especializada estaba cerrada.

“El área donde nacen los niños prematuros es la unidad de cuidados especiales neonatales (UCEN), que es la que ellos tienen cerrada, lo que estaban haciendo es que los niños de la UCEN los estaban mezclando con los de pediatría y ahí se dio el brote”, acusó.

La madre, quien cuenta con conocimientos médicos, aseguró que la bacteria que su hijo adquirió en el hospital es la *Citrobacter freundii*.

“En el Hospital General de Cuernavaca dicen que yo traía la infección, pero lo que me sorprende es que ellos me hayan dado el nombre de la bacteria, *Citrobacter freundii*. Se le hizo un hemocultivo al nacer a mi hijo y no tenía absolutamente nada, yo tengo el resultado, cuando lo pasan al otro hospital, que ya estaba muy mal, se le toma otro cultivo y a los 10 días apareció esa bacteria”, expresó la madre.

Además de las afectaciones que la bacteria provocó a los menores, una madre de familia acusa irregularidades en el manejo de los recién nacidos por parte de médicos y enfermeras.

### Panamá: Van en aumento los casos de leishmaniosis

21 de junio de 2011 – Fuente: La Estrella (Panamá)

**LA ESTRELLA**

Itza Mosca, subdirectora general del Ministerio de Salud, confirmó la existencia de brotes de leishmaniosis en Panamá Oeste, Bocas del Toro, Coclé, San Miguelito y Colón.

La funcionaria precisó que la leishmaniosis es endémica en las áreas montañosas de Panamá, pero aumentan los casos cuando se intensifican las lluvias. Esta enfermedad parasitaria es transmitida por un díptero conocido localmente como ‘chitra’ (*Lutzomyia*). Esta enfermedad también se conoce como ‘picada de bejuco’.

### República Dominicana: Reportan casos de leptospirosis

22 de junio de 2011 – Fuente: El Nacional (República Dominicana)

**El Nacional**



Las autoridades del Hospital ‘Dr. Luis Eduardo Aybar’ reportaron hoy cinco casos de leptospirosis de los cuales falleció uno, lo que se suma a la situación de emergencia que enfrenta el Ministerio de Salud Pública con el cólera.

La doctora Mercedes Castro, jefa de Salud Pública y Epidemiología de la Ciudad Sanitaria ‘Dr. Luis Eduardo Aybar’, aclaró que a los pacientes se les ha realizado una primera prueba y que no han dado positivo, pero que clínicamente y por los síntomas que presentan aparentan ser casos de la enfermedad.

Dijo que a los pacientes se les realizará una segunda prueba después de 5 o 7 días con los se espera que las pruebas de laboratorio comprueben la enfermedad en los cuatro pacientes que tienen internados con síntomas de leptospirosis.

Castro informó que los pacientes corresponden al municipio de Guerra, al Distrito Municipal de San Luis, Villa Consuelo, San Carlos y el que falleció corresponde a Gualey.

Expresó preocupación debido a que estos casos corresponden a localidades y sectores diferentes, por lo que llamó la atención sobre las medidas de higiene que deben tomarse para prevenir la enfermedad. También advirtió que se espera un incremento en los casos de leptospirosis por las lluvias.

Por su parte, el director del Hospital Docente ‘Dr. Francisco Eugenio Moscoso Puello’, Roberto Lafontaine, dijo que es común recibir casos de leptospirosis, pero que hasta el momento no ha habido un incremento en los casos.

En ambos centros aseguraron que están preparados para enfrentar la enfermedad en caso de que se disparen los casos de leptospirosis.

En ese sentido, el director general de Salud Ambiental del Ministerio de Salud Pública, doctor Luis Emilio Félix Rosa, informó el pasado viernes que realizan operativos en todo el país con la finalidad de prevenir enfermedades como el cólera, leptospirosis, dengue y malaria.

## Noticias del mundo

### Alemania: Se registra otra muerte por el brote de *Escherichia coli*

20 de junio de 2011 – Fuente: Agencia The Associated Press

**AP** Associated Press

La cifra de muertos por el brote de *Escherichia coli* en Europa aumentó el lunes a 40, pero el número de nuevos casos registrados permaneció a un nivel bajo por más de 10 días, dijo el Centro de Control de Enfermedades de Alemania. El Instituto Robert Koch dijo el lunes que 3.494 personas se han reportado enfermas en Alemania, entre ellas 810 que presentan síndrome urémico hemolítico.

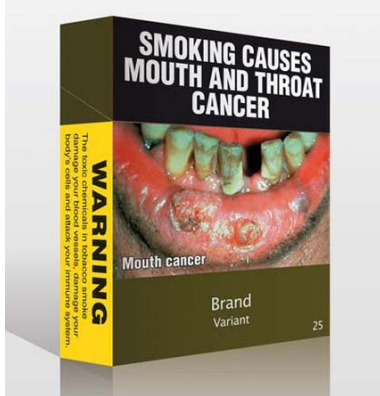
La cifra representa 86 enfermos y una muerte más que el viernes, pero el incremento se debe más que nada a retrasos en la notificación.

La Organización Mundial de la Salud dijo que el caso más reciente de diarrea registrado en un paciente infectado con *E. coli* se presentó el 13 de junio. Cerca de 109 casos han sido reportados en otros 13 países de Europa, Estados Unidos y Canadá.

La fuente de la bacteria ha sido rastreada hasta una granja agrícola de vegetales germinados en el norte de Alemania.

## Australia: A un paso del juicio por su ley antitabaco

20 de junio de 2011 – Fuente: LR21 (Uruguay)



Las autoridades de República Dominicana, país tabacalero, denunciaron ante la Organización Mundial de Comercio (OMC) la medida, que obligará a vender cigarrillos en paquetes con advertencias sanitarias pero sin el logo de la marca.

La iniciativa fue presentada por el Departamento de Salud australiano y anunciada por el gobierno hace diez días. El artículo más fuerte apunta a que cualquier producto a base de tabaco sea comercializado en envases genéricos y sin logo: la marca sólo aparecerá en la parte inferior, en letra pequeña y bajo un fotograma que advierte sobre los riesgos para la salud que conlleva este mal hábito.

Las autoridades de República Dominicana argumentaron ante la OMC que esta ley atenta contra los tratados de propiedad intelectual de ese organismo, así como contra el Convenio de París que protege las marcas.

La presentación fue apoyada por naciones como Honduras, Nicaragua y Filipinas, también tabacaleras.

Para el demandante, los fumadores no podrán distinguir claramente qué producto desean, es decir, les faltará información a la hora de la compra, un derecho de los consumidores. También aseguran que homogeneizar el envase llevará a una caída en el valor de los mismos, lo que acarreará un descenso en el precio del producto y un aumento en el consumo. Finalmente, señalaron que esta medida incentivará la falsificación de marcas.

Por su parte, el gobierno australiano informó que se trata de una ley a favor de la salud de sus ciudadanos. En tanto, señaló que obligarán a los paquetes de cigarrillos a portar una tira de autenticidad para luchar contra el mercado negro.

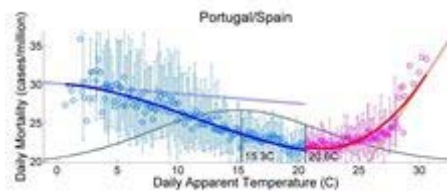
La nueva medida se efectivizará, en principio, durante seis meses en 2012.

Las tasas de fumadores declinan en Australia desde hace años, pero el gobierno dice que el cigarrillo todavía mata a 15.000 personas por año y cuesta al país unos 31.500 millones de dólares anuales.

Desde hace mucho tiempo se prohíbe la publicidad del tabaco en carteles y en revistas.

## Europa: El cambio climático provocará más muertes en verano que en invierno

21 de junio de 2011 – Fuente: *Nature Communications*



Los efectos del cambio climático recaerán también sobre la mortalidad de Europa y provocarán que a partir del año 2080 se produzcan más defunciones en los meses veraniegos que en invierno, en un repunte de las muertes asociadas a causas climáticas que, en las últimas tres décadas del siglo XXI, podrían acumular 230.000 decesos adicionales.

Así lo constata un estudio presentado este martes en Barcelona y que ha cruzado datos poblacionales con las tendencias previstas de calentamiento global, tomando como referencia las 70.000 muertes que se calcula que se produjeron en Europa durante la ola de calor del verano de 2003.

Los investigadores explican que, a pesar de los datos globales que hablan de una disminución de la esperanza de vida media de tres o cuatro meses, las cifras podrían variar según la región de Europa y también en función de las decisiones de prevención que se adopten, la evolución de las emisiones de gases de efecto invernadero y de la propia adaptación humana.

A pesar de esta variabilidad, el director del Institut Català de Ciències del Clima (IC3), Xavier Rodó, y el autor del estudio, Joan Ballester, dan por hecho un "cambio de ciclo" a partir de 2080, en el que el pico de mortalidad dejará de producirse durante los meses de invierno –hasta ahora asociado a la mayor propagación de enfermedades– y se trasladará al verano.

La investigación, realizada conjuntamente con el Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale de Montpellier (Francia) y la Geneva Medical School and University Hospitals de Ginebra (Suiza), se basa en un aumento de la temperatura en el arco mediterráneo –una de las áreas que más sufrirá los cambios– de unos 4,5°C en verano y de 2°C en invierno.

De hecho, las regiones más al norte de Europa verán como en cómputos globales se reduce su mortalidad – debido a inviernos más suaves– aunque el cómputo global y la mortalidad “significativamente superior” que se registrará en el sur permiten a los científicos asegurar que, en general, las muertes climáticas adicionales podrían llegar a ser 15.000 cada año.

El muestreo realizado apunta a que, en un día normal, mueren en Europa 21 personas por cada millón de habitantes, pero en los días de mayor estrés climático –ya sea por frío o calor extremos–, se producen unas 30; y son precisamente el número de días extremos los que aumentarán, según los expertos.

Las cifras son fruto del análisis, por primera vez, de datos de 200 regiones de 16 países de Europa occidental, que engloban una población de 400 millones de personas.

“No podemos hacer nada” ante el aumento de las temperaturas del cambio climático, precisa Rodó, quien señala que unas adecuadas medidas preventivas podrían hacer cambiar la pérdida de esperanza de vida en un aumento neto de la misma de hasta un año y medio, si bien el peor escenario también apunta a una reducción cercana a los nueve meses.

## Francia: Confirman que el brote local de *Escherichia coli* provino de hamburguesas

20 de junio de 2011 – Fuente: Agencia EFE



El Ministerio francés de Agricultura y Alimentación confirmó hoy que la infección por *Escherichia coli* que ha afectado a ocho niños en el norte del país fue provocada por la ingestión de hamburguesas adquiridas en la cadena alemana de supermercados Lidl.

El Ministerio señaló que se están haciendo análisis tanto para buscar el origen de la contaminación de ese producto como para evaluar el lote retirado de la distribución.

De los ocho niños que ingresaron en el Hospital Universitario de Lille por síndrome urémico hemolítico (SUH), seis siguen hospitalizados. Los análisis realizados confirman que en seis de ellos ese síndrome fue consecuencia de una infección por esa bacteria.

Los casos confirmados se concentran en diversas localidades del norte del país y corresponden a niños que ingirieron hamburguesas adquiridas en los supermercados Lidl, que retiraron esa mercancía de sus establecimientos cuando fueron alertados por las autoridades sanitarias.

Las autoridades francesas precisaron la semana pasada que la carne procedía de Alemania y de Holanda, pero consideran que el brote surgido en Francia no está vinculado con el alemán.

## India, Bihar: Mueren al menos 24 niños por una enfermedad desconocida

22 de junio de 2011 – Fuente: Agencia Prensa Latina



Al menos 24 niños de uno a nueve años han muerto en los últimos días en el nororiental estado indio de Bihar a causa de una enfermedad desconocida.

La enfermedad, que fue denominada por la población local como *chamki ki bimari* (enfermedad de la convulsión, en hindi), provoca en los pequeños de entre 1 y 9 años fiebre alta, convulsiones y estado de inconsciencia.

“Hasta ahora se registraron oficialmente 70 casos y 24 muertes, pero no podemos descartar que haya más casos e incluso más víctimas mortales, debido a la inaccesibilidad del estado de Bihar, contiguo a Nepal”, explicó A.P. Singh, cirujano jefe del distrito de Muzaffarpur, en el que fallecieron los dos últimos niños.

Algunos medios locales situaron hoy el número de muertes en 34, citando fuentes oficiales.

A pesar de que el primer caso se registró hace once días, las autoridades aún no pudieron dar con el origen del mal. “Estamos investigando, ahora ha venido un especialista en virología de Pune (oeste de India) para intentar descubrir qué está afectando a los niños, pero no sabemos cuándo tendremos resultados”, reconoció Singh.

Los síntomas que presentan los afectados son parecidos a los de una encefalitis, pero los especialistas no pudieron certificar aún qué enfermedad ataca a los niños en Bihar.

Según diversos medios locales, no existe en toda esa región ningún laboratorio apto para detectar casos de encefalitis, aunque el ministro de Salud de Bihar afirmó que no se puede decir que sea ésa la misteriosa enfermedad.

Bihar, con más de 100 millones de habitantes, tiene una de las rentas *per capita* más bajas de la India.



## Singapur: Desarrollan un test no invasivo que mejoraría la detección temprana del dengue<sup>2</sup>



21 de junio de 2011 – Fuente: *PLoS Neglected Tropical Diseases*



Un test de saliva barato, simple y no invasivo para detectar dengue, que elimina la necesidad de extraer sangre de los pacientes, ha sido desarrollado por científicos de Singapur.

Los investigadores esperan que pueda dar paso a un test comercial tan simple como las prueba de embarazo caseras.

La necesidad de extraer una muestra de sangre es una de las principales limitantes de las herramientas para el diagnóstico de dengue, particularmente en niños, dicen los autores, y la "tendencia de abstenerse de un test de sangre para detectar dengue es alta". Un método no invasivo podría potencialmente mejorar el monitoreo y la detección temprana de casos, lo que a su vez impulsaría esfuerzos de control.

El nuevo test recolecta saliva de pacientes que se sospecha que están infectados con dengue. La sensibilidad total de la prueba fue de 70% en los primeros tres días luego del inicio de la fiebre, y de 93% entre cuatro y ocho días después.

La prueba no es la primera en su tipo. Sin embargo, según Lee-Ching Ng, autora principal del estudio y directora del Instituto de Salud Ambiental de la Agencia Nacional del Ambiente, en Singapur, la investigación aborda dos importantes aspectos.

"Tenemos un ensayo que elimina la competencia entre los anticuerpos específicos para el dengue y los no específicos que están presentes en la saliva, lo que, por lo tanto, mejora la sensibilidad de estas pruebas", dijo Ng.

"También usamos un método que permite la recolección de la saliva recién secretada. En lugar de hacer que los pacientes escupan en un recipiente, o que la saliva gotee en un envase, usamos un hisopo estéril que raspa sistemáticamente las mejillas estimulando las glándulas salivales para producir la saliva".

"Este ensayo tiene el potencial de sustituir todas las pruebas de dengue en sangre que se comercializan en el mercado", dijo Ng.

"Esperamos que esté disponible al menos al mismo precio que las demás pruebas, o incluso más barato, de modo que pueda ser ampliamente accesible".

Ng dijo que el ensayo es objeto de una evaluación multicéntrica. "También estamos buscando socios para la comercialización. Esperamos trabajar hacia el desarrollo de un test que sea similar a un kit de embarazo".

## Uganda, Buikwe: Sin remedios contra la malaria



21 de junio de 2011 – Fuente: *Agencia Inter Press Service*

Una epidemia de malaria azota al sureño distrito ugandés de Buikwe, pero los fármacos contra esa enfermedad se terminarán en dos días en el Centro de Salud Najembe, según la enfermera que allí trabaja. Habrá que esperar seis semanas para reabastecerse.

El Centro de Salud recibe los suministros que cada dos meses le envían desde el hospital del distrito de Kawolo. Los últimos llegaron a fines de mayo; con los próximos recién contará a fines de julio.

Mientras, personal de esa dependencia no puede efectuar una solicitud especial ni al hospital de distrito ni a la Reserva Médica Nacional para recibir medicamentos que escasean. Así que los pacientes que necesitan fármacos contra la malaria tienen que prescindir de ellos o comprárselos por su cuenta.

"Nos dan las mismas cantidades de medicamentos independientemente de las necesidades, y esto significa que siempre nos quedamos sin alguno, mientras que otros expiran porque nadie los usa", dijo la enfermera, que prefirió no ser nombrada.

El gobierno de Uganda cambió en 2009 la política de distribución de medicinas a centros de salud de distritos (hasta 12 aldeas) y subcondados, implementando una política donde la Reserva Médica Nacional decide qué fármacos suministrar y en qué cantidades.

Antes, los directores de estos centros de salud solicitaban las medicinas, dependiendo de sus necesidades. La Reserva Médica Nacional suministra 70% de los fármacos en los centros de salud pública, y los funcionarios distritales de la salud adquieren localmente el 30% restante.

Hamis Kaheru, portavoz de la Reserva, dijo que es necesario un cambio de políticas, porque en jerarquías más bajas falta personal competente para manejar el viejo sistema.

"El personal de los centros de salud en distritos y subcondados no tenía capacidad para determinar sus necesidades y no enviaba sus solicitudes a tiempo. Finalmente, la Reserva Médica Nacional no mandó los fármacos a tiempo y algunos faltaban porque fueron omitidos de la lista", dijo Kaheru.

La política se revisa cada seis meses, señaló, y él está convencido de que funciona.

<sup>2</sup> Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).



Pero el sistema no está funcionando, según Denis Kibira, de la Coalición para la Promoción de la Salud y el Desarrollo Social (HEPS), una organización no gubernamental que realiza campañas para frenar la escasez de medicinas.

Kibira considera que la política es errónea y que es necesario revisarla.

Según él, es posible que los medicamentos escaseen porque la mayoría de los enfermeros en estos centros de salud no analizan a los pacientes para diagnosticarlos, sino que los tratan en base a sus síntomas. Kaheru coincidió.

La mayoría de la gente simula síntomas para recibir los fármacos que pronto se agotarán, dijo Kibira.

La HEPS realizó una investigación en por lo menos 20 distritos desde que el gobierno revisó por primera vez el sistema de distribución de fármacos, y concluyó que no funciona, pese a las garantías de las autoridades, planteó Kibira.

En un centro de salud del distrito de Kayunga, los aldeanos dicen no tener medicinas desde hace dos meses y no contar con ningún enfermero.

El gobierno implementó el sistema actual en un intento por reducir la escasez crónica de medicinas esenciales que entre 2008 y 2009 experimentaron las clínicas de distritos y subcondados. Sin embargo, Kibira dijo que esta carencia se debe ampliamente al mal manejo de los suministros, a deficiencias en el proceso de compras y a un financiamiento inadecuado.

“Tuvimos la impresión de que la escasez original era por falta de dinero. Esperábamos que cuando le aumentaran el presupuesto a la Reserva los servicios mejorarían. Pero lo que vemos es que reincide la enfermedad que esperábamos curar”, dijo Kibira.

En el presupuesto nacional 2009/2010, la Reserva Médica Nacional recibió casi 90 millones de dólares, en comparación con asignaciones previas de apenas 20 millones.

Según Kibira, con esta suma la Reserva podría suministrar fármacos vitales a los centros de salud de todo el país sin recurrir a un cambio de políticas. Antes no le correspondía una parte del presupuesto nacional y suministraba medicamentos a crédito, para luego pasarle la factura al Ministerio de Salud y a otras dependencias sanitarias. Esto causaba grandes demoras.

Pero Kaheru dijo que la política ya fue revisada dos veces luego de las consultas con los funcionarios médicos distritales, que deberían conocer las necesidades de sus áreas de jurisdicción.

“Esta política soluciona más problemas que los que crea”, opinó.

Sin embargo, la HEPS pidió al gobierno que evalúe la política y aumente el financiamiento. Actualmente las autoridades aportan medicamentos por valor de unos 400 dólares a cada centro de salud distrital mensualmente. Cada centro de los subcondados recibe fármacos por unos 800 dólares.

Kibira dice que representantes de la HEPS se reunieron con funcionarios del Ministerio que les aseguraron que volverían al antiguo sistema. Sin embargo, la Reserva negó que esto vaya a ocurrir.

Mientras, la enfermera del Centro de Salud Najembe no tiene alternativa cuando se queda sin medicamentos. Solamente puede prescribir a sus pacientes fármacos contra la malaria y esperar que tengan el dinero para comprarlos por su cuenta.

## Señalan una ‘zona de peligro’ de dos asientos para el contagio de la gripe en los aviones

**EMERGING  
INFECTIOUS DISEASES**

15 de junio de 2011 – Fuente: *Emerging Infectious Diseases*



Durante la epidemia de influenza A/H1N1 de 2009, algunas personas dejaron de volar por temor a contagiarse con el virus en el hacinamiento de una cabina de avión, pero un nuevo estudio muestra que la ‘zona de peligro’ para la transmisión de la gripe tiene una circunferencia de apenas dos asientos alrededor del lugar en que una persona está sentada. Se había pensado que esa zona de peligro era mucho más grande.

Los científicos dieron seguimiento a las enfermedades en pasajeros de dos largos vuelos a Australia en mayo de 2009. Se sabía que en los vuelos iban pasajeros infectados de influenza A/H1N1. Los pasajeros fueron encuestados tres meses tras la llegada sobre cualquier síntoma parecido a la gripe. El 2% de los pasajeros tenían una enfermedad parecida a la gripe durante el vuelo, y el 5% (32) desarrollaron una enfermedad de esas características tras llegar a su destino.

Los viajeros tenían un riesgo 3,6% superior de gripe si se habían sentado en un perímetro de dos filas de un pasajero con síntomas, y el riesgo pasaba a 7,7% para los que se sentaban dentro de un perímetro de dos asientos del pasajero enfermo, mostró el estudio. La zona de peligro de dos asientos se refiere a un pasajero enfermo sentado en los dos asientos en frente de, detrás o a los lados de una persona.

Pero "no es una constante, pero nuestro recuadro de 2x2x2 asientos es definitivamente la zona de más alto riesgo", apuntó el autor del estudio, el Dr. Paul M. Kelly, profesor asociado de la Universidad Nacional de Australia en Camberra.

"Si encuentra que se ha sentado en un perímetro de dos asientos de alguien que estornuda, tose o parece tener fiebre, cambie de asiento", aconsejó. "Si tiene una mascarilla, úsela o sugiera a su vecino que la use y lávese las manos y evite tocar su propia cara para minimizar las probabilidades de que se propague por esa vía".

Algunas temporadas de viaje podrían ser peores que otras, apuntó. "La temporada de gripe es definitivamente la peor, y eso es distinto en el hemisferio norte (de noviembre a marzo) que en el sur (de junio a septiembre", apuntó Kelly.

El Dr. Michael Zimring, director del Centro de Medicina de Lugares Silvestres y de Viaje del Centro Médico Mercy en Baltimore, dijo que los dos factores de riesgo más grandes de contraer la gripe mientras se viaja son la proximidad a un pasajero enfermo y la duración del vuelo.

Mientras más largo es el vuelo, mayor es el riesgo, advirtió. No se trata de que el aire del avión en sí aumente el riesgo de transmisión de la gripe, dado que los aviones usan filtros de aire, que minimizan la propagación de los gérmenes.

"Las enfermedades infecciosas como la gripe pueden transmitirse a través de estornudar y/o toser directamente en la cara de alguien o en un objeto con el que alguien entrará en contacto", explicó Zimring.

Por ejemplo, "si alguien tose y las gotitas caen en un apoyacabezas o apoyabrazos, la próxima persona toca el objeto y luego come con la misma mano o se toca la cara, el virus o la bacteria pasa de una persona a otra", explicó Zimring.

"Mientras más lejos se está de la persona enferma, menos probabilidades hay de contraer la enfermedad, y mientras menos tiempo esté expuesto, menos probabilidades hay de contraer la enfermedad", anotó.

"Lávese las manos con frecuencia durante el vuelo, sobre todo si está a punto de comer algo, y tenga presente los gérmenes en el pomo de la puerta del baño y los gérmenes del respaldo de los asientos mientras se agarra para volver a su asiento", aconsejó Zimring.

"Si usted tiene una buena salud, duerme bien por la noche y come sano, también hay menos probabilidades de que se enferme", añadió.

El Dr. Len Horovitz, especialista pulmonar del Hospital Lenox Hill en la ciudad de Nueva York, se mostró de acuerdo. "Si está preocupado, use una mascarilla", planteó. "Nunca verá a esa gente de nuevo, así que a quién le importa si piensan que está enfermo".

Las partículas virales pueden vivir en las superficies durante 24 horas. "Siempre lávese las manos antes de tocar su cara", aconsejó.

Las salidas de aire encima de los asientos también pueden enviar partículas virales hacia usted, advirtió Horovitz.

"Esos gérmenes pueden desplazarse hasta dos metros en el metro, y probablemente aún más en los aviones debido a la mezcla de aire que proveen las salidas encima de los asientos", apuntó.

Vacunarse contra la gripe cada año también puede reducir el riesgo de desarrollarla, incluso si el pasajero de al lado tose y estornuda durante todo el vuelo, dijo.

El Dr. Neil Schachter, director médico del departamento de atención respiratoria del Centro Médico Mount Sinai en la ciudad de Nueva York, apuntó que hay un creciente número de reportes anecdóticos de personas que desarrollaron infecciones respiratorias superiores (IRS) tras vuelos de más de cinco horas.

"Aunque el estudio encuentra que el rango de infección no es mayor a dos filas en cada dirección, había varias personas con IRS en cada avión, que ciertamente cubrían una gran área del aparato", apuntó Schachter.

En los últimos años, ha habido varias infecciones nuevas, entre ellas la influenza A/H1N1. "Creo que una mayor vigilancia de los pasajeros es útil para evitar que los pasajeros enfermos suban al avión", comentó. "Podemos anticipar las nuevas infecciones emergentes, y unos mejores controles en el aeropuerto ciertamente son un paso en la dirección adecuada, pero este tipo de cambio en las políticas toma tiempo".

Hasta entonces, "aconsejaría a mis pacientes de alto riesgo con problemas de salud subyacentes que pidan cambiarse de zona si están sentados cerca de alguien que estornuda y tose", dijo Schachter.

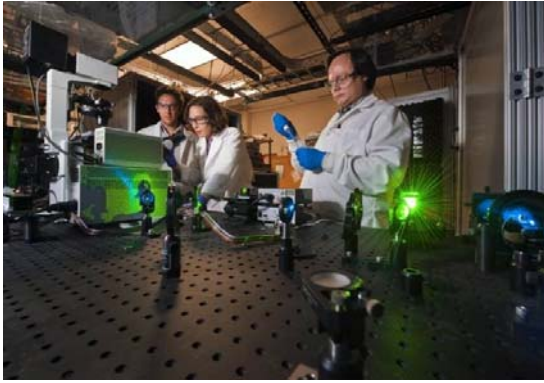
## Desentrañan algunos de los secretos de *Yersinia pestis* con una nueva técnica de microscopía



22 de junio de 2011 – Fuente: Noticias de la Ciencia y la Tecnología.jpg

*Yersinia pestis*, la bacteria causante de la peste, enfermedad tristemente célebre que en la Edad Media llevó a la muerte a alrededor de una tercera parte de la población de Europa, suele hoy ser destruida con un tratamiento mediante antibióticos, si se actúa a los pocos días de haber comenzado los síntomas de la infección provocada por ella.

Pero el miedo que existe en la comunidad científica a que cierta mutación potencial llegue a producirse y vuelva a *Yersinia pestis* resistente a muchos medicamentos comunes, hace aconsejable redoblar los esfuerzos encaminados a desentrañar los entresijos de cómo esa bacteria pone en marcha una infección.



Jesse Aaron, a la izquierda, Jeri Timlin, y Bryan Carson.

El desarrollo reciente de una técnica de microscopía de altísima resolución de imagen está dando respuestas a viejas preguntas sobre exactamente cómo y por qué las defensas de una célula sucumben ante algunos invasores, como la bacteria responsable de la peste, mientras que mantienen a raya a otras bacterias. El método está revelando detalles nunca antes vistos de la membrana celular, lo cual podría permitir desarrollar nuevas técnicas de diagnóstico, prevención y tratamiento.

En la membrana celular hay una intensa actividad. Además de proporcionar soporte y cubierta al interior de la célula, la membrana regula el movimiento de materiales desde y hacia el interior de la célula, controla la adhesión a otros objetos y coordina las comunicaciones de la célula y las acciones subsiguientes mediante señales.

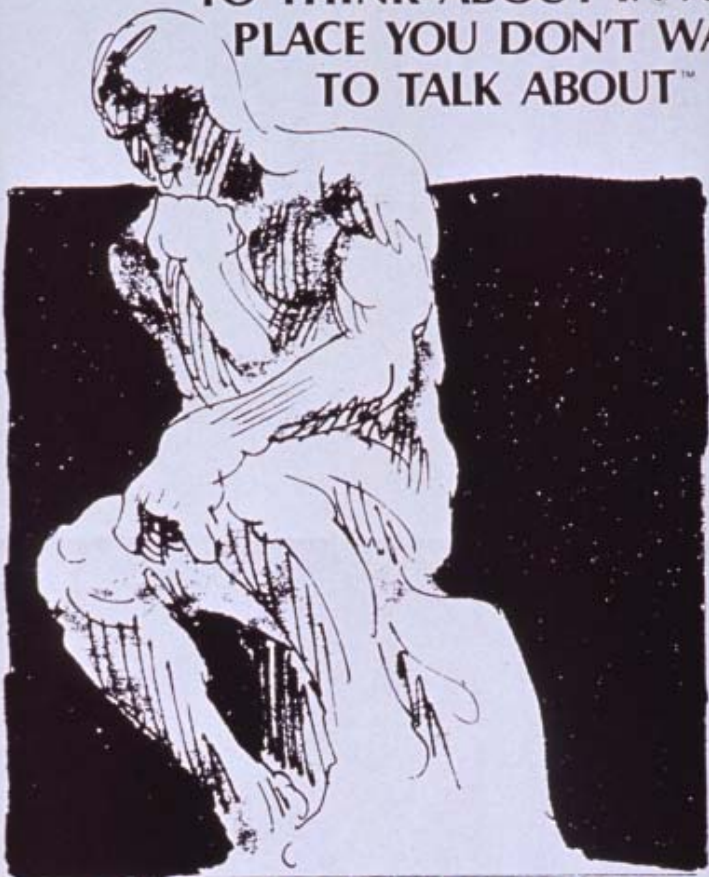
Las proteínas receptoras en la superficie de las células inmunitarias, conocidas como receptores TLR, tienen la tarea de reconocer a los intrusos, o antígenos. El miembro TLR4 de esta familia de receptores responde a ciertos tipos de bacterias, debido a que detecta la presencia de lipopolisacáridos en sus superficies. Las proteínas TLR4 entonces alertan a la célula y activan una respuesta inmunitaria.

Usando esa técnica de obtención de imágenes que ellos desarrollaron, Jesse Aaron, Jeri Timlin y Bryan Carson, todos de los Laboratorios Nacionales de Sandía, en Estados Unidos, descubrieron que las proteínas TLR4 se aglomeran en la membrana cuando se encuentran con lipopolisacáridos provenientes de la *Escherichia coli* convencional (no peligrosa), lo cual incrementa la respuesta y la señalización celulares.

En cambio, los lipopolisacáridos provenientes de *Yersinia pestis* no causan los mismos efectos. Esto podría explicar por qué algunos patógenos son capaces de eludir al sistema inmunitario humano.

## Publicidad relacionada con la salud


A DISEASE YOU DON'T WANT  
TO THINK ABOUT IN A  
PLACE YOU DON'T WANT  
TO TALK ABOUT™



**COLORECTAL CANCER**  
(PUBLIC CANCER ENEMY #2)

SEPTEMBER IS COLORECTAL CANCER AWARENESS MONTH

For information see your Pharmacist or  
your Physician or your local cancer association

SPONSORED BY  PHARMACISTS PLANNING SERVICE, INC. P.O. BOX 1336 SAUSALITO, CA 94966 415-333-4066 IN COOPERATION WITH  
THE REGIONAL CANCER FOUNDATION AND SMITHKLINE BEECHAM, INC. © PPS 1982

**Una enfermedad de la que no quiere pensar en un lugar del que no quiere hablar.**

**Cáncer colorrectal** (Cáncer enemigo público N° 2).

**Setiembre es el mes de la prevención del cáncer colorrectal.**

**Para más información consulte a su farmacéutico, a su médico o con su asociación del cáncer local.**

Pharmacists Planning Service (1982. Sausalito, California, 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.