



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina

www.reporteepidemiologico.com

Esta publicación cuenta con el beneplácito de la Legislatura Unicameral de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

Noticias

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

Argentina

- Vigilancia de leishmaniosis cutánea
- Diez datos que demuestran la efectividad de las vacunas
- Desarrollan un método para estudiar mejor las defensas inmunes en la enfermedad de Chagas

América

- Estados Unidos: La vacunación contra la varicela estaría reduciendo las consultas de emergencia por herpes zóster
- Estados Unidos, Minnesota: Caso de tularemia en Burnsville causado por la mordedura de un gato
- México: La prueba rápida evita la transmisión vertical del VIH
- Venezuela: Alertan sobre la escasez de tratamiento contra el VIH/sida

El mundo

- China: Nuevos casos humanos de influenza aviar A(H7N9)
- Europa: Actualización sobre la situación del sarampión en la Región
- India: Se registraron 324 muertes por rabia entre 2014 y 2016
- Italia, Sardegna: Primer caso de tétanos infantil en 30 años
- Sudán del Sur, Ecuatoria: Registran 70 casos del síndrome del cabeceo en Maridi
- Yemen: Se eleva a 1.500 el número de muertos por el cólera
- Un nuevo dispositivo simplifica la identificación de hospedadores de *Leishmania*



Número 1.937

3 de julio de 2017

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.)
 Fanch Dubois (Fra.)
 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/



www.circulomedicocba.org/



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/



www.sadip.net/



www.apargentina.org.ar/

Buenos Aires: Detectaron murciélagos con rabia y recomiendan vacunar a perros y gatos

Recibimos una comunicación de Gustavo Martínez, quien trabaja en Zoonosis Urbanas de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. En la misma aclara que “el control de foco en anillo para murciélagos insectívoros se hace en un radio de 200 metros a la redonda desde donde se encontró el murciélago infectado con rabia”, y no “en un radio de 400 metros a la redonda”, como reza la noticia.

Asimismo, indica que “por año se registran entre 10 y 15 casos de rabia en murciélagos”, y no “entre 10 y 15 casos de rabia en mascotas por mordeduras de murciélagos”, como se afirma en la noticia original.

Como el mismo Gustavo Martínez dice, “es importante aclararlo porque la situación epidemiológica cambia sustancialmente”.

Agradecemos las oportunas aclaraciones.



Vigilancia de leishmaniosis cutánea

26 de junio de 2017 – 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 2016/2017, hasta semana epidemiológica 20. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.¹

Provincia/Región	2016		2017	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1	1	—	—
Buenos Aires	—	—	—	—
Córdoba	1	1	1	1
Entre Ríos	4	—	1	—
Santa Fe	1	—	1	1
Centro	7	2	3	2
Mendoza	—	—	—	—
San Juan	—	—	—	—
San Luis	—	—	—	—
Cuyo	—	—	—	—
Corrientes	33	33	7	7
Chaco	32	32	3	3
Formosa	5	5	2	2
Misiones	3	—	3	—
NEA	73	70	15	12
Catamarca	—	—	2	1
Jujuy	5	4	2	—
La Rioja	—	—	—	—
Salta	68	47	50	48
Santiago del Estero	1	1	5	4
Tucumán	2	2	4	2
NOA	76	54	63	55
Chubut	—	—	—	—
La Pampa	—	—	—	—
Neuquén	1	1	1	—
Río Negro	—	—	—	—
Santa Cruz	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—
Sur	1	1	1	—
Total Argentina	157	127	82	69



Diez datos que demuestran la efectividad de las vacunas

29 de junio de 2017 – Fuente: Clarín (Argentina)

Argentina es uno de los tres países del mundo con más amplia protección contra enfermedades por vacunación. Con 20 vacunas obligatorias y gratuitas, es un país de referencia en la materia. Tanto, que en 2012 la Organización Panamericana de la Salud distinguió al país por su política sanitaria en vacunación. En aquella oportunidad, el organismo internacional describió a Argentina como uno de los países más avanzados en la materia.

“En Argentina más de 95% de la población adhiere a la vacunación. Es un porcentaje pequeño el que no lo hace”, afirmó la Dra. Carla Vizzotti, ex Directora de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles del Ministerio de Salud de la Nación y quien trabajó intensamente para la incorporación de vacunas al calendario. La especialista, que actualmente integra la comisión directiva de la Sociedad Argentina de Infectología, vio plasmados en datos concretos los resultados de la vacunación y enumeró diez logros conseguidos en el país gracias a las vacunas:

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

1. Viruela: Se erradicó oficialmente en 1980.
2. Poliomielitis: Estamos a un paso de lograr la erradicación. El último caso en Argentina fue en 1984.
3. Sarampión: El último caso autóctono en Argentina fue en el año 2000. Y en 1998 el último muerto. En el mundo, mueren 400.000 personas por año por esta enfermedad.
4. Rubéola: En 2009 se registró el último caso de rubéola y rubéola congénita en Argentina, gracias a la vacunación en chicos y las campañas de vacunación de mujeres en edad fértil (no embarazadas).
5. Hepatitis A: Desde 2007 no hay en Argentina trasplantes de hígado por hepatitis A, vacuna que se incorporó en 2005 al calendario.
6. Difteria: En 2006 se registró el último caso de difteria en Argentina. El año pasado murió en España un niño a causa de esa enfermedad.²
7. Tos convulsa: Desde 2012 se incorporó la vacuna contra la tos convulsa para embarazadas. Y se redujo en 82% las muertes de bebés por tos convulsa, gracias a los anticuerpos que transfiere la madre al bebé.
8. Neumonía: desde 2012 se redujeron 50% las internaciones por neumonía gracias a la vacuna contra el neumococo.
9. Rotavirus y varicela: Se está empezando a notar una disminución de casos de varicela y rotavirus, unas de las últimas vacunas incorporadas al calendario.
10. Virus del papiloma humano: Se espera que lo mismo suceda con esta vacuna, que este año sumó a los varones para su inmunización.

CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN

El Estado Nacional garantiza **VACUNAS GRATUITAS** en centros de salud y hospitales públicos de todo el país

Edad	BCG (1)		Hepatitis B HB (2)		Neumococo Conjugado (3)		Quíntuple Pentavalente DTP-HB-Hib (4)		Polio		Rotavirus (7)		Meningococo (8)		Gripe (9)		Hepatitis A HA (10)		Triple Viral SRP (11)		Varicela (12)		Cuádruple o Quíntuple Pentavalente DTP-Hib (13)		Triple Bacteriana Celular DTP (14)		Triple Bacteriana Acelular dTpa (15)		Virus Papiloma Humano VPH (16)		Doble Bacteriana dT (17)		Doble Viral SR o Triple Viral SRP (18)		EXCLUSIVO ZONAS DE RIESGO			
	única dosis (A)	dosis neonatal (B)					IPV (5)	OPV (6)																														
Recién nacido																																						
2 meses					1º dosis		1º dosis				1º dosis (D)																											
3 meses																																						
4 meses								2º dosis																														
5 meses																																						
6 meses																																						
12 meses								refuerzo										única dosis	1º dosis																			
15 meses																																						
15-18 meses											1º refuerzo																											
18 meses																																						
24 meses																																						
5-6 años (ingreso escolar)																																						
11 años																																						
A partir de los 15 años																																						
Adultos																																						
Embarazadas																																						
Puerperio																																						
Personal de salud																																						

(1) BCG: Tuberculosis (formas invasivas)
 (2) HB: Hepatitis B
 (3) Presión de Meningitis, Neumonía y Sepsis por Neumococo
 (4) DTP-HB-Hib: (Pentavalente) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa, Hep B, Haemophilus Influenzae b
 (5) IPV: (Sal) Poliovirus inactivado.
 (6) OPV: (Salin) Poliovirus oral.
 (7) Rotavirus
 (8) Meningococo
 (9) Antigripal
 (10) HA: Hepatitis A
 (11) SRP: (Single viral) Sarampión, Rubéola, Paperas.
 (12) Varicela
 (13) DTP-Hib: (Cuádruple) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa,

Haemophilus influenzae b.
 (14) DTP: (Triple Bacteriana Celular) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa.
 (15) dTpa: (Triple Bacteriana Acelular) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa.
 (16) VPH: Virus Papiloma Humano.
 (17) dT (Doble Bacteriana) Difteria, Tétanos.
 (18) SR: (Doble Viral) Sarampión, Rubéola.
 (19) FA: (Fiebre Amarilla)
 (20) FHA: (Fiebre Hemorrágica Argentina)

(A) Antes de egresar de la maternidad.
 (B) En los primeros 12 horas de vida.
 (C) Vacunación Universal. Si no hubiera recibido el esquema completo, deberá completarlo.
 En caso de tener que iniciar: aplicar 1º dosis, 2º dosis al mes de la primera y 3º dosis a los seis meses de la primera.
 (D) La 1º dosis debe administrarse antes de los cinco meses y seis días o tres meses y media.
 (E) La 2º dosis debe administrarse antes de los veinticuatro meses o los seis meses de vida.
 (F) Deberán recibir en la primovacunación 2 dosis de la vacuna separadas al menos por cuatro semanas.
 (G) En cada embarazo deberán recibir la vacuna antigripal en cualquier trimestre de la gestación.
 (H) Párpados deberán recibir vacuna antigripal si no la hubiesen recibida durante el embarazo, antes del egreso de la maternidad y hasta un máximo de diez días después del parto.
 (I) Si no hubiera recibido dos dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, después del año de vida para los nacidos después de 1965.

(J) Aplicar dTpa en cada embarazo independientemente del tiempo desde la dosis previa. Aplicar a partir de la semana 20 de gestación.
 (K) Personal de salud que cuida menores de 12 meses. Revacunar cada 5 años.
 (L) Residentes en zonas de riesgo.
 (M) Residentes en zona de riesgo única refuerzo a los diez años de la primera dosis.
 (N) Residentes en zonas de riesgo ocupacional en zona de riesgo y que no hayan recibido anteriormente la vacuna.
 (O) 2 dosis separadas por intervalo mínimo de 6 meses.

Para más información:
 0-800-222-1002 salud.gov.ar

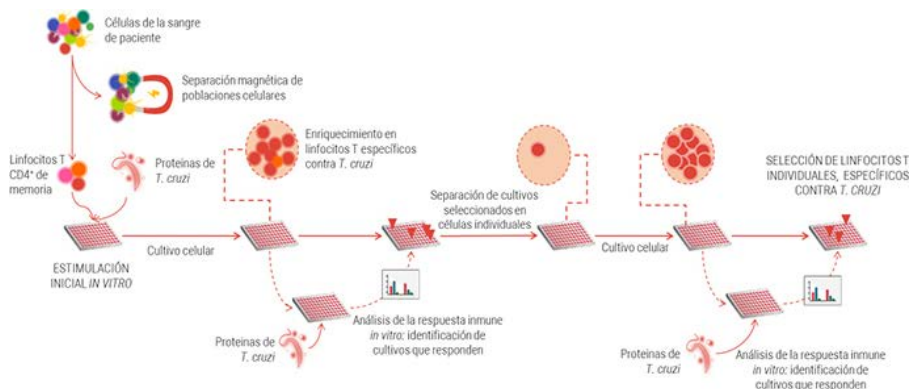


Desarrollan un método para estudiar mejor las defensas inmunes en la enfermedad de Chagas

26 de mayo de 2017 – Fuente: Public Library of Science One

Una técnica desarrollada por científicos argentinos permitirá estudiar mejor cómo responde el sistema inmune al parásito de la enfermedad de Chagas, que en la actualidad afecta entre 6 y 9 millones de personas en América Latina. Si bien hay tratamientos paliativos, por el momento no está disponible una vacuna preventiva o terapéutica.

² Ver 'España, Catalunya: Murió el niño infectado de difteria' en Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 1.608, de fecha 29 de junio de 2015, haciendo clic [aquí](#).



Pasos de la técnica que permitirá estudiar mejor cómo se comporta el sistema inmune frente al parásito de la enfermedad de Chagas.

Se sabe que los linfocitos T son protagonistas fundamentales en la respuesta inmune frente al parásito de la enfermedad de Chagas, aunque parece jugar un rol a dos puntas: su deficiencia parece darle 'luz verde' a la infección y progresión de la patología, pero la respuesta exacerbada o actividad excesiva tendría un efecto dañino sobre el corazón. En ese sentido, si bien no tiene una relevancia clínica inmediata, el trabajo aporta una nueva herramienta para explorar el rol de esos linfocitos en los pacientes.

Técnica novedosa

El método desarrollado permite aislar linfocitos T individuales para posteriormente identificar qué partes de las proteínas del parásito son capaces de reconocer y qué tipo de respuesta inmune propician.

Si bien ya se habían reportado métodos de expansión similares contra otros patógenos, sus procedimientos se basan en hacer crecer a todos los linfocitos T de la muestra para recién luego seleccionar a los que presentan una respuesta específica de interés. Esta técnica logra una recuperación mucho más eficiente.

Aunque aún no ha sido aplicado en casos de pacientes con cardiopatía chagásica, los resultados obtenidos sugieren que esto también sería posible. El trabajo es un progreso en una larga cadena de eventos que podrían contribuir en el largo plazo con el desarrollo de una vacuna y otras estrategias terapéuticas. Por lo pronto, el trabajo generó nuevas preguntas sobre las que actualmente se está investigando.³

América

JAMA Dermatology

Estados Unidos: La vacunación contra la varicela estaría reduciendo las consultas de emergencia por herpes zóster

21 de junio de 2017 – Fuente: *The Journal of the American Medical Association – Dermatology*

Las consultas de emergencia por herpes zóster disminuyeron en la última década en los mayores de 60 años, pero aumentaron en la mayoría de los grupos etarios más jóvenes. El descenso en los mayores podría atribuirse a una mayor vacunación en esa población.

Quienes han sufrido varicela o están vacunados contra esa infección puede tener herpes, pero el riesgo aumenta significativamente después de los 50 años, y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos recomiendan vacunarse contra el virus recién a partir de los 60 años.

La vacunación reduce más de la mitad el riesgo de tener herpes y alivia dos tercios el dolor que causa (neuralgia posherpética).

Se analizaron las tendencias de las consultas de emergencia en distintos grupos etarios entre 2006, cuando apareció la vacuna contra el herpes en Estados Unidos, y 2013. Más de 1,3 millones de consultas de emergencia se debieron al virus del herpes. Esas consultas aumentaron más de 8% en el grupo de entre 20 y 59 años, pero se redujo casi 40% en los mayores de 60 años. Además, disminuyó 11% en el grupo de 18 y 19 años, en el que se recomendó la vacuna contra la varicela disponible en Estados Unidos desde 1995.

El estudio no demuestra que la vacunación reduce las consultas de emergencia por herpes, pero esto, junto con otros estudios, sugiere que la vacuna es efectiva porque reduce la posibilidad de tener herpes y su gravedad si así fuera.

La mayoría de los casos de herpes pueden ser tratados por un médico de atención primaria, aunque a menudo los pacientes consultan en los servicios de emergencia al sentir un dolor súbito, punzante y agudo en una zona del cuerpo con una erupción. Ese dolor aparece unos días antes del prurito, lo que dificulta el diagnóstico.

Los mayores de 60 años que no se vacunaron, deben consultar con su médico de cabecera. La vacuna dura unos cinco años, de modo que no se recomienda antes porque el efecto desaparecería cuando el riesgo comienza a aumentar.⁴

³ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

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



Estados Unidos, Minnesota: Caso de tularemia en Burnsville causado por la mordedura de un gato

10 de junio de 2017 – Fuente: Fox 9 (Estados Unidos)

Es una enfermedad rara en Minnesota, con sólo tres casos humanos en 2016, pero el Departamento de Salud de Minnesota advierte que los casos de tularemia podrían estar en aumento.

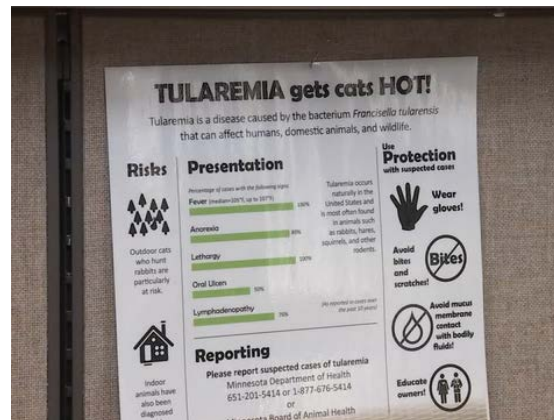
“Es todavía poco común, pero en los últimos años se han comenzado a registrar más y más casos”, dijo Kirk Smith, del Departamento de Salud de Minnesota.

La semana pasada, funcionarios de salud reportaron el primer caso de tularemia de 2017 en Burnsville, después que un gato infectado contagiara la bacteria a una persona. La enfermedad puede ser transmitida por animales infectados, garrapatas, tábanos y por consumo de agua o suelo contaminados.

Es común que los gatos contagien a los humanos; suelen contraer la enfermedad de una ardilla o un conejo. A su vez, las ardillas y los conejos generalmente contraen la enfermedad de garrapatas infectadas.

“Según pasan los años, aquí se ha vuelto más común en animales y en el ambiente, y en consecuencia en las personas”, dijo Smith.

Los síntomas de la tularemia pueden incluir úlceras o llagas en el sitio de la infección, inflamación de los ganglios linfáticos, fiebre alta y dolor corporal. La tularemia es mortal en hasta 5% de los casos, pero el tratamiento con antibióticos normalmente favorece una completa recuperación.⁵



México: La prueba rápida evita la transmisión vertical del VIH

28 de junio de 2017 – Fuente: EFE

La realización de 451.540 pruebas rápidas voluntarias de VIH en México ha evitado casos de transmisión del virus a bebés por parte de sus madres, informó hoy el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

“En los últimos dos años no se ha presentado ningún caso de transmisión del virus a bebés de mujeres que reciben tratamiento en el IMSS”, indicó Rita Delia Díaz Ramos, jefa del Área de Programas y Proyectos Clínicos de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad.

⁵ La tularemia es una enfermedad infecciosa potencialmente grave causada por la bacteria *Francisella tularensis*, un cocobacilo gramnegativo, resistente al frío e incluso a la congelación, y notablemente resistente a la lejía, pero sensible a los desinfectantes comunes. Es una bacteria muy infecciosa; se necesita muy poco inóculo para lograr la infección. Existen dos variedades: *F. t. tularensis*, propia de Norteamérica, la más virulenta para las personas; y *F. t. palaeartica*, presente en Asia y Europa, que es menos virulenta.

La enfermedad fue descrita en 1911, durante un brote en California. Es una enfermedad endémica en Norteamérica, Europa y Asia.

Los reservorios son muy diversas especies de mamíferos pequeños de los órdenes Rodentia (ratones, ratas, ardillas, etc.) y Lagomorpha (liebres, conejos y pikas). Los pequeños roedores son muy sensibles a la infección, sufriendo una alta mortalidad cuando se producen epidemias. Estas son favorecidas por una alta densidad de población y, después de ellas, los roedores supervivientes presentan inmunidad persistente. En los animales domésticos la infección suele tener un carácter subclínico.

La transmisión puede ocurrir de muchas maneras:

- Por contacto físico con el cuerpo infectado de animales, sobre todo a través de heridas y mucosas. Ésta es la única forma frecuente de transmisión de la variante propia de Europa y Asia. Cazadores, carniceros, granjeros, peleteros, guardas rurales y, en general, personas que frecuentan el campo son las que con mayor probabilidad pueden infectarse.
- Por picadura de diversos artrópodos. Los vectores primarios son sobre todo garrapatas y tábanos, pero puede transmitirla una amplia variedad de animales.
- Por agua contaminada con la bacteria. Se estima que en Norteamérica una fracción significativa de las transmisiones (5-10%) se produce de esta manera.
- Por inhalación. Hay que tomar precauciones con el polvo que levantan las labores agrícolas y las obras públicas.

Las personas que saben que han estado expuestas a la bacteria, por ejemplo inhalando polvo donde hay animales muertos por la enfermedad, deben comunicarlo al médico, que probablemente decretará un tratamiento preventivo con antibióticos. No se transmite por contagio directo, por lo que el simple contacto con enfermos no es causa de contagio, así que no es necesario un tratamiento preventivo si ésta es la única causa conocida de riesgo.

La persistencia en el ambiente puede ser de varias semanas, durante las cuales, después de una epidemia, deben mantenerse la vigilancia y las precauciones.

Se han descrito siete formas clínicas: ulceroglandular, tifoidea, oculoglandular, glandular, neumónica, orofaríngea y septicémica.

La incubación puede durar de 1 a 14 días, siendo 3-5 lo más frecuente. La enfermedad, si no se trata, dura entre 3 y 6 semanas. Entre los síntomas generales se incluyen: fiebre súbita, escalofríos, priapismo, dolor de cabeza, diarrea, dolores musculares y articulares, tos seca y debilidad progresiva. Otros síntomas dependen de la manera en que la persona entró en contacto con la bacteria. Se producen úlceras en el foco infeccioso cuando la infección es por contacto, dolor e inflamación de los ganglios linfáticos, dolor e inflamación de los ojos y dolor de garganta. Las personas también pueden contraer neumonía, cuando el contagio es por inhalación, lo que no es frecuente, y presentar dolor en el pecho, esputo sangriento, así como dificultades para respirar. La tularemia puede provocar tras complicaciones tales como osteomielitis, pericarditis y meningitis.

Para el tratamiento, el antibiótico de elección es la estreptomina. También puede ser tratada con quinolonas, gentamicina, tetraciclinas o cloranfenicol. Las personas expuestas a la bacteria de la tularemia deben recibir atención médica tan pronto como sea posible.

La institución detalló en un comunicado que la prueba ha demostrado alto grado de confiabilidad y resultados óptimos en materia de prevención.

“El programa, que se aplica a nivel nacional desde hace cinco años en la Unidad de Medicina Familiar del IMSS, involucra a un equipo multidisciplinario que va desde promotores de salud, nutrición y dietética, hasta los médicos familiares”, precisó Díaz Ramos.

La prueba debe ser realizada, preferentemente, durante el primer trimestre del embarazo, a fin de garantizar mejores resultados en el tratamiento y en caso de salir negativa se repite en el tercer trimestre y previo al nacimiento.

En caso de que la prueba resulte positiva, a la paciente se le realiza un segundo estudio, el inmunoensayo enzimático, y si esta también da positivo se hace una tercera y definitiva prueba, de la cual es notificada la embarazada antes de 72 horas.

Tras su diagnóstico, la mujer recibe tratamiento antirretroviral que asegure las mejores condiciones de salud y se le recomienda que el parto sea vía cesárea y no amamantar a su bebé para evitar contagiarlo.

Díaz Ramos enfatizó que la prevención debe comenzar con información confiable desde la juventud, ya que las relaciones sexuales en adolescentes conllevan riesgos al no usar métodos anticonceptivos adecuados para la protección contra el VIH y otras infecciones de transmisión sexual.



Venezuela: Alertan sobre la escasez de tratamiento contra el VIH/sida

29 de junio de 2017 – Fuente: EFE

La ONG venezolana Acción Solidaria, que cuenta con el llamado “Centro de Información Nacional de VIH y Sida”, alertó el 29 de junio que desde hace ocho meses hay escasez de tratamiento antirretroviral en el país, así como ausencia de reactivos para hacer los análisis de laboratorios.

La ONG difundió un comunicado en el que pide a las autoridades del Ministerio de Salud de Venezuela que respondan a esta situación que pone en riesgo la vida de más de 70.000 personas que actualmente viven con VIH/sida en el país.

“Nuestro Centro de Información Nacional de VIH y Sida ha recibido llamadas desde inicios del mes de junio que evidencian el desabastecimiento de antirretrovirales en todos los centros de salud pública del país”, se indica en el escrito.

Asimismo, se señala que durante lo que va de 2017 este centro ha atendido más de 320 llamadas que informan de la escasez de medicamentos esenciales para el control del VIH e indican que mientras a principios de año la entrega era intermitente “en los últimos meses se ha interrumpido por completo”.

“Por ello, exigimos al Ministerio del Poder Popular para la Salud, al Programa Nacional de VIH/Sida y al Instituto Nacional de Higiene, solucionar de inmediato esta situación y que se cumpla con las pautas establecidas por el Programa Nacional de VIH/Sida”, dice el comunicado.

En Venezuela es un mandato legal la entrega de los medicamentos para tratar el VIH/sida según la jurisprudencia de la Sala Político Administrativa del Tribunal Supremo de Justicia del 15 de julio de 1999.

“Instamos a las personas con VIH a denunciar la afectación de sus derechos a la salud y la vida ante las instancias competentes, en especial ante la Defensoría del Pueblo, organismo legitimado por Ley para conocer de esta situación”, se agrega en el escrito.

El llamado se suma al que realizó a principios de mes otro grupo de organizaciones no gubernamentales de todo el país que ya alertaban sobre la escasez del tratamiento para las personas con VIH.

El mundo



China: Nuevos casos humanos de influenza aviar A(H7N9)

8 de junio de 2017 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

Entre el 2 y el 9 de junio de 2017, la Comisión Nacional de Salud y Planificación Familiar (CNSPF) de China notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) 21 nuevos casos confirmados de infección humana por el virus de la influenza aviar A(H7N9).

Detalles de los casos

En los casos notificados, los síntomas aparecieron entre el 12 de mayo y el 3 de junio de 2017. De estos 21 casos, siete eran de sexo femenino. La mediana de edad era de 47 años (rango de 4 a 68 años). Los casos se registraron en Beijing (4), Anhui (3), Shandong (3), Shaanxi (2), Chongqing (2), Henan (2), Guangxi (1), Hebei (1), Hubei (1), Jiangsu (1) y Sichuan (1).

Al momento de la notificación, un caso había fallecido, y 17 habían sido diagnosticados con neumonía (8) o neumonía grave (9). En 17 casos se refieren antecedentes de exposición a aves de corral o a mercados de aves de corral vivas. Tres casos reportaron no haber tenido ninguna exposición a aves de corral.

Se informó de un clúster en la provincia de Shaanxi, que involucró a un hombre de 68 años de edad, que inició síntomas el 23 de mayo, y su esposa de 67 años de edad, que inició síntomas el 26 de mayo. Ambos tenían antecedentes de exposición en la Región Autónoma de Mongolia Interior a pollos comprados en un mercado y que ellos criaron en su patio trasero. Algunos de los pollos murieron poco después de la compra y la pareja sacrificó algunas

de las otras aves. Esta es la primera vez que se informa que la Región Autónoma de Mongolia Interior como el probable lugar de la exposición al virus de la influenza aviar A(H7N9). Este virus se detectó recientemente por primera vez en esta región en muestras procedentes de mercados de aves vivas.

Desde principios de 2013 hasta la fecha se han notificado, en virtud del Reglamento Sanitario Internacional, 1.533 casos confirmados de infección humana por el virus de la influenza aviar A(H7N9).

Respuesta de salud pública

Los gobiernos de los niveles nacionales y locales están tomando medidas adicionales, entre ellas:

- Continuar guiando a las provincias para fortalecer la evaluación, y las medidas de prevención y control.
- Continuar fortaleciendo las medidas de control con el foco puesto en el manejo higiénico de los mercados de aves vivas y el transporte transregional.
- Llevar a cabo investigaciones detalladas del origen para informar las medidas de prevención y control eficaces.
- Continuar con la detección y tratamiento tempranos de los casos de infección humana por el virus de la influenza aviar A(H7N9) para reducir la mortalidad.
- Continuar con la comunicación de riesgos y la publicidad de la información a fin de proporcionar al público una guía para su autoprotección.
- Fortalecer la vigilancia virológica, para definir el alcance de la contaminación del ambiente y las mutaciones del virus, con el fin de proporcionar orientación adicional para la prevención y control.

Evaluación del riesgo por la OMS

El número de casos humanos de influenza aviar A(H7N9) en esta quinta ola epidémica (con fecha de inicio el 1 de octubre de 2016) es ya mayor que el número total de casos reportados en oleadas anteriores. Esto sugiere que el virus se está propagando y enfatiza la importancia de la vigilancia intensificada y las medidas de control en el ámbito sanitario tanto en el sector humano como animal.

Según la curva epidemiológica, el número de casos reportados semanalmente parece haber alcanzado su punto máximo a principios de febrero y está disminuyendo lentamente. El pico de casos de este año se corresponde con la fecha de los picos de años anteriores. En la mayoría de los casos humanos la exposición al virus de la influenza aviar A(H7N9) se produce por contacto con aves de corral infectadas o entornos contaminados, incluyendo los mercados de aves de corral vivas. Como se sigue detectando el virus en animales y en los ambientes y continúa la venta de aves de corral vivas, son de prever nuevos casos humanos.

Aunque ha habido pequeños clústeres de casos de infección humana por virus de la influenza aviar A(H7N9), algunos de ellos en pacientes que han compartido habitación, los datos epidemiológicos y virológicos actuales indican que el virus no ha adquirido la capacidad de transmitirse de forma sostenida entre los seres humanos. Así pues, por el momento se considera improbable la propagación del virus a nivel comunitario.

Para evaluar el riesgo y ajustar oportunamente las medidas destinadas a gestionarlo es fundamental una observación estrecha de la situación epidemiológica y una caracterización de los virus humanos más recientes.

Consejos de la OMS

La OMS aconseja a quienes viajen a países donde haya brotes conocidos de influenza aviar que eviten, en lo posible, las granjas de aves, el contacto con animales en los mercados de aves vivas, la entrada en instalaciones donde se sacrifiquen aves de corral y el contacto con cualquier superficie que parezca estar contaminada por heces de aves de corral o de otros animales. Los viajeros deben lavarse frecuentemente las manos con agua y jabón y prestar atención a la inocuidad y la 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, habrá que pensar en el diagnóstico de infección por virus de la influenza aviar en pacientes que presenten síntomas respiratorios agudos graves durante viajes a zonas donde haya influenza aviar, o poco después de la vuelta de dichos viajes.

La OMS alienta a los países a que sigan reforzando la vigilancia de la influenza, en particular la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas graves y la enfermedad tipo influenza; y que examinen cuidadosamente todos los casos inusuales para garantizar la notificación de las infecciones humanas de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005) y sigan con sus medidas nacionales de preparación sanitaria.



Europa: Actualización sobre la situación del sarampión en la Región

22 de junio de 2017 – Fuente: European Centre for Disease Prevention and Control

Rumania está experimentando un gran brote de sarampión desde febrero de 2016. Se siguen notificando casos a pesar de las medidas de respuesta en curso implementados a nivel nacional a través de la intensificación de las actividades de vacunación. Entre el 1 de enero de 2016 y el 16 de junio de 2017, Rumania ha notificado 7.233 casos de sarampión, incluyendo 30 muertes. En 2016, varios otros países de la Unión Europea/Espacio Económico Europeo (UE/EEE) reportaron brotes de sarampión, y en 2017 se sigue observando un aumento en el número de casos. Algunos brotes de sarampión previos y actuales en otros países de la UE/EEE han sido vinculados epidemiológicamente con el actual brote en Rumania.

Además de Rumania, otros países de la UE/EEE han reportado casos de sarampión en 2017: Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Dinamarca, Eslovaquia, España, Francia, Gran Bretaña, Hungría, Islandia, Italia, Portugal, República Checa y Suecia.

- **Alemania:** En 2017, hasta el 14 de junio, se han informado 723 casos. En el mismo periodo de 2016, se informaron 100 casos.

- **Austria:** En el año 2017, hasta el 8 de junio, se han informado 78 casos. Esto supera el número acumulado de casos notificados en 2016.

- **Bélgica:** Entre el 20 de diciembre de 2016 y el 8 de mayo de 2017, Wallonne ha informado 293 casos, de los cuales 115 fueron hospitalizados. El brote afecta a todas las provincias de Wallonne, con la excepción de la provincia de Luxembourg. No hay informes de muertes. El caso índice del brote en Wallonne viajó a Rumania durante el período de incubación. Después de un pico de 40 casos por semana a principios de marzo, la epidemia ha ido disminuyendo gradualmente. En Vlaams Gewest, se notificó un caso aislado importado en enero y otro en marzo, con posibles vínculos con el clúster de Wallonne. En la región de Brussels Hoofdstedelijk, se notificó un caso aislado importado en febrero y dos casos fueron notificados en marzo, sin vínculos conocidos con el brote en Wallonne. Ambos casos importados tenían un historial de viajes a Rumania durante el período de incubación, y el Centro Nacional de Referencia para Sarampión, Parotiditis y Rubéola identificó el genotipo B3, el cual también se identificó en Rumania, Italia y Austria a fines de 2016.

- **Bulgaria:** Entre mediados de marzo y el 18 de junio de 2017, se han informado 140 casos en Plovdiv. También se han reportado casos en Pazardzhik (15) y en Montana (4).

- **Dinamarca:** El 15 de marzo de 2017 se informó un caso importado en un adulto no vacunado que fue infectado durante unas vacaciones en Asia.

- **Eslovaquia:** El 24 de abril de 2017, Eslovaquia informó un caso importado en un italiano de 25 años de edad, no vacunado, que estudia en Košice. En Eslovaquia, los últimos casos endémicos se reportaron en 1998, y los últimos casos importados en 2011 y 2012.

- **España:** Un brote comenzó en la primera semana de enero en el área metropolitana de Barcelona, relacionado con un caso importado de China. Hasta el 7 de abril se han confirmado 46 casos. La mayor parte de los casos son adultos no vacunados o con vacuna incompleta. Cuatro de los casos son niños, y diez casos fueron hospitalizados.

- **Francia.** Entre el 1 de enero y el 31 de mayo de 2017, se han informado 295 casos, casi seis veces el número de casos notificados en 2016 en el mismo período (47 casos). Los casos están relacionados principalmente con un brote en Lorraine (60 casos entre febrero y abril de 2017) y varios brotes en Nouvelle-Aquitaine y Occitania. La incidencia es mayor en los niños menores de 1 año (5,2 cada 100.000, con 43 casos), lo que representa 14,6% de los casos notificados. Dos casos de encefalitis y 22 de neumonía grave se han registrado desde el comienzo del año. De los casos con estado de vacunación conocido (258 casos), 190 (74%) no estaban vacunados, 40 (16%) habían recibido una sola dosis, 25 (10%) habían recibido dos dosis, y en tres casos (1%) se desconocía el número de dosis.

- **Gran Bretaña:** El 6 de junio, Salud Pública de Gales reportó cuatro casos en una escuela secundaria de Newport, Gales. Durante los tres primeros meses de 2017, Inglaterra reportó 17 casos confirmados, en comparación con 37 casos entre octubre y diciembre de 2016. Irlanda del Norte ha informado un caso y Escocia no ha informado casos en lo que va del año.

- **Hungría:** Entre el 21 de febrero y el 22 de marzo de 2017, Hungría informó 54 casos. Las autoridades sanitarias levantaron la cuarentena del hospital en Makó, al sudeste del país, al no detectarse nuevos casos en dos semanas.

- **Islandia:** El 31 de marzo de 2017, Islandia informó dos casos en hermanos gemelos de 10 meses de edad, no vacunados. El primer caso fue diagnosticado 10 días antes del segundo. Esta es la primera vez en un cuarto de siglo que se produce una infección por sarampión en el país.

- **Italia:** En el año 2017, hasta el 11 de junio, se han reportado 2.988 casos, en 18 de las 21 regiones del país. Entre estos, 237 son trabajadores sanitarios. La media de edad es de 27 años; 89% de los casos no estaba vacunado y 6% recibió sólo una dosis de la vacuna.

- **Portugal:** En el año 2017, hasta el 5 de junio, se han informado 31 casos confirmados, de los que 20 (65%) son mayores de 18 años de edad, 19 (61%) estaban vacunados, 13 (42%) son profesionales de la salud, y 14 (45%) fueron hospitalizados. 22 casos han sido confirmados en la región de Lisboa e Vale do Tejo, siete en Algarve, uno en Norte y otro en Alentejo. Se reportó una muerte.

- **República Checa:** Hasta el 16 de junio de 2017, la región de Moravskoslezský reportó 130 casos, de los cuales 123 fueron confirmados por laboratorio. Diecinueve de los casos corresponden a profesionales sanitarios.

- **Rumania:** Entre el 1 de enero de 2016 y el 16 de junio de 2017 se han informado 7.233 casos, incluyendo 30 muertes. Una posible muerte adicional se encuentra bajo investigación. Los casos son confirmados por laboratorio o por vínculo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio. Los bebés y los niños pequeños son el grupo más afectado. 41 de los 42 distritos de Rumania han informado casos; Timiș (en el oeste del país, fronterizo con Serbia)

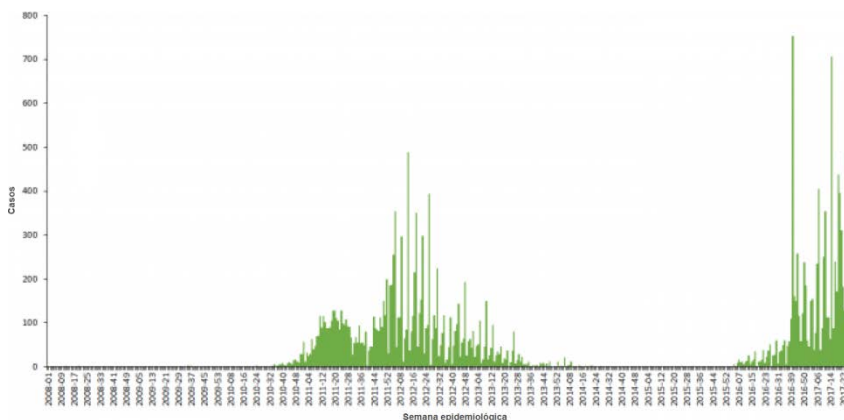


Gráfico 1. Casos notificados, según semana epidemiológica. Rumania. Desde semana 1 de 2008 hasta semana 24 de 2017. Fuente: Instituto Nacional de Salud Pública de Rumania y Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades.

es el distrito más afectado, con 1.167 casos. Están en marcha actividades de vacunación en las comunidades con coberturas de vacunación subóptimas.

• **Suecia:** Entre mediados de abril y el 31 de mayo de 2017, se han informado cuatro casos en la parte suroeste del país. A principios de 2017, Suecia informó 15 casos en el área de Stockholm, incluyendo tres casos importados.

Evaluación del ECDC

Siguen ocurriendo brotes de sarampión en los países de la UE/EEE. Hay un riesgo de propagación y transmisión sostenida en áreas con poblaciones susceptibles. La cobertura nacional de vacunación sigue siendo inferior a 95% para la segunda dosis de vacuna triple viral en la mayoría de los países de la UE/EEE. El progreso hacia la eliminación del sarampión en la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) está siendo evaluada por la Comisión de la Región Europea de Verificación (RVC) para la Eliminación del Sarampión y la Rubéola. Los Estados Miembros de la Región Europea de la OMS están haciendo constantes progresos hacia la eliminación del sarampión. En la quinta reunión de la RVC para la Eliminación del Sarampión y la Rubéola, en octubre de 2016, de los 53 países de la Región Europea de la OMS, 24 (15 de los cuales están en la UE/EEE) declararon que habían alcanzado la meta de la eliminación del sarampión, y 13 países (nueve en la UE/EEE) concluyeron en que han interrumpido la transmisión endémica por entre 12 y 36 meses, lo que significa que están en camino de lograr el objetivo de la eliminación. Sin embargo, se consideró que seis países de la UE/EEE todavía tienen transmisión endémica: Alemania, Bélgica, Francia, Italia, Polonia y Rumania.⁶



India: Se registraron 324 muertes por rabia entre 2014 y 2016

14 de junio de 2017 – Fuente: The Times of India (India)

La rabia causó 16 muertes humanas en Gujarat entre 2014 y 2016. El estado ocupa el quinto puesto entre los 29 estados y siete territorios de la unión, incluyendo el Territorio de la Capital Nacional de Delhi.

Según las cifras brindadas por el Ministerio de Salud de la Unión, India reportó 324 muertes por rabia en ese período.

Gujarat informó siete muertes en 2014 y ocho en 2015, respectivamente. Las cifras bajaron en 2016 cuando el estado reportó sólo una muerte debido a la rabia.

Con 146 muertes, Bengala Occidental reportó el mayor número de muertes debido a la rabia, seguido de Delhi (39), Jharkhand (34) y Madhya Pradesh (23). Mientras tanto Kerala informó 14 muertes, seguido de Odisha (12), Uttarakhand (6), Assam (5) y Bihar (5).

Fuentes del Departamento de Salud de Gujarat dijeron que las muertes son causadas en su mayoría debido a mordeduras de perros. La ciudad de Ahmedabad también enfrenta el eterno problema de los perros callejeros, ya que reporta un promedio de 600 casos de mordeduras de perros cada semana. Como consecuencia del aumento de las mordeduras de perros, las autoridades de la Corporación Municipal de Ahmedabad decidieron establecer un objetivo de 1.000 esterilizaciones de perros al mes en cada una de las cuatro agencias que trabajan para el cuerpo cívico. Sin embargo, esto parece no haber dado resultado, ya que el número de casos de rabia sigue aumentando.



Italia, Sardeña: Primer caso de tétanos infantil en 30 años

28 de junio de 2017 – Fuente: Corriere della Sera (Italia)

Un niño de 10 años de edad de Sardeña ha sido diagnosticado con tétanos.

“Es un caso muy raro”, dijo Giovanni Zanda, jefe del Servicio de Pediatría del Hospital ‘San Martino’ de Oristano, en el oeste de Sardeña. “El tétanos es una enfermedad que puede ser considerada prácticamente desaparecida en Italia entre los niños, gracias a la vacunación”. Es el primer caso registrado de tétanos en un niño en Italia en 30 años, según un portavoz del Instituto Nacional de Salud del país.

El niño, que no estaba vacunado contra el tétanos, fue atendido primeramente en el hospital por un corte en la frente causado por una caída al andar en bicicleta. Los médicos entonces sugirieron una terapia de inmunoglobulina antitetánica, como medida de precaución, como es normal, propuesta que habría sido rechazada por sus padres.

Cuando el niño regresó al hospital unas semanas más tarde, el tétanos ya había alcanzado la etapa aguda. Los médicos advirtieron ciertos síntomas, como parálisis facial, que no responde a la cortisona. El niño está bajo tratamiento, y su vida no corre peligro; su condición está mejorando gradualmente, pero aún muestra algunos síntomas típicos de la enfermedad, tales como contracción muscular y parálisis de los nervios craneales.



Mapa 1. Coberturas porcentuales de vacunación contra el tétanos, según región. Italia. Año 2015.

⁶ Puede consultar el informe completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

Sin embargo, el caso ha encendido luces de alarma y brinda un mayor apoyo a la reciente y muy discutida ley dictada por el gobierno que hace que la aplicación de 12 vacunas sea un requisito obligatorio para la inscripción escolar. Estas incluyen, entre otras, las vacunas contra el sarampión, la hepatitis B y el tétanos. Varias regiones del norte del país han desafiado legalmente el decreto.

De acuerdo con la nueva ley, las familias que no vacunen a sus hijos de edades comprendidas entre los 6 y los 16 años serán multadas y obligadas a una consulta en el centro de salud más cercano.

Las familias que no respeten la ley podrían ser multadas e incluso hasta se les podría quitar la custodia de sus hijos. La ley entrará en vigor desde el comienzo del año escolar 2017-2018 y se ha previsto un período de transición de un año.

Según las propias directrices el Ministerio de Salud, los principales cambios a la ley implican un aumento en el número de vacunaciones obligatorias de 4 a 12. Las vacunas también se convierten en un requisito obligatorio para la inscripción en los jardines de infantes para los niños de hasta 6 años de edad.

"Este caso de tétanos representa un caso excepcional que sin duda se podría haber evitado si el pequeño hubiera sido vacunado", dijo Zanda.⁷



Sudán del Sur, Ecuatoria: Registran 70 casos del síndrome del cabeceo en Maridi

30 de junio de 2017 – Fuente: EFE

Las autoridades sursudanesas han registrado 70 casos del conocido como "síndrome del cabeceo" entre niños del estado de Maridi, situado en el suroeste del país, y han pedido a las ONGs internacionales que intervengan lo antes posible para tratar a los afectados.

El gobernador del estado afectado, Africano Mande, informó hoy en la capital del país, Juba, que la enfermedad apareció el año pasado, pero los equipos médicos no lograron identificarla.

Mande aclaró que ha sido un equipo sanitario del Ministerio de Salud Federal quien ha detectado, este mes, el origen del mal que padecían estos menores.

El síndrome del cabeceo es una condición neurológica de origen desconocido que causa disfunción cognitiva y deterioro neurológico, así como un retraso en el crecimiento, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El gobernador precisó que se han desplazado a la zona médicos internacionales para estudiar las causas de la propagación de la enfermedad y los posibles métodos para luchar contra su expansión.

Asimismo, mostró su preocupación ante su eventual propagación a los estados vecinos de Amadi, Guduei y Jubek, situados en el sur del país africano.

Mandy indicó que el tratamiento que se ha aplicado a los menores hasta el momento no es efectivo.



⁷ El tétanos es una enfermedad aguda provocada por las neurotoxinas producidas por la bacteria *Clostridium tetani*, un bacilo anaeróbico estricto, Gram positivo, móvil, productor de esporas. Ha sido aislado en la tierra (especialmente en la tierra de cultivo), en heces e intestinos de caballos, ovejas, ganado bovino, ratas, perros, conejillos de indias y pollos; también en sedimentos marinos, en medio inorgánico y metales en oxidación. Sus esporas se pueden encontrar en la tierra y en la superficie de la piel (tanto la de animales como humanos) y debajo de las uñas. Estas esporas son estables en condiciones atmosféricas generales y pueden vivir durante años, excepto que entren en contacto con oxígeno o luz solar. Es resistente a fenol, formol y etanol, pero son destruidas por peróxido de hidrógeno, glutaraldehído y la esterilización por calor.

C. tetani se introduce al cuerpo a través de heridas abiertas por contacto con tierra, estiércol contaminado; por cortes o penetración de algún objeto oxidado, como clavos, anzuelos, cuchillas oxidadas; mordeduras de perros, etcétera.

El periodo de incubación del tétanos va de 24 horas a 54 días (8 días en promedio). Por lo general, cuanto más alejado esté la herida del sistema nervioso central, más largo es el periodo de incubación. Los periodos de incubación y la probabilidad de muerte por tétanos son inversamente proporcionales. Una vez en el interior del cuerpo prolifera por todo el organismo, transportada por vía sanguínea y linfática, hasta alcanzar el sistema nervioso, por el cual tiene preferencia. Se multiplica y segrega dos toxinas –tetanolisina y tetanospasmina–, que penetran en las fibras nerviosas motoras periféricas, hasta llegar al sistema nervioso central, provocando parálisis y espasmos musculares que caracterizan la enfermedad.

Con frecuencia, el tétanos comienza con espasmos leves en los músculos de la mandíbula. Los espasmos también pueden afectar el tórax, el cuello, la espalda y los músculos abdominales. Los espasmos musculares de la espalda a menudo causan arqueamiento, llamado opistótonos. Algunas veces, los espasmos afectan músculos de la respiración, lo cual puede llevar a problemas respiratorios. La acción muscular prolongada causa contracciones súbitas, fuertes y dolorosas de grupos musculares. Estos episodios pueden provocar fracturas y desgarramientos musculares. También se presenta babeo, sudoración excesiva y fiebre.

El tétanos se puede prevenir mediante la vacunación. Un refuerzo de la vacuna es recomendable cada 10 años. Por lo general, se da una vacuna cada vez que un paciente sufre un pinchazo o una herida cuando no se tiene la certeza de su vacunación. Siguiendo el esquema de tres dosis durante la lactancia, un refuerzo en la infancia, uno en la adolescencia y uno en la edad adulta, la protección puede durar de por vida.

Sudán del Sur es escenario de un conflicto que estalló en diciembre de 2013 entre fuerzas leales al presidente del país, Salva Kiir Mayardit, de la etnia dinka, y al ex vicepresidente Riek Machar Teny, de la tribu nuer, que todavía continúa activo a pesar de varias iniciativas de paz.⁸



Yemen: Se eleva a 1.500 el número de muertos por el cólera

1 de julio de 2017 – Fuente: EFE

La Organización Mundial de la Salud (OMS) elevó el 1 de julio a 1.500 el número de muertos y a 246.000 el de afectados por el cólera en Yemen desde el primer brote del pasado 27 de abril.

El representante de la OMS en Yemen, Nevio Zagaria, calificó la situación de “muy grave”, e indicó que la epidemia se ha propagado por 21 de las 23 provincias yemeníes y en 285 de sus 333 municipios, mientras la enfermedad se expande.

Zagaria mencionó que el 30 de junio se registraron los dos primeros casos en la provincia de Hadramaut, en el sureste del país.

El pasado 27 de junio, la OMS anunció que la cifra de fallecidos era de 1.400 y el de contagiados de 218.000.

Coincidiendo con los dos meses desde el registro del primer brote, la OMS aseguró que los casos sospechosos de cólera registrados en Yemen en la semana anterior al 27 de junio habían bajado ligeramente en comparación con la media semanal de los dos últimos meses, aunque precisó que era demasiado pronto para valorar si había un retroceso real de la epidemia.



Un nuevo dispositivo simplifica la identificación de hospedadores de *Leishmania*

26 de abril de 2017 – Fuente: *International Journal for Parasitology*

Un equipo de investigación internacional de Australia, Etiopía, Israel y Estados Unidos, han desarrollado un novedoso dispositivo para obtener microbiopsias mínimamente invasivas que imitan las picaduras y la alimentación de los flebótomos que transmiten la leishmaniosis, proporcionando un método de muestreo conveniente para identificar portadores asintomáticos potencialmente infecciosos de *Leishmania donovani* en áreas endémicas.

Las especies de *L. donovani*, los parásitos que causan la leishmaniosis visceral, son transmitidas a los seres humanos por flebótomos infectados por una comida de sangre (y piel) tomada al picar un reservorio infectado, principalmente humanos (India y África Oriental) o perros (América Latina, Europa, Oriente Medio y África del Norte). La mayoría de los individuos infectados permanecen asintomáticos, pero sirven como reservorios del parásito para la transmisión de la enfermedad a través de los flebótomos. El estándar de oro para evaluar la capacidad de infección de los hospedadores humanos a los insectos vectoriales mordedores es el xenodiagnóstico: calificar las tasas de infección entre los insectos criados en un insectario que se habían alimenta-



⁸ El síndrome del cabeceo es una enfermedad infantil poco conocida que emergió en Sudán en la década de 1960. Es fatal, provoca una discapacidad física y mental que solo afecta a niños, normalmente de entre 5 y 15 años. En la actualidad está restringida a pequeñas regiones del sur de Sudán, Tanzania y Uganda. Antes de darse a conocer a partir de brotes en el sur de Sudán, la enfermedad fue descrita por primera vez en 1962 de casos encontrados en regiones montañosas aisladas de Tanzania, aunque la conexión entre esta enfermedad y el síndrome del cabeceo ha sido posterior.

Los síntomas son muy peculiares. Cuando un niño es afectado sufre un retraso completo y permanente en el crecimiento, incluido el cerebro, llevando a un retraso mental. Causa un cabeceo patológico, con ataques que con frecuencia comienzan cuando la víctima comienza a ingerir alimentos o, a veces, cuando siente frío. Estas convulsiones son breves y se detienen cuando el niño deja de comer o vuelve a estar caliente. Estas convulsiones pueden manifestarse con un amplio grado de severidad. Ataques severos pueden provocar que el niño pierda el conocimiento, dando lugar a una lesión mayor. Las convulsiones han sido identificadas mediante exploraciones por electroencefalogramas y resonancias magnéticas, mostrando atrofia cerebral con daños en el hipocampo y células gliales. El cabeceo no se produce cuando al paciente se le ofrecen alimentos desconocidos, como chocolate.

El diagnóstico no está muy avanzado y se basa en las reveladoras convulsiones de asentimiento con la cabeza de las víctimas. El retraso en el crecimiento y el retraso mental, junto con los ataques, dan pistas de que la enfermedad está presente. Se pueden utilizar exploraciones neurológicas en un intento de diagnosticar los síntomas de la enfermedad en el futuro. Como no existe una cura conocida para la enfermedad, el tratamiento de los síntomas incluye el uso de anticonvulsivos como el valproato de sodio y el fenobarbital. También han sido administrados medicamentos contra la malaria, con efectos desconocidos.

El síndrome del cabeceo se cree que es una enfermedad muy debilitante física y mentalmente. Se trata, según todos los informes, de un trastorno progresivo y fatal, tal vez con una duración de unos tres años o más. Aunque se afirma que algunos niños se han recuperado de ella, muchos han muerto por la enfermedad. Las crisis, como se mencionó anteriormente, también podrían hacer que los niños se desmayasen pudiendo lesionarse o morir, como por ejemplo al caer en un fuego abierto.

Actualmente se desconocen las causas de la enfermedad, pero se cree que puede estar conectada a infecciones por el gusano nemátodo parásito *Onchocerca volvulus*, el cual prevalece en todas las áreas afectadas. *O. volvulus* usa como vector a la mosca negra y causa la oncocercosis o “ceguera del río”. En 2004, la mayoría de los niños que sufrieron del síndrome vivían cerca del río Yei, una zona donde la oncocercosis es muy común, y 93% de los que sufren el síndrome son portadores del parásito; un porcentaje mucho mayor que el encontrado en los niños sin el síndrome. Un vínculo entre la oncocercosis y los casos normales de epilepsia, así como del retraso en el desarrollo, fue propuesto alguna vez, pero la evidencia no permitió obtener ninguna conclusión al respecto. En definitiva, se sabe que *O. volvulus* está involucrado en alguna forma, pero no se conoce el mecanismo exacto, porque el gusano también es bastante común en áreas no afectadas por el síndrome del cabeceo. Tampoco existe ninguna prueba de que *O. volvulus* está realmente entrando al cerebro, pero no se puede excluir la posibilidad de que actúe algún mecanismo autoinmune.

do de los seres humanos sospechosos de estar infectados. Sin embargo, cuando se trata de flebótomos y leishmaniosis, el xenodiagnóstico es una operación compleja cargada de obstáculos logísticos y preocupaciones éticas que impiden su aplicación efectiva para el cribado poblacional.

El equipo de investigadores ha desarrollado y ensayado dispositivos de microbiopsia mínimamente invasiva diseñados para penetrar la piel a una profundidad de $\sim 200\mu\text{m}$ y absorber la sangre así como los lisados celulares de la piel, imitando el modo de alimentación mediante el cual los flebótomos adquieren la sangre de la que se alimentan.

Utilizando los dispositivos, las microbiopsias tomadas de 137 de 262 voluntarios en focos endémicos de leishmaniosis visceral en Etiopía, detectaron parásitos *Leishmania* que podrían ser chupados por los flebótomos al alimentarse. Aunque el volumen de las muestras de las microbiopsias fue 10 veces menor que las muestras de sangre por punción digital, las tasas de detección de ADN de *Leishmania* de las microbiopsias fueron significativamente más altas, lo que implica que la piel, más que la sangre, es la principal fuente de parásitos.

Los voluntarios con historias de leishmaniosis visceral tenían casi la misma probabilidad que los voluntarios sanos de dar resultados positivos con las microbiopsias, lo que sugiere la importancia de las personas asintomáticas como huéspedes reservorios. Estos dispositivos de microbiopsias podrían permitir una evaluación fiable y eficiente de las tasas de infección de *L. donovani* entre un gran número de portadores asintomáticos y su infectividad en los flebótomos hematófagos.⁹

Publicidad relacionada con la salud



Estados Unidos (1942)

⁹ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

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

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

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