



# Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente  
Córdoba - Argentina

[www.reporteepidemiologico.com](http://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 intoxicación por monóxido de carbono
- Argentina está entre los países más afectados por la resistencia a las drogas contra el VIH

### América

- Latinoamérica: El fracaso de la aplicación de la vacuna contra el VPH
- Estados Unidos: La vacunación reduce la gravedad de la tos convulsa
- Estados Unidos, Missouri: Muerte por infección por el virus Bourbon
- Haití avanza hacia la eliminación de la rabia
- Panamá: Epidemia de conjuntivitis

### El mundo

- Costa de Marfil: Brote de dengue
- Japón registra el primer ataque a una persona por la hormiga roja de fuego
- Nigeria, Borno: La OMS intenta evitar unas 10.000 muertes a causa de la malaria
- Países Bajos: Alerta alimentaria por huevos contaminados con un pesticida
- Portugal: Confirman 402 casos de hepatitis A en lo que va del año
- El virus Zika puede contagiarse por vía oral en monos



## Número 1.949

7 de agosto 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.)  
 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.)  
 Carla Vizzotti (Arg.)

### Adhieren:

#### SLAMVI

Sociedad Latinoamericana  
de Medicina del Viajero

[www.slamviweb.org/](http://www.slamviweb.org/)



[www.circulomedicocba.org/](http://www.circulomedicocba.org/)



[www.consejomedico.org.ar/](http://www.consejomedico.org.ar/)



Biblioteca de la Facultad  
de Ciencias Médicas  
Universidad Nacional de Córdoba

[www.biblioteca.fcm.unc.edu.ar/](http://www.biblioteca.fcm.unc.edu.ar/)



S.A.D.I.  
[www.said.org.ar/](http://www.said.org.ar/)

#### Comité Nacional de Infectología

Sociedad Argentina de Pediatría  
[www.sap.org.ar/](http://www.sap.org.ar/)



[www.apinfectologia.org/](http://www.apinfectologia.org/)



[www.sadip.net/](http://www.sadip.net/)



[www.apargentina.org.ar/](http://www.apargentina.org.ar/)

## Vigilancia de intoxicación por monóxido de carbono

28 de julio de 2017 – Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios –

**Tabla 1.** Casos notificados y confirmados, según provincia y región. Argentina. Años 2016/2017, hasta semana epidemiológica 25. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.<sup>1</sup>

Provincia/Región	2016		2017	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	76	30	68	24
Buenos Aires	194	153	174	124
Córdoba	97	58	54	29
Entre Ríos	9	7	30	21
Santa Fe	7	7	12	8
<b>Centro</b>	<b>383</b>	<b>255</b>	<b>338</b>	<b>206</b>
Mendoza	118	—	93	—
San Juan	25	18	30	18
San Luis	6	4	1	—
<b>Cuyo</b>	<b>149</b>	<b>22</b>	<b>124</b>	<b>18</b>
Corrientes	1	—	2	—
Chaco	—	—	—	—
Formosa	4	—	—	—
Misiones	6	—	3	—
<b>NEA</b>	<b>11</b>	<b>—</b>	<b>5</b>	<b>—</b>
Catamarca	11	—	13	—
Jujuy	—	—	—	—
La Rioja	—	—	—	—
Salta	67	—	35	—
Santiago del Estero	41	—	4	—
Tucumán	94	74	38	33
<b>NOA</b>	<b>213</b>	<b>74</b>	<b>90</b>	<b>33</b>
Chubut	24	11	57	24
La Pampa	—	—	—	—
Neuquén	106	10	105	33
Río Negro	39	35	78	56
Santa Cruz	10	7	24	21
Tierra del Fuego	18	9	31	18
<b>Sur</b>	<b>197</b>	<b>72</b>	<b>295</b>	<b>152</b>
<b>Total Argentina</b>	<b>953</b>	<b>423</b>	<b>852</b>	<b>409</b>

## Argentina está entre los países más afectados por la resistencia a las drogas contra el VIH

20 de julio de 2017 – Fuente: Docsalud (Argentina)

En Argentina más del 10% de las personas que realizan tratamiento contra el VIH tiene una cepa del virus resistente a alguna de las drogas más utilizadas, lo que sucede también en Guatemala, Nicaragua, Zimbabue, Namibia y Uganda, según un informe presentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que relevó datos en once países<sup>2</sup>.

El informe sobre la resistencia a los medicamentos contra el VIH de la OMS de este año mostró que en las restantes cinco naciones –Brasil, Colombia, México, Camerún y Myanmar–, los resultados fueron iguales o menores a 10%.

“La resistencia a los medicamentos es un desafío creciente para la salud global y el desarrollo sostenible”, afirmó el director general de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, quien destacó la necesidad de “abordar los crecientes niveles de resistencia a los fármacos contra el VIH si queremos alcanzar el objetivo mundial de poner fin al sida para 2030”.

“Cuando se comienza a tratar a la población con determinadas drogas es normal que con el tiempo comience a generarse resistencia. Eso sucede, por ejemplo, con los antibióticos. Y la causa tiene que ver con lo que se denomina ‘mala adherencia’, esto es, la forma en la que el paciente toma la medicación, si lo hace tal cual se le prescribe, saltea tomas o interrumpe temporariamente, etc”, explicó Omar Sued, director del Área de Investigaciones Clínicas de la Fundación Huésped.

Para Sued, el trabajo de la OMS “que parece ser muy alarmista, en realidad se basa en datos que se vienen trabajando y venimos debatiendo, y juntando documentación clínica para determinar cuál sería el límite de población resistente en el que habría que cambiar el tratamiento antirretroviral para toda la población”.



<sup>1</sup> Los casos notificados incluyen casos sospechosos, probables, confirmados y descartados.

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

“Es decir, que lo que está en discusión es el debate en relación al impacto en la salud pública; porque en el consultorio, cuando uno ve que el tratamiento no funciona lo cambia y listo. Ahora bien, todavía no se ha determinado a nivel masivo cuándo hay que dejar de utilizar una droga”, describió.

Sued explicó que el informe apunta principalmente a la resistencia a efavirenz, una droga utilizada como primera opción de tratamiento. “Esto significa que una vez que la persona es diagnosticada, la primera combinación que se utiliza tiene como base efavirenz, que fue muy buena cuando salió pero que actualmente se observa que empiezan a aparecer casos de resistencia y que, además, existen otras que tienen menor toxicidad”.

“No obstante, efavirenz sigue siendo altamente efectiva. De hecho, en Argentina, 50% de las personas en tratamiento utilizan una combinación triple basada en efavirenz; el costo mensual de esta droga es de 26 dólares; mientras que otras drogas más nuevas tiene un costo cien veces mayor. Por ejemplo, el raltegravir tiene un costo de 270 dólares por mes y dolutegravir de 240”.

En la misma línea, la directora de la División de VIH y Tuberculosis Mundial de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, Shannon Hader, indicó que “el nuevo informe reúne importantes conclusiones que confirman que debemos avanzar en nuestros esfuerzos para combatir la resistencia, mejorar la calidad de los programas de tratamiento y la transición a nuevos medicamentos como el dolutegravir”.

“Las altas tasas globales de supresión viral en tres recientes evaluaciones de impacto del VIH demuestran que los regímenes de primera línea actuales siguen siendo en gran medida efectivos. Sin embargo, una atención especial a las poblaciones en riesgo de mayor resistencia, como la pediátrica, los adolescentes y las embarazadas, será fundamental para orientar las intervenciones más urgentes”, concluyó.

El estudio indicó además que de los 36,7 millones de personas que viven con VIH en el mundo, 19,5 millones accedieron a la terapia antirretroviral en 2016.

“Debemos asegurarnos de que las personas que comiencen el tratamiento puedan prevenir la aparición de la resistencia a los medicamentos contra el VIH”, coincidió Gottfried Hirschall, director del Departamento de VIH de la OMS y del Programa Mundial contra la Hepatitis.

En este sentido, Sued informó que una posibilidad que se está evaluando en Argentina es realizar “una prueba inicial de resistencia, y en base a ese resultado prescribir el tratamiento”.

## América

**Medscape**

### Latinoamérica: El fracaso de la aplicación de la vacuna contra el VPH

11 de julio de 2017 – Fuente: Medscape

La inmunización contra el virus del papiloma humano (VPH) es una herramienta importante para reducir la incidencia de cáncer relacionado con el VPH. Pero en Latinoamérica, región que ya fue ejemplo por tener la vacuna disponible para más de 80% de las adolescentes, la inmunización es menor a lo esperado.<sup>3</sup>

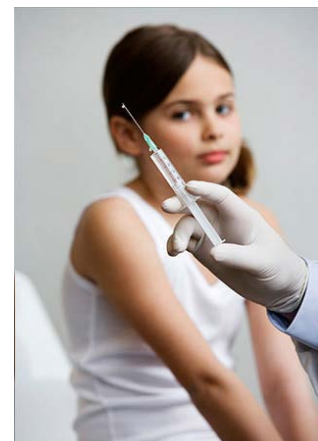
Ninguna otra vacuna, en los primeros años de implementación, experimentó una disminución tan marcada como la del VPH en Latinoamérica.<sup>4</sup>

Sin embargo, el temor a la vacuna contra el virus del papiloma humano no se limita a Latinoamérica. En Japón, la recomendación de inmunizar fue abandonada tras la presencia de algunos casos de dolor crónico que, si bien no fueron relacionados con la vacuna, generaron dudas, y no permitieron alcanzar el contexto para mantener la recomendación.<sup>5</sup>

En la región, Colombia es el caso más llamativo. En el año 2013 tenía la segunda mejor tasa de inmunización después de Australia (97,5%), pero a finales de 2014 la tasa era de apenas 20,4%.

Este es un fenómeno que se repite en otros países, en Brasil, en apenas un año (2014-2015) la aplicación de la primera dosis se redujo 23% en el grupo blanco (niñas de 11 a 13 años en el primer periodo, y de 9 a 11 al año siguiente). En México, la primera dosis alcanzó 85% de cobertura, y la segunda, 67%. En Panamá, la cobertura se redujo de 89% en la primera dosis, a 46% en la segunda.

En Argentina, donde más de 80% de las niñas recibió la primera dosis, apenas 60% se presentó para la segunda, y 50% para la tercera. Esto habla de un éxito inicial, pero también de la urgente necesidad de mantener la adherencia a través de la educación de los médicos, llegar a las niñas y niños en las escuelas, así como crear campañas de vacunación de visualización nacional explicando el problema. Latinoamérica tiene 70.000 nuevos casos de cáncer de cuello uterino por año, pero para 2030 está previsto que la cifra ascienda a 110.000. Es decir, si no se logra mejorar la adherencia, 15 años más tarde las cifras serán similares.



<sup>3</sup> Puede consultar el informe *Affordable vaccines key to scale up HPV vaccination and prevent thousands of avoidable cervical cancers*, de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer, de fecha 2 de febrero de 2017, haciendo clic [aquí](#).

<sup>4</sup> Puede consultar el artículo *An alert to Latin America: Current human papillomavirus vaccination trends highlight key barriers to successful implementation*, publicado en *Cancer* el 25 de abril de 2017, haciendo clic [aquí](#) (requiere suscripción).

<sup>5</sup> Puede consultar el informe del Comité Consultivo Mundial sobre Seguridad de las Vacunas, publicado en *Weekly epidemiological record/Relevé épidémiologique hebdomadaire* (en inglés y francés), de fecha 22 de enero de 2016, haciendo clic [aquí](#).

## El caso de Colombia

La vacuna contra el VPH lleva una historia corta, pero activa. La primera fórmula, aprobada en 2006, fue la cuadrivalente. Un año después llegó la bivalente, y en 2014 la nonavalente.<sup>6</sup>

Cuando la vacuna se introdujo en Colombia en agosto de 2012, fue muy exitosa. La adherencia fue buena, tanto por parte de las familias, como de los médicos, así como del sistema de salud, y las tres dosis cerraron en 96%, 93%, y 89% de la meta, respectivamente. En el año 2013 se cambió y se amplió el esquema, con una nueva meta de aproximadamente 2,5 millones de niñas. La adherencia a la primera dosis fue alta, 92%, pero después todo cambió.

A fines de mayo de 2014, quince niñas de un mismo colegio en Carmen de Bolívar, en el norte de Colombia, se quejaban de diferentes síntomas que no parecían agruparse en un síndrome. Se iniciaron estudios, y se pensaba que era una intoxicación, ya que los síntomas se presentaron después de la hora de descanso, sin embargo, durante el estudio de causalidad se mencionó la posibilidad que se debieran a la vacuna.

En ese momento acudieron representantes de medios de comunicación al pequeño pueblo. Poco después, más de 500 niñas se presentaron a otro hospital, en Carmen de Bolívar, una pequeña ciudad del interior, siempre con cámaras de televisión.

Se formó el grupo Víctimas de la Vacuna del Papiloma Humano, liderado por una abogada. A partir de allí se iniciaron los juicios de quienes querían una indemnización por parte del estado, y se transmitían escenas en que las autoridades se reunían en las iglesias, porque fuera de ellas el pueblo bloqueaba vías, y quemaba cubiertas. Un año después, cuando todo parecía calmarse, dos niñas que eran consideradas víctimas de la vacuna, intentaron suicidarse, una lo consiguió, la otra no. De nuevo se desató el escándalo.

No se demostró ninguna asociación entre los problemas estudiados en Carmen de Bolívar, y la vacuna.

El pasado 12 de mayo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) actualizó su posición referente a la vacuna. En ella reitera la recomendación de incluirla en los programas de inmunización nacional. Según el organismo, el cáncer de cuello uterino, que comprende 84% de todos los tipos de cáncer relacionados con el virus del papiloma humano, debe ser la prioridad para la inmunización, y la prevención de este cáncer se consigue por inmunización de las mujeres antes del inicio de la vida sexual. Para lograr este objetivo, según la OMS, las tres fórmulas (bivalente, cuadrivalente, y monovalente) presentan excelentes perfiles de eficacia y efectividad.

## Mala imagen

A pesar de lo que asegura la OMS, la preocupación por la seguridad continúa inquietando a padres, a profesionales de la salud, y a los responsables de las políticas públicas de toda Latinoamérica. Semanas atrás, durante el Congreso Internacional de Cáncer de Cuello Uterino, en Medellín, Colombia, se preguntó de manera anónima a los ginecólogos-oncólogos si recomendarían la vacuna a sus hijas, sobrinas, nietas, etc. El 90% respondió afirmativamente, pero en los comentarios de pasillo y de chat, no se percibe esa misma aceptación: muchos médicos dudan de la seguridad de la vacuna, y de su utilidad.

La desconfianza está presente a pesar de que el Comité Consultivo Mundial sobre Seguridad de las Vacunas (GACVS) de la OMS, que revisa regularmente las evidencias de los comités de vigilancia de distintos países, en el último informe de enero de 2016 considera la vacuna muy segura. El estudio más amplio sobre el que se basa es francés, y en este se dio seguimiento a más de dos millones de niñas.<sup>7</sup>

El estudio mostró incidencia similar entre las niñas tanto con y sin vacunación, para todas las condiciones estudiadas, excepto el síndrome de Guillain-Barré, donde se detectó un riesgo aumentado. El riesgo en los primeros meses de vacunación era de aproximadamente 1 cada 100.000 vacunados, y no se ha visto en otros estudios. Según los expertos, aún si se confirmara, este riesgo es pequeño, y debe verse en el contexto de un beneficio preventivo del cáncer a largo plazo.

Otras inquietudes se refieren al síndrome de dolor regional complejo (SDRC), y al síndrome de taquicardia postural ortostática (STPO), que aparecieron en diversos sitios después de la vacunación. Ambos trastornos son poco definidos, de etiología heterogénea, sus primeras manifestaciones son difíciles de estudiar retrospectivamente, y la epidemiología está insuficientemente caracterizada, por lo que estudiarlos es un desafío. El síndrome de dolor regional complejo es una condición dolorosa crónica que afecta un único miembro, típicamente después de un trauma o periodo de inmovilización, y el síndrome de taquicardia postural ortostática es un aumento sostenido del ritmo cardíaco al pasar de la posición horizontal a la vertical, acompañado por una gran cantidad de síntomas de intolerancia ortostática. El informe asegura que no hay evidencias de que estén asociados a la vacunación.

En Argentina, en el periodo 2011-2016, sobre 3.576.108 dosis aplicadas, se registraron una erupción cutánea, dos broncoespasmos, y siete casos de síndrome vasovagal, o de hipotensión ortostática. Todos fueron tratados, y ninguno dejó secuelas. Ahora las pacientes deben permanecer sentadas 15 minutos después de ser vacunadas, por lo que se reducirá la tasa de incidencia del síndrome vasovagal.

---

<sup>6</sup> Puede consultar el informe *Mitos y Realidades de la Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano*, de la Dra. Lina María Trujillo Sánchez, publicado en 2015, haciendo clic [aquí](#).

<sup>7</sup> Puede consultar el informe *Vaccins anti-HPV et risque de maladies autoimmunes: étude pharmacoépidémiologique*, de la Agencia Nacional de Seguridad de los Medicamentos y de los Productos Sanitarios (ANSM) de Francia, publicado en septiembre de 2015, haciendo clic [aquí](#).

## Barreras para la vacunación

Se considera que las barreras para la vacunación forman parte de la antropología cultural latinoamericana, y se enumeran a continuación:

1. Limitado conocimiento de los médicos acerca de todas las enfermedades que puede ocasionar el VPH en hombres y en mujeres, con visión habitualmente sesgada solo al género femenino.
2. Actitud defensiva de los médicos que guían las políticas públicas, basados en reportes de efectos adversos, que tanto la OMS, o la Organización Panamericana de la Salud, han descartado.
3. Desconocimiento de que la vacuna en la salud pública cuesta apenas 8,50 dólares la dosis, y que ahora son solo dos dosis en menores de 14 años.
4. Barreras culturales, tales como pensar erróneamente que vacunarse implica mayor actividad sexual en las niñas, el tabú de discutir temas sexuales, o una indirecta cuestión religiosa ya vista con la realización de la citología del Papanicolaou, en donde Latinoamérica ha tenido tasa de coberturas bajísimas.

Por ser un virus de transmisión sexual, existe mucho estigma, por lo que se sugiere separar la vacuna de la transmisión, que tanto atemoriza a los padres, y presentarla como una vacuna de prevención del cáncer. La idea es que, para incrementar la vacunación, es necesario presentar la vacuna como una más dentro del calendario de vacunación.

En Latinoamérica, la vacuna se ofrece en los programas nacionales de 22 países. Inicialmente eran tres dosis, pero ahora son dos dosis con intervalo de seis meses. La recomendación es que la vacuna sea aplicada junto a otras de la misma franja etaria (difteria y tétanos), iniciando programas en las escuelas, o servicios de salud de adolescentes, y como parte de una estrategia mayor que incluya educación para disminuir comportamiento de riesgo, cribado para diagnóstico, y tratamiento de lesiones precancerosas, y cáncer.

### ¿Cuán necesaria es la vacuna?

La infección por el VPH es la infección viral más común del tracto reproductivo. El 90% de las infecciones es asintomático, y se resuelve espontáneamente en uno a dos años. De 5% a 10% de las mujeres infectadas desarrolla infección persistente. La infección persistente con tipos de alto riesgo es considerada una condición necesaria, pero no suficiente, para el desarrollo de cáncer del cuello uterino, proceso que cuando ocurre, tarda de 10 a 30 años.<sup>8</sup>

La progresión a lesiones intraepiteliales premalignas (glandulares o escamosas) se clasifica en tres niveles de neoplasia intraepitelial cervical (NIC): NIC 1 (displasia leve), NIC 2 (moderada o marcada), NIC 3 (severa a carcinoma *in situ*). La mayoría de las lesiones retrocede espontáneamente, pero la vacunación se recomienda para evitar esas infecciones que, en veinte años o más, progresarán hacia un carcinoma invasivo.

Los factores que conllevan progresión incluyen: tipo de alto riesgo (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59), predisposición genética, situación inmunológica, coinfección con otras enfermedades de transmisión sexual, número de partos, edad del primer embarazo, y tabaquismo.

Más de 85% de los casos de cáncer de cuello uterino ocurren en regiones menos desarrolladas, donde representan 12% de los cánceres de las mujeres. Por tanto, los beneficios de la vacuna son mayores en los países que carecen de un buen cribado poblacional. La mortalidad también varía mucho, menos de 2 cada 100.000 en países industrializados, a 28 cada 100.000 en algunos países en desarrollo.

Existen diversos informes que indican gran variabilidad en la prevalencia del VPH en Latinoamérica, pero la interpretación de los datos se dificulta por el uso de diferentes metodologías. Los datos que faltan son importantes porque podrían influenciar en el costo-efectividad de los programas de vacunación. Hay datos de prevalencia con citología normal que varían de 3,8% en Perú, a 49,9% en Argentina. Otros informes revelan que la prevalencia del VPH en Latinoamérica y el Caribe es de 16,1% (IC 95%: 15,8 - 16,4%), superior a Europa del Este (14,1%; IC 95%: 14,2 - 14,4), y Sudeste Asiático (14%; IC 95%: 13,0 - 15,0).<sup>9</sup>

La prevalencia está asociada a la edad, y aumenta con la severidad de las lesiones, especialmente para los tipos 16 y 18 del VPH, globalmente los tipos más prevalentes en cáncer invasivo, indicando que aproximadamente 70% de los casos de cáncer de cuello uterino podrían prevenirse por las vacunas. Pero la prevalencia de estos tipos se muestra muy variable: 38,3% en Bolivia, a 85,2% en Chile para cáncer invasivo, y de 37,8% en Cuba, a 71,0% en Chile, para lesiones de alto grado.

La cuestión epidemiológica no es simple. Algunos países con menor incidencia de cáncer tienen una mayor prevalencia de los dos tipos relacionados a cáncer invasivo, y también se observa lo contrario. Chile, por ejemplo, tiene una incidencia de cáncer de 13,9 cada 100.000, y prevalencia de cáncer por VPH (16/18) es de 85,8%. Bolivia, en cambio, tiene una incidencia de cáncer de 22,2 cada 100 000, pero la prevalencia de cáncer por VPH (16/18) es de 38,3%. Esto puede estar relacionado tanto a una mayor participación de otros tipos de virus del papiloma humano, como a una mayor frecuencia de infecciones múltiples.

La infección por el VPH también está asociada a cáncer orofaríngeo, de ano, genital (vulva, vagina y pene), cabeza, y cuello, pero aun así, la OMS hace su recomendación global para la prevención del cáncer de cuello uterino. Los

<sup>8</sup> Puede consultar el informe *Etiology of cervical cancer (C53) in Central and South America*, publicado en 2016 por la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer, haciendo clic [aquí](#).

<sup>9</sup> Puede consultar el artículo *Cervical Human Papillomavirus Prevalence in 5 Continents: Meta-Analysis of 1 Million Women with Normal Cytological Findings*, publicado en *Journal of Infectious Diseases* el 10 de noviembre de 2010, haciendo clic [aquí](#).

destinatarios primarios de la inmunización son niñas de 9 a 14 años, antes de comenzar la vida sexual. Las mujeres de 15 años o más, y los varones, se consideran grupo secundario, y se recomienda como política pública solo si no reduce recursos del programa de cribado, porque la vacuna no elimina la necesidad del mismo; no porque las vacunas no protejan de todos los tipos del VPH, sino porque, si se aplican fuera de la edad ideal (9 a 14 años) tienen impacto limitado en la reducción de la enfermedad.

El cribado mediante uso de Papanicolaou, y el tratamiento de la enfermedad preinvasiva son altamente eficaces para evitar la progresión a cáncer de cuello uterino, pero a la vacuna se le reconoce valor preventivo. Se trata de una gran herramienta para controlar los cánceres relacionados a la infección por el VPH. La adhesión cayó significativamente, pero no se puede descartar una herramienta tan eficaz.

## Clinical Infectious Diseases **Estados Unidos: La vacunación reduce la gravedad de la tos convulsa**

8 de julio de 2017 – Fuente: *Clinical Infectious Diseases*

Aunque la vacunación no siempre previene la tos convulsa, reduce la gravedad de los síntomas de esta infección respiratoria y las posibilidades de tener complicaciones graves, de acuerdo a un estudio realizado en Estados Unidos.

Más de tres de cada cuatro casos de tos convulsa ocurrieron en personas con las vacunas al día, según indica el análisis de la información de vigilancia epidemiológica de distintos estados.

Pero los bebés y los niños tenían 60% menos riesgo de padecer infecciones graves si habían completado el esquema recomendado para la tos convulsa. Y, con el calendario de vacunación al día, la mayoría de los niños y los adultos infectados tenían 30% menos riesgo de sufrir vómitos graves, un signo de los casos más peligrosos.

Estos resultados son muy importantes porque demuestran que aunque la vacuna contra la tos convulsa no previene todos los casos, las nuevas infecciones en la población inmunizada tienden a ser más leves. Eso se traduce en menos internaciones y complicaciones graves.

La bacteria *Bordetella pertussis* causa la tos convulsa, nombre que proviene de los ruidos que producen los pacientes cuando intentan respirar durante un ataque de tos. Es altamente contagiosa y se disemina rápidamente a través del estornudo o la tos de las personas infectadas. Muchos menores de un año que adquieren la bacteria quedan internados por complicaciones graves como la neumonía o los trastornos cerebrales.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos recomiendan que los niños reciban cinco dosis de la vacuna acelular DTaP, que protege contra el tétanos, la difteria y la tos convulsa: a los 2, 4 y 6 meses de edad, entre los 15 y 18 meses, y entre los cuatro y seis años de edad. Una dosis de otra versión de la vacuna, la Tdap, debe recibir la población de entre 11 y 64 años.

El equipo analizó 9.801 casos del período 2010-2012 en la población de Estados Unidos de tres meses o más. Los casos pertenecían a los registros estatales de infecciones de Connecticut, Minnesota y New México, además de condados de Colorado, New York y Oregon.

Casi cuatro de cada cinco casos eran en menores de 20 años y más de la mitad, en menores de 12 años.

El estudio no fue un experimento controlado para demostrar que la vacunación reduce la gravedad de las infecciones que no previenen. Aun así, aporta evidencia de que la nueva versión de la vacuna está funcionando.

Los CDC cambiaron la vacuna en la década de 1990 al pasar de una versión de células enteras (DTP) a la versión actual (DTaP), con menos efectos adversos como fiebre.<sup>10</sup>

## LIVESCIENCE

### Estados Unidos, Missouri: Muerte por infección por el virus Bourbon

14 de julio de 2017 – Fuente: *Live Science*

Una mujer en Missouri murió recientemente a causa de una rara enfermedad transmitida por garrapatas, la infección por el virus Bourbon, que fue identificado por primera vez hace sólo unos pocos años.

La mujer, de 58 años, comenzó a sentirse mal a fines de mayo, poco después de haber descubierto y removido dos garrapatas de su cuerpo. Pronto, su salud se deterioró aún más, presentando fuertes dolores de cabeza, dolor y una erupción de color rojo claro, y los análisis mostraron un bajo recuento de leucocitos. Después de ser admitida en un hospital, los médicos hicieron pruebas para varias enfermedades transmitidas por garrapatas, pero todas resultaron negativas.

La causa de su enfermedad siguió siendo un misterio hasta que los médicos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) analizaron su sangre y encontraron que estaba infectada por el virus Bourbon.

Este virus fue descubierto en 2014. El primer caso humano conocido fue el de un hombre del condado de Bourbon, Kansas, que había sido picado por garrapatas y cayó enfermo con fiebre y fatiga. Cuando se analizó su sangre, se detectó este virus completamente nuevo, al que llamaron virus Bourbon, por el condado en donde vivía el pacien-



<sup>10</sup> Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#) (requiere suscripción).

te. Desde entonces, sólo unas pocas personas han contraído este virus: el caso de esta mujer es el quinto confirmado.

Debido a que el virus es tan nuevo, los investigadores todavía desconocen mucho de él. Se cree que es propagado por las garrapatas, porque la mayoría de los pacientes infectados con el virus han informado exposición a estos arácnidos antes de enfermar, según los CDC. El virus también puede propagarse a través de las picaduras de otros insectos, dijeron funcionarios de los CDC.

Los médicos todavía están aprendiendo acerca de los posibles síntomas de la enfermedad por el virus Bourbon, pero hasta el momento, éstos son cansancio, fiebre, erupción cutánea, dolor de cabeza, otros dolores corporales, náuseas, vómitos y un bajo recuento de glóbulos blancos.

Actualmente, no existen medicamentos para tratar la enfermedad, ni vacunas para prevenirla. La mejor manera de prevenir la infección por el virus Bourbon es evitar las picaduras de garrapatas y otros insectos, dijeron funcionarios de los CDC.

La mujer de 58 años de edad murió el 23 de junio, después de pasar tres semanas en el hospital y desarrollar un fallo multiorgánico a causa de la infección. Los CDC han recolectado garrapatas en el Parque Estatal Meramec, en Sullivan, Missouri, donde esta persona trabajaba, para su análisis.<sup>11</sup>



## Panamá: Epidemia de conjuntivitis

2 de agosto de 2017 – Fuente: EFE

El Ministerio de Salud (MINSa) de Panamá informó hoy que una epidemia de conjuntivitis de baja intensidad ha afectado a 10.646 personas en todas las provincias del país.

La región más afectada por la conjuntivitis aguda es Colón, con 3.254 casos, seguida por la ciudad de Panamá, con 2.398 y el distrito de San Miguelito (en la periferia de la capital), con 2.088 casos, indicó la entidad.

El MINSa hizo un llamado a la población a tomar las medidas de higiene, prevención y control para evitar que se continúe propagando la conjuntivitis aguda viral en la población.

Debido al aumento de casos se dictaron lineamientos para fortalecer la prevención del contagio de la enfermedad y dar el tratamiento médico indicado y la adecuada investigación.

El MINSa indicó que se tomaron muestras de la secreción de los ojos de un grupo de pacientes, en las cuales se detectó un Enterovirus.

La autoridad indicó que en toda América han estado detectándose situaciones similares, según un reporte de la Organización Panamericana de Salud.

Entre las medidas recomendadas a la población están: evitar tocarse los ojos, lavarse frecuentemente las manos, no compartir anteojos, no compartir toallas o pañuelos para manos y aislamiento en caso de ser contagiado.



## Haití avanza hacia la eliminación de la rabia

14 de marzo de 2017 – Fuente: *Epidemiology & Infection*

En los últimos cuatro años, Haití ha avanzado en forma importante en el manejo de la rabia, dejando atrás una serie de actitudes y prácticas de la comunidad y profesionales de la salud que contribuían a mantener a ese país como uno de los pocos de Occidente que aún registra muertes de personas por mordedura de perros infectados.

Se han observado mejorías notables en la capacidad de laboratorios, en la vigilancia de rabia en animales y en las campañas de vacunación masivas de perros.

La situación contrasta con los resultados de una encuesta de conocimiento y prácticas sobre la rabia realizada en 2013.

En ese entonces, 2,8% de los profesionales sanitarios mencionaba la vacunación antirrábica como parte del tratamiento por mordedura de perro y 15% había sido capacitado en prevención. Entre 171 víctimas de mordeduras, solo 31% había recurrido a la vacunación.



<sup>11</sup> El virus Bourbon es miembro del género *Thogotovirus* de virus RNA con envoltura, uno de los siete géneros de la familia de virus *Orthomyxoviridae*. Varios virus relacionados han sido identificados en especies de garrapatas duras (familia *Ixodidae*); aunque se desconoce cómo se transmite el virus, se supone que es transmitido por garrapatas debido a la estacionalidad de la enfermedad y a la asociación con picaduras de garrapatas.

Hasta el 27 de junio de 2017, se ha identificado un número limitado de casos de enfermedad por el virus Bourbon en el Medio Oeste y Sur de Estados Unidos. Algunas de las personas infectadas posteriormente fallecieron. Actualmente se desconoce si el virus está presente en otras áreas de Estados Unidos.

El virus Bourbon debe incluirse entre los diagnósticos diferenciales cuando un paciente presenta antecedentes de picadura de garrapata y fiebre, leucopenia y trombocitopenia, y que no responde a los antibióticos. Aunque es raro, este virus puede causar enfermedad grave, incluso fatal, y será interesante saber qué garrapatas transmiten el virus y cuáles especies son sus reservorios.

Pero desde entonces, un programa integrado de manejo de mordeduras y evaluación de perros atacantes implementado en 2013, y la capacitación a médicos en prevención de rabia, que realizan desde 2015 la Organización Panamericana de Salud (OPS) y el Ministerio de Salud Pública y Población de Haití, ayudaron a mejorar la situación.

En ese año, cinco unidades de salud tenían la vacuna antirrábica para humanos, mientras que ahora esa cifra es de 115, y se espera que en tres meses lleguen a entre 130 y 140, es decir que todo el país tendrá acceso a esta vacuna.

No obstante, el principal desafío para eliminar las muertes por rabia es vacunar a 70-80% de los perros que hay en Haití, que se calculan entre 900.000 y 1,3 millones.

Los científicos afirman que con campañas anuales durante siete años podría eliminarse la rabia de Haití. Actualmente, Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA)<sup>12</sup> discute con la OPS y los ministerios de Salud y de Agricultura haitianos y dominicanos una propuesta para eliminar la rabia de toda La Española en tres años, a través de vacunaciones caninas masivas.<sup>13</sup>

## El mundo



### Costa de Marfil: Brote de dengue

4 de agosto de 2017 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

El 6 de mayo de 2017, el Ministerio de Salud de Costa de Marfil notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un brote de dengue en Abidjan, la capital del país.

Se notificaron por primera vez casos sospechosos de dengue el 22 de abril de 2017, que fueron confirmados por el laboratorio del Instituto Pasteur de Costa de Marfil (IPCI) el 28 de abril. Hasta el 11 de julio, se ha reportado un total de 623 casos sospechosos, incluyendo dos muertes (tasa de letalidad de 0,3%). Un total de 192 casos han sido confirmados mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR), de los cuales 66% correspondieron al serotipo 2 del virus Dengue (DENV-2), 29% DENV-3 y 5% DENV-1. Además, 90 muestras fueron confirmadas como IgM positivas mediante serología.

La mayoría de los casos han sido reportados desde la ciudad de Abidjan. El distrito de salud de Cocody Bingerville representó 78% de los casos y 80% de todos los casos confirmados. La tendencia general de los casos sospechosos de dengue está en aumento. Entre el 27 de junio y el 4 de julio se notificaron 37 nuevos casos, y del 4 al 11 de julio se notificaron 142 nuevos casos sospechosos. El 27% de los casos sospechosos tienen entre 15 y 29 años de edad, 55% tienen 30 años o más. El 54% de los casos son mujeres. Se sospechó una coinfección con fiebre amarilla en 68 casos, confirmándose sólo un caso. Una confirmación adicional del laboratorio está en curso.

Los principales factores predisponentes para el brote son la alta densidad de criaderos de mosquitos, la insuficiente concienciación sobre la reproducción y las picaduras de mosquitos en la comunidad y la temporada de lluvias en curso.

### Respuesta de salud pública

El Ministerio de Salud, a través del Instituto Nacional de Higiene Pública (INHP) está coordinando la respuesta al brote.

Se han implementado intervenciones de control de vectores, incluyendo la eliminación de los sitios de reproducción del mosquito mediante la reducción de fuentes (destruyendo, alterando, eliminando o reciclando contenedores no esenciales que proporcionan hábitats para las larvas) y la fumigación para la eliminación de mosquitos adultos.

<sup>12</sup> El Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) es un centro científico de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) que ha desarrollado un importante trabajo en el control y erradicación de la fiebre aftosa desde su inauguración en 1951. En 1997, la cooperación técnica en zoonosis fue incluida en sus mandatos, y en 2007 la inocuidad de los alimentos se tornó otra área de actuación.

PANAFTOSA proporciona cooperación técnica a todos los países miembros de la OPS para mejorar el estado de la salud de la población y promover el desarrollo de los países.

La misión de PANAFTOSA es:

- Cooperar con los países del continente americano, afectados por la fiebre aftosa, en la organización, desarrollo y fortalecimiento de los programas nacionales e regionales para la erradicación de la enfermedad.
- Apoyar los países libres de fiebre aftosa en la implantación y mantenimiento de los programas de prevención de la enfermedad para eliminar el riesgo de su reintroducción.
- Cooperar con los países del continente en el desarrollo y fortalecimiento de los programas de control y erradicación de las zoonosis de impacto en la salud humana y en la producción animal, estableciendo alianzas y fortaleciendo, cada vez más, el combate a esas enfermedades.
- Proporcionar cooperación técnica a los países miembros de la OPS para solucionar problemas relacionados a la inocuidad de los alimentos, y la prevención y control de enfermedades transmitidas por alimentos.

Entre las actividades de PANAFTOSA, se incluyen las siguientes contribuciones:

- Aumentar la disponibilidad de productos de origen animal, como carne y leche, con fuerte impacto positivo en la salud humana.
- Mejorar el impacto socioeconómico en la actividad ganadera.
- Contribuir para la disminución del riesgo de enfermedades en la población humana debido a las zoonosis y las enfermedades transmitidas por alimentos.

<sup>13</sup> Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).



Se inspeccionaron más de 17.000 hogares y se eliminaron y/o trataron más de 250.000 potenciales criaderos de mosquitos.

Se está fortaleciendo la vigilancia mediante la búsqueda activa de casos, la recolección de muestras para la confirmación por laboratorio y la difusión de la definición de casos. El sector privado de la salud está contribuyendo a la vigilancia y gestión de la enfermedad.

Además, el fortalecimiento de la participación de la comunidad es otro pilar de la respuesta en curso. Se está sensibilizando a los líderes políticos, religiosos y comunitarios acerca de la prevención y el control del virus Dengue. El Ministerio de Salud ha incluido a los alcaldes de la ciudad en las medidas de control del brote.

### Evaluación de riesgos de la OMS

El riesgo general observado a nivel nacional es moderado. Las condiciones climáticas y la localización costera, incluidos los entornos urbanos y semiurbanos, así como los altos índices entomológicos observados durante la investigación inicial, son factores de riesgo para el brote de dengue en el país. La baja tasa de letalidad muestra un adecuado manejo de casos en este momento. El fortalecimiento de la capacitación de los trabajadores sanitarios, el control de vectores, las intervenciones de laboratorio y de vigilancia son importantes para contener este brote. El riesgo a nivel regional es moderado, mientras que el riesgo a nivel global es bajo.

### Advertencias de la OMS

El actual brote de dengue en Costa de Marfil está teniendo lugar dentro del contexto más amplio de emergencia de la enfermedad en África Occidental. La distribución geográfica del dengue está aumentando y se están notificando casos en áreas donde la enfermedad no había sido reportada previamente. Debería reforzarse la notificación de casos para garantizar la vigilancia continua del brote en Costa de Marfil. La vigilancia vectorial en el país también es importante. La OMS recomienda fortalecer el diagnóstico de laboratorio durante este brote.

La OMS no recomienda ninguna restricción a los viajes y el comercio con Costa de Marfil sobre la base de la información disponible sobre el actual brote de dengue.



### Nigeria, Borno: La OMS intenta evitar unas 10.000 muertes a causa de la malaria

4 de agosto de 2017 – Fuente: EFE

La Organización Mundial de la Salud (OMS) está distribuyendo medicinas a casi un millón de niños en el estado de Borno, en el noreste de Nigeria, en un intento de evitar hasta 10.000 muertes por malaria, una enfermedad que está haciendo estragos en el país.

Según los datos con los que cuenta la OMS, unas 8.000 personas se infectan y siete fallecen cada semana a causa de la malaria.

“Estos son los datos registrados, pero sabemos que es una subestimación y que el número real de personas que se contagian y que mueren es unas siete veces mayor”, afirmó Pedro Luis Alonso Fernández, director del Programa de Malaria de la OMS.

De hecho, los casos de malaria representan 50% de las atenciones médicas y 50% de las muertes registradas en el estado de Borno.

Pero el problema principal es que el país africano está entrando en la estación de las lluvias, cuando las aguas estancadas se acumulan y se multiplica el mosquito que transmite el parásito causante de la malaria.

Según Alonso, durante la estación de las lluvias, los casos y las muertes se pueden multiplicar hasta por 20, de ahí que la estimación es que se podrían producir hasta 10.000 muertes.

Para evitarlo, durante todo el año, la OMS ha implementado un plan cuya primera fase acaba de concluir y que pasa por administrar antimaláricos a 1,1 millones de niños de entre tres meses y 5 años durante varios meses, sin tener en cuenta si han contraído o no la enfermedad.

En esta primera ronda han administrado medicamentos a 880.000 niños, pero el objetivo es poder alcanzar a 1,1 millones de infantes que se estima viven en la región del estado de Borno que ha sido liberada del yugo del grupo yihadista Boko Haram.

La campaña durará hasta octubre o noviembre y se harán al menos cuatro o cinco rondas más.

Alonso informó que se tiene muy poca información sobre la situación en las zonas aún controladas por los yihadistas, y que lo único que saben es que el acceso a servicios de salud es muy limitado.

Para esta campaña, la OMS se ha coordinado con otros grupos sobre el terreno, especialmente los que estaban distribuyendo la vacuna contra la poliomielitis a los residentes y desplazados internos, dado que el virus vuelve a estar presente en el país, a causa de la baja inmunización, tras haber sido controlado.



### Japón registra el primer ataque a una persona por la hormiga roja de fuego

27 de julio de 2017 – Fuente: PIA Новости (Rusia)

Médicos japoneses registraron el primer caso humano de picadura por la hormiga roja de fuego (*Solenopsis invicta*), considerada entre las más peligrosas del mundo; el incidente ocurrió en el puerto de Hakata, en el suroeste de la isla de Kyushu.

Las hormigas rojas de fuego fueron descubiertas en el puerto de Hakata hace una semana. Según el Ministerio de Salud japonés, varias decenas de insectos y pupas se encontraron junto a un contenedor que llegó de China. Las



hormigas fueron eliminadas inmediatamente. En este caso, no se tiene información acerca de si la mercadería del contenedor ya había sido distribuida a diversos almacenes en Japón.

La víctima es uno de los empleados del puerto, que descargaba mercancías del contenedor. De acuerdo con la información preliminar, el hombre sintió la picadura, y después de unos minutos, se formó una erupción alrededor de la picadura; el trabajador fue trasladado a un hospital cercano.

Los médicos confirmaron que había sufrido la picadura de una hormiga roja de fuego. Posteriormente se informó que su vida no corre peligro. Este caso fue el primero en Japón.

Esta no es la primera vez que un contenedor arriba al país trayendo hormigas rojas de fuego. Anteriormente, se detectaron estos insectos en contenedores que llegaron desde China en los puertos de Nagoya, Osaka y Tokio. En mayo, los insectos se encontraron en el puerto de Kobe. Los expertos temen que estos insectos se diseminen por el país. Por tal motivo, el Ministerio del Medio Ambiente de Japón ha ordenado una inspección de emergencia en 15 puertos.

Después de ser picada por las hormigas rojas de fuego, la mayoría de las personas presentan enrojecimiento, ampollas e inflamación. En algunos casos, pueden presentarse mareos y vómitos. El mayor riesgo de este tipo de hormigas es para las personas propensas a las alergias, debido a que su picadura puede causar un shock anafiláctico que puede ser fatal.

En 2011, Nueva Zelanda gastó cerca de un millón de dólares para acabar con una plaga de hormigas rojas de fuego debido a su velocidad de colonización.<sup>14</sup>



### Países Bajos: Alerta alimentaria por huevos contaminados con un pesticida

3 de agosto de 2017 – Fuente: EFE

El sistema de control alimentario en los Países Bajos amaneció el 3 de agosto bajo sospecha por una serie de partidas de huevos contaminadas con un pesticida tóxico, el fipronil, vendidas en el país y exportadas a Alemania y cuyo consumo ha sido desaconsejado por el Gobierno.

La Autoridad para la Seguridad de los Productos Alimenticios y de Consumo (NVWA), espera completar hoy los controles en 180 granjas del país que supuestamente han utilizado este pesticida, utilizado para eliminar el ácaro rojo (*Dermatophagoides gallinae*) y que la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera tóxico para uso humano.

La Comisión Europea (CE) aseguró que investiga el alcance de estas partidas contaminadas y que la situación está "bajo control", por lo que los consumidores europeos "pueden comer huevos con seguridad".

"Estamos siguiendo de cerca el desarrollo de los acontecimientos. Las granjas han sido identificadas y los huevos contaminados han sido localizados y retirados, la situación está bajo control", aseguró la portavoz comunitaria Anna-Kaisa Itkonen.

Los medios locales recogen hoy la confusión generada por la NVWA, que dijo en un primer momento que los niveles del pesticida utilizado no implicaban un riesgo para la salud, pero lanzó después una alerta sobre unas series concretas, que recomendó desechar y no consumir hasta nuevo aviso.

Se trata de los huevos blancos con la etiqueta X-NL-40155XX, que el Gobierno recomienda "no comer", porque su "alto contenido en fipronil constituye una grave amenaza para la salud pública", dijo la NVWA en un comunicado.

"Se aconseja a los consumidores desechar estos huevos", precisa este organismo, que indica además que "el alto contenido en fipronil encontrado es superior a la cantidad diaria permitida para el consumo en niños".

<sup>14</sup> La hormiga roja de fuego (*Solenopsis invicta*) es originaria de Argentina, Brasil y Paraguay, pero se ha convertido en una plaga en el sur de Estados Unidos, Australia, Taiwán, Nueva Zelanda, Filipinas y el sur de la provincia china de Guangdong; también hay informes de colonias en Macao. En la década de 1930, algunas colonias fueron introducidas casualmente en Estados Unidos a través del puerto de Mobile (Alabama). Buques mercantes de Brasil atracados en Mobile descargaron mercancías infestadas con las hormigas. Estas se extendieron desde entonces desde Alabama a casi cada estado del sur estadounidense, desde Texas hasta Maryland. Desde la década de 1990, se han reportado infestaciones en California y New México, aunque probablemente se han propagado vía barcos o camiones (no por tierra) en el caso de California.

De forma similar, las hormigas llegaron también de forma accidental a Australia en el año 2001. En 2005 fueron detectadas en varias localidades de México (Nuevo Laredo y Matamoros), en la frontera con Texas, Estados Unidos.<sup>5</sup> Está incluida en la lista de las 100 especies exóticas invasoras más dañinas del mundo de la Unión Internacional para la Conservación de la Naturaleza.<sup>1</sup>

*S. invicta* es más agresiva que la mayoría de las especies de hormigas nativas y tiene una dolorosa picadura. Generalmente una persona se encuentra con ellas pisando por descuido uno de sus montículos, lo que hace que las hormigas suban por las piernas de la persona, atacando en masa. Las hormigas responden a feromonas que son liberadas por la primera hormiga en atacar.

En sus países nativos cuenta con depredadores naturales que controlan su expansión. En las regiones donde ha sido introducida, al carecer de enemigos naturales, se extendió con rapidez causando grandes daños.

Sus picaduras raramente constituyen una amenaza para la vida de las personas y de animales grandes, aunque han causado al menos la muerte de 80 personas debido a un shock anafiláctico por alergia a su picadura. Sin embargo, a menudo matan a pequeños animales, como aves o incluso pequeños terneros recién nacidos si no se ponen de pie lo suficientemente rápido. La picadura de *S. invicta* inyecta un veneno que contiene un alcaloide natural que muestra una potente actividad necrotóxica y que causa tanto el dolor como la formación de pústulas blancas que aparecen un día después de la picadura. El resto del veneno contiene una solución acuosa de proteínas, péptidos, y otras pequeñas moléculas que producen la reacción alérgica en individuos hipersensibles.

Fuentes de la NVWA confirmaron que estas partidas fueron exportadas a Alemania e indicaron que la investigación está en curso, por lo que para conocer si han llegado a otros países los Gobiernos deben consultar el Sistema de Alerta Rápido para Alimentos y Piensos (RASFF) de la Unión Europea.

En la página de dicho organismo las alertas por la distribución de los huevos contaminados se extienden a los Países Bajos, Alemania y Bélgica.

Varias organizaciones de consumidores pusieron en entredicho la eficacia de este organismo, que consideran que “está confundiendo” a los ciudadanos.

Estas partidas de huevos se han comercializado durante más de un año, aunque según varios expertos consultados, el riesgo para la salud es “bajo”.

El asunto también ha afectado a Bélgica, donde la Agencia Federal para la Seguridad de la Cadena Alimentaria (AFSCA) fue informada en junio de unas partidas contaminadas por fipronil, cuyo uso está prohibido en el sector avícola.

La AFSCA y la justicia belga desarrollan una investigación, aunque, por el momento, los primeros análisis publicados revelan que los niveles del pesticida utilizados en esas partidas de huevos “no representan un riesgo para el consumidor”.<sup>15</sup>



## Portugal: Confirman 402 casos de hepatitis A en lo que va del año

27 de julio de 2017 – Fuente: Servidor de Apuntadores Portugueses (Portugal)

Portugal ha confirmado 402 casos de hepatitis A, de un total de 425 notificados desde el inicio del año, según el último balance de la Dirección General de Salud (DGS).

Hace un mes, Portugal tenía 322 casos confirmados de hepatitis A, de un total de 378 notificados desde el inicio del año.

De acuerdo con los datos del último balance de la DGS, este brote, que comenzó a principios de año y alcanza a otros países europeos, afectó principalmente a hombres (88%) y en más de la mitad de los casos (52%) el contagio se dio por contacto sexual.

La mayoría de los casos notificados ocurrieron en la región de Lisboa y Vale do Tejo (318) y, de todos los casos confirmados, en 204 el Instituto Nacional de Salud ‘Dr. Ricardo de Almeida Jorge’ identificó la misma cepa de virus.

La DGS, teniendo en cuenta este brote, reforzó la vacunación antes de los grandes festivales de verano y aconsejó la adopción de medidas preventivas durante estos eventos y, después, la vigilancia de síntomas compatibles con la hepatitis A.

El pasado mes de mayo, la DGS actualizó la norma sobre la hepatitis A y los viajeros dejaron de necesitar una autorización para la vacunación a la Dirección General de Salud, bastando sólo con la prescripción del médico.

En abril, con el país en pleno brote de hepatitis A, los viajeros con destino a países endémicos para la enfermedad sólo eran elegibles para la vacunación a título de excepción, y el médico prescriptor de la vacuna tenía que contactar previamente a la autoridad sanitaria.

Esta medida se implementó en aquel momento por una necesidad de controlar el stock de vacunas para que estuviera disponible para los grupos prioritarios, como los contactos íntimos o los familiares de infectados y los hombres que tienen sexo sin protección con hombres.

Por lo que se refiere a estos grupos prioritarios, no es necesaria ninguna validación de la vacuna por parte de la DGS, siendo la inmunización gratuita, a cargo del Servicio Nacional de Salud.

Según la DGS, desde el 3 de abril se administraron cerca de 3.000 vacunas, 80% de ellas en la región de Lisboa y Vale do Tejo, casi en su totalidad en un contexto de preexposición.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> El fipronil es un insecticida de amplio espectro que pertenece al grupo químico del fenilpirazol y actúa interfiriendo con el sistema central de los insectos a través del bloqueo de los canales del cloro regulados por el ácido  $\gamma$ -aminobutírico (GABA) y aquellos regulados por glutamato. Está a la venta desde 1993. La OMS lo clasifica como plaguicida de Clase II, por lo que lo considera moderadamente peligroso. Además, en 2014 la Unión Europea prohibió este pesticida para el tratamiento de semillas de maíz y de girasol por el riesgo grave que supone para las abejas.

La seguridad alimentaria siempre debe ser la primera prioridad en las agencias gubernamentales competentes; y las alertas y mensajes deben ser emitidos en forma clara y oportuna, a fin de evitar tragedias. El tema se agrava cuando se comunican informaciones contradictorias, las cuales pueden traer consecuencias fatales. Las autoridades deben velar por la coherencia, oportunidad y frecuencia apropiada de los mensajes.

<sup>16</sup> Las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) de Estados Unidos, para la vacunación contra la hepatitis A en adultos susceptibles son las siguientes:

- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
- Personas que utilizan drogas ilícitas inyectables o no.
- Personas que trabajan con primates infectados con el virus de la hepatitis A o con el virus en entornos de laboratorios de investigación.
- Personas con enfermedad hepática crónica y que reciben concentrados de factores de coagulación.
- Personas que viajan o trabajan en países con endemicidad alta o intermedia de hepatitis A.
- Personas no vacunadas que anticipan un contacto personal cercano (como el cuidado de niños regular) con un adoptado internacional durante los primeros 60 días después de la llegada a Estados Unidos desde un país con endemicidad alta o intermedia de hepatitis A. La primera de la serie de dos dosis de la vacuna contra la hepatitis A debe administrarse tan pronto como se planifica la adopción; lo ideal es dos o más semanas antes de la llegada del adoptado.

Científicos han observado que el virus Zika puede contagiarse entre primates por vía oral, aunque el riesgo de transmisión a través de la saliva es bajo. La investigación aporta nuevas pistas respecto al funcionamiento de este virus y cómo se puede propagar entre poblaciones humanas.

El virus Zika está presente en la orina, saliva, lágrimas y la leche materna, pero el riesgo de transmisión relacionado con estos fluidos corporales es actualmente desconocido. El estudio evalúa el riesgo de transmisión del virus Zika a través del contacto mucosal en macacos rhesus.

Aunque se transmite principalmente a través de la picadura de mosquitos y por contacto sexual, existe al menos un caso de contagio no sexual entre humanos ocurrido en un hospital. Se sospecha que alguno de los citados fluidos corporales podría ser el culpable de esa infección, por lo que la investigación calculó el riesgo de transmisión vía oral en monos a través de la saliva.

Para el estudio, se administró una dosis elevada del virus a las amígdalas de tres macacos Rhesus, y dos días después se constató que todos los animales estaban infectados. Asimismo, se confirmó que los niveles de presencia del virus en la sangre y la orina eran similares a los observados en animales infectados con una inyección subcutánea, lo que sugiere que la transmisión vía oral es posible.

Otros tres macacos inoculados de manera subcutánea con el virus Zika actuaron como donantes de saliva para analizar el riesgo de transmisión a través del contacto con secreciones orales de individuos infectados.

Siete primates sanos expuestos repetidamente a esa saliva a través de sus ojos, amígdalas y fosas nasales no contrajeron el virus.

Los resultados sugieren que existe un riesgo de transmisión del virus Zika a través de la vía mucosal, pero que el peligro que plantean las secreciones orales de individuos con un nivel típico de infección del virus es bajo.

Aunque es necesario efectuar más estudios para conocer en detalle los mecanismos de transmisión, la investigación indica que el virus Zika puede contagiarse por vía oral si la dosis es suficientemente alta.<sup>17</sup>

## Charla Debate



FUNDACIÓN DEUDA INTERNA

HCM Hospital Comunitario Móvil Dr. Salvador Mazza

**HOSPITAL COMUNITARIO MOVIL**  
**"DR. SALVADOR MAZZA"**  
FUNDACIÓN DEUDA INTERNA

¿Querés conocer este proyecto?  
¿Te interesa sumarte?  
Vení y participá:

**CHARLA DEBATE**  
**12 de agosto. 10:30 hs**

Sede del Círculo Médico de Córdoba.  
Av. Ambrosio Olmos 820

Para mayor información: [monicatolosa398@gmail.com](mailto:monicatolosa398@gmail.com)

<sup>17</sup> Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).



Municipal Tuberculosis Sanitarium (1940. Chicago, Illinois, Estados Unidos).

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

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

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