



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina



Número 1.103

4 de abril de 2013

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 Fariás

Editores Asociados

Jorge Benetucci (Arg.)
Pablo Bonvehí (Arg.)
Marina Bottiglieri (Arg.)
María Belén Bouzas (Arg.)
Lydia Carvajal (Arg.)
Arnaldo Casiró (Arg.)
Ana Ceballos (Arg.)
Sergio Cimerman (Bra.)
Ángela Gentile (Arg.)
Ezequiel Klimovsky (Arg.)
Gabriel Levy Hara (Arg.)
Susana Lloveras (Arg.)
Eduardo López (Arg.)
Tomás Orduna (Arg.)
Dominique Peyramond (Fra.)
Daniel Pryluka (Arg.)
Charlotte Russ (Arg.)
Eduardo Savio (Uru.)
Daniel Stecher (Arg.)

Colaboradores

Germán Bernardi (Arg.)
Guillermo Cuervo (Esp.)
Milagros Ferreyra (Fra.)
Leonardo Marianelli (Arg.)
Lorena Ravera (Arg.)
Gisela Sejenovich (Arg.)
Natalia Spitale (Arg.)
María Lola Voza (Arg.)

Noticias

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

Argentina

• Buenos Aires:
Recomendaciones
para los damnificados
por las inundaciones

• La AIDS
Healthcare
Foundation
desembarca en
Argentina

• Santa Fe, Rosario: Confirman
otro caso de dengue

América

• Bolivia: Registran cinco
muertes por dengue

• Colombia, Santander,
Barrancabermeja: Los
internos de una cárcel
en cuarentena por un
posible brote de meningitis

• Ecuador finaliza el primer
trimestre del año con 3.918
casos de dengue

• Estados Unidos: Se
registraron tres casos
de síndrome de rubéola
congénita en 2012



• Estados Unidos: Aumentan
en el sudoeste del país los
casos de coccidioidomicosis

• Perú, Lima: Detectan
siete casos de dengue

El mundo

• China: Aumentan los casos
de infección por la nueva cepa
de influenza aviar y genera
preocupación en la OMS

• España: La epidemia
de influenza ya solo afecta
a cuatro comunidades

• Singapur enfrenta
una complicada epidemia
de dengue

• Los test caseros del
VIH son clave para el
control de la epidemia

• Expertos aprueban
una prueba rápida para
detectar la tuberculosis

• Descubren que la
bacteria *Mycobacterium
abscessus* puede
propagarse entre humanos

Adhieren:



www.apinfectologia.org/



www.sadi.org.ar/



www.slamviweb.org/



www.sadip.net/

**Comité Nacional de
Infectología**

Sociedad Argentina de Pediatría
www.sap.org.ar/

El Ministerio de Salud de la Nación brindó recomendaciones y pautas de cuidado para los afectados por las inundaciones ocurridas en las ciudades de Buenos Aires, La Plata y sus alrededores.

Cómo prevenir riesgos de electrocución después de la inundación

- Nunca utilice, apague o encienda usted mismo una herramienta eléctrica ni un electrodoméstico si está parado en agua. No vuelva a conectar la electricidad hasta que un electricista autorizado haya realizado una inspección de los equipos. Asegúrese de que todos los equipos y aparatos eléctricos estén completamente secos antes de ponerlos a funcionar. Si tiene cualquier duda, pídale a un electricista autorizado que revise estos aparatos.
- Nunca toque un cable del tendido eléctrico derribado. Comuníquese con la compañía de energía eléctrica para informar que hay un cable del tendido eléctrico derribado.
- No toque los cables elevados del tendido eléctrico durante las tareas de limpieza.
- No maneje en agua estancada.
- Si un cable de energía cae sobre su auto mientras usted maneja, quédese dentro del vehículo y siga manejando para alejarse del cable. Si el motor se para, no apague su auto girando la llave de encendido y apagado. Alerta a otras personas para que no toquen el auto ni el cable. Llame o pídale a alguien que llame a la compañía eléctrica de su localidad y a los servicios de emergencia. No permita que nadie se acerque al vehículo a menos que sea alguien del personal de emergencia.
- Si se mojaron los circuitos y los equipos eléctricos de su vivienda o si éstos están en el agua o cerca de la misma, apague la corriente eléctrica desde el tablero general de interruptores.
- Si ve cables raídos o chispas al restablecer la corriente eléctrica, o si hay olor a quemado sin que haya un incendio visible, debe desconectar inmediatamente el sistema eléctrico desde el interruptor principal.
- Debe consultar a la compañía de energía en cuanto al uso de equipos eléctricos, inclusive los generadores de electricidad. No conecte generadores a los circuitos eléctricos de su hogar si no cuenta con los dispositivos de interrupción automática adecuados. Si está en funcionamiento un generador cuando vuelve la energía eléctrica, puede crear un gran riesgo de incendio y puede poner en peligro a los trabajadores que están tratando de reparar los cables del tendido eléctrico.

Si piensa que alguien se electrocutó, siga los siguientes pasos:

1. Primero observe. No toque. La persona puede estar todavía en contacto con la fuente de electricidad. Si toca a la persona podría pasarle la corriente a usted.
2. Llame o pídale a alguien que llame al 107 o al sistema de asistencia médica de urgencia.
3. Si puede, apague la fuente de electricidad. Si no, retire la fuente tanto de usted como de la persona afectada con un objeto no conductor hecho de cartón, plástico o madera.
4. Cuando la persona esté alejada de la fuente de electricidad, revise su pulso y respiración. Si no tiene pulso o no está respirando o si están peligrosamente anormales, empiece de inmediato la resucitación cardiopulmonar (RCP).
5. Si la persona está muy débil o pálida o parece estar en shock, recuéstela con las piernas elevadas y la cabeza colocada ligeramente por debajo del nivel del resto de su cuerpo.
6. No toque quemaduras, rompa ampollas ni quite ropa quemada. Las descargas eléctricas pueden crear quemaduras en el interior del cuerpo, así que asegúrese de que la persona sea llevada a un centro médico asistencial urgente.

Cómo volver a entrar a su casa después de una inundación

Al regresar a una casa que se inundó, tenga en cuenta que las aguas que ingresaron a la vivienda están contaminadas y pueden representar una amenaza para la salud de su familia.

Lo primero que debe hacer al regresar a su casa:

- Si en la casa hay aguas estancadas y usted puede desconectar la electricidad a través del interruptor principal desde un sitio seco, proceda a hacerlo, aunque esto retrase la limpieza. Nunca conecte o desconecte la electricidad ni utilice o encienda usted mismo ninguna herramienta eléctrica electrodoméstico, si está parado en agua.
- Haga que un electricista revise el sistema eléctrico de la casa antes de conectar la electricidad.
- Si la casa está inundada y ha estado cerrada durante varios días, presuponga que está contaminada con moho.
- Si la casa ha estado cerrada durante varios días, entre por un momento para abrir las puertas y ventanas y dejar que la casa se airee un rato (por lo menos 30 minutos) antes de permanecer en ella por más tiempo.

Formas de secar la casa

Si el agua de una inundación o tormenta ha entrado a su casa, debe secarla lo más pronto posible. Siga las recomendaciones siguientes:

- Si el clima lo permite, abra las puertas y ventanas de la casa para ayudar al proceso de secado.
- Utilice ventiladores y deshumificadores para eliminar el exceso de humedad. Los ventiladores deben colocarse cerca de una puerta o ventana de forma que dirijan el aire hacia afuera y no hacia adentro y se evite la propagación del moho.
- Evite que el agua de afuera vuelva a entrar a su casa. Por ejemplo, el agua de lluvia acumulada en las canaletas o el techo deben drenar lejos de la casa; deben construirse con cierta pendiente para mantener secos los sótanos y espacios angostos.
- Asegúrese de que los espacios angostos en los sótanos tengan un drenaje adecuado para limitar la filtración de agua. Ventile para permitir que el área se seque.
- Si no tiene electricidad y no es seguro conectar la electricidad, puede usar un generador eléctrico portátil para activar el equipo de remoción de aguas estancadas.
- Si para limpiar su casa debe utilizar una bomba con motor a combustible, un generador, una máquina de lavar a presión o cualquier otro tipo de herramientas con motor, nunca use el motor de combustible dentro de la casa, el sótano, el garaje, el porche u otra estructura cerrada o parcialmente cerrada, aun si las puertas o ventanas están abiertas. Este uso inadecuado de los equipos puede generar niveles altamente peligrosos de monóxido de carbono y causar intoxicación.

Limpieza después de una inundación

Cuando regrese a su casa después de una inundación, tenga en cuenta que el agua de la inundación puede estar contaminada. Protéjase usted y proteja a su familia tomando las siguientes medidas:

- Dentro de la casa
 - Utilice botas y guantes de goma y gafas de seguridad durante la limpieza del área afectada.
 - Mantenga a los niños y mascotas fuera del área afectada hasta que se haya realizado una limpieza completa.
 - Retire y deseche artículos que no pueda lavar y desinfectar (como colchones, alfombras, tapices, muebles tapizados, cosméticos, animales rellenos, juguetes de bebés, almohadas, artículos esponjosos o de goma, libros, revestimientos de muros y paredes y la mayoría de productos de papel).
 - Retire y deseche paredes de cartón o yeso y materiales de aislamiento que se hayan contaminado con aguas residuales y de inundaciones.
 - Realice una limpieza a fondo de todas las superficies sólidas (como pisos, concreto, molduras, muebles metálicos y de madera, mostradores de cocina, aparatos eléctricos, fregaderos y otras instalaciones de plomería) con agua caliente y detergente.
 - Ayude al proceso de secado empleando ventiladores, unidades de aire acondicionado y/o deshumificadores.
 - Después de completar la limpieza, lávese las manos con jabón y agua segura. Se entiende por agua segura la que fue desinfectada con dos gotas de lavandina por litro de agua, dejándola reposar 30 minutos antes de utilizarla. La otra forma es hervirla hasta que salgan burbujas durante 3 minutos, y esperar a que se enfríe para consumirla.
 - Lave en agua caliente y detergente toda la ropa usada durante las labores de limpieza. Esta ropa se debe lavar por separado de la ropa y lencería no contaminadas.
 - Lave en agua caliente y detergente la ropa que ha estado en contacto con aguas contaminadas o de la inundación.
- Fuera de la casa
 - Mantenga a los niños y mascotas fuera del área afectada hasta que se haya realizado una limpieza completa.
 - Utilice botas y guantes de goma y gafas de seguridad durante la limpieza del área afectada.
 - Haga que un profesional inspeccione y ponga en servicio su suministro de agua y su sistema de manejo de desperdicios si sospecha que ha ocurrido un daño.
 - Lave en agua caliente y detergente toda la ropa usada durante las labores de limpieza. Esta ropa se debe lavar por separado de la ropa y lencería no contaminadas.
 - Después de completar la limpieza, lávese las manos con agua segura y jabón.

Mantenga alimentos y agua en buen estado después de la inundación

• Alimentos

Es posible que después de la inundación, los alimentos no estén en buen estado como para consumirlos. Utilice agua segura para beber, cocinar y para la higiene personal.

- Identifique y arroje a la basura los alimentos cuyo consumo pudiera ser peligroso:

- Cualquier alimento que haya podido estar en contacto con el agua de inundación.
 - Los alimentos que tengan olor, color o textura anormales.
 - Los alimentos perecederos (incluidos la carne, el pollo, el pescado, los huevos y las sobras) que hayan estado a 4,5° de temperatura o más, por 2 horas o más.
 - Arroje todos los alimentos enlatados cuyos envases estén abiertos, dañados o inflados.
 - Los alimentos descongelados que tengan cristales de hielo o que hayan estado a menos de 4,5° pueden cocinarse o volverse a congelar.
- Los recipientes de alimentos con tapas de rosca, tapas a presión, tapas endentadas (botellas de bebidas), tapas de media rosca y otros tipos de tapas que se abren manualmente y los alimentos enlatados en casa se deben desechar si han estado en contacto con las aguas de la inundación ya que no se pueden desinfectar.
 - Si las latas han estado en contacto con el agua de una tormenta o inundación, quíteles la etiqueta, lávelas y métalas en una solución de 1 taza de cloro de uso doméstico con 20 litros de agua. Identifique nuevamente las latas con un marcador.
 - Almacene los alimentos en forma segura
 - Mantenga cerradas las puertas de la heladera y el congelador el mayor tiempo posible hasta que regrese la electricidad.
 - Si no va a haber electricidad por más de 4 horas, ponga hielo en bloque en la heladera. Póngase guantes gruesos cuando toque el hielo.
 - Limpie y desinfecte las superficies en contacto con los alimentos.
 - Se recomienda arrojar a la basura las tablas de madera para picar alimentos que hubieran sido afectadas por las aguas, las tetinas de las mamaderas y los chupetes. Estos artículos no pueden ser desinfectados en forma apropiada después de tocar aguas contaminadas de una inundación. Limpie y desinfecte las superficies que entran en contacto con los alimentos en cuatro pasos:
 1. Limpie con jabón y agua segura y tibia.
 2. Enjuague con agua segura.
 3. Desinfecte el artículo sumergiéndolo por un minuto en una solución de 1 cucharadita de cloro casero cada 5 litros de agua limpia.
 4. Permita que se seque al aire libre.
- Recomendaciones para el consumo de agua

Es posible que después de una emergencia como la causada por una inundación, el agua no esté en un estado adecuado como para beberla, limpiar o bañarse con ella. Durante una inundación y después de la misma, el agua puede contaminarse con microorganismos (como las bacterias), aguas negras (del alcantarillado), desechos agrícolas o industriales, productos químicos u otras sustancias que pueden causar una enfermedad o hasta la muerte.

 - Siga medidas básicas de higiene. Lávese las manos con jabón y agua segura. Lávese las manos antes de preparar o comer alimentos, después de usar el baño, después de haber participado en actividades de limpieza y después de manipular artículos contaminados por las aguas de la inundación o aguas negras.
 - Si el agua no está en buen estado para su uso, siga las instrucciones de las autoridades locales de usar agua embotellada o de hervir o de obtener agua segura para cocinar, limpiar o bañarse.
 - Si usa agua embotellada, asegúrese de que provenga de una fuente segura. Si no está seguro de dónde viene el agua, debe hervirla o tratarla antes de usar.

Cuidado de personas vulnerables

- Mantenga, en la medida de las posibilidades, en un área protegida y adecuadamente hidratados a niños y personas mayores.
 - Si los bebés están siendo amamantados, seguir haciéndolo. Para los bebés que toman leche de fórmula, se recomienda dar fórmulas ya preparadas, en lo posible. Para preparar leche de fórmula o concentrada es mejor usar agua embotellada. Sólo en caso de que no disponga de agua embotellada, utilice agua segura.
 - Lave las mamaderas y chupetes con agua embotellada o agua segura.
 - Lávese las manos antes de preparar las mamaderas y antes de alimentar al bebé. Usted puede usar un desinfectante de manos a base de alcohol para limpiarse las manos si no tiene agua suficiente.
 - No permita que los niños jueguen en lugares donde haya aguas de la inundación. Lave frecuentemente con agua segura las manos de los niños, y no deje que manipulen juguetes contaminados por aguas de la inundación. Puede desinfectar los juguetes con una solución de una taza de cloro en 5 litros de agua.
 - Si está lesionado, lave las heridas con agua limpia y jabón y consulte en un centro de salud si necesita aplicarse la vacuna antitetánica.
-

La AIDS Healthcare Foundation (AHF), la agencia no gubernamental más grande del mundo en la lucha contra el sida, inició sus actividades hace 25 años en Estados Unidos y se encuentra en Latinoamérica desde 2007. Para llevar a cabo uno de los ejes fundamentales de su trabajo –testear cada día más personas por VIH– ha desarrollado un sólido e innovador programa para la aplicación de pruebas rápidas en espacios abiertos urbanos. Para este año, el objetivo de AHF es realizar 20.000 chequeos de VIH.

Un ejemplo de ello es el Récord Guinness conseguido en 2012 por la acción de testeo en el Día Mundial del Sida en Rosario, Santa Fe, donde la fundación –que ya se encuentra instalada en Argentina– batió el record por la mayor cantidad de personas testeadas por VIH, al examinar a 3.733 personas en 8 horas.¹

“Es un test sobre la base de los comunes de VIH pero que hace una reacción rápida con una sola gota de sangre de un dedo y al minuto se sabe el resultado. Si éste es reactivo, se hace otro de una marca diferente y, si se repite el resultado, el paciente tiene un diagnóstico certero de la enfermedad”, explicó el Dr. Miguel Pedrola, responsable de AHF en Argentina.

El resultado del primer test solo lleva un minuto y el del segundo unos diez. Si el tercero es también positivo se confirma el diagnóstico y se le asigna un voluntario a la persona que se encargará de acompañarlo. “Contamos con un sistema en el que hacemos preconsejería, testeo y postconsejería. A los pacientes reactivos les colocamos un voluntario que lo acompaña por seis meses tratando de que la persona se inserte al sistema de salud y que tenga acceso al tratamiento”.

Los test son gratuitos y se hacen en eventos públicos que organiza la AHF, como ya ocurrió en Rosario, Venado Tuerto, Alta Gracia y Huges. Mientras tanto, quienes quieran hacerse un chequeo, pueden acercarse a cualquier hospital público donde le efectuarán también de modo gratuito el test ELISA (ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas), cuyo resultado demora unas 48 horas.

La AHF piensa implementar una estrategia basada en cinco pilares: “optimizar y reducir costos de los medicamentos, facilitar el acceso al testeo, impulsar la movilización comunitaria y abordar el tratamiento como una herramienta de prevención”. Para ello, trabajará en conjunto con otras organizaciones no gubernamentales.

Pedrola indicó la preocupación que existe por la falta de conciencia que tienen los jóvenes sobre esta enfermedad y resaltó la importancia de la educación sexual temprana para prevenir el contagio.

“El diagnóstico suele hacerse en pacientes de entre 20 y 30 años. Lamentablemente no hay un trabajo de concienciación. Hoy hablamos de enfermedad crónica y eso bajo las barreras de la prevención”, expresó.

“El gran problema que tenemos hoy en Argentina es que 50% de las personas que están infectadas con el VIH (unas 120.000) no lo saben, y 35% de las personas que viven con el VIH llegan tarde al diagnóstico y eso hace que mantengamos el nivel de mortalidad en el tiempo”, finalizó Pedrola.



La responsable de Epidemiología de la Municipalidad de Rosario, Analía Chumpitaz, confirmó la existencia de un caso de dengue que fue importado desde Paraguay.

La persona está en “buen estado general”, afirmó Chumpitaz, y agregó que se trata de un caso de dengue del serotipo DEN-2 y que la persona vive en el distrito oeste, pero se encuentra “bastante alejado” del caso anterior registrado en barrio Godoy.

El Ministerio de Salud de la provincia, través de la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud y la Secretaría de Salud Pública de Rosario, señaló que el infectado es un “un adulto joven de 21 años de nacionalidad paraguaya, que regresó a Rosario el 26 de marzo presentando a las 48 horas síndrome febril con dolores musculares”.

Consultó a un efector público donde permaneció en observación con buena evolución y actualmente sin fiebre. Presentaba este martes resultados positivos en el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario ‘Dr. Mario Horacio Zuasnábar’ (CEMAR), confirmándose por el test de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) el caso de dengue serotipo DEN-2.

Personal municipal realizó un bloqueo sanitario en el lugar. No se encontraron en la zona otros casos febriles en sus contactos.

Chumpitaz aclaró que por la lluvia, en los próximos días se repetirán fumigaciones aéreas, cuando mejore el clima. Pidió también reforzar la limpieza de casas y reservorios del mosquito y la protección con repelente.

¹ Ver ‘Argentina, Santa Fe, Rosario: Establecen un nuevo Récord Guinness con 3.733 pruebas de VIH en un día’ en Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 1.035, de fecha 3de diciembre de 2012.

laRazón **Bolivia: Registran cinco muertes por dengue**

3 de abril de 2013 – Fuente: La Razón (Bolivia)

El Ministerio de Salud de Bolivia registró cinco muertes por dengue y estaría por confirmarse una sexta, en la gestión epidemiológica 2012-2013, en el ámbito nacional, según el viceministro Martín Maturano. "Se registraron tres muertes en Beni, dos en el municipio de Trinidad, una mujer de 50 años y un hombre de 44; otro caso, en Magdalena, de una mujer de 25 años", informó ayer.

A los tres fallecidos se suman las muertes de un hombre de 67 años en Santa Cruz y de otro en Yacuiba (Tarija), cuyos datos todavía no se conocen. El fin de semana se registró la muerte en Yucumo (Beni) de un hombre de 26 años, que aún no fue confirmada.

Maturana dijo que en comparación a la gestión pasada se registra una menor incidencia de dengue. "A la semana epidemiológica 11 de 2013 tenemos un total de 8.517 casos sospechosos, y se han confirmado oficialmente, a través del laboratorio, 1.644 casos. Estas cifras representan 40% menos de incidencia en todo el país", explicó.

La actual ola epidémica no afectó a Cochabamba y Santa Cruz, que generalmente presentan casos. En esta gestión, se presentaron en Beni, norte de La Paz y Pando.

» Vanguardia **Colombia, Santander, Barrancabermeja: Los internos de una cárcel en cuarentena por un posible brote de meningitis**

2 de abril de 2013 – Fuente: Vanguardia (Colombia)

Una posible epidemia de meningitis en el centro penitenciario de Barrancabermeja provocó la cancelación de las audiencias judiciales programadas para el día de ayer de varios internos, mientras los especialistas de la salud establecen si existe un brote de esta enfermedad.

Así lo dio a conocer la coordinadora de vigilancia de salud pública de la Secretaría de Salud, Leida Moreno Mármod, quien aseguró que las medidas preventivas que están tomando las directivas de establecimiento carcelario son positivas para evitar el contagio de la meningitis.

"El 31 de marzo la Secretaría recibió el informe de la cárcel de un posible caso de meningitis, que no ha sido confirmado, pero es probable por los síntomas del paciente. Hay que esperar los resultados de los cultivos", señaló la especialista.

La funcionaria también manifestó que se están realizando profilaxis con antibióticos en aquellas personas que han tenido contacto directo con el paciente que al parecer sufre de esta enfermedad bacteriana.

"El médico y la enfermera del dispensario notificaron que también hay otros seis reclusos que se encuentran hospitalizados con diagnósticos compatibles no confirmados con meningitis por meningococo", confirmó Moreno Mármod.



EL TELÉGRAFO **Ecuador finaliza el primer trimestre del año con 3.918 casos de dengue**

3 de abril de 2013 – Fuente: El Telégrafo (Ecuador)

Ecuador contabilizó 3.918 casos de dengue en el primer trimestre de 2013, lo que constituye una reducción de 6% de pacientes cuya condición fue confirmada con relación a las 4.170 personas que presentaron la enfermedad en el mismo período de 2012.

La Región Costa finalizó el primer trimestre del año en el primer lugar, con relación a los casos de dengue (70%) presentados a consecuencia de la actual época de lluvias.

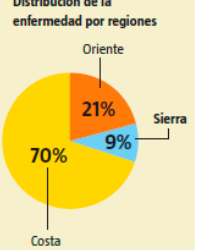
Así mismo, Manabí lidera la estadística nacional con 1.077 enfermos reportados, siete con dengue grave y, hasta el momento, una persona fallecida en esta provincia del Litoral. A esa muerte se suman cuatro más ocurridas en Guayas, Los Ríos, Esmeraldas y la amazónica provincia de Orellana.

En la zona oriental del país, Sucumbíos encabeza la lista por número de infectados, al contabilizar 482 hasta el domingo pasado. Sin embargo, en su vecina Orellana se registró un fallecido por la enfermedad de la región en este año, de entre 211 pacientes reportados.

Por ello, según la gobernadora Rosario Cortez, el Comité de Operaciones de Emergencia (COE) provincial tenía previsto reunirse, la tarde de ayer, para analizar la situación y adoptar medidas encaminadas a cortar el círculo de contagio. Esto a pesar de que, según la funcionaria, este año se han desarrollado al menos dos campañas de erradicación de potenciales criaderos del mosquito *Aedes aegypti*.

Zonas con mayor número de casos de dengue

Provincia	Total casos	Dengue grave	Fallecidos
Manabí	1.077	3	1
Guayas	541	7	1
Los Ríos	568	3	1
Sucumbios	482	1	0
El Oro	347	1	0
Orellana	211	2	1
Santa Elena	116	0	0
Esmeraldas	84	1	1
Morona Santiago	80	1	0
Bolívar	79	0	0
Santo Domingo	70	0	0
Pichincha	65	4	0
Cañar	57	1	0
Total país	3918	25	5



¿LUGARES DONDE LOS ZANCUDOS DEPOSITAN SUS HUEVOS?



Entre tanto, en la Sierra, Pichincha es la provincia donde más casos se han producido en los primeros tres meses del año (65), cuatro de tipo grave. Sin embargo, no se han producido muertes por esta causa.

A nivel nacional, según el último reporte del Ministerio de Salud Pública, 611 casos (92,2%) corresponden a dengue sin signos de alarma en lo que va de 2013; 282 (7,2%) son casos de dengue con signos de alarma y 25 personas con dengue grave (0,64%).



Estados Unidos: Se registraron tres casos de síndrome de rubéola congénita en 2012

28 de marzo de 2013 – Fuente: *Morbidity and Mortality Weekly Report*

Aunque es rara en Estados Unidos, en 2012 se reportaron tres bebés con defectos de nacimiento provocados por la rubéola, y los médicos deben estar atentos a esos casos, indica un nuevo informe del gobierno.

Los defectos congénitos provocados por el síndrome de rubéola congénita (SRC) pueden incluir cataratas, problemas de la audición y anomalías cardíacas. El síndrome ocurre cuando una mujer embarazada es infectada con rubéola y la transmite a su feto.

Más de 90% de las personas de Estados Unidos se han vacunado contra la rubéola o tienen inmunidad natural, lo que significa que el SRC es extremadamente raro en el país.

Pero el año pasado, se reportaron tres casos, en Alabama, Illinois y Maryland. En los tres casos, las madres no tenían la documentación de la vacuna contra la rubéola, habían nacido en otro país, quedaron embarazadas y probablemente fueron infectadas en África, señaló el informe.

Los bebés nacieron con malformaciones cerebrales, defectos cardíacos, cataratas, problemas de audición, trastornos de la sangre y neumonitis. Uno de los bebés murió debido al síndrome.

Aunque el SRC es raro en Estados Unidos, los proveedores de atención de salud y las autoridades de salud pública "deben mantener un nivel alto de sospecha" si se encuentran con niños que tienen defectos del nacimiento compatibles con el síndrome y nacidos de madres que pasaron tiempo durante el embarazo en países donde la rubéola es endémica, señalaron los investigadores en un comunicado de prensa de los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades (CDC) de Estados Unidos.

Un experto notó que la infección es más peligrosa a inicios del embarazo. "Las manifestaciones más graves ocurren cuando la infección materna se produce en el primer trimestre", señaló el Dr. Martín Chávez, director de medicina materna y fetal del departamento de obstetricia y ginecología del Hospital de la Universidad de Winthrop en Mineola, New York. "Pueden incluir ceguera, daño neurológico y/o defectos cardíacos".

"Aunque en Estados Unidos tenemos la suerte de que la mayoría de los individuos han sido vacunados y son inmunes, los proveedores de atención de salud que prestan servicios a poblaciones nacidas en el extranjero deben estar conscientes de que en otros países podría haber unas tasas de cobertura vacunal mucho más bajas", añadió Chávez. "Hay que realizar esfuerzos por documentar o verificar el estatus inmunitario de todas las mujeres fértiles".²



Estados Unidos: Aumentan en el sudoeste del país los casos de coccidioidomicosis

29 de marzo de 2013 – Fuente: *Morbidity and Mortality Weekly Report*

Los casos de coccidioidomicosis, o fiebre del valle, una infección micótica, aumentaron marcadamente en varios estados del sudoeste de Estados Unidos, desde fines de la década de 1990, según un informe.

En Arizona, California, Nevada, Nuevo México y Utah, el número de casos aumentó de menos de 2.300 en 1998 a más de 22.000 en 2011, hallaron los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades (CDC) de Estados Unidos.

En ese periodo, Arizona y California tuvieron los mayores aumentos promedios en la incidencia de la fiebre del valle, con 66 y 31% al año, respectivamente.

La coccidioidomicosis es provocada por la inhalación del hongo *Coccidioides*, que vive en la tierra de los estados del sudoeste. No todo el que se expone al hongo enferma, pero los que se enferman por lo general tienen síntomas parecidos a los de la gripe, que pueden durar semanas o meses.

Más de 40% de los pacientes que enferman pueden requerir hospitalización, y el costo promedio es de casi 50.000 dólares por persona. Y la investigación ha mostrado que 75% de los que enferman faltan al trabajo o a la escuela durante aproximadamente dos semanas, según los CDC.

Entre 1998 y 2011, casi 112.000 casos de coccidioidomicosis se reportaron en 28 estados y en Washington DC, pero 66% de los casos fueron en Arizona, 31% en California, y 1% en Nevada, Nuevo México y Utah, y alrededor de otro 1% en todos los demás estados combinados.

Se necesita más investigación para determinar qué provoca el aumento en casos de la enfermedad, y cómo reducir sus efectos, plantearon los CDC. Entre los posibles motivos se hallan el crecimiento de la población, los cambios

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

en el tiempo que podrían afectar los lugares donde crece el hongo y la cantidad que hay en circulación, o cambios en la forma en que la enfermedad se detecta y se reporta a los CDC.

“La coccidioidomicosis provoca problemas reales de salud a muchas personas que viven en la región sudoeste de Estados Unidos”, señaló el Dr. Thomas Frieden, director de los CDC. “Dado que las partículas del hongo se propagan por el aire, es casi imposible evitar por completo la exposición en los estados más afectados. Es importante que las personas estén conscientes de la coccidioidomicosis si viven o han viajado a la parte sudoeste de Estados Unidos”.

Los médicos y los pacientes deben saber que los síntomas de la coccidioidomicosis son muy similares a los de la gripe o la neumonía, según los CDC. Una prueba de laboratorio es la única forma de diagnosticar la enfermedad.

No todo el que contrae la coccidioidomicosis requiere tratamiento, pero un diagnóstico y un tratamiento tempranos son importantes para los que están en riesgo de las formas más graves de la enfermedad. Entre los que están en mayor riesgo de enfermedad grave están las personas de ascendencia asiática (sobre todo filipinos), los negros, las mujeres embarazadas y las personas con sistemas inmunitarios debilitados, según los CDC.³

El Comercio Perú, Lima: Detectan siete casos de dengue

30 de marzo de 2013 – Fuente: El Comercio (Perú)

Siete casos de dengue fueron detectados por el Ministerio de Salud (MINSA) en Villa María del Triunfo, seis de los cuales se encontraron en el asentamiento humano David Guerrero.

Ante la situación, personal del MINSA fumigó 2.350 viviendas de la zona y envió a promotores de salud a fin de brindar recomendaciones a la población sobre cómo prevenir la presencia del mosquito que transmite la enfermedad.

El coordinador de la Estrategia Sanitaria Nacional de Enfermedades Metaxénicas del MINSA, Martín Clendenes Alvarado, indicó que las siete personas que contrajeron el mal ya recibieron el alta médica.

El MINSA dio cuenta hoy de que la enfermedad está presente en la capital desde hace nueve años, pero Clendenes resaltó que en esa zona de Lima no se habían detectado casos.

“En Villa María hay gente oriunda de San Martín, de Loreto o Ucayali. Lo más probable es que haya venido hasta este distrito una persona enferma de alguna provincia. Como aquí existe el mosquito, probablemente picó a esa persona enferma y luego picó a otras personas sanas, transmitiéndoles el virus”, apuntó refiriéndose a posibles causas.

La Dirección de Salud de Lima Sur declaró a los establecimientos del sector en alerta roja para reforzar su capacidad ante nuevos casos.⁴



El mundo

europa press China: Aumentan los casos de infección por la nueva cepa de influenza aviar y genera preocupación en la OMS

3 de abril de 2013 – Fuente: Europa Press

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que los casos detectados de la nueva cepa de influenza aviar A(H7N9) “son motivo de preocupación” debido a que estos son los primeros casos de este virus en humanos.

“Estos son los primeros casos de esta influenza con la cepa H7N9 en seres humanos. Eso hace que sea un evento único, que la Organización Mundial de la Salud está tomando en serio”, afirmó horas después que las autoridades chinas dieran a conocer nuevos casos de contagios, elevando a nueve el número de afectados.

La OMS reitera que muchos de los virus de influenza son de origen animal –especie porcina, aviar o de otro tipo– y que normalmente no atraviesan la barrera de las especies; además, destaca que “no ha habido evidencia de transmisión de humano a humano entre los contactos de o entre los casos confirmados”, aunque este riesgo “se está investigando”; y se compromete a compartir públicamente cualquier información cuando esté disponible.

“La investigación en curso se centra en explorar todas las posibles fuentes de infección, incluyendo la posibilidad de transmisión de humano a humano. Es muy importante seguir investigando la extensión de la epidemia, la fuente de la infección, el modo de transmisión, el mejor tratamiento clínico y la prevención necesaria y las medidas de control y estar alerta para que ser capaz de identificar los casos adicionales en caso de que aparezcan”, añade.

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

⁴ El dengue dejó de ser una ocurrencia de las provincias de la costa norte y de la selva amazónica en Perú, para ahora estar presente en Lima. El mecanismo de transmisión indicado por el profesional responsable es la ocurrencia más probable. Los mosquitos *Aedes* son endémicos en Lima desde mucho tiempo atrás; y la presencia de casos de dengue ha dejado de ser una instancia excepcional. El área afectada, un ‘asentamiento humano’ corresponde a una zona en la cual grupos de personas han invadido propiedad privada o del estado para establecer sus viviendas en condiciones precarias; y dependiendo de los vaivenes políticos, con el paso del tiempo lograrán acceso a los servicios básicos. Mientras tanto, almacenan agua en cilindros de gran tamaño, favoreciendo el desarrollo del vector. De allí la importancia de las acciones tomadas, en el sentido de educar a la población. Que los esfuerzos no sean efímeros y que no caigan en saco roto.

En cuanto a qué medidas se han tomado y qué apoyo está proporcionando la OMS, señala que el gobierno chino está tomando las medidas necesarias, entre las que se encuentran reforzar la vigilancia, formar a los profesionales, trabajar con los laboratorios, etc.; mientras, "la OMS está colaborando estrechamente con las autoridades nacionales para comprender mejor la situación".

Por precaución recomienda a la población aumentar las prácticas básicas de higiene y medidas de seguridad alimentaria, sobre todo lavarse las manos con frecuencia, especialmente: antes, durante y después de preparar alimentos, antes de comer, después de ir al baño, después de tocar animales o desechos de animales y, con mayor frecuencia, cuando alguien en su casa está enfermo.

Asimismo, cubrirse la boca y la nariz con un pañuelo desechable al toser o estornudar; y en entornos en los que cualquier virus de influenza aviar altamente patógena puede estar presente, aumentar la higiene de las manos, que incluye el lavado de manos y el uso de desinfectantes para manos a base de alcohol.⁵

europa **España: La epidemia de influenza ya solo afecta a cuatro comunidades** **press** 1 de abril de 2013 – Fuente: Europa Press

La incidencia de la influenza en España continúa descendiendo desde que alcanzara el pico máximo a finales de febrero, y ya sólo hay cuatro comunidades con una difusión epidémica del virus, según datos del último informe de la Red Nacional de Vigilancia de la Influenza del Instituto de Salud Carlos III, relativo a la semana del 18 al 24 de marzo.

Dicho informe muestra cómo la difusión de la enfermedad sigue siendo epidémica en Baleares, Canarias, País Vasco y La Rioja. Además se señala un nivel de difusión local en Andalucía, Aragón, Castilla-La Mancha, Extremadura, Murcia, Cataluña, Madrid y Navarra; esporádico en Asturias, Castilla y León, Comunidad Valenciana y Asturias; y nulo en Ceuta y Melilla.

La tasa global de incidencia de influenza ha sido esta semana de 89,26 casos cada 100.000 habitantes, con una evolución decreciente respecto a la semana previa, donde se produjeron 112 casos cada 100.000 habitantes.

Por comunidades autónomas la más castigada en esta última semana es Canarias con 185 casos cada 100.000 habitantes, Navarra (167), Castilla-La Mancha (150), País Vasco (146), Cantabria (121), Extremadura (119) y Castilla y León (111).

Ya por debajo de la media nacional se sitúan Rioja (85), Andalucía (64), Aragón (55), Cataluña (53), Baleares (50), Asturias (44), Madrid (39), Comunidad Valenciana (26) y Melilla (6), mientras que de Galicia, Murcia y Ceuta no se especifican datos.

En cuanto a la evolución por grupos de edad, las tasas de incidencia de influenza disminuyen en todos los grupos de edad respecto a la semana previa de vigilancia, aunque sólo de forma significativa en los grupos de 0 a 4 años y de 15 a 64 años. Asimismo, en general las zonas con mayores tasas de incidencia de influenza se observan en el norte de Cantabria, Navarra y Aragón, oeste de Castilla y León, y sur de Castilla-La Mancha.

En esta semana se observa un descenso marcado en la tasa de detección viral (43%) que permanecía por encima de 50% desde hace diez semanas y que es consistente con la evolución decreciente de la actividad gripal en gran parte del territorio vigilado. Se mantiene el predominio del virus B y la contribución de virus A aumenta discretamente de forma paulatina.

Desde el inicio de la temporada hasta la semana 12 de 2013 se han notificado 366 casos graves hospitalizados confirmados de influenza en 16 comunidades autónomas, de los que 61% son hombres. El mayor número de casos se registra en los mayores de 64 años (31%), seguido del grupo de 45-64 años (27%). En 61% de los pacientes se identificó el virus de la influenza tipo B y en el 39% del tipo A.



⁵ Se elevó a nueve la cantidad de casos de esta nueva cepa de influenza aviaria en China. Un cocinero de 38 años enfermó el mes pasado mientras trabajaba en la provincia de Jiangsu, donde se han encontrado otros cinco casos de la enfermedad. El hombre murió en el hospital de la ciudad de Hangzhou el 27 de marzo. Las muestras evaluadas arrojaron el miércoles un resultado positivo a la nueva cepa H7N9.

El segundo paciente, también en Hangzhou, es un hombre de 67 años que está bajo tratamiento. No se ha descubierto conexión entre ambos casos y hasta el momento nadie en contacto cercano con ninguno de los pacientes ha desarrollado síntomas gripales.

De los otros siete casos de la nueva cepa, dos han sido letales, ambos en Shangai. Los otros cinco pacientes están en estado crítico en el hospital en Nanjing.

Shangai, Nanjing y Hangzhou están cerca una de otra, todas en el este de China.

El Ministerio de Agricultura dijo que aún no había encontrado ningún animal infectado con H7N9, aunque agregó que era posible que la cepa haya llegado a China a través de aves migratorias.

China ha elevado su nivel de alerta desde que se conocieron los casos y ha dicho que está siendo transparente en el manejo del brote. Beijing tiene un récord en lo que respecta a manejar mal este tipo de asuntos. Sus funcionarios suelen cubrir los temas por temor a que llamen la atención de sus superiores y dañen su reputación.

En 2003, las autoridades inicialmente trataron de ocultar una epidemia de síndrome agudo respiratorio severo (SARS) que surgió en China y causó la muerte de alrededor de 10% de las 8.000 personas que infectó en todo el mundo.

Autoridades sanitarias de Singapur se mantienen en vilo al entrar en la duodécima semana de una epidemia de dengue con la rara ocurrencia de tres cepas casi igualmente activas y elevadas cifras de infectados.

Los expertos temen que de seguir el actual incremento de casos el rebrote de la enfermedad podría ser peor que el registrado en 2005 cuando atacó a 14.000 personas, de las que murieron 25.

Al menos 3.100 personas contrajeron dengue a lo largo de los casi dos meses transcurridos, cuya cuarta parte ha sido hospitalizada, sin que por el momento se reportaran fallecimientos.

El Dr. Doshi Mukund, del Parkway East Hospital señaló alarmado que como la cepa DEN-3 se ha mantenido con escasa presencia durante más de una década, la población carece de inmunidad para enfrentarla.

Añadió que la triple amenaza viral significa que quienes se recuperen del dengue pueden reinfectarse fácilmente, y de modo severo si ya estuvieran expuestos a dos diferentes serotipos.

De acuerdo con estadísticas del Centro de Enfermedades Transmisibles, Singapur ha sufrido históricamente epidemias de dengue en ciclos de cinco a siete años y cada vez con picos de propagación significativamente más altos.

Su directora, Leo Yee Sin, apuntó que se requiere una estrecha vigilancia, cuando todavía están por llegar los meses calurosos de mayo a julio, que suelen ser los más proclives a la aparición del dengue.

Un portavoz del Ministerio de Salud dijo que el número de afectados con dengue hemorrágico es bajo y sin pérdidas de vida, mientras se despliega una intensa campaña de erradicación del mosquito transmisor en todo el país, por bloques de viviendas.

Uno de los graves problemas de la epidemia de VIH/sida es el gran número de personas que desconoce que tiene la infección y que actúan, por tanto, de transmisores del virus sin poner ningún remedio, incrementando con ello el porcentaje de afectados y, de paso, retrasando el inicio del tratamiento antirretroviral. Un freno a este progreso es el diagnóstico precoz, algo que muchas personas retrasan por miedo al estigma que hay en torno a esta enfermedad. La solución está, según una revisión de 21 estudios, en el test del VIH casero.

El 50% de las personas que viven con VIH desconoce que está infectado, según datos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). En España, se estima que un tercio de los portadores del VIH no sabe que lo es, y eso implica que 70% de las nuevas transmisiones se deba a esas infecciones ocultas. Además, en el país 46% de los diagnósticos son tardíos, es decir, el virus se detecta demasiado tarde lo que conlleva un peor pronóstico.

“Llevamos 30 años con la epidemia de VIH, y no hay vacuna a la vista.

Se sabe que el tratamiento como una estrategia de prevención funciona, pero la detección del VIH parece estar limitada por un problema social: el estigma y la discriminación percibida frente al virus del sida”, afirma Nitika Pant Pai, principal autor de esta revisión de estudios e investigador clínico en el Centro Universitario de Salud McGill (RIMUHC).

El pasado mes de julio, la estadounidense Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) aprobó un test casero que detecta el VIH en 20 minutos y con tan sólo una muestra de saliva y sin necesidad de tener que enviar la muestra a un laboratorio.

En Europa, donde hasta el momento no se ha aprobado este dispositivo, existen otras pruebas que detectan también en 20 minutos si hay o no infección. Aunque a diferencia de OraQuick®, estos test no se hacen en el hogar sí pueden llevarse a cabo en diferentes asociaciones, unidades móviles y farmacias, evitando tener que ir al centro de salud de su barrio o su población si el paciente no quiere acudir por temor al estigma que le pueda generar.

Sin embargo, como apuntan los investigadores de esta revisión, a pesar de que cada vez son más las iniciativas de pruebas para detectar esta infección fuera del hospital, son pocos los estudios que evalúen su efectividad. Tampoco se sabe si son mejores aquellos test en los que el paciente esté asesorado por un médico o que lo realice sin la información de ningún facultativo.

Por este motivo, evaluaron los datos de 21 estudios observacionales, en los que se valoraron pruebas bajo supervisión médica y sin ella, realizados, la mayoría de ellos (16 frente a cinco), en países de altos recursos como Estados Unidos, Canadá, España y Países Bajos, aunque también otros procedían de Kenia, Singapur, Malawi e India.

Entre las principales conclusiones, los investigadores comprobaron que las dos estrategias diagnósticas tienen buena aceptación, aunque las personas prefieren los test caseros y los que se basan en el análisis de una muestra de saliva en lugar de una muestra sanguínea. Los primeros están valorados positivamente por una proporción de participantes que oscila entre 74% y 96%, mientras que en los segundos esa franja está entre 80% y 97%. Por otro lado, la sensibilidad y especificidad para detectar el virus es alta en ambas, aunque la prueba supervisada tiene ma-



Test casero de detección del VIH, disponible en Estados Unidos.

yor sensibilidad: 97,4% vs. 92,9%. A pesar de estos halagüeños datos, los autores señalan que se deberían realizar ensayos clínicos para evaluar de una manera más rigurosa estas pruebas, ya que los datos disponibles provienen de estudios observacionales.

“Los autotest son prácticos, fáciles de realizar, no son invasivos y no involucran ningún pinchazo en el dedo ni en el brazo”, explica Pant Pai. “Además, también muchas personas prefieren el test oral casero para poderse realizar a su pareja”.

Por último, el artículo señala que el precio de estas pruebas será un factor importante para que realmente lleguen a todas las poblaciones. “Es crucial establecer iniciativas para ambas estrategias”, concluyen.⁶



Expertos aprueban una prueba rápida para detectar la tuberculosis

31 de enero de 2013 – Fuente: *The Cochrane Library*

Los principales expertos en el campo autorizan prueba para el diagnóstico de la tuberculosis (TB) que puede detectar con exactitud y rapidez la tuberculosis y las cepas resistentes a los fármacos.

La exactitud diagnóstica de la prueba Xpert® MTB/RIF puede proporcionar una evaluación oportuna para los médicos y para los responsables de las políticas de los países donde la tuberculosis es un problema importante de salud pública y donde la resistencia a los medicamentos complica aún más los esfuerzos para controlar esa enfermedad.

Los científicos del Grupo Cochrane para Enfermedades Infecciosas de la Universidad de McGill (Montreal, Canadá) y de la Fundación para Nuevos Diagnósticos Innovadores (FIND, Ginebra, Suiza), analizaron la información de 18 estudios que incluyeron un total de 7.816 personas y la mayoría de los cuales se llevaron a cabo en países de bajos y medianos ingresos. Su análisis demostró que cuando la prueba Xpert® MTB/RIF se utiliza como sustituto de la baciloscopia, cada 1.000 personas examinadas, de las cuales 150 tienen tuberculosis, la prueba reconoce 132 de los 150 casos (88%) y reporta diagnósticos de TB falsamente positivos para 17 (2%).

Donde la prueba Xpert® MTB/RIF está siendo utilizada como un sustituto para pruebas de sensibilidad a los fármacos basadas en el cultivo, también es capaz de detectar el equivalente a 141 de 150 casos (94%) de resistencia a la rifampicina. Cuando Xpert® MTB/RIF se utiliza como una prueba de seguimiento, después de que la baciloscopia convencional ya ha dado un resultado negativo, reconoce 101 de 150 casos (67%). Dado que la tuberculosis es difícil de detectar usando extendidos debido a que la microscopía no permite detectar un número pequeño de bacterias, Xpert® MTB/RIF reconoció 67% de este grupo que no se habría podido detectar por microscopía.

Los autores concluyeron que cuando se utiliza la prueba Xpert® MTB/RIF como una prueba de diagnóstico inicial para la detección de la tuberculosis y de la resistencia a la rifampicina en pacientes con sospecha de tuberculosis multirresistente a los medicamentos (TB-MDR) o de tuberculosis asociada al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), es sensible y específica. Xpert® MTB/RIF también puede ser útil como una prueba complementaria a la de microscopía para los pacientes a quienes previamente se ha reportado una baciloscopia negativa. Un resultado de Xpert® MTB/RIF positivo para la resistencia a la rifampicina debe ser interpretado con cautela y se debe tener en cuenta el riesgo de TB-MDR para cada paciente en particular y la prevalencia esperada de la TB-MDR en un entorno determinado. La prueba Xpert® MTB/RIF es fabricada por Cepheid Inc. (Sunnyvale, Estados Unidos).

Karin Weyer, DSc, Coordinadora de los Laboratorios para Diagnóstico y Resistencia a los Fármacos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) dijo: “Esta Revisión Cochrane presenta evidencias de alta calidad que refuerzan la aprobación de la OMS para esta prueba. Reducciones recientes de los precios han facilitado en gran medida el despliegue de esta tecnología, con 1,4 millones de cartuchos de prueba y más de 200 instrumentos GeneXpert para la detección rápida de la tuberculosis y de la resistencia a la rifampicina que serán distribuidos en 21 países con una alta carga de tuberculosis”.⁷



Descubren que la bacteria *Mycobacterium abscessus* puede propagarse entre humanos

29 de marzo de 2013 – Fuente: *The Lancet*

Investigadores del Instituto de Investigación Médica de Cambridge (Gran Bretaña) han descubierto que la bacteria *Mycobacterium abscessus* puede propagarse entre las personas, y no sólo a través de las aguas y suelos, lo que es “especialmente peligroso” para enfermos de fibrosis quística.

Este trabajo demuestra que esta infección es “cada vez más común” entre este tipo de pacientes, de los cuales están afectados “entre 3 y 10% en Europa y Estados Unidos”. Debido a ello, los expertos sostienen que puede que los hospitales tengan que cambiar la forma de tratar a sus pacientes.

La fibrosis quística es una enfermedad que afecta a los órganos internos, “especialmente a los pulmones y al sistema digestivo”, ya que están obstruidos por un moco espeso y pegajoso que “hace que sea difícil respirar y digerir los alimentos”, explican los especialistas. Éstos tienen más posibilidades que el resto de las personas de ser infectados por la bacteria *M. abscessus*, algo que achacan a “problemas del sistema inmunológico”.

Si un paciente de esta enfermedad resulta infectado, los pulmones de éste resultarán dañados, lo que hará que necesite tratamiento con medicamentos tóxicos “durante meses”, señalan. Así lo manifiesta el investigador principal

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

⁷ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

del estudio y miembro de este centro de investigación británico y director de Investigación de la Unidad de Fibrosis Quística del Hospital Papworth de Cambridge, el doctor Andrés Floto.

A su juicio, los hospitales ya tienen políticas estrictas ante la infección, como el ingreso en habitaciones individuales y la creación de clínicas ambulatorias. Sin embargo, los eventos de transmisión en el hospital señalan que "la transmisión es probablemente indirecta", concluye.⁸

Publicidad relacionada con la salud

DRUGS »you never know what they'll do to you«



Drogas. Nunca sabrás lo que harán contigo. Los efectos pueden durar para siempre.

Her Majesty's Stationery Office (1990. Inglaterra, Gran Bretaña).

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.

⁸ Un número creciente de personas con fibrosis quística se infectan con *M. abscessus* multiresistente. Si bien no se conoce exactamente como se adquiere este microorganismo, existe la preocupación que podría ocurrir transmisión de persona a persona.

En el estudio reseñado, el análisis filogenético realizado en 31 pacientes adultos con fibrosis quística reveló dos brotes agrupados de aislados cercanos idénticos de *M. abscessus*, subespecie *massiliense* (en 11 pacientes), diferenciándose por menos de 10 pares de bases. Esta variación representa una menor diversidad que lo observado en aislados provenientes de un solo individuo, indicando fuertemente la ocurrencia de transmisión entre pacientes. Los aglomerados de *M. abscessus* subespecie *massiliense* identificados mostraron evidencia de transmisión de mutaciones adquiridas durante la infección de un individuo a otros pacientes. De esta manera, aislados con resistencia constitutiva a amikacina y claritromicina fueron recuperados de varios individuos nunca antes expuestos a macrólidos o aminoglucósidos por periodos prolongados, evidenciando la ocurrencia de infección cruzada.

La secuenciación del genoma entero de la bacteria ha revelado la transmisión frecuente de micobacterias atípicas multirresistentes entre los pacientes con fibrosis quística, a pesar de las medidas convencionales para prevenir la infección cruzada. Aunque la ruta de transmisión exacta aún debe ser establecida, los análisis epidemiológicos realizados sugieren que la misma podría ser indirecta.

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