



BOLETÍN PERIÓDICO INFORMATIVO N° 28 / 2017 de la

Asociación Argentina de Zoonosis

Chile 1856, CABA

www.aazonosis.org.ar

Difundiendo nuestra MISIÓN

Promover la salud y mejorar la calidad de vida a través de la difusión de conocimientos dirigidos a la comunidad profesional y a la población general, de las enfermedades comunes a humanos y animales y el medio ambiente que comparten.

Edición a cargo de Patricia Llorente

INDICE DE CONTENIDOS

NOVEDADES

Convocatoria para financiamiento de proyectos	5
Consortio EU LAC Health	
GLOBALSTARS	
OMS	6
La salubridad y la calidad del agua son fundamentales para la promoción de la salud	6
Violencia contra la mujer	6
Día Mundial de la Salud	7
NOTAS DESCRIPTIVAS	
Ulcera de Buruli	8
Ministerio de Salud de la Nación	10
Semanas de acción contra los mosquitos	10
Nuevas vacunas	10
Calendario	11
Cuidados en el verano: Alerta Roja	11
Vuelta a Clases	12
Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sustentable	13
Día Mundial de los Humedales	
DÍA DE LA ANTÁRTIDA ARGENTINA	
Naciones Unidas: Día Mundial de la Vida Silvestre	14
Fallecimiento del Dr. O. Martino	16
FCV UBA	17
Carrera de Especialización en Diagnóstico de Laboratorio de Enfermedades Infecciosas Veterinarias.	
Curso Enfermedades Transmisibles Emergentes	18

EVENTOS INTERNACIONALES	19
EVENTOS NACIONALES	23
NOTICIAS de ENFERMEDADES ZOOTICAS y EMERGENTES OCURRIDAS	
1 NOTICIAS de ARGENTINA	25
Córdoba: Notificaron casos importados (un caso de dengue y uno de fiebre chikungunya)	25
2 NOTICIAS de AMERICA	
Brasil Fiebre amarilla	26
2 NOTICIAS del MUNDO	
Chad: Hepatitis E	29
China: Infección humana por el virus de la gripe aviar A(H7N9)	31
Canadá: Brote multiestatal de norovirus vinculado a ostras	34
Australia: Fumigar insecticidas en interiores puede reducir la transmisión de virus del Dengue y otros vectoriales	36
La cadena alimentaria es otra vía de transmisión de <i>Staphylococcus aureus</i> meticilino resistente (SAMR)	37
Comunique a Secretaría (Dra. B. Brihuega) si no recibe la revista	40

NOVEDADES

Convocatoria para financiamiento de proyectos colaborativos en Salud

En el marco del proyecto bi-regional EU-LAC Health, financiado por la Unión Europea se lanzó el Primer Llamado conjunto para el financiamiento de proyectos colaborativos de Investigación e Innovación en el área de Salud por un período máximo de 36 meses. El objetivo de la Convocatoria Conjunta para Proyectos de Colaboración en C&T es generar iniciativas de colaboración en investigación a largo plazo entre los países de la UE y los estados de América Latina y el Caribe.

El Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva, como miembro del consorcio EU LAC Health, financiará la participación de instituciones argentinas que resulten seleccionadas de dicha Convocatoria.

20 Agencias de Financiación de los siguientes países participaran del llamado: Argentina (MINCyT), Belgica (FNRS), Bolivia (MINEDU), Brasil (FAPESP), Chile (CONICYT), Costa Rica (CCSS & FUNIN), Republica Dominicana (MESCYT), Ecuador (SENESCYT), Alemania (BMBF), Guatemala (CONCYT), Israel (CSO-MoH), Italia (SANITA), Letonia (VIAA), Perú (CONCYTEC), Polonia (NCBR), Portugal (FCT), España (ISCIII), Uruguay (ANII).

Topic 1: Neurodegeneration – Healthy aging to combat neurodegeneration

Topic 2: Infectious diseases – Research in promotion of well-being: prevention of infectious diseases, emerging food, water and vector-borne diseases.

La convocatoria permanecerá abierta hasta el día 09 de marzo de 2017 (15:00 hs CET). La aplicación habilitada para el envío de las solicitudes se encuentra disponible en la página web.

<http://eu-lachealth.org/>

CONVOCATORIA GLOBALSTARS PARA PROYECTOS DE I+D

Permanecerá abierta hasta el 22 de marzo

<http://www.mincyt.gob.ar/convocatoria/convocatoria-globalstars-para-proyectos-de-id-12519>



OMS

La salubridad y la calidad del agua son fundamentales para la promoción de la salud



22 de febrero de 2017 -- Unas 1800 millones de personas en todo el mundo utilizan fuentes de agua con contaminación fecal. La salubridad y la calidad del agua son fundamentales para el desarrollo y el bienestar humanos. Proporcionar acceso a agua salubre es uno de los instrumentos más eficaces para promover la salud y reducir la pobreza. Como autoridad internacional en materia de salud pública y de calidad del agua, la OMS dirige los esfuerzos mundiales por prevenir la transmisión de enfermedades transmitidas por el agua.

Violencia contra la mujer

- Principales datos y cifras sobre la violencia contra la mujer Alrededor de una de cada tres mujeres en el mundo ha sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida. La violencia contra la mujer constituye un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres.

Día Mundial de la Salud 2017

El Día Mundial de la Salud, que se celebra el **7 de abril** de cada año para conmemorar el aniversario de la fundación de la Organización Mundial de la Salud, nos ofrece una oportunidad única para movilizar la acción en torno a un tema de salud específico que preocupe a las personas de todo el mundo.



Hablemos de la depresión

La depresión es una enfermedad que puede afectar a cualquier persona. Provoca angustia mental y repercute en la capacidad de las personas para llevar a cabo tareas cotidianas. Este será el tema del Día Mundial de la Salud 2017.

El tema de nuestra campaña para el Día Mundial de la Salud de 2017 es la depresión.

La depresión afecta a personas de todas las edades y condiciones sociales y de todos los países. Provoca angustia mental y afecta a la capacidad de las personas para llevar a cabo incluso las tareas cotidianas más simples, lo que tiene en ocasiones efectos nefastos sobre las relaciones con la familia y los amigos y sobre la capacidad de ganarse la vida. En el peor de los casos, la depresión puede provocar el suicidio, que actualmente es **la segunda causa de muerte** entre las personas de 15 a 29 años de edad.

No obstante, la depresión se puede prevenir y tratar. Una mejor comprensión de qué es la depresión y de cómo puede prevenirse y tratarse contribuirá a reducir la estigmatización asociada a la enfermedad y conllevará un aumento del número de personas que piden ayuda.

NOTAS DESCRIPTIVAS

Úlcera de Buruli (Infección por *Mycobacterium ulcerans*)

Febrero de 2017

Cifras y datos

- La úlcera de Buruli es una enfermedad crónica y debilitante causada por *Mycobacterium ulcerans*.
 - Esta enfermedad suele afectar a la piel, y a veces al hueso, y puede causar desfiguraciones permanentes y discapacidad a largo plazo.
 - Al menos 33 países de clima tropical, subtropical o templado han notificado casos de úlcera de Buruli en África, América del Sur y las regiones del Pacífico Occidental.
 - En 2015, se notificaron 2037 casos nuevos en 13 países.
 - La mayoría de las personas afectadas son niños menores de 15 años.
 - No hay forma de prevenir la enfermedad.
-

La úlcera de Buruli es una infección crónica y debilitante por *Mycobacterium ulcerans*, que afecta principalmente a la piel, y a veces al hueso. Este microorganismo pertenece a la misma familia que las bacterias causantes de la tuberculosis y la lepra.

M. ulcerans es una bacteria presente en el medio ambiente cuyo modo de transmisión al ser humano todavía se desconoce. El diagnóstico y el tratamiento tempranos constituyen la principal estrategia para minimizar la morbilidad, los costes y evitar discapacidades de larga duración.

Alcance del problema

Estudios científicos muestran que se han notificado casos de úlcera de Buruli en 33 países de África, las Américas, Asia y el Pacífico Occidental. La mayoría de los casos se produce en regiones tropicales y subtropicales, aunque también se han notificado casos en Australia, China y el Japón. De esos 33 países, 15 de ellos informan a la OMS periódicamente.

La mayoría de los casos se ha registrado en el África Occidental y Central, en particular en Benin, Camerún, Côte d'Ivoire, la República Democrática del Congo y Ghana. En los últimos años, Australia ha notificado un número creciente de casos.

En 2015, 13 de los 15 países que informan periódicamente a la OMS notificaron casi 2037 casos nuevos. Salvo por unos pocos países, el número de casos se ha reducido desde 2010 a pesar de que se desconoce la causa exacta de esta reducción.

Características clínicas y epidemiológicas de los casos

Las características clínicas y epidemiológicas de los casos varían en los diferentes países y entornos.

En África, un 48% de los afectados son niños menores de 15 años, mientras que esa franja etaria representa el 10% en Australia y el 19% en el Japón. No existen diferencias importantes entre las tasas de hombres y mujeres afectados.

Las lesiones se producen a menudo en las extremidades: un 35% se produce en las extremidades superiores, un 55%, en las extremidades inferiores y un 10% en otras partes del cuerpo.

La gravedad de la enfermedad se ha clasificado en tres categorías: I. una sola lesión pequeña (32%); II. placa no ulcerosa o ulcerosa y formas edematosas (35%), y III. formas diseminadas y mixtas, tales como osteítis, osteomielitis o afectación articular (33%). En Australia y el Japón, la mayoría de las lesiones (>90%) es de categoría I.

En todos los países, al menos el 70% de todos los casos se diagnostica en la fase de ulceración.

Organismo causante

Para desarrollarse, *Mycobacterium ulcerans* necesita una temperatura de 29 °C a 33 °C (*Mycobacterium tuberculosis* se desarrolla a 37 °C) y una baja concentración de oxígeno (2,5%). Este microorganismo produce una toxina destructiva (micolactona) que provoca daños en los tejidos e inhibe la respuesta inmunitaria.

Transmisión

Se desconoce aún el modo exacto de transmisión de *Mycobacterium ulcerans*.

Signos y síntomas

La úlcera de Buruli se manifiesta inicialmente como una hinchazón (nódulo) indolora. Puede comenzar también como un endurecimiento indoloro (placa) o una inflamación difusa e indolora de las piernas, los brazos o la cara (edema). Debido a las propiedades inmunodepresoras de la micolactona, la enfermedad evoluciona sin dolor ni fiebre. En ausencia de tratamiento, pero a veces incluso durante el tratamiento antibiótico, el nódulo, placa o edema se convierte, al cabo de cuatro semanas, en úlceras que presentan los clásicos bordes socavados. Ocasionalmente se ven afectados los huesos, lo que provoca grandes deformidades.

Ver más en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs199/es/>



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

Semanas de acción contra los mosquitos

Los mosquitos *Aedes aegypti* pueden transmitir enfermedades como dengue, zika y chikungunya, que pueden resultar graves para la salud. ¡Evitemos los criaderos de mosquitos en nuestra casa, patio o balcón!



Nuevas vacunas

A partir del año 2017 se incluyen tres nuevas vacunas: contra el meningococo para prevenir enfermedades como la meningitis; contra el neumococo para mayores de 65 y personas de 5 a 64 años con factores de riesgo, y se incorpora la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) a los varones.



CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN

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

Vacunas	BCG (1)		Difteria (2)		Tétanos (3)		Polio (4)		Fiebre tifoidea (5)		Hepatitis B (6)		Hepatitis A (7)		Sarampión (8)		Rubéola (9)		Fiebre amarilla (10)		Fiebre tifoidea (11)		
	Inicio (1)	Continúa (2)	Inicio (3)	Continúa (4)	Inicio (5)	Continúa (6)	Inicio (7)	Continúa (8)	Inicio (9)	Continúa (10)	Inicio (11)	Continúa (12)	Inicio (13)	Continúa (14)	Inicio (15)	Continúa (16)	Inicio (17)	Continúa (18)	Inicio (19)	Continúa (20)	Inicio (21)	Continúa (22)	
Recién nacido	Inicio (1)	Continúa (2)																					
2 meses			1º dosis	1º dosis	1º dosis	1º dosis (X)																	
3 meses							2º dosis																
4 meses			2º dosis	2º dosis	2º dosis	2º dosis (I)																	
5 meses								2º dosis															
6 meses																							
12 meses			refuerzo																				
15 meses								refuerzo															
15-18 meses																							
18 meses																							
24 meses																							
3-4 años (Programa Comunal)																							
11 años																							
15 años																							
Adultos																							
Embarazadas																							
Puerperio																							
Personas de salud																							

(1) BCG: tuberculosis (Bacilo Calmette-Guérin)
 (2) Difteria: difteria
 (3) Tétanos: tétanos
 (4) Polio: polio (Poliovirus)
 (5) Fiebre tifoidea: fiebre tifoidea
 (6) Hepatitis B: hepatitis B
 (7) Hepatitis A: hepatitis A
 (8) Sarampión: sarampión
 (9) Rubéola: rubéola
 (10) Fiebre amarilla: fiebre amarilla
 (11) Fiebre tifoidea: fiebre tifoidea
 (12) Fiebre tifoidea: fiebre tifoidea
 (13) Fiebre tifoidea: fiebre tifoidea
 (14) Fiebre tifoidea: fiebre tifoidea
 (15) Fiebre tifoidea: fiebre tifoidea
 (16) Fiebre tifoidea: fiebre tifoidea
 (17) Fiebre tifoidea: fiebre tifoidea
 (18) Fiebre tifoidea: fiebre tifoidea
 (19) Fiebre tifoidea: fiebre tifoidea
 (20) Fiebre tifoidea: fiebre tifoidea
 (21) Fiebre tifoidea: fiebre tifoidea
 (22) Fiebre tifoidea: fiebre tifoidea

Recomendaciones especiales:
 (X) Vacuna obligatoria para el personal de salud.
 (I) Vacuna obligatoria para el personal de salud.
 (II) Vacuna obligatoria para el personal de salud.
 (III) Vacuna obligatoria para el personal de salud.
 (IV) Vacuna obligatoria para el personal de salud.
 (V) Vacuna obligatoria para el personal de salud.
 (VI) Vacuna obligatoria para el personal de salud.
 (VII) Vacuna obligatoria para el personal de salud.
 (VIII) Vacuna obligatoria para el personal de salud.
 (IX) Vacuna obligatoria para el personal de salud.
 (X) Vacuna obligatoria para el personal de salud.
 (XI) Vacuna obligatoria para el personal de salud.
 (XII) Vacuna obligatoria para el personal de salud.
 (XIII) Vacuna obligatoria para el personal de salud.
 (XIV) Vacuna obligatoria para el personal de salud.
 (XV) Vacuna obligatoria para el personal de salud.
 (XVI) Vacuna obligatoria para el personal de salud.
 (XVII) Vacuna obligatoria para el personal de salud.
 (XVIII) Vacuna obligatoria para el personal de salud.
 (XIX) Vacuna obligatoria para el personal de salud.
 (XX) Vacuna obligatoria para el personal de salud.

Notas de atención:
 (1) Vacuna obligatoria para el personal de salud.
 (2) Vacuna obligatoria para el personal de salud.
 (3) Vacuna obligatoria para el personal de salud.
 (4) Vacuna obligatoria para el personal de salud.
 (5) Vacuna obligatoria para el personal de salud.
 (6) Vacuna obligatoria para el personal de salud.
 (7) Vacuna obligatoria para el personal de salud.
 (8) Vacuna obligatoria para el personal de salud.
 (9) Vacuna obligatoria para el personal de salud.
 (10) Vacuna obligatoria para el personal de salud.
 (11) Vacuna obligatoria para el personal de salud.
 (12) Vacuna obligatoria para el personal de salud.
 (13) Vacuna obligatoria para el personal de salud.
 (14) Vacuna obligatoria para el personal de salud.
 (15) Vacuna obligatoria para el personal de salud.
 (16) Vacuna obligatoria para el personal de salud.
 (17) Vacuna obligatoria para el personal de salud.
 (18) Vacuna obligatoria para el personal de salud.
 (19) Vacuna obligatoria para el personal de salud.
 (20) Vacuna obligatoria para el personal de salud.
 (21) Vacuna obligatoria para el personal de salud.
 (22) Vacuna obligatoria para el personal de salud.

El Estado Nacional garantiza **VACUNAS GRATUITAS** en centros de salud y hospitales públicos de todo el país.
 Para más información: 0-800-222-1002 salud.gov.ar



Cuidados en el verano

Es importante tener en cuenta algunos consejos para pasar un verano saludable. Mirá las recomendaciones para cuidarte del sol y prevenir enfermedades.

Última semana de febrero con altísima sensación térmica provocó **ALERTA ROJA** en CABA y otros puntos del país



Vuelta a Clases



Es importante que tu hijo empiece las clases con todas las vacunas y los controles médicos al día. Recordá que una alimentación adecuada y hábitos saludables lo ayudarán a tener un mejor rendimiento escolar.

Leer más en <http://www.msal.gob.ar/>

El **Día Mundial de los Humedales** se celebra el 2 de febrero desde 1977, en conmemoración de la firma del Convenio sobre los Humedales en Ramsar, Irán, el 2 de febrero de 1971.

<https://es.wikipedia.org/wiki/Humedal>

https://es.wikipedia.org/wiki/D%C3%ADa_Mundial_de_los_Humedales

Se presentó el primer nivel del Inventario de Humedales de la Argentina

En consonancia con el Día Mundial de los Humedales y como resultado de un trabajo conjunto entre el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sustentable de la Nación, las universidades de Buenos Aires y de San Martín y la Fundación Humedales, se presentó el nivel 1 del Inventario de Humedales de la Argentina. “El inventario es la base que se necesita para diseñar las políticas públicas de cara al futuro”, aseguró el ministro Sergio Bergman y agregó que “desde mi cartera, y respetando el compromiso del Presidente, se dispuso que el tratamiento de la ley en el Parlamento no puede ser un condicionante para avanzar en la materia. Por eso hoy, anunciamos con satisfacción que el nivel 1 del inventario ha sido concretado”.

Ver más en <http://ambiente.gob.ar/noticias/se-presento-el-primer-nivel-del-inventario-de-humedales-de-la-argentina/>

DÍA DE LA ANTÁRTIDA ARGENTINA

El 22 de Febrero se conmemoró 113 años de permanencia argentina en la Antártida.





El próximo 3 de marzo se celebra el día Mundial de la Vida Silvestre

El Día Mundial de la Vida Silvestre nos brinda la ocasión de celebrar la belleza y la variedad de la flora y la fauna salvajes, así como de crear conciencia acerca de la multitud de beneficios que la conservación de estas formas de vida tiene para la humanidad.

La celebración de este día también nos recuerda la necesidad urgente de combatir los delitos contra la naturaleza, los cuales acarrearán consecuencias de gran alcance en el ámbito económico, medioambiental y social.



Además de su valor intrínseco, la fauna y la flora salvajes contribuyen a los aspectos ecológicos, genéticos, sociales, económicos, científicos, educativos, culturales, recreativos y estéticos del desarrollo sostenible y del bienestar de los seres humanos. Por estas razones, se invita a los Estados miembros, a la ONU y a los organismos internacionales, a las organizaciones no gubernamentales, a la sociedad civil y todas las personas a observar y a participar en este día de celebración mundial de la naturaleza. Las comunidades locales pueden desempeñar un papel positivo en ayudar a frenar el comercio ilegal de vida silvestre.

«Escuchemos la voz de los jóvenes»

En este Día Mundial de la Vida Silvestre, alentamos la participación y el empoderamiento de la juventud. Esta celebración nos brinda una nueva oportunidad para incentivar a los jóvenes a que hagan frente a los problemas relacionados con la conservación.

La pérdida del hábitat, cambio climático y la caza furtiva forman parte de los desafíos más alarmantes que enfrentan las especies silvestres hoy en día. La caza furtiva y el

tráfico de especies silvestres son actualmente las amenazas más inmediatas para muchas especies, ya sean carismáticas o no. La suerte de las especies silvestres del mundo estará muy pronto en las manos de la siguiente generación. La necesidad apremiante de mejorar las medidas para garantizar la supervivencia de las especies silvestres en sus hábitats naturales debe impartirse de generación en generación y la juventud debe tener la oportunidad de comunicar los objetivos de conservación a una sociedad más amplia.

Ver más en <http://www.un.org/es/events/wildlifeday/>



Fallecimiento del Dr. Olindo Martino (1930-2017)

Con enorme pesar, AAZ comunica el fallecimiento del **Dr. Olindo Martino**, Maestro de la Medicina Argentina.

Enviamos nuestro abrazo a sus familiares, amigos y colegas, y los acompañamos en el dolor.

“El Maestro la luchó hasta el último día, no era su forma rendirse”, recordó el Dr. Tomás A. Orduna, Jefe de Servicio de Patologías Regionales y Medicina Tropical en el Hospital de Infecciosas F. J. Muñiz.

El Dr. Olindo Martino fue médico rural, especialista en medicina tropical y patologías regionales. Fue socio fundador de la Asociación Argentina de Zoonosis y Presidente en el período 1995-1996.

Trabajó más de 17 años en distintas áreas geográficas de la Argentina, sobre todo en el norte. Fue médico del Hospital Muñiz desde el año 1954 cuando empezó a trabajar, recién recibido, como médico de guardia. Allí hizo su carrera, y fue propuesto como profesor consultor de la materia Enfermedades Infecciosas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Toda su especialización la realizó en el extranjero. Su experiencia docente incluyó el paso por universidades de prestigio internacional, como Brasil, Nicaragua y Oxford (Inglaterra). En 2003, recibió el Premio Konex a la Salud Pública.



UBA
Universidad de Buenos Aires

Facultad de Ciencias
VETERINARIAS



Carrera de Especialización en Diagnóstico de Laboratorio de Enfermedades Infecciosas Veterinarias.

Directora: Dra. Nora Guida

Co-Director: Ms. Eduardo Vicente Moras

Comisión:

Ms. Marcela Martínez Vivot

Dra. Ana Nicola

Dra. Ana María Jar

Título que otorga: Especialista en Diagnóstico de Laboratorio de Enfermedades Infecciosas Veterinarias

http://www.fvet.uba.ar/postgrado/esp_diag_lab_enf_infecci.php#

CIERRE DE INSCRIPCIÓN EL 31 DE MARZO DE 2017

Presentar la documentación en la

Escuela de Graduados de lunes a viernes de 10 a 16 horas o enviarla vía e-mail

a edu@fvet.uba.ar

CURSO

Escuela UIU
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EMERGENTES
Buenos Aires 6 al 17 de Marzo 2017

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE MADRID
Universidad Nacional Autónoma de México
UBA Universidad de Buenos Aires
UNIVERSITAT DE BARCELONA
USP Universidade de São Paulo
Santander Río

UNIÓN IBEROAMERICANA DE UNIVERSIDADES

ESCUELA UIU
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EMERGENTES
Buenos Aires
6 al 17 de Marzo 2017

DOCENTES

Universidad Autónoma de México:
Prof. Juan Garza Ramos, Prof. Gustavo Olaiz.
Universidad de Barcelona:
Prof. Antoni Trilla.
Universidad de Buenos Aires:
Prof. Gabriel Gutkind, Prof. Adriana Betancor, Prof. Silvia Mundo, Prof. Néida Gentilini.
Universidad Complutense de Madrid:
Prof. José M. Bautista.
Universidade de São Paulo:
Prof. Ariel Silber, Prof. Mauro Javier Cortez.

INSCRIPCIÓN

Lunes a viernes
de 9.00 a 14.00 hs

Facultad de
Farmacia y Bioquímica
UBA

Informes e Inscripción
escuelaiiu@rec.uba.ar

Costo de inscripción: 100 euros.

Becas completas para estudiantes de grado y posgrado de Universidad de Buenos Aires, Universidad Autónoma de México, Universidade de São Paulo, Universidad Complutense de Madrid y Universidad de Barcelona.

Universidad Nacional Autónoma de México | UNIVERSITAT DE BARCELONA | UBA Universidad de Buenos Aires | UNIVERSIDAD COMPLUTENSE MADRID | USP Universidade de São Paulo | Santander

EVENTOS INTERNACIONALES



XLIII

**Congreso Nacional de
Infectología y
Microbiología
Clínica • 2017**

24 al 27 de Mayo
Centro de Convenciones
William O. Jenkins de Puebla

PUEBLA



Asociación Mexicana de Infectología y Microbiología Clínica, A.C.
Montecito 38 Piso 24 Of. 37 Col. Nápoles, Ciudad de México.
Teléfono: +52 (55) 9000 - 0901
amimc.ac@gmail.com
www.amimc.org.mx



Teléfonos: +52 (55) 5663 - 1902,
5663 - 0402, 5663 - 0035
info@intermeeting.com.mx
www.intermeeting.com.mx

<http://www.amimc.org.mx/evento/xlii-congreso-nacional-de-infectologia-y-microbiologia-clinica/>



World Association of Veterinary Laboratory Diagnosticians Upcoming Meetings:

XVIII WAVLD Sorrento, Italy

[Sorrento WAVLD Web Site Click Here!](#)

June 7-10, 2017

Please contact Dr. Craig Carter, Executive Director, WAVLD craig.carter@uky.edu if your country is interested in hosting the 2019 or 2021 meeting!

<http://www.wavld.org/>



33th World Veterinary Congress (WVC)

August 27 - 31, 2017 <http://www.worldvet.org/congress.php?year=2017>



<http://www.wsava2017.com/>



<http://www.onehealthinitiative.com/events.php?page=1>



<http://www.wcph2017.com/>

EVENTOS NACIONALES

JORNADA XVII JORNADAS ARGENTINAS DE MICROBIOLOGIA y Jornadas Bioquímicas del Sur Argentino

El 7, 8 y 9 de junio de 2017 se llevarán a cabo, en **Bahía Blanca**, en un marco de intercambio científico que acercará a profesionales de todo el país con importantes disertantes en temáticas relevancia.

Las jornadas, son organizadas por la Filial Sur de la AAM, el Colegio de Bioquímicos de la provincia de Buenos Aires, el Centro de Analistas Clínicos- Distrito X y la Universidad Nacional del Sur- Depto. de Biología, Bioquímica y Farmacia.

http://www.aam.org.ar/vermas-congresos_jornadas_cursos_talleres.php?n=250



<http://www.sadi.org.ar/>

II CONGRESO INTERNACIONAL DE ZONOSIS “Alimentos y Zoonosis: Desafíos del Siglo XXI” Del 5 al 7 de JUNIO de 2018

II Congreso Internacional de Zoonosis

IX Congreso Argentino de Zoonosis

“Alimentos y Zoonosis: Desafíos del Siglo XXI”

5 al 7 de junio de 2018

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

PROGRAMA – EJES TEMÁTICOS

1. Zoonosis emergentes y reemergentes. Impactos recientes en salud pública.
2. Zoonosis regionales endémicas. Situación y avances.
3. Zoonosis y alimentos en la producción agroindustrial. Impactos y relevancia.

<http://www.aazonosis.org.ar/?p=466>

1 NOTICIAS de ARGENTINA

Córdoba: Notificaron un caso de dengue y uno de fiebre chikungunya, 21 de febrero de 2017 – Fuente: Ministerio de Salud – Provincia de Córdoba (Argentina) El Comité de Seguimiento de Enfermedades Transmitidas por Mosquitos informó que se han notificado dos casos importados, uno de dengue y otro de fiebre chikungunya, en la ciudad de Córdoba. El caso de dengue fue atendido en el Hospital ‘Dr. Guillermo Golesbery Rawson’ y corresponde a un hombre con antecedente de viaje a Indonesia, que vive en Villa Belgrano. El caso de fiebre chikungunya fue atendido en una clínica privada y es una mujer que viajó a Brasil (Ilha Grande) y reside en barrio General Paz. En ambos casos, se realizaron los bloqueos de foco correspondientes y en la búsqueda activa no se encontraron otros casos. Las dos personas fueron atendidas en forma ambulatoria y evolucionan favorablemente. “Tenemos que seguir trabajando desde el Estado y con la comunidad para lograr reducir la población de mosquitos. Es importante revisar los patios y jardines, porque en estas semanas con tantas lluvias, cualquier recipiente puede acumular agua y transformarse en un criadero. También es importante la consulta inmediata ante cualquier síntoma, porque eso nos permite actuar rápidamente con el bloqueo de foco, como en estos casos”, remarcó el ministro de Salud, Francisco José Fortuna. Al respecto, desde el Comité recordaron que el monitoreo aéxico del mes de enero dio como resultado un gran aumento de la presencia de larvas de mosquito en los hogares de la ciudad de Córdoba; de manera que es alto el riesgo de brote. Además del índice de vivienda de 25,5%, otro dato que elaboró el Área de Epidemiología en base a la información recolectada en el último monitoreo es que, más allá de si tienen o no larvas, en 96,5% de los hogares visitados se encontraron recipientes que constituyen potenciales criaderos, sobre todo en el exterior de las viviendas. “Esto nos habla de que seguimos sin percibir el riesgo en el propio hogar. Es fundamental que por lo menos una vez a la semana nos tomemos el trabajo de revisar nuestros patios y jardines, observar dónde se podría acumular agua y eliminar esos reservorios”, precisó Laura Raquel López, responsable del Área de Zoonosis.

<http://www.reporteepidemiologico.com/wp-content/uploads/2017/02/REC-1884.pdf>

2 AMERICAS

Fiebre amarilla — Brasil

Brote epidémico

27 de enero de 2017

El 24 de enero de 2017, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Brasil proporcionó a la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) información actualizada sobre la situación de la fiebre amarilla en el país. La distribución geográfica de los casos confirmados se está ampliando, y en la actualidad incluye no solo el Estado de Minas Gerais, sino también los de Espírito Santo y São Paulo. Además, se están investigando seis casos en el Estado de Bahía.

El Estado de Espírito Santo, que hasta ahora no se consideraba en riesgo de fiebre amarilla, confirmó su primer caso autóctono desde 1940 (un hombre de 44 años del municipio de Ibatiba). En el Estado de São Paulo se han notificado tres casos confirmados mediante pruebas de laboratorio, todos ellos mortales. En el Estado de Minas Gerais, hasta el 24 de enero se habían notificado 404 casos (66 confirmados, 337 sospechosos y 1 descartado), 84 de ellos mortales (37 entre los casos confirmados y 47 entre los sospechosos, lo cual supone una tasa de letalidad del 56% y del 14%, respectivamente). El número total de casos sospechosos y confirmados es el más elevado que se registra en el país desde 2000.

Entre los 66 casos confirmados de Minas Gerais, el 88% son del sexo masculino y el 45% no estaban vacunados contra la fiebre amarilla (se desconoce el estado vacunal del 55% restante).

Por otra parte, se ha notificado un gran número de epizootias en primates no humanos en los Estados de São Paulo (247 epizootias, 3 de ellas confirmadas como fiebre amarilla) y Espírito Santo (367 epizootias). En este último se han confirmado como fiebre amarilla las epizootias de los municipios de Irupia y Colatina.

Respuesta de salud pública

Las autoridades sanitarias federales, estatales y municipales de Brasil han adoptado varias medidas para hacer frente al brote:

- Además de las 650 000 dosis de vacuna distribuidas por el país como parte del suministro habitual para el calendario vacunal nacional, en enero de 2017 el Ministerio de Salud envió 4,2 millones de dosis a los Estados de Bahía (400 000), Espírito Santo (1 millón), Minas Gerais (2,4 millones) y Rio de Janeiro (350 000).
- Se han iniciado actividades de control de los vectores para eliminar los lugares de cría de *Aedes aegypti* en los municipios afectados.
- Se han establecido “salas de situación” en los estados afectados y en el ámbito nacional.
- El Ministerio de Salud ha creado un portal en la web para informar y aconsejar a la población sobre la situación.
-

Evaluación del riesgo por la OMS

El aumento del número de casos de fiebre amarilla en el Estado de Minas Gerais, la confirmación de casos en otros dos estados y las epizootias registradas en los estados

en los que ha habido casos humanos señalan la propagación geográfica del brote hacia nuevas zonas.

Por el momento no hay pruebas de que *Aedes aegypti* esté implicado en la transmisión en presente brote, aunque no se puede descartar el riesgo de transmisión urbana de la enfermedad.

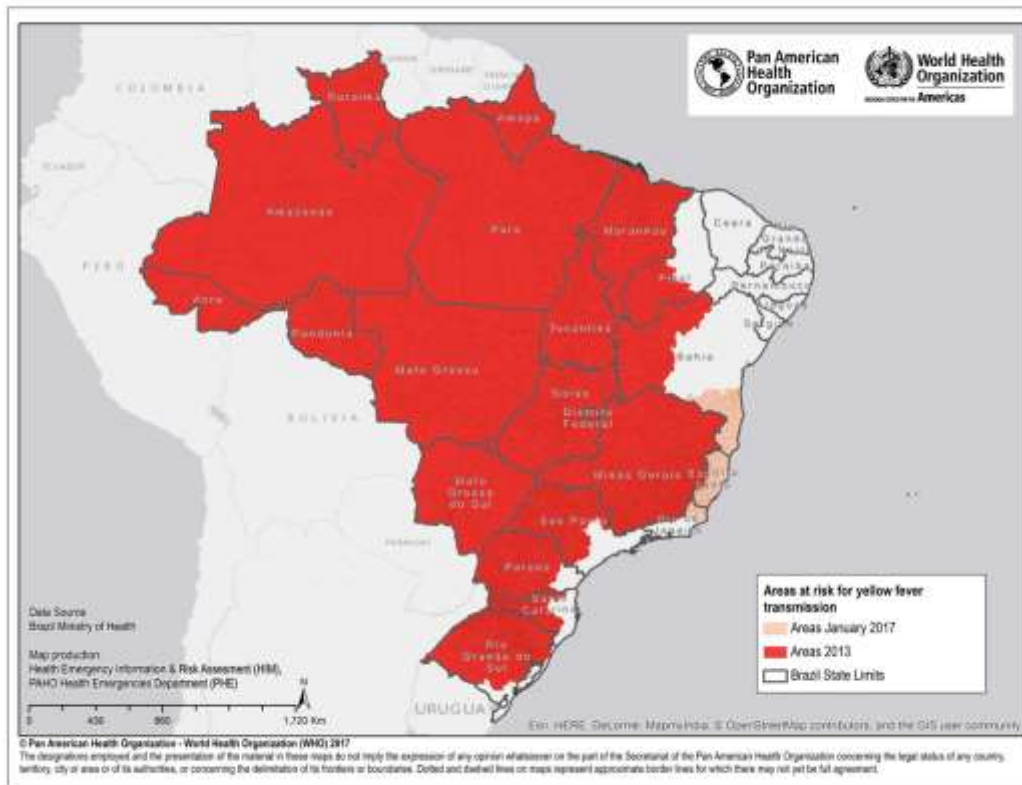
Teniendo en cuenta los desplazamientos internos de personas y de monos infectados y la baja cobertura vacunal en zonas que antes no se consideraban en riesgo de transmisión de la fiebre amarilla, es de esperar que se detecten nuevos casos en otros estados del país. También hay riesgo de que las personas infectadas viajen a zonas de Brasil o del extranjero donde haya mosquitos *Aedes* y se inicien ciclos locales de transmisión de persona a persona. Hasta ahora no se han descrito casos de fiebre amarilla asociados a este brote en los países vecinos.

El brote actual y el aumento de la actividad de la fiebre amarilla en Brasil van más allá de las zonas que en la publicación de la OMS Viajes Internacionales y Salud, 2016 se consideraban en riesgo de transmisión de la enfermedad. Aunque las autoridades nacionales están tomando las medidas apropiadas para contener esta epidemia, es necesario actualizar las recomendaciones a los viajeros con respecto a la vacunación contra la fiebre amarilla.

Las zonas definidas recientemente como zonas con riesgo de transmisión de la fiebre amarilla en Brasil presentan las siguientes diferencias con respecto a la evaluación del riesgo realizada en 2013 (véase más adelante Zonas con riesgo de transmisión de la fiebre amarilla en Brasil, 2013-2017).

- Estado de Bahía – ampliación de las zonas con riesgo de transmisión de la fiebre amarilla, que incluyen a los siguientes municipios del sur y suroeste del Estado: Alcobaca; Belmonte; Canavieiras; Caravelas; Ilhéus; Itacare; Mucuri; Nova Viçosa; Porto Seguro; Prado; Santa Cruz Cabralia; Una; Urucuca; Almadina; Anage; Arataca; Barra do Chosa; Barro Preto; Belo Campo; Buerarema; Caatiba; Camacan; Candido Sales; Coaraci; CondeUba; Cordeiros; Encruzilhada; Eunapolis; Firmino Alves; Floresta Azul; Guaratinga; Ibicarai; Ibicui; Ibirapua; Itabela; Itabuna; Itagimirim; Itaju do Colonia; Itajupe; Itamaraju; Itambe; Itanhem; Itape; Itapebi; Itapetinga; Itapitanga; Itarantim; Itororo; Jucurusu; Jussari; Lajedao; Macarani; Maiquinique; Mascote; Medeiros Neto; Nova Canaa; Pau Brasil; Piripa; Planalto; Posoes; Potiragua; Ribeirao do Largo; Santa Cruz da Vitoria; Santa Luzia; São Jose da Vitoria; Teixeira de Freitas; Tremedal; Vereda; Vitoria da Conquista.
- Estado de Espírito Santo: con riesgo de transmisión de la fiebre amarilla, exceptuando la zona urbana de Vitoria.
- Estado de Rio de Janeiro: con riesgo de transmisión de la fiebre amarilla en los siguientes municipios del norte, fronterizos con los Estados de Minas Gerais y Espírito Santo: Bom Jesus do Itabapoana; Cambuci; Cardoso Moreira; Italva; Itaperuna; Laje do Muriae; Miracema; Natividade; Porciuncula; Santo Antonio de Padua; São Fidelis; São Jose de Uba; Varre-Sai; Campos dos Goytacazes; São Francisco de Itabapoa; São João da Barra.

Esta identificación de nuevas zonas con riesgo de transmisión de la fiebre amarilla representa el primer paso preliminar y precautorio de un proceso dinámico de evaluación del riesgo.



Consejos de la OMS

Entre los consejos a los viajeros que tengan previsto visitar zonas de Brasil con riesgo de transmisión de la fiebre amarilla se encuentran: la vacunación contra la enfermedad al menos 10 días antes del viaje, la observancia de las medidas para evitar las picaduras de mosquitos, el conocimiento de los síntomas y signos de la enfermedad, la búsqueda de atención sanitaria en caso de necesidad durante el viaje y tras el retorno, sobre todo si es a un país donde haya vectores competentes para transmitir la enfermedad.

De conformidad con lo establecido en el anexo 7 del RSI, una dosis única de vacuna es suficiente para lograr una protección de por vida contra la fiebre amarilla. No son necesarias dosis de recuerdo. En caso de que haya motivos médicos para no vacunarse, esto debe ser certificado por las autoridades competentes, de conformidad con lo estipulado en los anexos 6 y 7 del RSI.

Teniendo en cuenta la información actual sobre este evento, la Secretaría de la OMS no recomienda la imposición de restricciones a los viajes a Brasil ni al comercio con ese país.

<http://www.who.int/csr/don/27-january-2017-yellow-fever-brazil/es/>

3 DEL MUNDO



Hepatitis E - Chad

Brotos epidémicos

24 de enero de 2017

Entre el 1 de septiembre de 2016 y el 13 de enero de 2017, se han notificado en total desde Am Timan (Chad) 693 casos del síndrome de ictericia aguda, de los cuales 11 han sido mortales.

De los 50 pacientes con el síndrome que fueron hospitalizados, 48 fueron sometidos a la prueba de diagnóstico rápido del virus de la hepatitis E y 27 (56,3%) dieron positivo. En total, al final de la semana epidemiológica 2 de 2017, se han efectuado 126 pruebas de diagnóstico rápido del virus de la hepatitis E, de las que 57 (45,2%) fueron positivas y 69 (54,8%) negativas. De los 57 pacientes que dieron positivo en la prueba de diagnóstico rápido, 18 (31,6%) también dieron positivo en la prueba del paludismo, y 20 (29%) de los 69 pacientes cuyos resultados fueron negativos en la prueba de diagnóstico rápido dieron positivo en la prueba del paludismo. Desde septiembre de 2016, se han notificado 11 muertes entre los casos hospitalizados, pero es posible que la letalidad total se haya subestimado.

A 13 de enero de 2017, 16 embarazadas con síndrome de ictericia aguda han sido hospitalizadas y sometidas a la prueba para detectar el virus de la hepatitis E; 12 de ellas (75%) han arrojado resultados positivos en la prueba de diagnóstico rápido. De las embarazadas con síndrome de ictericia aguda, al parecer cuatro han muerto (tres habían dado positivo en la prueba de la hepatitis E).

Aproximadamente el 90% de los casos de síndrome de ictericia aguda se han notificado desde Am Timan, que parece ser el epicentro del brote actual, y la mayoría de los casos se detectan mediante búsqueda activa. A 13 de enero de 2017, se han notificado casos del síndrome de ictericia aguda en 59 barrios de Am Timan y alrededores.

Respuesta de salud pública

El brote se detectó cuando dos mujeres embarazadas que presentaban ictericia fueron ingresadas en el hospital regional de Am Timan, que desde 2009 recibe parcialmente ayuda de Médicos Sin Fronteras (MSF). MSF ha prestado apoyo al Ministerio de Salud Pública enviando 14 miembros expatriados de su personal y contratando a más de 400 personas a nivel local especializadas en la respuesta a la epidemia, sin tener en cuenta el personal que participó en su proyecto ordinario. MSF ayuda en las esferas de control

de la epidemia, vigilancia activa, cloración del agua y sensibilización de la comunidad en Am Timan.

Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud Pública están complementando las investigaciones iniciales realizadas del 22 al 29 de octubre de 2016 para abarcar toda la región con el fin de detectar posibles focos adicionales. La oficina de la OMS en el Chad está apoyando el fortalecimiento de la vigilancia activa y pasiva fuera de Am Timan; preparando una definición de casos, herramientas de vigilancia, protocolos para la gestión de casos sencillos y un algoritmo de pruebas; definiendo criterios para la hospitalización de los afectados y efectuando una evaluación de necesidades en Am Timan y alrededores. La OMS está procurando forjar las nuevas alianzas requeridas para colmar las necesidades de Am Timan y de la región en materia de movilización social y de agua y saneamiento.

Evaluación del riesgo por la OMS

Con arreglo a la información disponible, parece haberse estabilizado el número de casos notificados en las últimas cinco semanas desde la zona afectada con una media de 70 casos notificados semanalmente, de los que solo una proporción menor (7,2%) requiere hospitalización. El riesgo infeccioso parece confinado a Am Timan y sus alrededores inmediatos. Sin embargo, se mantiene una vigilancia estrecha del evento a todos los niveles de la OMS. El riesgo actual de que el virus siga propagándose continúa siendo de moderado a alto y se circunscribe a un ámbito local, y la limitada capacidad de respuesta hasta la fecha exige apoyo adicional inmediato, especialmente en materia de agua y saneamiento y movilización social.

Consejos de la OMS

La OMS recomienda que prosigan las investigaciones con una definición de los casos concretos a fin de describir las características del brote y determinar su origen: momento, lugar y personas afectadas. Es importante conocer el origen de la contaminación del agua de superficie y, mientras tanto, garantizar la inocuidad del agua mediante la cloración en el punto de uso de la población. Las personas que viajen al Chad deberían observar las recomendaciones de higiene habituales para los viajeros en cuanto a la inocuidad del agua y los alimentos. Ello debería protegerles contra la hepatitis E, puesto que el riesgo de transmisión de persona a persona es muy reducido.

<http://www.who.int/csr/don/24-january-2017-hepatitis-e-chad/es/>

China: Infección humana por el virus de la gripe aviar A(H7N9)

Brotos epidémicos

22 de febrero de 2017

El 4 de febrero de 2017, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Taipéi notificaron su quinto caso de infección humana por virus de la gripe aviar A(H7N9).

Datos del caso

El paciente, un hombre de 69 años, viajó a la ciudad de Yangjiang (Provincia de Guangdong, China), donde estuvo del 18 de septiembre de 2016 al 25 de enero de 2017. El 23 de enero, mientras seguía en Guangdong, presentó fiebre y escalofríos, y el 25 volvió a Taiwán, donde acudió a urgencias. En la consulta no se detectó fiebre ni neumonía, y una prueba rápida de gripe realizada con una muestra orofaríngea resultó negativa. Al día siguiente se analizaron mediante PCR otras muestras que dieron negativo para virus de la gripe A.

El 1 de febrero volvió a urgencias con fiebre, tos productiva y disnea. Se diagnosticó neumonía bilateral e insuficiencia respiratoria, por lo que fue intubado. Nuevas muestras de esputo obtenidas el 2 de febrero dieron positivo para virus de la gripe aviar A(H7N9).

El rastreo de contactos tras la detección de este caso reveló que dos de sus seis colegas de China continental habían tenido síntomas de las vías respiratorias superiores que se resolvieron con el tratamiento. Dos familiares seguían asintomáticos cuando se redactó el informe.

Hasta ahora no se ha identificado ninguna fuente de exposición de este paciente al virus de la gripe aviar A(H7N9). Negó cualquier exposición a aves vivas o a mercados de aves de corral vivas durante su estancia en la Provincia de Guangdong. Asimismo, negó haber estado expuesto a otras personas con enfermedades sospechosas. Tras su regreso a Taiwán (China) se mantuvo en su casa o en el hospital.

Desde principios de 2013 hasta la fecha se han notificado en virtud del Reglamento Sanitario Internacional 1223 casos confirmados de infección humana por virus de la gripe aviar A(H7N9).

Entre ellos hay 5 notificados por los CDC de Taipéi, 20 por el Centro de Protección Sanitaria de Hong Kong, 1 por la Región Autónoma Especial de Macao, 2 por Canadá y 1 por Malasia.

Respuesta de salud pública

Los CDC de Taipéi han tomado medidas como:

- La realización de investigaciones epidemiológicas, y el rastreo, gestión y observación médica de los contactos.
- El refuerzo de la vigilancia de la neumonía de causa desconocida, la vigilancia centinela sistemática de la gripe, y la vigilancia virológica de la gripe y la gripe aviar.
- Se han enviado a la Comisión de Salud y Planificación Familiar de China los antecedentes de viaje del caso para que siga investigando.

El Departamento de Agricultura de Taiwán (China) viene vigilando la gripe aviar en las aves silvestres y de corral desde 1997. En 2015 se detectaron virus de la gripe aviar A(H7N9) en aves silvestres, pero según los análisis filogenéticos, dichos virus eran

distintos de los que actualmente infectan a las aves de corral en la China continental y causan infecciones colaterales en personas expuestas a esas aves infectadas.

Evaluación del riesgo por la OMS

En años anteriores se han descrito aumentos súbitos similares del número de casos de infección humana por virus de la gripe aviar A(H7N9), pero el número de casos detectados este año es superior al de estaciones anteriores. El número de casos de comienzo posterior a 1 de octubre de 2016 representa aproximadamente una tercera parte de la totalidad de los casos de infección humana por virus de la gripe aviar A(H7N9) notificados desde 2013.

No obstante, las infecciones humanas por virus de la gripe aviar A(H7N9) siguen siendo infrecuentes. Para evaluar el riesgo y ajustar a tiempo las medidas destinadas a gestionarlo es fundamental una observación estrecha de la situación epidemiológica y una caracterización de los virus humanos más recientes.

En la mayoría de los casos humanos la exposición al virus de la gripe aviar A(H7N9) se produce por contacto con aves de corral infectadas o entornos contaminados, en particular en mercados de aves de corral vivas. Como se sigue detectando el virus en animales y en el medio y se siguen vendiendo aves de corral vivas, son de prever nuevos casos humanos. Dado que el virus circula en aves de corral de otras zonas de China sin ser detectado, también es de esperar que se produzcan nuevos casos esporádicos en provincias que hasta ahora no se han visto afectadas.

En caso de que algún paciente de las zonas afectadas viaje al extranjero, es posible que la infección se detecte en otro país durante el viaje o a su llegada. Aún así, es improbable una propagación a nivel comunitario, dado que el virus no se transmite fácilmente de persona a persona.

Aunque ha habido pequeños conglomerados de casos de infección humana por virus de la gripe aviar A(H7N9), algunos de los cuales han afectado a profesionales sanitarios, los datos epidemiológicos y virológicos actuales indican que el virus no ha adquirido la capacidad de transmitirse de forma sostenida entre los seres humanos. Así pues, por el momento se considera improbable la propagación del virus a nivel comunitario.

Consejos de la OMS

La OMS aconseja a quienes viajen a países donde haya brotes conocidos de gripe aviar que eviten las granjas de aves, el contacto con animales en los mercados de aves vivas, la entrada en instalaciones donde se sacrifiquen aves de corral y el contacto con cualquier superficie que parezca estar contaminada por heces de aves de corral o de otros animales. Los viajeros deben lavarse frecuentemente las manos con agua y jabón y prestar atención a la inocuidad y la higiene de los alimentos.

La OMS no recomienda la realización de exámenes especiales en los puntos de entrada ni la aplicación de restricciones a los viajes ni al comercio en relación con este evento. Como siempre, habrá que pensar en el diagnóstico de infección por virus de la gripe aviar en pacientes que presenten síntomas respiratorios agudos graves durante viajes a zonas donde haya gripe aviar, o poco después de la vuelta de dichos viajes.

La OMS alienta a los países a que sigan reforzando la vigilancia de la gripe, en particular la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas graves; examinen

cuidadosamente todos los casos inusuales para garantizar la notificación de las infecciones humanas de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005) y sigan con sus medidas nacionales de preparación sanitaria.

<http://www.who.int/csr/don/22-february-2017-ah7n9-china/es/>

Canadá: Brote multiestatal de norovirus vinculado a ostras de British Columbia 17 de febrero de 2017 – Fuente: Canadian Broadcasting Corporation (Canadá) Un brote de norovirus vinculado a ostras recogidas en British Columbia está actualmente bajo investigación federal. La Agencia de Salud Pública de Canadá (PHAC) dice que ha asumido la dirección de la investigación, ahora que se han reportado casos en Alberta y Ontario, así como British Columbia. Hasta el 14 de febrero, la agencia dice que conocía la existencia de 221 casos reportados de norovirus vinculados a las ostras de British Columbia. “Sabíamos que en noviembre-diciembre se habían presentado casos en British Columbia, pero no fue hasta mediados de enero que empezamos a saber acerca de otros casos en Ontario y Alberta,” dijo Mark Samadhin, director de la división de manejo de brotes de la PHAC. “Sabemos que se trata de ostras de British Columbia, pero más allá de eso, no sabemos qué está contaminando a las ostras”. Samadhin dijo que todavía las autoridades sanitarias provinciales, el Departamento de Pesca y Océanos (DFO) y la Agencia Canadiense de Inspección Alimentaria (CFIA), están llevando a cabo las investigaciones locales, pero la PHAC ha asumido la coordinación de las investigaciones ahora que el brote es multi-jurisdiccional. Fuente difícil de determinar Samadhin dijo que los brotes de esta escala de norovirus relacionados con ostras son raros en Canadá. Agregó que no parece que este brote provenga de una fuente en particular. Dijo que el DFO y la CFIA han cerrado varias granjas por un corto plazo después de dar positivas para el norovirus. Samadhin dijo que cuando las ostras están contaminadas con norovirus, por lo general se debe al contacto con aguas residuales sin tratar, pero la investigación aún debe probar la causa exacta del brote actual. “El norovirus es un virus relativamente común que puede ser contraído de muchas fuentes, lo que puede hacer que sea difícil encontrar la fuente original”, dijo Samadhin. “Los casos de transmisión secundaria habrían contraído la enfermedad de alguien que estaba enfermo y no necesariamente del contacto directo con los alimentos,” dijo Samadhin. Preocupación entre los criadores Keith Reid, propietario de Odyssey/Stellar Bay Shellfish, en Deep Bay, British Columbia, dijo que su granja estuvo cerrada por alrededor de una semana y media mientras que los funcionarios investigaban antes de darle el visto bueno. Aunque sus ventas siguen siendo fuertes, Reid dijo que los brotes de este tipo son preocupantes debido a la dificultad para detectar la fuente. “Hay tantas cosas a las que los mariscos están expuestos antes de que sean finalmente consumidos, que es muy difícil rastrear exactamente el origen de esto”, dijo. “Es importante que una industria que coloca su producto en el mercado sea confiable, que lo que comercializa no enfermará a nadie”. Qué hacer Samadhin dijo que la mejor manera de evitar contraer norovirus de los crustáceos es seguir las prácticas adecuadas de seguridad alimentaria. Esto incluye asegurarse de que los mariscos estén completamente cocidos antes de consumirlos, mantener separados los alimentos crudos de los cocidos, y lavarse bien las manos, especialmente si se ha tenido contacto con una persona enferma. Los síntomas de la norovirus incluyen náuseas, vómitos y diarrea. Samadhin dijo que las personas generalmente se recuperan de la enfermedad en uno o dos días y, a menudo no requieren atención médica. Sin embargo, dijo que si alguien se enferma después de comer ostras, debe ponerse en contacto con un profesional de la salud y asegurarse de que se informe del caso a la autoridad local de salud. ¹

1 Mark Samadhin, director de la división de manejo de brotes de la Agencia de Salud Pública de Canadá (PHAC), declaró que él no piensa que haya una única fuente, pero parece que sí puede haber un único proveedor. Hubo también brotes de norovirus asociados con ostras en el año 2016 en Canadá. Un alerta fue emitido por el Departamento de Pesca y Océanos (DFO) para las Islas Subtle, situadas al este de Campbell River, British Columbia, después que las pruebas realizadas por la Agencia Canadiense de Inspección Alimentaria (CFIA) encontrara norovirus en las ostras de la zona. Además, parte de Clayoqout Sound, en la costa oeste de la Isla de Vancouver también fue cerrado para la recolección de mariscos en diciembre de 2016 después que más de 100 personas enfermaron por comer ostras crudas en Tofino. El norovirus puede sobrevivir en el agua marina durante largos períodos de tiempo, aunque el virus no se multiplica en ese entorno. Los mariscos, tales como ostras, almejas y mejillones se alimentan mediante filtración, e ingieren el norovirus si está presente en el agua. A través de la filtración, las ostras pueden concentrar el virus a niveles mucho más altos de lo que se puede encontrar en el agua circundante. Las fuentes potenciales de contaminación incluyen plantas inadecuadas de tratamiento de aguas residuales, sistemas sépticos dañados, escorrentía de aguas pluviales, vertido de aguas residuales de naves, y vómitos por la borda cerca de los bancos de mariscos. Estos animales pueden ser una fuente de norovirus, especialmente en los meses más fríos (noviembre-marzo). Para prevenir la contaminación causada por el norovirus, los mariscos sólo deben cosecharse en áreas aprobadas y abiertas. La cocción puede reducir el riesgo de enfermedad, pero el virus puede sobrevivir a temperaturas de hasta 60°C. El cocido rápido al vapor hasta que las conchas se abren no es suficiente para eliminar el norovirus.

<http://www.reportepidemiologico.com/rec-1883/>

Australia: Fumigar insecticidas en interiores puede reducir la futura transmisión del virus Dengue en casi 96% 17 de febrero de 2017 – Fuente: Science Advances La pulverización de insecticidas en el interior de áreas identificadas como focos de dengue reduce la futura transmisión del virus en casi 96%. Este estudio analizó los datos de salud pública de 902 casos confirmados de dengue durante una epidemia en Cairns (Australia) entre 2008 y 2009, cuando el virus se propagó por el área metropolitana. Durante 31 semanas, los trabajadores del sistema sanitario australiano aplicaron insecticida en 5.428 lugares a menos de 100 metros de muchos de los lugares identificados como focos del virus. La comparación de estas ubicaciones de exposición potenciales que fueron rociadas con insecticida y las que no, reveló que la pulverización de interiores redujo la probabilidad de transmisión del dengue hasta 96%. El mosquito *Aedes aegypti*, transmisor del virus, se encuentra predominantemente en interiores, dentro de dormitorios y en diversos materiales y superficies. Sin embargo, según el estudio, aunque la pulverización residual en interiores es más eficaz y puede durar meses, es menos utilizada porque requiere más tiempo y recursos. Este método, además de prevenir el dengue, también puede usarse para frenar otros virus transmitidos por mosquitos, como el Zika o el Chikungunya.

Artículo completo en <http://advances.sciencemag.org/content/3/2/e1602024.full>

La cadena alimentaria es otra vía de transmisión de *Staphylococcus aureus* meticilino resistente (SAMR), 13 de febrero de 2017 – Fuente: *Trends in Food Science & Technology*

La resistencia a los antibióticos es uno de los principales desafíos a los que se enfrenta la medicina. Incluso, en la reunión del G8 que tuvo lugar a fines de 2015, se equiparó con el cambio climático. De hecho, cerca de 25.000 personas fallecen anualmente en Europa debido a la resistencia a antibióticos y se estima que en 2050 este número superará los siete millones en el mundo. Además, el problema va en aumento, y cada vez se están detectando más cepas multirresistentes. En este marco, *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (SAMR, por sus siglas en inglés) es una bacteria particularmente problemática. Ahora, un equipo de investigadores analizó la presencia de SAMR a lo largo de la cadena alimentaria y en el potencial que tienen los animales de granja y los productos alimenticios derivados en su propagación. A principios de la década de 1990 se describieron las primeras cepas de *Staphylococcus aureus* resistentes a la meticilina, un antibiótico betalactámico, en hospitales de Estados Unidos. Estas cepas empezaron a producir procesos infecciosos bastante graves, principalmente de carácter respiratorio. Años después, se detectó un segundo linaje de carácter comunitario, más virulento aunque con menor resistencia a antibióticos. Finalmente, hace aproximadamente una década se descubrió un tercer linaje, más asociado a animales, una serie de cepas con nuevas resistencias a antibióticos utilizados en la producción animal. Como ya no se trata solo de un problema nosocomial, si no que se ha superado la barrera de los hospitales y SAMR ha llegado a los humanos a través de los animales, se intenta entender qué papel tiene la cadena alimentaria en esa transmisión. De este modo, se trata de caracterizar este tipo de cepas multirresistentes y en cómo los alimentos pueden ser otra vía de transmisión. El trabajo señala cómo el uso masivo de antibióticos en piensos para promover el crecimiento y el uso inadecuado de agentes antimicrobianos en medicina veterinaria y humana se consideran los principales contribuyentes a la aparición de SAMR. Y deja claro cómo la cadena alimentaria, desde la producción animal hasta la mesa, puede tener un papel relevante en la transmisión de dicha resistencia. De esta forma, SAMR tiene implicaciones para la seguridad de los alimentos y se requieren programas de vigilancia para su detección y control rápido. Posibles estrategias para acabar con un problema complejo. Paliar la transmisión de SAMR es un problema complejo que requiere una solución multifactorial. Aunque, a priori, el desarrollo de nuevos antibióticos –un asunto que se encuentra parado desde hace tres décadas– permitiría salvar el problema a corto plazo, la solución no puede pasar únicamente por ello, ya que las bacterias podrían adaptarse nuevamente. Se debe plantear una estrategia combinada en tres ámbitos, la sanidad humana, animal y ambiental. En general, es necesario realizar un uso responsable de los antibióticos en todos los niveles. En el caso de la producción animal, los medicamentos deben ser prescritos por un profesional veterinario ante un problema que realmente sea de carácter bacteriano. Por otro, se deben tomar medidas de bioseguridad y buscar alternativas que permitan un manejo más racional de la producción animal, como el uso de compuestos antibacterianos de carácter natural, procedentes de plantas, para añadirlos a la alimentación animal y reducir así el uso de antibióticos. También se podrían utilizar virus que atacan a 5 Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic aquí. *Staphylococcus aureus* 11 las bacterias de forma selectiva para eliminar posibles agentes infecciosos en la producción animal, y además realizar

una gestión adecuada de subproductos de la ganadería, como las heces, que si se liberan de manera descontrolada pueden contaminar las aguas. En cualquier caso, la aproximación no puede ser unidireccional: debe plantearse un ataque integral, utilizando diferentes enfoques para que, si falla uno de ellos, exista otro que pueda paliar ese defecto. Se debe buscar una serie de barreras conjuntas o asociadas que hagan mucho más difícil el proceso evolutivo de las resistencias.

<http://www.reporteepidemiologico.com/wp-content/uploads/2017/02/REC-1883.pdf>

Trends in Food Science & Technology

Volume 61, March 2017, Pages 49–59



Review

Presence of methicillin-resistant Staphylococcus aureus in the food chain

- [Elena-Alexandra Oniciuc](#), [Anca Ioana Nicolau](#), [Marta Hernández](#), [David Rodríguez-Lázaro](#)

MRSA in livestock is a great concern due to its presence in associated foodstuff.

Dissemination and foodborne MRSA infections should not be neglected.

Control and prevention strategies should be implemented from farm to fork.

International regulations in the use of antibiotics in animal production are necessary to reduce the MRSA emergence.

Abstract

Background

*Antimicrobial resistance is one of the major challenges in medicine and **methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA)** is a particularly problematic nosocomial pathogen. Many recent studies document successful MRSA lineages in farm animals and derived foodstuffs, highlighting the need for adequate control and prevention programmes to avoid food transmission.*

Scope and approach

*We review the presence of MRSA along the food chain, and the potential of food-producing animals and associated foodstuffs for the transmission of MRSA. The massive use of **antibiotics** in feed to promote growth, and the inappropriate use of antimicrobial agents in veterinary and human medicine are considered to be major contributors to*

the emergence of resistance. Developments in the epidemiology of MRSA, in hospital (human) settings and primary food production, and MRSA spread along the food chain are described here. Information from EU surveillance programmes is also taken into consideration.

Keys findings and conclusions

*The emergence of MRSA has implications for **food safety** and surveillance programmes are required for rapid MRSA detection and control.*

Keywords

- *Staphylococcus aureus;*
- *Antibiotics;*
- *β -lactam;*
- *Transmission;*
- *Safety;*
- *Surveillance*

Estimado asociado:

Comuníquese con Secretaría (Dra. B. Brihuega: brihuega.bibiana@inta.gob.ar) en caso de no haber recibido la **Revista Argentina de Zoonosis y Enfermedades Infecciosas Emergentes** Nº 2 Volumen XI, Agosto 2016.