

**ASOCIACIÓN ARGENTINA DE VETERINARIOS DE LABORATORIOS  
DE DIAGNÓSTICO**

Fundada el 21 de noviembre de 1984

Personería Jurídica 439/96

Afiliada a la World Association of Veterinary Laboratory Diagnosticians (WAVLD)

# BOLETIN AAVLD

2011 Vol. N° 3

Publicación de la AAVLD

## EDITORIAL

¡Y llegamos al final del 2.011!

Habiendo transitado la mitad de nuestra gestión queremos agradecer a todos los socios que nos han acompañado con su trabajo y/o aporte de ideas y sugerencias.

La AAVLD sigue creciendo, pues hemos sumado nuevos colegas a nuestra Asociación.

La Comisión Directiva quiere hacer llegar un afectuoso saludo y un reconocimiento por a los logros alcanzados por cada uno de los socios que han sido protagonistas en los distintos eventos científicos que se han llevado a cabo durante este año.

Esperamos que ese entusiasmo, que nos mantiene activos, se incremente día a día durante el 2.012.

Les deseamos un buen comienzo de año, junto a sus familias y amigos, con paz, serenidad y claridad de pensamiento.

## COMISIÓN DIRECTIVA 2011 – 2012

**Presidente** Dra. Elvira Falzoni

**Vicepresidente** Dra. Liliana Cruz

**Secretaria** Dra. Marta Tealdo

**Tesorero** Dr. Gerardo Larotonda

**Vocales Titulares:** Dr. Gustavo Combessies, Dra. Ana Nicola, dr. Luis Samartino, Dra. Sandra Arauz.

**Vocales Suplentes** Dr. Daniel Aguirre, Dra. Andrea Fiorentino, Dra. Graciela Draghi,

Dr. Fernando Paolicchi.

**Revisores de Cuentas Titulares** Dr. Silvio Cravero, Dr. Fabián Cairó.

**Revisores de Cuentas Suplentes** Dra. Ana Canal, Dr. Carlos Boero.

## ACTIVIDADES DE LA COMISIÓN DIRECTIVA

Durante estos últimos meses la Comisión Directiva se ha dedicado a la organización de la próxima Reunión Científico Técnica a realizarse en el 2012.

Como ya habíamos informado, se fijó como sede de la XIX Reunión Científico Técnica de la AAVLD, los días 7, 8 y 9 de Noviembre de 2012, en el Círculo de Oficiales de Mar (C.O.M.) sito en la calle Sarmiento 1867, C.A.B.A..

**IMPORTANTE: iremos avisando por mail las novedades que vayan surgiendo. Por favor, mantenerse atentos con la correspondencia.**

Ya nos estamos dedicando a armar la programación y a buscar sponsors o auspiciantes.

Por tal motivo invitamos a todos aquellos socios que deseen sugerir algún tema, que se comuniquen con nosotros para ponerlo a consideración en la próxima reunión de Comisión Directiva.

Asimismo, si alguien quisiera colaborar como auspiciante o conoce alguna empresa que deseara participar en nuestra Reunión, por favor, comunicarse con la Dra. Elvira Falzoni: [elvirafalzoni@hotmail.com](mailto:elvirafalzoni@hotmail.com),

o la Dra. Marta Tealdo: [mtealdo.aavldsecretaria@gmail.com](mailto:mtealdo.aavldsecretaria@gmail.com) para solicitar la carpeta de comercialización, plano y fotos del lugar.

## ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Por favor, solicitamos a todos los socios **mantener actualizados** sus datos personales, informando a la secretaria de la Asociación (Dra. Marta Tealdo) o al correo de la Asociación sobre cualquier cambio de domicilio, teléfono, correo postal o e-mail, a fin de hacer fluida y eficiente la comunicación entre nosotros.

Por tal motivo dirigirse a: [mtealdo.aavldsecretaria@gmail.com](mailto:mtealdo.aavldsecretaria@gmail.com) o [aavld@aavld.org.ar](mailto:aavld@aavld.org.ar)

## PÁGINA WEB

Invitamos a nuestros socios a visitar la página web de la Asociación en [www.aavld.org.ar](http://www.aavld.org.ar).

Si desean publicar algún trabajo, difundir algún curso, informar sobre alguna nueva reglamentación o algún dato de interés para nuestra actividad, etc, comunicarse con la Dra. Andrea Fiorentino al e-mail: [aavld@aavld.org.ar](mailto:aavld@aavld.org.ar)

Les reiteramos a todos **aquellos socios que tengan al día sus cuotas, que podrán acceder, en forma gratuita, a un link profesional propio dentro de la página web de la AAVLD.**

## PAGO DE CUOTAS SOCIETARIAS

Se recuerda a los colegas el pago de la cuota anual (\$100.-).

Próximamente, recibirán en forma individual, un detalle de su estado de cuenta societaria. Les pedimos, por favor, que estén atentos a ese e- mail y contesten a la brevedad. ¡ Muchas gracias!

Formas de pago:

- **Depósito** en cualquier sucursal del Banco Santander Río, a la Cuenta Corriente Institucional de la AAVLD N° 152-0000 18630.

-**Transferencia bancaria** a la misma cuenta cuyo N° de CBU es 07201529 20000000186304.

En ambos casos se deberá enviar el comprobante de pago por mail a: [elvirafalzoni@hotmail.com](mailto:elvirafalzoni@hotmail.com), o a [lavetlab@gmail.com](mailto:lavetlab@gmail.com)

Se le enviará el recibo correspondiente por correo postal o e- mail (guardando el original para ser entregado personalmente). Por favor, indicar domicilio y código postal correcto. La Asociación no se responsabilizará por un ocasional extravío de correspondencia.

## NOTA TÉCNICA

Este espacio queda destinado para la publicación o divulgación de trabajos ya presentados por los socios, que sirvan para el enriquecimiento de nuestro conocimiento y para mejorar nuestro desempeño en las tareas de diagnóstico de laboratorio. Por favor enviar los papers a: [mtealdo.aavldsecretaria@gmail.com](mailto:mtealdo.aavldsecretaria@gmail.com) o al [elvirafalzoni@hotmail.com](mailto:elvirafalzoni@hotmail.com). Próximo boletín: Marzo 2012.

**LOS TRABAJOS QUE SE ADJUNTAN A CONTINUACION HAN SIDO PRESENTADOS EN LA IV JORNADAS DE ZOONOSIS DEL NEA (FILIAL NEA DE LA AAZ) , LA CUAL SE REALIZO EL 6 Y 7 DE DICIEMBRE DEL CORRIENTE AÑO EN LA CIUDAD DE CORRIENTES.**

## **LEISHMANIASIS VISCERAL: PERSPECTIVAS DEL PROGRAMA NACIONAL DE LEISHMANIASIS**

**Dr. Oscar Daniel Salomón.**

**Director INMeT. Investigador CONICET. Coordinador Programa Nacional de Leishmaniasis.**

**Instituto Nacional de Medicina Tropical (INMeT), Jujuy y Neuquén s/n, 3370 Puerto Iguazú, Misiones**

El Programa Nacional de Leishmaniasis (PNL) se creó por Resolución 36/1999 de la Secretaría de Programas de Salud del Ministerio de Salud de la Nación (MSAL), motivado por el brote de leishmaniasis cutánea (LC) de 1998. El fundamento del mismo se basó en las necesidades de estandarización y normatización del diagnóstico, vigilancia y control, presentadas oportunamente por el grupo multidisciplinario para el estudio de la leishmaniasis en Argentina, que se constituyó con el apoyo de TDR/OMS-OPS y MSAL, durante el brote epidémico de LC 1985-1987 en el NOA, el primero de magnitud registrado en el país.

Como antecedente se señaló que las leishmaniasis son enfermedades de denuncia obligatoria según Ley 15465/1960 del Congreso Nacional, reglamentadas por el Decreto Nacional del Poder Ejecutivo 3640/1964, según la cual deben ser notificadas a salud pública por el médico, veterinario o laboratorista que realice el diagnóstico. A estos antecedentes hay que agregar la Ley del Congreso Nacional N° 3959 y Decreto N° 27.342/44 de Policía Sanitaria animales, y la resolución de SENASA 422/03 que suscribe el listado enfermedades de notificación obligatoria de la OIE.

El objetivo principal del PNL es disminuir la morbilidad y mortalidad humana debida a las leishmaniasis

El PNL ha convocado hasta el momento a tres reuniones de los referentes nacionales y provinciales, en los cinco temas de trabajo: diagnóstico de laboratorio, manejo de pacientes-clínica y tratamiento, zoonosis, control de vectores, epidemiología. En la reunión del 2003 se elaboró y consensuó un “Manual de Procedimientos - Nivel Gerencial y Profesional”, aprobado por Resolución del Ministerio de Salud N° 386/2004, enfocado en la LC. En la reunión del año 2009, en la ciudad de Posadas, se incluyó en paralelo un taller de comunicación, se invitó a sectores privados (Federaciones y Academias) con voz durante la reunión, y se consensuó por voto una versión preliminar del Manual para LV. Parte de ese documento se difundió como Leishmaniasis Visceral-Guía para el Equipo de Salud, editado por el MSAL (<http://www.msal.gov.ar/images/stories/epidemiologia/pdf/guia-leish.pdf>). Se proyecta para el primer cuatrimestre del año 2012 realizar una cuarta reunión nacional, donde, atendiendo a la dispersión parasitaria debida al tránsito y tráfico de mascotas infectadas en todo el país, se invitará por primera vez a los referentes de todas las provincias, independientemente de su estado de transmisión activa. Entre otros documentos, ya elaborados, se presentará: “Leishmaniasis Humana y Canina: Normativa y Tutorial para la Notificación a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS C2 y SIVILA)” desarrollado por el área respectiva, y propuestas sobre distribución de stock crítico de insumos de diagnóstico y terapéuticos para las leishmaniasis humanas, certificación de laboratorios, libretas sanitarias, y validación de pruebas diagnósticas.

El PNL está constituido actualmente por los referentes nacionales, los referentes de las 24 jurisdicciones provinciales, y por su intermedio los referentes y efectores locales. La referencia nacional está integrada por diversas áreas del MSAL : Dirección de Epidemiología, Dirección de Enfermedades Transmisibles por Vectores, ANLIS (Instituto Nacional de Parasitología Dr Mario Fatała Chabén-Centro Nacional de Diagnóstico e Investigación en Endemoepidemias)/Instituto Nacional de Medicina Tropical; Hospital Dr F Muñiz/Hospital Dr JP Garrahan; y por el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca, SENASA

Desde el año 2000 en el marco del Programa y sus actividades de difusión, incluyendo las Jornadas de la Asociación Argentina de Zoonosis, ante la confirmación de casos de LV urbana, canina y

humana, en el estado de Mato Grosso do Sul, Brasil, y en Asunción, Paraguay, se comunicó el alerta amarilla para LV en el país. Ante el hallazgo en el 2004 de *Lutzomyia longipalpis*, el vector de la LV en Clorinda, Formosa, se tornó a alerta naranja. Con la confirmación del primer caso de LV humana (LVh) autóctono registrado (en domicilio con vector y reservorio infectado) en Posadas, en el 2006, se emitió el alerta roja, informando a su vez que la LV canina (LVc) siempre antecede a la humana. Trabajos posteriores registraron la dispersión a la provincia de Corrientes incluyendo Capital, y por el río Uruguay a Santo Tomé hasta Monte Caseros (2008-2009), y del vector al norte de Entre Ríos (Chajarí) y RO Uruguay (Salto, Bella Unión) y Chaco (Resistencia) (2009-2010). Se registró también la presencia de casos de LVh y LVc en la región chaqueña (Santiago del Estero y Salta) asociada en el primer caso a *Migonemyia migonei* como vector, y sin generar brotes epidémicos. Hasta noviembre del 2011 se han registrado 92 casos de LVh, con 7.6% de letalidad.

Las investigaciones operacionales realizadas desde la Red de Investigación de Leishmaniasis en Argentina (REDILA) permitieron definir un patrón de distribución espacial de riesgo altamente heterogéneo, de vectores urbanos con estructura meta-poblacional (poblaciones fuente), auto-correlación espacial de 600 mts., explicada por características micro-ambientales de cada peridomicilio. La presencia de gallinas implicó un OR=3 para alta abundancia de vectores, los vectores divertieron de la pluma de olor de perro con humano a menos de 3 mts del perro, las hembras del vector llegaron al peridomicilio principalmente en la primera mitad de la noche, y tras el uso de piretroides los abundancia de vectores volvió a sus valores previos a los 7-14 días. Este último dato es coherente con los resultados presentados en el VII Simposio Internacional de Phlebotominae (Kusadassi, Turquía, 2011) donde se concluyó, entre otros puntos, que no existe intervención química (insecticidas) contra los vectores con poder residual suficiente para promover esta acción como eje de Programas de Control, y que la intervención química sólo sirve como medida complementaria durante las acciones en foco, para mitigar la transmisión puntual en tiempo y espacio.

Para desarrollar las normativas y recomendaciones del PNL se tomaron como antecedentes los Manuales de Control de OMS (última versión 2010)), las consultas de expertos de OPS/OMS, que revisan periódicamente las evidencias científicas, y en la que el PNL ha participado, Brasilia 2005, Medellín 2008, Foz de Iguazú 2009, Puerto Iguazu 2011, el RSI, el Código de la OIE, y los manuales de otros países de América Latina.

Las acciones varían según una estratificación de riesgo, que debe evaluarse periódicamente por promedio de casos/año en los últimos tres años: 1. Área con casos de LV humana: 1a. Brote. 1b. Transmisión moderada a intensa. 1c. Transmisión esporádica. 1d. Primer caso humano (canino). 2. Área sin casos humanos: 2a. Vulnerable. 2aa. Con *Lu. longipalpis*. 2ab. Sin *Lu. longipalpis*. 2b. No vulnerable con o sin casos de LV canina.

Los objetivos de prevención y control refieren a: 1.Reducción morbilidad-letalidad humana: *Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno*. 2. Reducción éxito reproductivo de vectores: *Manejo ambiental comunitario e individual*. 3. Reducción oferta parasitaria circulante/dispersión: *Manejo reservorios; LVc prevención canes sanos; tenencia y reproducción responsable; discurso de riesgo-tránsito/tráfico; (re)adopción; eliminación oferta parasitaria*. 4. Reducción contacto vector con reservorio/huésped: *Barreras físicas/repelentes, insecticidas en microfoco*.

Dada la falta de evidencias toda intervención alternativa contra el vector o sobre el reservorio infectado debe ser evaluada con un diseño experimental controlado, análisis de seguimiento y estadísticos adecuados, y criterios de inclusión y puntos finales efectivos para garantizar la interrupción de la transmisión a nivel poblacional.

Las vacunas profilácticas, que no resuelven el problema de animales infectados, desde el punto de vista programático-poblacional deben ser efectivas para interrumpir la transmisión a vector-humanos, de protección prolongada, costos accesibles directos e indirectos (cantidad de aplicaciones, diagnóstico diferencial) y definir la cobertura mínima necesaria (*herd immunity*).

Ante la promoción del DDT por individuos que se oponen a las medidas de los programas de América Latina, se solicita una definición explícita sobre este punto a los grupos que tienen esa opinión.

Las acciones, según escenario de riesgo incluyen: 1. Vigilancia entomológica. 1a.Relevamiento. 1b.Estudio de foco. 1c. Monitoreo. Desde la Red para la Investigación de Leishmaniasis en Argentina (REDILA) se ha desarrollado una estrategia de transferencia con trampa “comunitaria”, separación inicial de contenido local y nodos para determinación definitiva de los insectos. 2. Control químico de foco caso humano y primeros casos caninos: tres ciclos en radio mínimo 150 mts, en secuencia de acciones con manejo ambiental y de reservorios. 3. Vigilancia reservorio canino: 3a.Monitoreo muestral. 3b.Investigación foco. 3c.Censo serológico. Ante caso humano o canino hacer búsqueda activa de casos activos humanos en radio 150 mts, se desaconseja fuertemente hacer diagnóstico serológico a casos humanos asintomáticos, convivientes de casos con LVh o LVc.

En relación al reservorio canino la eutanasia se encuentra en quinto lugar en el discurso del PNL: 1. Tenencia y procreación responsable- erradicación perros ambulantes y sin dueño – castración. 2. Promoción de prevención sanitario-ambiental: que la mayoría de perros que son sanos, sigan estando sanos. 3. Evitar transporte de perros desde y hacia las zonas con transmisión de LV. 4. Certificación de libre de parásitos *Leishmania* todo perro adoptado, cachorro o adulto, de vecino-criadero-importado (transmisión vertical y horizontal). 5. Sacrificio humanitario de perros proveedores de parásitos con o sin síntomas.

En relación con las acciones de control frente a primeros casos de LVc o casos humanos se recomienda una secuencia:1. Caso incidente de LV canina – Comunicación comunidad. 2. Sacrificio humanitario de caso incidente de infección LV canina. Censo canino en área de control. Vigilancia activa LVh. 3. Primer rociado en área de control. 4. Saneamiento ambiental en área de control. 5. Segundo y tercer rociado- Mejoramiento ambiental con participación comunitaria: > radiación solar, < humedad, < materia orgánica, alejar y rotar anualmente animales domésticos. 5. Recién entonces autorizar adopción mascotas con certificado libre leishmaniasis. Cuando hay área de transmisión de LVc establecida, la denuncia del caso de LVc es para seguimiento epidemiológico y estratificación de riesgo, mientras el control vectorial público se concentra y limita a los casos humanos.

Aunque hay preguntas legítimas, para una zoonosis que la OMS define sin estrategias efectivas de control, con el objetivo de lograr una estrategia de mitigación comunitaria adecuada, se deben evitar: a) la deslegitimación-demonización del discurso de la salud colectiva; b) la minimización del riesgo asociado al reservorio infectado; c) los ensayos empíricos en reservorios sin controles ni seguimiento de cohorte, y con punto final en la cura clínica individual.

Por lo expuesto, se debe siempre señalar que:

- La LV es una zoonosis con letalidad humana, y las acciones deben comenzar antes de los primeros casos humanos.
- El perro infectado con persistencia parasitaria es el principal reservorio urbano, con o sin clínica, tratado o no.
- El perro infectado es el principal medio de dispersión parasitaria - transmisión vertical y horizontal.
- No hay estrategia 100% efectiva, los programas aplican las que han demostrado, hasta el momento, mayor impacto poblacional.
- NO HAY CONTROL QUIMICO ANTIVECTORIAL EFECTIVO A LARGO PLAZO.
- El control integrado de transmisión LV implica: 1) Tenencia y reproducción responsable de mascotas. 2) Control del éxito reproductivo vector- manejo ambiental. 3) Control reservorio infectado.

# SITUACIÓN DE LA RABIA CANINA EN ARGENTINA

Vet. Natalia Casas

Programa Nacional de Control de Enfermedades Zoonóticas – Ministerio de Salud de la Nación

Correo electrónico: [zoonosis@msal.gov.ar](mailto:zoonosis@msal.gov.ar)

## VIGILANCIA DE LA RABIA

La rabia es un evento de notificación obligatoria según la ley N° 15.564 reglamentada en 1964. Están obligados a notificar tanto el médico que asista o haya asistido al enfermo o portador o hubiere practicado su reconocimiento o el de su cadáver, como el médico veterinario, cuando se trate, en los mismos supuestos, de animales.

La rabia es una enfermedad infecciosa aguda, afecta al hombre y todos los animales de sangre caliente pueden ser huéspedes. Por lo tanto se considera una zoonosis.

La transmisión ocurre principalmente por la inoculación del virus rábico contenido en la saliva del animal infectado, principalmente por mordeduras y más raramente por rasguño, o lamido de mucosas.

Se ha definido las características para designar **área afectada** de rabia de acuerdo a la confirmación de rabia adquirida en el área (casos autóctonos) tanto en el hombre o en animales; en cualquier momento y durante los dos años anteriores. Se llama **área libre** a aquella donde no ha ocurrido ningún caso de rabia en el área, tanto en el hombre como en animales durante dos años.

A su vez la distinción puede realizarse según el funcionamiento de los sistemas de vigilancia en **silenciosa**, donde el sistema de información no es confiable y el envío de muestras para certificar la ausencia de virus rábico es nulo o con muy pocas muestras y **no silenciosa**, donde la información es confiable, implementándose un sistema de vigilancia activo mediante el muestreo sistemático y la cantidad de muestras enviadas al laboratorio resulta suficiente (mayor o igual al 0,1% de la población canina estimada al año).

Se establecen criterios de riesgo para la rabia teniendo en cuenta la **vulnerabilidad** de la zona, esto es la posibilidad de introducción de un caso en el área y la **receptividad**, entendida como la probabilidad de una enfermedad de generar nuevos casos después de su introducción en esa región. De esta manera se considera que un área es de baja vulnerabilidad si no hay rabia en los municipios vecinos, su información es confiable, no ha tenido casos importados de rabia y no hay evidencias de rabia silvestre. Estas características brindan al sistema de vigilancia las cualidades de sensibilidad y especificidad.

Se presentan factores de riesgo en nuestro país:

- Disminución de la percepción popular del riesgo de contraer la enfermedad.
- Registro de miles de accidentes de mordeduras, de las cuales un importante número son de gravedad, con secuelas psicofísicas, producidas mayormente, por caninos sin contención de sus dueños.
- Importante subregistros de mordeduras en general.
- Elevado índice de relación hombre/ perro (4 a 1), considerado de alto riesgo.
- Constante aparición de casos de rabia en murciélagos.
- Importante casuística de rabia en países limítrofes (Bolivia).
- Vigilancia epidemiológica no acorde a los estándares internacionales.
- Falta de difusión nacional del documento y concepto de la Tenencia Responsable de los Animales.

**Definición de caso de rabia animal:**

**Caso sospechoso:**

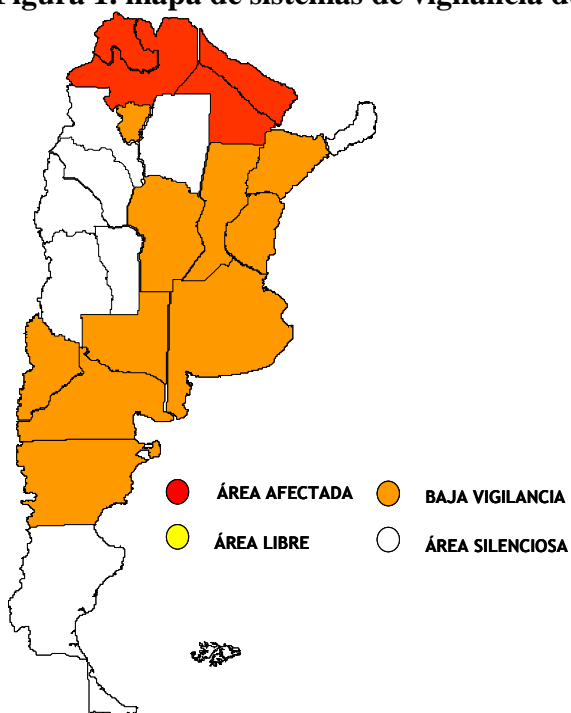
Todo animal proveniente de un área enzoótica de rabia o de una zona donde esté ocurriendo un brote o expuesto a mordedura de animal silvestre, con manifestaciones clínicas compatibles con la enfermedad.

**Caso confirmado:**

- Criterio de laboratorio: animal con manifestaciones clínicas compatibles con rabia y que presente inmunofluorescencia directa (IFD), ensayo biológico (EB) y reacción en cadena de la polimerasa (PCR) positivas/EB positiva/IFD y PCR positiva.
- Criterio clínico epidemiológico: animales provenientes de áreas endémicas o donde esté ocurriendo un brote y que presenten un cuadro clínico compatible con rabia sin confirmación por laboratorio.

**Vigilancia epidemiológica de rabia canina**

**Figura 1. mapa de sistemas de vigilancia de rabia**

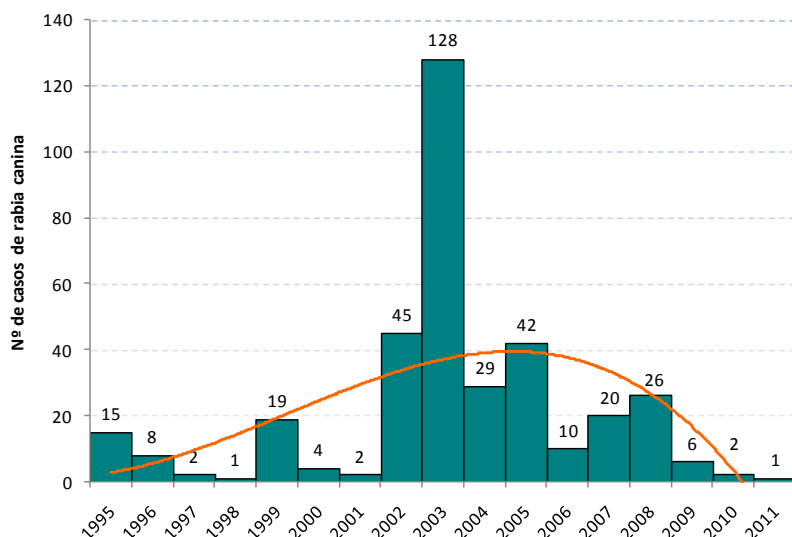


Teniendo en cuenta las muestras de caninos y felinos que deben enviar las provincias (mayor o igual al 0,1% de la población canina estimada al año) y las muestras enviadas durante los años 2009 y 2010 a los laboratorios de diagnóstico de rabia, se presenta la figura 1. Se observa que las provincias de Jujuy, Salta, Formosa y Chaco presentan áreas afectadas por rabia canina variante 1 (V1) y variante 2 (V2).

En cambio el 41,7% de las provincias deben aumentar su vigilancia y el 37,5% de las provincias son silenciosas, donde el envío de muestras a los laboratorios es muy bajo o nulo.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA RABIA CANINA

**Figura 2. Número de casos de rabia canina. 1995-**



**2011. Argentina. N= 360**

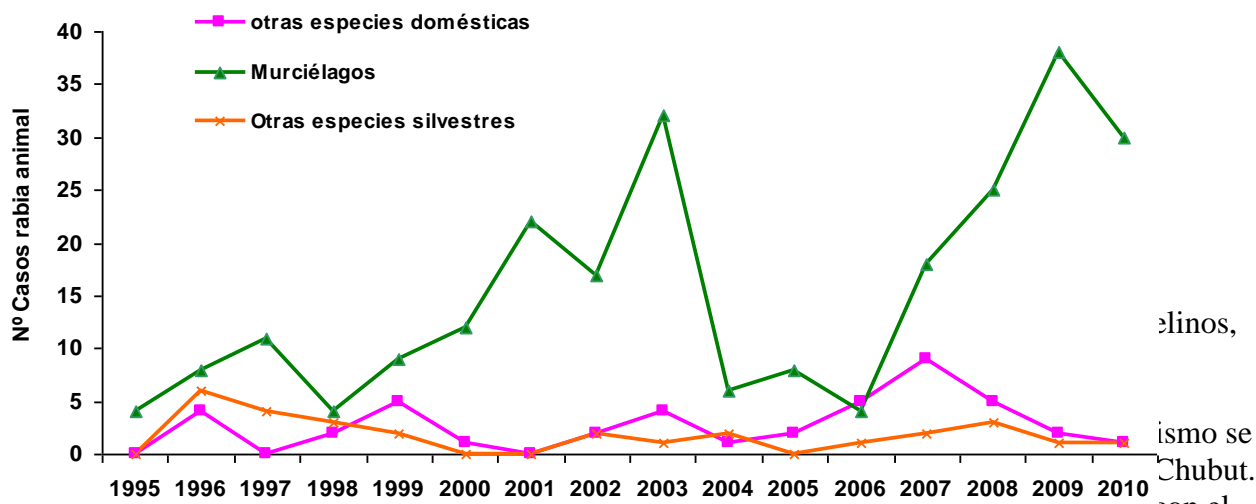
En la figura 2 se observa el número de casos de rabia canina en el período 1995 a 2011. Se presenta una tendencia en descenso en los últimos años, luego del brote que comenzó entre los años 2002 y 2003 en las provincias de Jujuy y Salta.

En lo que va de 2011 se produjo un caso de rabia canina en la provincia de Formosa a variante 2.

El último caso de rabia humana transmitida por canino registrado en Argentina, ocurrió en el año 2008 en la provincia de Jujuy, se trató de un niño de 8 años.

## SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA RABIA EN OTRAS ESPECIES

Figura 3. Número de casos de rabia animal según especie. 1995-2010. Argentina.



virus rábico, aún con baja incidencia, sea una fuente de infección muy importante para los humanos y animales domésticos.