



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente

www.reporteepidemiologicocordoba.com

Distinguido por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

1.986

6 de noviembre de 2017

Comité Editorial

Editor Jefe

Ángel Mínguez

Editores Adjuntos

Ílide Selene De Lisa

Enrique Farías

Editores Asociados

Hugues Aumaitre (Fra.)

Jorge Benetucci (Arg.)

Pablo Bonvehí (Arg.)

María Belén Bouzas (Arg.)

Isabel Cassetti (Arg.)

Arnaldo Casiró (Arg.)

Ana Ceballos (Arg.)

Sergio Cimerman (Bra.)

Fanch Dubois (Fra.)

Milagros Ferreyra (Fra.)

Salvador García Jiménez (Gua.)

Ángela Gentile (Arg.)

Ezequiel Klimovsky (Arg.)

Susana Lloveras (Arg.)

Gustavo Lopardo (Arg.)

Eduardo López (Arg.)

Tomás Orduna (Arg.)

Dominique Peyramond (Fra.)

Daniel Pryluka (Arg.)

Fernando Riera (Arg.)

Charlotte Russ (Arg.)

Horacio Salomón (Arg.)

Eduardo Savio (Uru.)

Daniel Stecher (Arg.)

Carla Vizzotti (Arg.)

Publicación de:
Servicio de Infectología
Hospital Misericordia
Ciudad de Córdoba
República Argentina

Noticias

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

Argentina

- Vigilancia de leishmaniosis mucosa
- Tucumán, San Pedro de Colalao: Más de 80 alumnos de una escuela afectados por un brote de shigelosis

América

- Mielitis flácida aguda asociada a la infección por enterovirus humano D68 en el contexto de la vigilancia de la parálisis flácida aguda
- La OPS premia a Brasil, Haití y a República Dominicana por sus avances en la eliminación de la malaria
- América Central y del Sur: Los casos de leishmaniosis cutánea disminuirán para 2050
- Estados Unidos, California: Las historias clínicas electrónicas ayudan a detectar la fuente de una infección intrahospitalaria

- Estados Unidos, Wisconsin: Cada vez más madres adictas a los opiáceos transmiten la hepatitis C a sus bebés
- Nicaragua exige el Certificado Internacional de Vacunación contra la Fiebre Amarilla
- Venezuela registra más de 440 casos de difteria desde su reaparición en 2016

El mundo

- Afganistán: La diarrea causa 9.500 muertes infantiles anuales
- Madagascar: Actualización sobre el brote de peste
- Portugal: La amenaza del sarampión
- Sudán del Sur: Mortal brote de leishmaniosis visceral
- Urge un mayor compromiso político para poner fin a la tuberculosis

Adhieren:

SLAMVI

Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/

CIRCULO MÉDICO DE CÓRDOBA

www.circulomedicocba.org/

CMPC Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba

www.consejomedico.org.ar/



Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas

Universidad Nacional de Córdoba

www.biblioteca.fcm.unc.edu.ar/



S.A.D.I.

www.said.org.ar/

Comité Nacional de Infectología

Sociedad Argentina de Pediatría

www.sap.org.ar/



www.apinfectologia.org/

Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica

www.sadip.net/

Asociación Parasitológica Argentina

www.apargentina.org.ar/

Vigilancia de leishmaniosis mucosa

30 de octubre de 2017 – Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios –

Tabla 1. Casos notificados y confirmados, según provincia y región. Argentina. Años 2016/2017, hasta semana epidemiológica 38. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.¹

Provincia/Región	2016		2017	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	2	2	2	1
Buenos Aires	1	1	1	1
Córdoba	—	—	—	—
Entre Ríos	—	—	—	—
Santa Fe	—	—	—	—
Centro	3	3	3	2
Mendoza	—	—	—	—
San Juan	1	—	—	—
San Luis	—	—	—	—
Cuyo	1	—	—	—
Corrientes	—	—	—	—
Chaco	2	2	1	1
Formosa	—	—	—	—
Misiones	—	—	2	2
NEA	2	2	3	3
Catamarca	—	—	—	—
Jujuy	1	1	—	—
La Rioja	—	—	—	—
Salta	6	4	5	4
Santiago del Estero	3	3	1	1
Tucumán	—	—	1	1
NOA	10	8	7	6
Chubut	1	—	—	—
La Pampa	—	—	—	—
Neuquén	—	—	—	—
Río Negro	—	—	—	—
Santa Cruz	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—
Sur	1	—	—	—
Total Argentina	17	13	13	11

Tucumán, San Pedro de Colalao: Más de 80 alumnos de una escuela afectados por un brote de shigelosis

3 de noviembre de 2017 – Fuente: El Diario 24 (Argentina)

Un brote de shigelosis afectó a más de 80 alumnos de la Escuela N° 44 'Provincia de Neuquén', en San Pedro de Colalao². La bacteria causante, *Shigella flexneri*, crece en ambientes con poca higiene y mucho hacinamiento.

A comienzos de esta semana ya había 60 casos de intoxicación, sin embargo, las autoridades no atinaron a suspender las clases. Hasta el 31 de octubre sólo en el Centro de Atención Primario de la Salud (CAPS) de la zona se habían atendido 88 pacientes, todos de la misma escuela y con los mismos síntomas. Frente al desborde de ese centro asistencial muchos padres derivaron a sus hijos a consultorios particulares. Dos de los pequeños pacientes debieron ser trasladados a hospitales de la capital por el grado de deshidratación severa que presentaban, reconocieron médicos del CAPS.

Los alumnos y docentes afectados presentaban vómitos, diarreas profusas (algunas con sangre), dolor abdominal, fiebre alta y malestar generalizado.

En el patio de la escuela conviven más de 500 alumnos de secundario y 700 de primario y jardín de infantes, sin contar los alumnos del turno noche. El delegado comunal, Luis Andrada, habló de la situación desbordante del edificio y envió un mensaje al Ministro de Educación, Juan Pablo Lichtmajer: "Le pido que apoye la construcción de la escuela técnica que permitirá descomprimir el secundario de la Escuela N° 44. Ya está el presupuesto y sólo falta que la Provincia haga la licitación", dijo Andrada.

La vía de contagio de la bacteria es mano-boca, por lo que la situación se agrava considerando la multitud de niños, adolescentes y adultos que asisten diariamente al lugar. Como explicó el director de Epidemiología de la Provincia, Dr. Rogelio Salomón Calli Flores, "*S. flexneri* es una bacteria que circula en la población todo el año. A medida que aumenta la temperatura es mayor el nivel de circulación. Se da en lugares donde no se cuida la limpieza, no hay

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

² San Pedro de Colalao es una pequeña ciudad y comuna rural ubicada en el Departamento Trancas, en el noroeste de la provincia de Tucumán. Es considerada como la primera villa turística de la provincia. En el año 2010 contaba con una población de 3.065 habitantes.

una buena manipulación de los alimentos ni de la cadena de frío. Cuando se da en establecimientos cerrados como ocurrió en este caso, puede afectar a muchas personas. La solución es tomar las medidas adecuadas para que la bacteria desaparezca”.

Según el especialista, los pacientes comenzaron a recibir el tratamiento adecuado, con antibióticos, sólo a partir de los resultados de las muestras tomadas en la escuela por el Sistema Provincial de Salud, por lo que estuvieron más de una semana con tratamientos meramente paliativos.

“No podemos saber si había alimentos contaminados o no, porque el hecho ocurrió el 27 de octubre y nosotros fuimos el 30 de octubre. Los alimentos debieron rescatarse el mismo día para tomar muestras, porque después ya se produce una sobreinfección. Lo ideal es tomar una muestra a las pocas horas porque también los estudios demoran”, explicó Calli. Por otra parte, los estudios determinaron que el agua del lugar, a pesar de tener un color turbio, es apta para consumo humano.

Una asamblea de padres realizada esta semana responsabilizó a las autoridades del colegio por el mal estado de las instalaciones y la falta de higiene. Lo cierto es que hay 8 vacantes disponibles para puestos de personal auxiliar. En la escuela faltan, además, elementos de limpieza y control sobre los alimentos del comedor escolar.

A pesar de todo esto, los chicos regresaron a clases el 3 de noviembre.³

América



Mielitis flácida aguda asociada a la infección por enterovirus humano D68 en el contexto de la vigilancia de la parálisis flácida aguda

1 de noviembre de 2017 – Fuente: Organización Panamericana de la Salud

Resumen de la situación en las Américas y otras regiones

Si bien se han notificado casos esporádicos de enterovirus desde la década de 1960, no fue sino hasta agosto de 2014 que se documentó el primer brote con casos en Estados Unidos.

Entre agosto y diciembre de 2014, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos informaron sobre el aumento de casos de mielitis flácida aguda (MFA) asociado con un brote de enfermedad respiratoria causada por enterovirus D68 (EV-D68). De 120 casos de MFA notificados en 34 estados, la mediana de edad fue de 7,1 años (rango 4,8-12,1 años), 59% eran hombres y 81% presentaron enfermedad respiratoria antes de la aparición de los síntomas neurológicos. A partir de este evento se inició la vigilancia voluntaria de MFA en algunos estados, detectándose casos esporádicos en 2015 y un nuevo aumento de casos en 2016 (ver Gráfico 1). Adicionalmente se notificaron casos en Asia, Canadá y Europa.

El EV-D68 comparte características con los rinovirus, por lo cual causa principalmente enfermedades respiratorias, no obstante, su rol en la patogenia de enfermedades neuroinvasivas no está claramente definido.

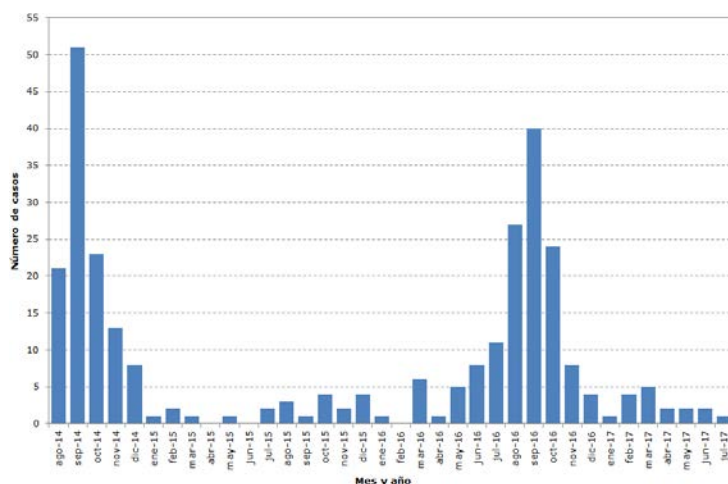


Gráfico 1. Casos notificados de mielitis flácida aguda. Estados Unidos. Desde agosto de 2014 hasta julio de 2017. Fuente: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos.

³ Las *Shigella* son bacilos Gram negativos pertenecientes a la familia *Enterobacteriaceae*; se han identificado cuatro especies, con más de 40 serotipos. *Shigella flexneri* es responsable de un gran porcentaje de los casos. Por lo general causa enfermedades autolimitadas y leves; en escasas ocasiones pueden desencadenar complicaciones extraintestinales, pero las formas graves tienen alta mortalidad. La máxima incidencia ocurre en niños entre 1 y 4 años.

El mecanismo habitual de transmisión es la vía fecal-oral. La afección se produce casi siempre en comunidades con problemas de hacinamiento y mala higiene personal, donde es característico el estado nutricional deficiente.

Las *Shigella* producen enfermedad después de invadir la mucosa intestinal; la infección es superficial y sólo rara vez hay penetración más allá de la mucosa. Por ello el aislamiento del germen en sangre es poco frecuente y las exotoxinas suelen ser las responsables de los cuadros clínicos de la bacteria.

La infección comienza afectando el intestino delgado y se manifiesta con dolor y cólicos abdominales, acompañados de fiebre. A menudo llegan a una localización difusa del colon produciendo pujos, tenesmo y deposiciones mucosanguinolentas; es la denominada disentería bacilar o shigelosis.

Las manifestaciones extraintestinales pueden incluir además del compromiso del sistema nervioso central, artritis reactiva, síndrome urémico hemolítico y síndrome de Reiter. Si bien estos cuadros son más frecuentes en América Central e India, en Argentina hay descripciones de síndrome urémico hemolítico asociado a *Shigella*. Son frecuentes los reportes acerca del compromiso neurológico de *Shigella*. La mayoría de los casos de enfermedades invasivas y de bacteriemias están descritos en huéspedes inmunosuprimidos y en pacientes desnutridos.

La shigelosis es una de las enfermedades infecciosas en las cuales el tratamiento antibiótico es efectivo y permite disminuir la gravedad y duración de la enfermedad, reduce el periodo de eliminación de los microorganismos y previene las complicaciones. Sin embargo, un problema emergente, es la tendencia al aumento de la resistencia a los antimicrobianos más usados para el tratamiento de *Shigella*; esto ya ha sido observado en pacientes pediátricos de Argentina.

En 2016, el Centro Europeo para el Control y la Prevención de Enfermedades informó que Dinamarca, España, Francia, Gran Bretaña, los Países Bajos y Suecia notificaron la ocurrencia de clústeres y casos aislados de síndromes neurológicos graves en niños y adultos asociados a la infección por enterovirus, entre los cuales fue detectado EV-D68.

En octubre de 2017, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Argentina informó sobre la ocurrencia de un clúster de casos de mielitis flácida aguda (MFA) asociado a la infección por EV-D68. Entre las semanas epidemiológicas (SE) 13 y 21 de 2016 se identificaron 15 casos de MFA en residentes de las provincias de Buenos Aires (13) y de Chubut (1 caso) y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1 caso). Todos los casos fueron en menores de 15 años, que se detectaron en el contexto de la vigilancia de parálisis flácida aguda (PFA). Esta situación coincidió con el aumento de casos de PFA en menores de 15 años observado a nivel nacional entre las SE 16 y 21 de 2016. En 6 de los 15 casos de MFA notificados, el Laboratorio Regional de Referencia de Poliovirus del Servicio de Neurovirología, del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas/Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán' (INEI-ANLIS), detectó la presencia de EV-D68. Los resultados positivos correspondieron a muestras de aspirado naso-faríngeo y en un caso también se obtuvo el mismo resultado en una muestra de líquido cefalorraquídeo. Además, se detectó EV humano B y EV humano C en muestras de materia fecal en dos de los casos de MFA; rinovirus C en un caso y virus coxsackie A13 en un caso.

Considerando el contexto de eliminación de la poliomielitis⁴, el cambio de la vacuna antipoliomielítica oral (OPV) trivalente por la OPV bivalente desde abril de 2016, el hecho de que la MFA está incluida dentro de los cuadros de parálisis flácidas agudas y la necesidad de aumentar el conocimiento sobre el rol de los enterovirus en la epidemiología de las enfermedades neuroinvasivas, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) enfatiza a los Estados Miembros que los enterovirus forman parte del diagnóstico diferencial de casos de PFA.

Orientaciones para las autoridades nacionales

- Manejo de casos

Es necesario que un paciente con sospecha de MFA tenga acceso oportuno a servicios médicos con capacidad para el manejo de síndromes neurológicos. La capacidad de realizar un diagnóstico diferencial tiene gran relevancia para definir exámenes complementarios, el tratamiento a seguir, orientar la rehabilitación y finalmente determinar el pronóstico.

- Vigilancia

La vigilancia de MFA asociada a enterovirus es un componente de la vigilancia de la PFA y como tal un apoyo a los esfuerzos de erradicación de la poliomielitis. La calidad de esta vigilancia se mide en base a los usuales indicadores de desempeño de la vigilancia de PFA.

Para ello se propone:

- Investigar todos los casos de PFA en menores de 15 años, o en cualquier edad donde se sospeche poliomielitis, dentro de las 48 horas siguientes a la notificación⁵.
- Si hay una firme presunción de MFA deberá obtenerse una muestra respiratoria (necesaria para detección de EV-D68) y deberá considerarse la realización de una resonancia magnética nuclear de columna vertebral.
- Investigar todo incremento de PFA o la presencia de un clúster de casos. Ante esta situación se deberá obtener una muestra respiratoria además de la muestra de heces, si hay criterio clínico de MFA.
- Realizar el seguimiento de los casos, 60 días a partir del inicio de la parálisis, a fin de determinar si presentan parálisis residual.

- Laboratorio

La detección de poliovirus por laboratorio se basa en el aislamiento del virus en cultivos celulares (L20B y RD), la diferenciación intratípica por pruebas de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) en tiempo real y la secuenciación genética.

La detección de EV-D68 se realiza por técnicas moleculares (RT-PCR) que pueden ser tanto convencionales como en tiempo real. Siguiendo el algoritmo recomendado para detección de virus respiratorios diferentes a influenza, se recomienda realizar un ensayo de PCR para detección genérica de enterovirus (respiratorios) seguido de PCR con iniciadores específicos para EV-D68 en aquellas muestras que resulten positivas.

El EV-D68 es un enterovirus respiratorio que puede detectarse mejor en muestras respiratorias. Por ello, ante la sospecha de EV-D68 se deberá recolectar una muestra de hisopado nasofaríngeo en medio de transporte viral o aspirado nasofaríngeo en solución fisiológica. Las muestras de líquido cefalorraquídeo tomadas (únicamente) por indicación médica, también pueden ser utilizadas para la detección del virus. Adicionalmente, las muestras de heces que fueron colectadas para descartar poliovirus⁶, podrán ser utilizadas para confirmar EV-D68; aunque deberá tomarse en cuenta que la posibilidad de detección a partir de este tipo de muestra es baja.

- Obtención y transporte de muestra

⁴ El último caso de poliovirus salvaje en las Américas ocurrió en 1991.

⁵ Todos los casos de parálisis flácida aguda deben ser notificados dentro de los 14 días del inicio de la parálisis.

⁶ La muestra de heces se debe obtener en los primeros 14 días de inicio de la parálisis.

Se deberá garantizar la calidad de la obtención, el transporte y el almacenamiento de las muestras obtenidas (sean estas respiratorias y/o de heces). Para ello es importante que tanto a nivel central como en los niveles subnacionales los laboratorios verifiquen si el recipiente utilizado para el transporte de la muestra fue el adecuado; el tipo y cantidad (8 gramos de heces) de la muestra es suficiente; que se ha mantenido la adecuada cadena de frío y se ha empacado e identificado correctamente la muestra.⁷



La OPS premia a Brasil, Haití y a República Dominicana por sus avances en la eliminación de la malaria

3 de noviembre de 2017 – Fuente: Organización Panamericana de la Salud

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y otras agencias asociadas en esta iniciativa reconocieron hoy a los nuevos Campeones contra la Malaria en las Américas, que son proyectos de Brasil, Haití y República Dominicana, reconocidos por su labor en cerrar las brechas locales hacia la eliminación de la enfermedad.

Dos proyectos, uno en un área remota del Amazonas en Brasil y otro en República Dominicana y Haití, obtuvieron este reconocimiento por su trabajo sobresaliente en la interrupción de la transmisión de la malaria y en el desarrollo de sistemas locales para acceder al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

El proyecto en el municipio de Eirunepé en el Amazonas, Brasil, fue reconocido por reducir la carga de la malaria en grupos de población aislados, que viven en áreas con desafíos logísticos para acceder a ellas. Debido a su trabajo, los casos de malaria han disminuido de 8.000 en 2013 a 126 casos en octubre de 2017. El proyecto fue citado como un ejemplo destacado de los sistemas de servicios de salud comunitarios, que dio una alta prioridad a la malaria y superó los desafíos de la descentralización al involucrar a varios sectores y socios, y fortaleció la capacidad de las instituciones locales.

En República Dominicana y Haití, un proyecto binacional para eliminar la malaria en la isla La Española, que abarca las comunidades fronterizas de Ouanaminthe y Dajabón, fue reconocido por sus logros sobresalientes y su respuesta creativa, al utilizar tecnologías innovadoras que involucran al sector privado, a la comunidad y a los trabajadores de la salud tradicionales con el objetivo de mejorar la vigilancia, el diagnóstico y el tratamiento de la malaria en ambos países.

Otro proyecto en Brasil, en el remoto Parque Nacional Jau, fue destacado por brindar entrenamiento a los trabajadores de la salud en la comunidad y así lograr la interrupción de la transmisión de la malaria. Esta iniciativa cuenta con la colaboración de la Fundação Instituto 'Dr. Oswaldo Gonçalves Cruz' (FIOCRUZ).

El Director Adjunto de la OPS/OMS, Francisco Becerra Posada, señaló que si bien la región ha visto muchos logros en la eliminación de la malaria, "el aumento de casos sugiere que necesitamos hacer mucho más. El resurgimiento de casos en algunos países demuestra que nuestros logros son frágiles". Llamó a redoblar esfuerzos para combatir la enfermedad.

La malaria sigue siendo una enfermedad endémica en 21 países de las Américas, y la mayoría de los casos se concentra en la subregión amazónica. Sigue siendo una amenaza grave en las Américas, con más de 100 millones de personas en riesgo de contraer la enfermedad.

En la región, los casos de malaria disminuyeron en 62%, y las muertes relacionadas disminuyeron en 61% entre 2000 y 2015; 19 de los 21 países endémicos de malaria han logrado reducciones significativas en la morbilidad y mortalidad por malaria y se han comprometido a su eliminación.

Sin embargo, el aumento de casos de malaria reportados en varios países en 2016 y 2017 muestra que aún existen desafíos importantes para diagnosticar, tratar e investigar casos, especialmente en áreas remotas. Esto requiere una estrecha colaboración entre los gobiernos, el sector privado, las comunidades locales y la cooperación internacional.⁸



América Central y del Sur: Los casos de leishmaniosis cutánea disminuirán para 2050

11 de octubre de 2017 – Fuente: *Public Library of Science One*

La incidencia de leishmaniosis cutánea en la región se reduciría entre 35 y 50% para 2050, según una proyección que comparó modelos de uso de la tierra con estimaciones del impacto del cambio climático y variables socioeconómicas para estimar el comportamiento de la leishmaniosis cutánea y visceral en Centro y Sudamérica.

Esta enfermedad parasitaria transmitida por insectos flebótomos es padecida por casi 12 millones de personas, la mayoría de América Latina y el Caribe.

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

⁸ El Día de la Malaria en las Américas se observa cada 6 de noviembre para reforzar el compromiso de la región con la eliminación de la enfermedad y la prevención de su restablecimiento. El concurso anual de Campeones contra la Malaria busca reconocer esfuerzos innovadores y con éxito demostrado en la prevención, control, eliminación o prevención de la reintroducción de la malaria que han contribuido significativamente a superar los desafíos de la enfermedad en comunidades, países o América en su conjunto. Actualmente se encuentra en su 11° año.



Los factores climáticos explican 80% de la variación en el patrón de ocurrencia de la leishmaniosis y los factores socioeconómicos, el porcentaje restante.

La leishmaniosis cutánea es menos tolerante a variaciones de temperatura y precipitación que la visceral, lo que explica la eventual disminución proyectada.

Los datos no deben interpretarse como previsiones precisas. Lo que el modelo proporciona son hipótesis de que las dos formas de la enfermedad tienen diferentes preferencias climáticas, lo que restringe sus lugares de ocurrencia en las Américas. Como los mamíferos silvestres están involucrados en la transmisión de las dos formas, la hipótesis es que ambas aumentarían en áreas cercanas a bosques o hábitats domésticos con diversidad mamífera.

También se percibe una total concordancia con resultados de otros estudios relacionados a vectores y cambio climático. La enfermedad está asociada a la estacionalidad, ya que el valor de precipitación tiene que ver con la cantidad de humedad, característica relevante para los flebótomos, porque sus hembras depositan huevos en suelo húmedo y baja luminosidad.

El estudio no incluye la correlación de la incidencia de la enfermedad con los vectores, para ver cuáles juegan un papel más importante de transmisión en las proyecciones futuras de distribución de la enfermedad. Los vectores están mostrando capacidad de adaptación a los hábitats del hombre y las proyecciones a futuro confirman que van a seguir expandiéndose al ambiente urbano.⁹

JAMA Internal Medicine

Estados Unidos, California: Las historias clínicas electrónicas ayudan a detectar la fuente de una infección intrahospitalaria

23 de octubre de 2017 – Fuente: *The Journal of the American Medical Association – Internal Medicine*

Un equipo analizó una serie de historias clínicas electrónicas (HCE) para identificar la fuente de una infección hospitalaria potencialmente fatal en la Universidad de California, San Francisco: la causa era un escáner de tomografía computada del Departamento de Emergencias del hospital.

El estudio es el primero con estampillas de horario y ubicación en las HCE para mapear a los pacientes dentro del hospital y monitorear el origen de un agente infeccioso. El estudio demuestra apenas algo del poder de las HCE para identificar cómo mejorar la atención de la salud. Es una prueba de concepto de la utilidad de los datos de las HCE que pueden usar otros hospitales.

El estudio indagó si usar una habitación dentro de las 24 horas posteriores a la internación de un paciente con *Clostridium difficile* elevaba el riesgo de infección en ciertas áreas del hospital.

La infección con este tipo de bacteria provoca inflamación del colon, seguida de diarrea grave, fiebre, náuseas, pérdida del apetito, dolor abdominal o debilidad. *C. difficile* es la causa microbiana más común de infecciones en los hospitales de Estados Unidos y una causa muy importante de muerte.

Los pacientes hospitalarios que usan antibióticos son más vulnerables a *C. difficile* porque los medicamentos alteran las bacterias saludables del intestino y abren camino a la infección.

Se mapearon los movimientos de más de 86.000 adultos del hospital de San Francisco en tres años. Los que ingresaron al escáner de tomografía computada del Departamento de Emergencias dentro de las 24 horas posteriores a la presencia de pacientes con *C. difficile* eran 2,5 veces más propensos a sufrir la infección que los pacientes estudiados por imágenes en otros momentos.

Una segunda investigación reveló que los estándares para limpiar la mesa del escáner de tomografía computada no se habían actualizado después que el equipo pasara por otros consultorios de radiología del hospital.

Ahora, se está llevando adelante un estudio para determinar si los resultados y los cambios en los procedimientos de limpieza disminuyeron la tasa de infección por *C. difficile*.¹⁰



Estados Unidos, Wisconsin: Cada vez más madres adictas a los opiáceos transmiten la hepatitis C a sus bebés

27 de octubre de 2017 – Fuente: *Morbidity and Mortality Weekly Report*

Más daños colaterales de la epidemia de opiáceos en Estados Unidos: en Wisconsin, la cantidad de mujeres que tienen Medicaid y que sufren la infección con el virus de la hepatitis C (VHC) durante el embarazo casi se ha duplicado. Esto a su vez ha fomentado un aumento en los bebés que nacen con la infección.

El uso generalizado de drogas inyectadas ha provocado un aumento rápido en las infecciones con el VHC en los adultos jóvenes de todo el país. Ese uso de drogas se considera una consecuencia de la epidemia de opiáceos, a medida que más personas recurren a las drogas inyectadas tras volverse adictas a los analgésicos recetados.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) dijeron que ahora la mayoría de las personas contraen la hepatitis C al compartir agujas u otros equipamientos para las drogas inyectadas.

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

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

Eso significa que un número mayor de bebés se exponen al virus que daña al hígado en el útero, y la transmisión entre madre e hijo ocurre en más o menos 6% de los casos de todo el país, según los CDC.

El estudio resalta la necesidad de educar a las madres sobre el riesgo de transmitir la hepatitis C al bebé. Y esa educación debe incluir enseñar a las mujeres los factores de riesgo de contraer ellas mismas la hepatitis C.

El Presidente Donald John Trump declaró el 26 de octubre que la epidemia de opiáceos es una emergencia de salud pública, en su primer discurso importante sobre la crisis de heroína y de analgésicos recetados.

Los proveedores de atención de la salud pueden proteger a los bebés al realizar pruebas de la hepatitis C a las mujeres en edad fértil, y al curar a las que tengan la infección.

El estudio analiza si las mujeres embarazadas y sus bebés estaban recibiendo las pruebas de la hepatitis C. Se estudiaron los datos de 2011-2015 del programa Medicaid, el plan de seguro con fondos públicos para las personas pobres, de Wisconsin.

Se encontró que la proporción de mujeres embarazadas con hepatitis C aumentó en 93% en ese periodo, lo que se hace eco de los hallazgos nacionales.

La tasa de nacimientos en las madres infectadas con el VHC pasó de 2,7% a más de 5%. Pero apenas un tercio de los bebés nacidos de madres infectadas recibieron las pruebas, y el virus se detectó en 4% de ellos.

La baja tasa de pruebas realizadas a los bebés nacidos de madres con hepatitis C enfatiza la necesidad de colaborar con los obstetras para revisar el estatus de hepatitis C de una madre embarazada antes del parto.

A medida que la tasa de infección con el VHC sigue en aumento en las mujeres en edad fértil de todo el país, se deben mejorar las prácticas de administración de pruebas de la hepatitis C en las mujeres embarazadas, y de monitorización de los bebés nacidos de madres infectadas con el VHC.

Sus recomendaciones son realizar las pruebas a todas las mujeres embarazadas con factores de riesgo de la hepatitis C, y ofrecer una mejor monitorización a los bebés en riesgo de transmisión materna.

Con frecuencia, las señales de la infección con la hepatitis C aparecen lentamente en los bebés. Aunque algunos casos pueden ser leves, otros pueden resultar graves y requerir un trasplante de hígado.¹¹



Nicaragua exige el Certificado Internacional de Vacunación contra la Fiebre Amarilla

1 de noviembre de 2017 – Fuente: EFE

El Ministerio de Salud de Nicaragua anunció el 1 de noviembre que exigirá el Certificado Internacional de Vacunación contra la Fiebre Amarilla a todos los viajeros que ingresen al país procedentes de Brasil, Colombia y Perú.

El pasado 9 de enero de 2017, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) emitió una declaración de alerta epidemiológica después de que se reportaran casos sospechosos y confirmados de fiebre amarilla en estos tres países, tanto de transmisión selvática como urbana en 2016.

Según señaló el Ministerio de Salud, "Nicaragua es Estado Parte del Reglamento Sanitario Internacional", por lo que su finalidad es "prevenir la propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública".

Además, agregó que "esta es una medida que la han tomado otros países y es de estricto cumplimiento".

Venezuela registra más de 440 casos de difteria desde su reaparición en 2016

2 de noviembre de 2017 – Fuente: EFE

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reportó que desde mediados de 2016 hasta mediados de 2017 se habían contabilizado en Venezuela 447 casos de difteria y siete fallecidos por esta causa, unos datos que ya se han quedado cortos de acuerdo con médicos especialistas que hoy denuncian la situación.

Venezuela se ubica así en el primer lugar en América –muy por encima de Haití, que reportó 72 afectados este año– en cuanto a cantidad de casos con esta enfermedad infecciosa que ya en 1992 había recibido la etiqueta de "eliminada" en el país y que ahora ha reaparecido con fuerza.

Según el boletín de la OPS –la única data que dispone Venezuela pues el Ministerio del Poder Popular para la Salud suspendió la difusión de estos informes–, de los 24 estados del país, es el sureño estado Bolívar el más afectado con 282 casos, uno de ellos con desenlace fatal.

Varios especialistas en enfermedades infecciosas de Venezuela aseguran que en el estado Carabobo y en Monagas hay brotes importantes que ha dejado más de cinco fallecidos entre las dos entidades.

¹¹ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

“En el Hospital Clínico Universitario de Caracas hay una joven de 22 años hospitalizada, proveniente de El Hatillo (municipio de Caracas) que empezó a recibir el tratamiento un día después de su ingreso porque el hospital no tenía ni el antibiótico ni la antitoxina diftérica”, dijo la médica Ana Carvajal.

La especialista en enfermedades infecciosas del HCU, que es centro de referencia nacional, dice que la reaparición de la enfermedad se debe a la baja cobertura de vacunación, las fallas en el diagnóstico y aún más en el tratamiento, lo que refleja la existencia de un “débil sistema sanitario”.

“Se sabe que el primer caso en la reaparición de la difteria en Venezuela se observó en el estado Bolívar, donde existe una alta movilidad de personas provenientes de otros países a causa de la explotación minera”, dice Carvajal.

El ex ministro de Salud venezolano, José Félix Oletta López, alertó sobre la reaparición tanto de la difteria como del sarampión, y señaló que la prevención de enfermedades mediante vacunación “no se ha cumplido adecuadamente” en los últimos años.

Oletta aseguró que la existencia de estas afecciones en el país representa “un marcador de la situación de miseria, de hambre y de otras crisis que se superponen a la crisis sanitaria” de Venezuela.

Hace una semana, un grupo de diputados opositores se presentó ante la sede de la OPS en Caracas para denunciar la falta de medicamentos para combatir el brote de difteria.

La diputada Manuela Bolívar dijo que en la Ciudad Hospitalaria ‘Dr. Enrique Tejera’ de Valencia (Carabobo) los familiares denunciaron ante el Parlamento que a los hospitalizados con la enfermedad “no se les administra la toxina antidiftérica”.

Explicó que acudieron a la OPS para que esta institución actúe como mediador, “pues el Ministerio del Poder Popular de la Salud no ofrece información”, y solicite al ente estatal los datos para determinar dónde están los casos y determinar la cantidad de vacunas y antibióticos con que cuenta el país para tratar la enfermedad.

El mundo



Madagascar: Actualización sobre el brote de peste

2 de noviembre de 2017 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

Desde agosto de 2017, Madagascar está experimentando un brote de peste, que está afectando las ciudades principales y otras áreas no endémicas.

Entre el 1 de agosto y el 30 de octubre de 2017, el Ministerio de Salud de Madagascar ha notificado a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un total de 1.801 casos confirmados, probables y sospechosos de peste, incluidos 127 fallecimientos. De estos, 1.111 (62%) fueron clasificados clínicamente como peste neumónica, incluidos 257 (23%) casos confirmados, 374 (34%) probables y 480 (43%) sospechosos. Además de los casos neumónicos, se han informado 261 (15%) casos de peste bubónica, un caso de peste septicémica y 428 casos (24%) donde aún no se ha especificado la variante de la enfermedad (ver Gráfico 2). Al 30 de octubre, 51 de los 114 distritos de Madagascar se han visto afectados (ver Mapas 2 y 3). Desde el comienzo del brote, 71 trabajadores de la salud han presentado una enfermedad compatible con la peste, ninguno de los cuales ha fallecido.

El Instituto Pasteur de Madagascar está realizando la confirmación de laboratorio de los casos. Veintitrés aislamientos de *Yersinia pestis* han sido cultivados y todos son sensibles a los antibióticos recomendados por el Programa Nacional para el Control de la Peste.

Desde la segunda semana de octubre de 2017, ha disminuido el número de casos nuevos (ver Gráfico 3). También hay una disminución en el número de pacientes hospitalizados debido a la sospecha de peste. La vigilancia intensificada y las investigaciones en curso hacen continúan incrementando el número acumulado de casos; sin embargo, algunos de estos casos no se tratan de infecciones recientes.

En Madagascar, el número de casos de peste es mayor durante el período de septiembre a abril. Por lo tanto, es importante que las medidas de control continúen hasta fines de abril de 2018.

El 83% de las 6.492 personas identificadas como contactos de casos sospechosos de peste han completado la monitorización de seguimiento, que incluye un seguimiento de siete días y un ciclo de antibióticos profilácticos. El 30 de octubre de 2017, 95% de los 972 contactos actualmente bajo seguimiento fueron alcanzados por equipos de campo y recibieron antibióticos como medida de precaución.

Respuesta de salud pública

El Ministerio de Salud Pública de Madagascar coordina la respuesta sanitaria con el apoyo de la OMS y otros organismos y asociados.

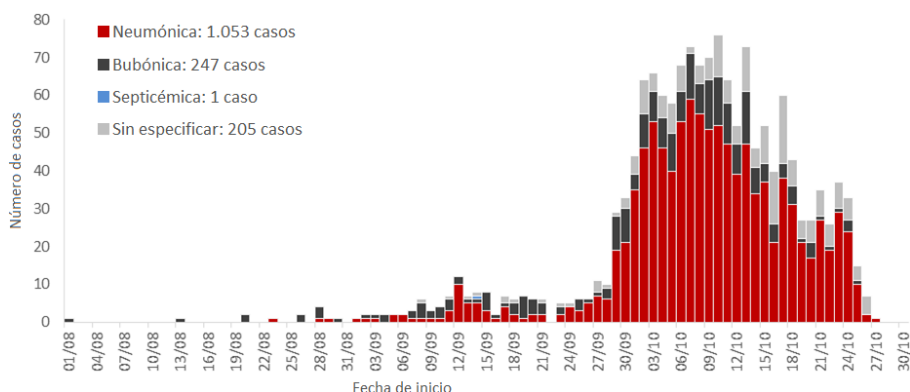
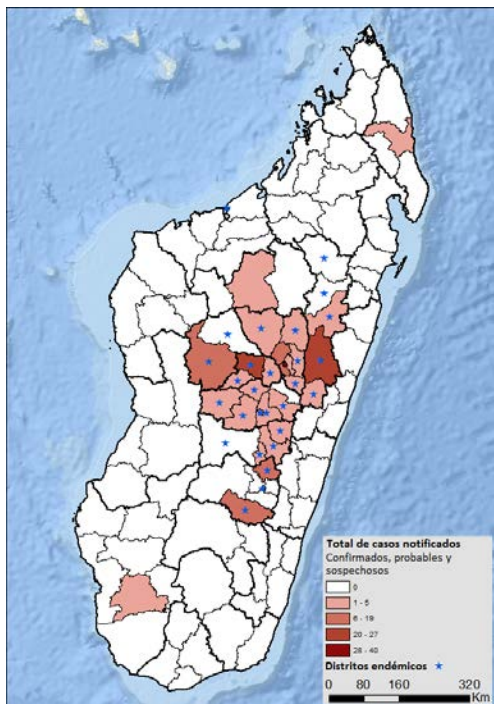


Gráfico 2. Casos notificados de peste, según clasificación clínica y fecha de inicio de la enfermedad. Madagascar. Del 1 de agosto al 30 de octubre de 2017 (N=1,506). Fuente: Organización Mundial de la Salud. (Se desconoce la fecha de inicio de la enfermedad en 295 casos).



Mapa 1. Distribución geográfica de casos de peste bubónica, según distrito. Madagascar. Año 2017, del 1 de agosto al 30 de octubre. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

El Ministerio de Salud Pública de Madagascar ha activado unidades de crisis en Antananarivo y Toamasina, y todos los casos y contactos han recibido tratamiento profiláctico gratuito.

Se han adoptado medidas de salud pública consistentes en:

- Investigación de los nuevos casos.
- Aislamiento y tratamiento de todos los casos de peste neumónica.
- Fortalecimiento de la búsqueda de casos.
- Búsqueda, rastreo y monitoreo activo de los contactos y administración de quimioprofilaxis gratuita.
- Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica en todos los distritos afectados.
- Desinsectación, incluyendo control de roedores y vectores.
- Sensibilización de la población sobre la prevención de la peste bubónica y la neumónica.
- Sensibilización del personal sanitario e información para mejorar la detección de los casos y las medidas de control de la infección.
- Información sobre las medidas de control de la infección durante los entierros.

Se fortalecieron las medidas para los chequeos a los viajeros que parten del aeropuerto internacional de Antananarivo. Estas medidas incluyen: llenar un formulario de partida especial en el aeropuerto (para identificar pasajeros en riesgo); monitoreo de temperatura de los pasajeros que parten, y derivar a aquellos con fiebre a los médicos del aeropuerto para consultas adicionales; los pasajeros con síntomas compatibles con peste neumónica son inmediatamente aislados en el aeropuerto, sometidos a una prueba de diagnóstico rápido y notificados de acuerdo con el protocolo de alerta de respuesta. A

los pasajeros sintomáticos no se les permite viajar. Un equipo de la Red Mundial de Alerta y Respuesta a Brotes (GOARN) de la OMS, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos y el Instituto de Vigilancia Sanitaria/Salud Pública de Francia están brindando asistencia técnica en el aeropuerto.

Nueve países y territorios de ultramar en la Región Africana –Comoras, Etiopía, Kenya, Mauricio, Mozambique, La Reunión (Francia), Seychelles, Sudáfrica y Tanzania– han sido identificados como países prioritarios para la preparación para casos de peste en virtud de sus vínculos comerciales y de viaje con Madagascar. Estos países están implementando actividades de preparación, incluida una mayor conciencia pública sobre la peste, fortalecimiento de la vigilancia de la enfermedad, en especial en los puntos de entrada, y preposicionamiento de equipos y suministros.

Evaluación del riesgo de la OMS

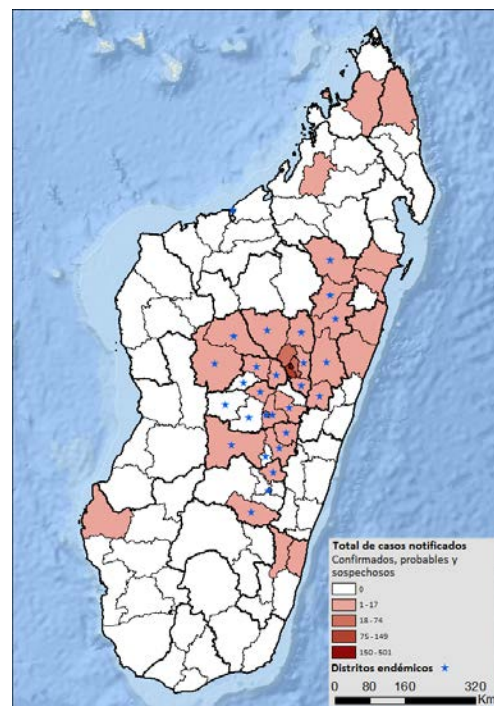
Si bien es alentadora la tendencia a la disminución de nuevos casos de peste y la reducción de las hospitalizaciones por la enfermedad, la OMS espera que se reporten más casos en Madagascar, hasta que termine la temporada típica de peste en abril de 2018. Es crucial, durante el brote y a lo largo de la temporada de peste, mantener las operaciones en curso, incluyendo la búsqueda activa de casos y su tratamiento, la identificación comprehensiva de contactos, el seguimiento y el tratamiento antibiótico, el control de roedores y pulgas, y los entierros seguros y dignos, ya que son críticas para minimizar las infecciones de peste bubónica y la transmisión de persona a persona de la peste neumónica.

Sobre la base de la información disponible y las medidas de respuesta implementadas hasta la fecha, la OMS estima que el riesgo de una posible propagación del brote de peste a nivel nacional sigue siendo elevado. El riesgo de propagación internacional se ve mitigado por el breve período de incubación de la peste neumónica, la implementación de medidas de detección durante la partida de los viajeros y el asesoramiento a los que llegan a Madagascar, y la ampliación de las actividades de preparación operacional en las islas vecinas del Océano Índico y otros países del sur y este de África. El riesgo global se considera bajo. La OMS está reevaluando los riesgos en función de la evolución del brote y la información de las actividades de respuesta.

Se ha proporcionado asesoramiento sobre las medidas de prevención y control, y las opciones de tratamiento a Madagascar y los países prioritarios de la región.

Advertencias de la OMS a los viajeros

De acuerdo con la información disponible hasta el momento, el riesgo de propagación internacional de la peste aparenta ser muy bajo, y la OMS no aconseja la imposición de restricciones a los viajes a Madagascar ni al comercio con ese país.



Mapa 2. Distribución geográfica de casos de peste neumónica, según distrito. Madagascar. Año 2017, del 1 de agosto al 30 de octubre. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

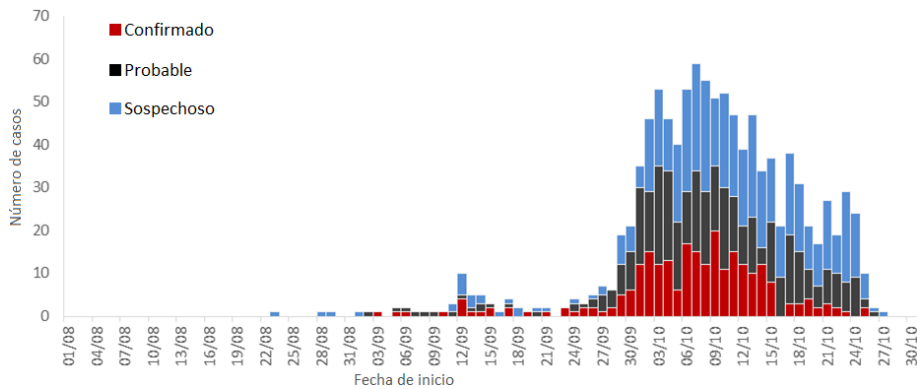


Gráfico 3. Casos notificados de peste neumónica, según fecha de inicio de la enfermedad. Madagascar. Del 1 de agosto al 30 de octubre de 2017 (N=1.053). Fuente: Organización Mundial de la Salud. (Se desconoce la fecha de inicio de la enfermedad en 58 casos).

Los viajeros internacionales que arriben a Madagascar deben ser informados sobre el actual brote de peste y las medidas de protección necesarias. Los viajeros deben protegerse contra las picaduras de pulgas, evitar el contacto con animales muertos, tejidos o materiales infectados y evitar el contacto cercano con pacientes con peste neumónica. En caso de síntomas repentinos de fiebre, escalofríos, dolor e inflamación de los ganglios linfáticos, o dificultad para respirar con tos y/o esputo sanguinolento, los viajeros deben comunicarse inmediatamente con un servicio médico. Deben evitar la automedicación, incluso si se trata de

profilaxis. El tratamiento profiláctico solo se recomienda a personas que han estado en contacto directo con casos o con otras exposiciones de alto riesgo (como picaduras de pulgas o contacto directo con fluidos corporales o tejidos de animales infectados). Al regreso de su viaje a Madagascar, los viajeros deben estar alertas por los síntomas anteriores. Si éstos aparecen, deben buscar atención médica e informar a su médico sobre su historial de viajes a Madagascar.



Centro de Noticias ONU

Afganistán: La diarrea causa 9.500 muertes infantiles anuales

2 de noviembre de 2017 – Fuente: Centro de Noticias – Organización de Naciones Unidas

Unos 26 niños mueren diariamente en Afganistán a causa de enfermedades diarreicas, lo que suma 9.500 cada año, informó hoy el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Estos decesos suponen 12% del total de 80.000 muertes de menores de cinco años anuales que se registran en el país.

La representante en Afganistán del UNICEF, Adele Khodr, dijo que estos fallecimientos son especialmente trágicos porque podrían evitarse en la mayoría de los casos. "Usar un inodoro y lavarse las manos es literalmente un asunto de vida o muerte", apuntó.

Khodr subrayó la urgencia de mejorar las instalaciones de higiene y dar acceso a agua limpia a los habitantes de los poblados remotos afganos.

El UNICEF señaló que las infecciones diarreicas se exacerban en Afganistán, un país donde hay 1,2 millones de niños malnutridos y donde 41% de los menores sufren retraso en su crecimiento.

No obstante este panorama y la falta de seguridad en el país, la agencia reportó ciertos avances, entre ellos la declaración de Nili como el primer distrito libre de defecación al aire libre.

Además, indicó que su personal ha apoyado a más de 500 comunidades afganas a contar con instalaciones de saneamiento que han ayudado a reducir los casos de diarrea y enfermedades infecciosas.



La Voz de Galicia Portugal: La amenaza del sarampión

3 de noviembre de 2017 – Fuente: La Voz de Galicia (España)

La salud de los portugueses es hoy más vulnerable. Un estudio realizado por el Instituto Nacional de Saúde 'Doutor Ricardo de Almeida Jorge' durante los años 2015 y 2016 demuestra que Portugal ha perdido su inmunidad de grupo frente al sarampión. Esto quiere decir que no alcanza la tasa necesaria de personas inmunes a esta enfermedad. Un retroceso para un Estado con un calendario vacunal en el que figura la triple viral a los 12 meses y a los cinco años.

Es un problema grave. El sarampión es una infección grave y el mundo está trabajando para erradicarla. Aunque se dispone de una vacuna muy efectiva, la enfermedad está rebrotando con fuerza en ciertas áreas de Europa, como Italia, Rumania y Ucrania, entre otras. La población deja de temer lo que no ve, y no es consciente de que el sarampión mata y produce secuelas muy graves.

Hace tiempo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) avisa de este repunte europeo. El pasado marzo lanzó un documento en el que alertaba sobre el incremento de casos. Está establecido que, para lograr la inmunización colectiva contra el sarampión, hay que conseguir que, como mínimo, 95% de la población esté inmunizada.

País	Casos	Tasa	País	Casos	Tasa
Rumania	3.219	16,50	Irlanda	5	0,11
Tayikistán	649	7,65	Finlandia	5	0,09
Italia	4.510	7,54	Estonia	1	0,08
Ucrania	1.613	3,60	Polonia	29	0,08
Bélgica	360	3,19	Dinamarca	4	0,07
Bulgaria	167	2,34	Lituania	2	0,07
República Checa	136	1,29	Países Bajos	11	0,06
Alemania	876	1,09	Eslovaquia	2	0,04
Austria	82	0,96	Turquía	19	0,02
Suiza	79	0,95	Kirguistán	1	0,02
Grecia	82	0,75	Kazajistán	2	0,01
Francia	405	0,63	Belarus	1	0,01
Islandia	2	0,61	Albania	—	—
Luxemburgo	3	0,53	Andorra	—	—
Bosnia y Herzegovina	19	0,50	Armenia	—	—
Hungría	33	0,33	Azerbaiján	—	—
España	152	0,33	Letonia	—	—
Portugal	34	0,33	Macedonia	—	—
Georgia	12	0,30	Malta	—	—
Eslovenia	6	0,29	Mónaco	—	—
Suecia	26	0,27	Montenegro	—	—
Chipre	3	0,26	Noruega	—	—
Gran Bretaña	129	0,20	Moldova	—	—
Israel	15	0,19	San Marino	—	—
Croacia	7	0,17	Turkmenistán	—	—
Rusia	208	0,14	Uzbekistán	—	—
Serbia	11	0,12	Total	12920	1,42

Tabla 2. Casos de sarampión y tasas cada 100.000 habitantes. Países de la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Año 2017, hasta el 2 de octubre. Fuente: Oficina Regional de la OMS para Europa.

En Portugal, la última Encuesta Serológica Nacional indica que 94,2% de los portugueses tiene inmunidad contra el sarampión. Por edades sin embargo, hay diferencias significativas, ya que 99,6% de los nacidos antes de 1970 sería inmune a la enfermedad, mientras que sólo estarían en ese caso 77,9% de los jóvenes de 20 a 29 años, lo que supone un descenso con respecto a los datos que arrojaba el anterior estudio, realizado con datos de los años 2001 y 2002. Para el grupo de 15 a 19 años, la cobertura es de 88,2%. La proporción en la franja etaria de entre 10 y 44 años ha sido menor de la observada en el estudio anterior, no existiendo inmunidad en estos grupos.

Pero lo cierto es que las cifras no invitan a la tranquilidad. En lo que va del año se han registrado casi 13.000 casos de sarampión en el viejo continente y han fallecido 44 personas, entre ellas una joven lusa.

El sarampión es una enfermedad muy contagiosa, cada persona infectada contagia a su vez a entre otras 15 y 18, con lo que es fácil entender la rapidez de transmisión de esta infección en la población no protegida. Por ello, para controlarla mediante vacunación es necesario tener coberturas muy elevadas. Si estas coberturas caen por debajo de los niveles óptimos, en un mundo global como el actual, es fácil que vuelva a circular.

En situaciones de riesgo poblacional, es necesario tomar medidas. Italia y Francia han optado por la obligatoriedad de la vacunación, debido a los graves problemas que tienen por la caída de las coberturas. No es lo más recomendable, pero en estos casos son medidas paliativas de una situación que debería haberse intentado atajar mucho antes.



Sudán del Sur: Mortal brote de leishmaniosis visceral

28 de octubre de 2017 – Fuente: Centro de Noticias – Organización de Naciones Unidas

Centro de Noticias ONU

Al menos 720 personas han muerto en Sudán del Sur a causa de un prolongado brote de leishmaniosis visceral, una enfermedad parasitaria, y este número podría ser mucho mayor, informó el 28 de octubre la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El portavoz de la OMS, Tarik Jasarevic, dijo que se han registrado más de 18.000 casos de la enfermedad en Sudán del Sur desde que surgió el brote en septiembre de 2009, siendo los niños los más afectados.

“Desde entonces, el brote se ha extendido a otras áreas de este país recientemente independizado, y el número de casos nuevos en lo que va de este año es un tercio mayor que las cifras de igual período del año pasado”, agregó. La leishmaniosis visceral, que se transmite por la picadura de flebótomos, puede causar la muerte al atacar los órganos internos y la médula ósea, y tiene una tasa de letalidad de 95% si no se trata.

La OMS está trabajando con las autoridades sanitarias nacionales para reducir el número de muertes causadas por el brote, en parte aumentando el número de centros de atención médica que brindan tratamiento para esta enfermedad tropical.

Daniel Dagne, un oficial médico de la OMS, dijo que es probable que el número de muertes por el brote esté subregistrado en Sudán del Sur, un país con escasa infraestructura y numerosas comunidades remotas.



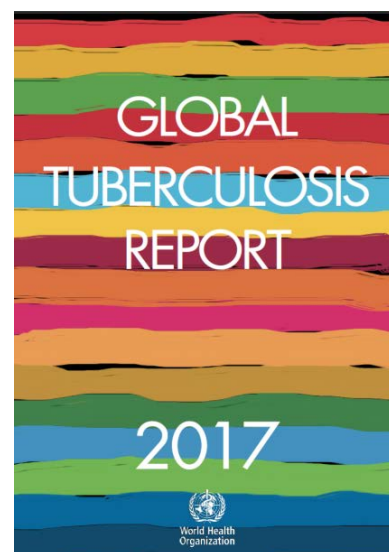
Urge un mayor compromiso político para poner fin a la tuberculosis

30 de octubre de 2017 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

Las iniciativas de ámbito mundial para combatir la tuberculosis han salvado a 53 millones de personas desde el año 2000 y han reducido en 37% la tasa de mortalidad por esa enfermedad, según se estima en el *Informe mundial sobre la tuberculosis 2017*, que publicó el 30 de octubre la Organización Mundial de la Salud (OMS).¹²

Pese a esos logros, los últimos datos ofrecen un panorama pesimista. La tuberculosis sigue siendo la enfermedad infecciosa más letal en 2016. Es también la principal causa de las muertes debidas a la resistencia a los antimicrobianos y la primera causa de muerte en personas con VIH. En la mayoría de los países los progresos se han ralentizado y no avanzan adecuadamente para alcanzar las metas mundiales o subsanar las deficiencias persistentes en prevención y atención de la tuberculosis.

“Aunque el mundo se ha comprometido a poner fin a la epidemia de tuberculosis de aquí a 2030, las acciones y las inversiones no se corresponden con la retórica política. Necesitamos un enfoque dinámico, multisectorial y de ámbito mundial. La buena noticia es que finalmente tenemos dos grandes oportunidades para avanzar: la celebración de la Primera Conferencia Ministerial Mundial de la OMS para poner fin a la tuberculosis en Moscú en 2017, seguida por la primera reunión de alto nivel sobre la tuberculosis, que la Asamblea General de las Naciones Unidas celebrará en 2018. Ambas impulsarán y acelerarán nuestros esfuerzos y lograrán la colaboración multisectorial para que la tuberculosis sea una enfermedad del pasado”, señaló el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS.



¹² Puede consultar el informe completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

Elevada carga mundial de morbilidad y mortalidad en 2016

En 2016 hubo unos 10,4 millones de nuevos casos de tuberculosis en todo el mundo, de los cuales aproximadamente 10% eran personas con VIH. El 64% de la carga total se concentra en siete países, de los que India se lleva la peor parte, seguida de Indonesia, China, Filipinas, Pakistán, Nigeria y Sudáfrica. Murieron de tuberculosis unos 1,7 millones de personas, entre las que se encuentran casi 400.000 personas coinfectadas por el VIH. Ello supone un descenso de 4% en comparación con 2015.

La tuberculosis multirresistente sigue siendo una crisis de salud pública y una amenaza para la seguridad sanitaria. La OMS estima que hubo 600.000 nuevos casos con resistencia a la rifampicina (el fármaco de primera elección más eficaz), 490.000 de ellos con tuberculosis multirresistente. Casi la mitad de estos casos se dieron en India, China y la Federación de Rusia.

“La elevada cifra de muertes y la magnitud del sufrimiento hablan por sí mismos: no avanzamos a la velocidad necesaria. Será crucial actuar con prontitud para lograr la cobertura sanitaria universal y la protección social, y avanzar en la investigación y las innovaciones, para que todas las personas, especialmente las más pobres y desfavorecidas del mundo, tengan acceso a atención del más alto nivel centrada en el paciente”, señaló el Dr. Mario Raviglione, Director del Programa Mundial Contra la Tuberculosis de la OMS.

Deficiencias persistentes en atención y financiación

La lucha contra la epidemia requiere actuar para subsanar las deficiencias en atención y financiación. Asimismo se requiere avanzar en un subgrupo particular de países con carga elevada de tuberculosis: Bangladesh, China, Filipinas, India, Indonesia, Nigeria, Pakistán, República Democrática del Congo, Tanzania y Sudáfrica.

Las deficiencias en notificación y diagnóstico de los casos de tuberculosis siguen planteando problemas, especialmente en países con importantes sectores privados no regulados y sistemas de salud frágiles. De los 10,4 millones estimados de nuevos casos, en 2016 solo se detectaron y notificaron oficialmente 6,3 millones, lo que deja un déficit de 4,1 millones. La India, Indonesia y Nigeria acapararon casi la mitad de este déficit mundial.

- Solo uno de cada cinco casos de tuberculosis multirresistente había iniciado tratamiento. En India y China se concentraba 39% del déficit mundial. El éxito terapéutico sigue siendo bajo: 54% en todo el mundo.

- Del casi medio millón de casos notificados de tuberculosis asociada a la infección por VIH, 15% no estaban en tratamiento antirretroviral, como recomienda la OMS, la mayoría de ellos en la Región de África de la OMS.

- La profilaxis antituberculosa se extiende en dos grupos de riesgo prioritarios: las personas con VIH y los menores de cinco años. Con todo, la mayoría de las personas aptas para recibir profilaxis antituberculosa no tienen acceso a ella.

- Por lo que respecta a la prevención y atención de la tuberculosis, en los países de ingresos bajos y medios hay un déficit de casi 2.300 millones de los 9.200 millones de dólares de inversión necesarios en 2017. Además, se necesitan al menos otros 1.200 millones de dólares anuales para acelerar el desarrollo de nuevas vacunas, medios de diagnóstico y medicamentos.

“El déficit de financiación contra la tuberculosis es una de las principales razones de que no se avance adecuadamente en la lucha contra la tuberculosis. Tenemos un doble reto. Se necesita más financiación nacional en los países de ingresos medianos, y mayores aportaciones de donantes internacionales en apoyo de los países de ingresos bajos”, afirmó la Dra. Katherine Floyd, Coordinadora de la Unidad de Monitoreo y Evaluación del Programa Mundial contra la Tuberculosis.

Compromiso político y acción multisectorial

Poner fin a la epidemia de tuberculosis requiere la adopción de medidas más allá del sector de la salud a fin de abordar los factores de riesgo y los determinantes de la enfermedad. Por primera vez el *Informe mundial sobre la tuberculosis* presenta resultados desde un nuevo marco de seguimiento multisectorial que pone de relieve los vínculos de la epidemia de tuberculosis con siete Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Los últimos análisis de la situación de los indicadores para los 30 países con carga elevada de tuberculosis muestran que la mayoría tendrán dificultades para alcanzar las metas de los ODS.

A fin de impulsar la acción multisectorial, los planes para galvanizar todos los sectores y garantizar la mejor atención posible han desembocado en la celebración de la Conferencia Ministerial de la OMS para poner fin a la tuberculosis en la era del desarrollo sostenible en Moscú los días 16 y 17 de noviembre de 2017. Posteriormente, en 2018, se celebrará la primera reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la tuberculosis para tratar de lograr el compromiso de los Jefes de Estado.



THE GAY COMMUNITY TAKES A TURN FOR THE BETTER.

Give yourselves a pat on the back, men.

The latest research says that fully eighty percent of us now insist on safe sex, and that's a turn for the better that's saving lives.

Never in all history has any population changed its behavior this fast to stop a public health problem.

AIDS is still with us, to be sure. But our commitment to safe sex means fewer people will suffer from AIDS in the future. We are doing something about this disease.

A vaccine is still several years away, so our challenge is to keep practicing safe sex. We've done very well, so far – let's keep up the good work.

Please *stay* safe.

THE SEXUAL SAFETY CARD.

SAFEST Mutual masturbation • Dry kissing • Body rubbing • Unsharpened sex toys

POSSIBLY SAFE Using a condom during intercourse • Deep kissing • External water sports

UNSAFE Intercourse without a condom • Fisting • Kissing • Oral sex • Water sports, anal sex • Shared sex toys

Any activity that involves the exchange of body fluids may be dangerous. Any activity that weakens the body, such as drug or alcohol use, should be avoided.

Seattle-King Co. Department of Public Health
AIDS Information Line: 507-4888 • Northwest AIDS Foundation

Get out this card to carry in a handy guide.

PLEASE BE SAFE.

THE NORTHWEST AIDS FOUNDATION

80 East Pike, Seattle, WA 98101 • This advertisement was prepared by Rice Corp & Wagner Advertising and the Northwest AIDS Foundation with support from the Seattle-King County Department of Health.

Northwest AIDS Foundation (1986. Seattle, Washington, Estados Unidos).

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

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

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