



# Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente

[www.reporteepidemiologicocordoba.com](http://www.reporteepidemiologicocordoba.com)

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

# 1.991  
17 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 hantaviriosis

### América

- Actualización sobre la situación de la difteria en la Región

- Bolivia: Santa Cruz y Oruro registran 84% de los casos de rabia

- Brasil: En 2016, la tasa de natalidad cayó 5,1% respecto de 2016 luego de la crisis de la fiebre zika

- Chile: Los casos de hantaviriosis aumentaron 81% este año y la letalidad triplica la de 2016

- Chile, Región del Biobío: Detectan la bacteria *Acinetobacter baumannii* en la UCI de Neonatología de un hospital de Concepción

- Estados Unidos, California: Aumento de casos de coccidioidomicosis durante 2017

- Perú, Tumbes: A 659 se incrementaron los casos de leptospirosis

### El mundo

- España: Catalunya registra más de 100 casos de legionelosis en lo que va del año

- Kenya/Uganda: Actualización sobre el brote de enfermedad por el virus de Marburg

- Yemen: Registran más de 100 casos de difteria desde inicios de noviembre

- Presentaron las nuevas directrices de vacunación contra el VPH de personas con el VIH

- La tuberculosis costará un billón de dólares hasta 2030

- Los Gobiernos deben reducir los precios de los medicamentos para la hepatitis C y mejorar el acceso al tratamiento

## Adhieren:

**SLAMVI**

Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

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

**CIRCULO MÉDICO DE CÓRDOBA**

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

**Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba**

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



Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas

Universidad Nacional de Córdoba

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



S.A.D.I.

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

**Comité Nacional de Infectología**

Sociedad Argentina de Pediatría

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



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

**Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica**

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

**Asociación Parasitológica Argentina**

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

## Vigilancia de hantavirosis

 13 de noviembre de 2017 – Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios  
 – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

**Tabla 1.** Casos notificados y confirmados, según provincia y región. Argentina. Años 2016/2017, hasta semana epidemiológica 40. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.<sup>1</sup>

Provincia/Región	2016		2017	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	21	1	34	—
Buenos Aires	279	8	318	24
Córdoba	17	—	13	—
Entre Ríos	140	1	51	3
Santa Fe	394	2	240	6
<b>Centro</b>	<b>851</b>	<b>12</b>	<b>656</b>	<b>33</b>
Mendoza	—	—	2	—
San Juan	—	—	—	—
San Luis	3	—	3	—
<b>Cuyo</b>	<b>3</b>	<b>—</b>	<b>5</b>	<b>—</b>
Corrientes	2	1	2	—
Chaco	56	—	58	1
Formosa	1	—	4	—
Misiones	7	—	2	—
<b>NEA</b>	<b>66</b>	<b>1</b>	<b>66</b>	<b>1</b>
Catamarca	—	—	—	—
Jujuy	662	9	175	11
La Rioja	—	—	—	—
Salta	140	22	120	9
Santiago del Estero	1	—	2	—
Tucumán	48	2	9	1
<b>NOA</b>	<b>851</b>	<b>33</b>	<b>306</b>	<b>21</b>
Chubut	11	2	12	3
La Pampa	2	—	6	—
Neuquén	6	—	3	—
Río Negro	19	5	13	4
Santa Cruz	1	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	1	—
<b>Sur</b>	<b>39</b>	<b>7</b>	<b>35</b>	<b>7</b>
<b>Total Argentina</b>	<b>1.810</b>	<b>53</b>	<b>1.068</b>	<b>62</b>

## Actualización sobre la situación de la difteria en la Región

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

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 45 de 2017, cinco países en las Américas notificaron casos sospechosos y/o confirmados de difteria: Brasil, Colombia, Haití, República Dominicana y Venezuela.

En 2016, se notificaron 78 casos confirmados de difteria en toda la Región. Los casos fueron notificados por tres países: Haití (56 casos), Venezuela (20) y República Dominicana (2).

**Brasil:** Hasta la SE 44 de 2017, fueron notificados 39 casos sospechosos de difteria, distribuidos en 13 estados, de los cuales 5 fueron confirmados (1 por confirmación de laboratorio, 1 por criterio clínico-epidemiológico y 3 por criterio clínico). Con relación al estado vacunal de los casos confirmados, el caso confirmado por laboratorio no estaba vacunado; mientras que para el resto de los casos, dos contaban con esquema vacunal completo y los otros no estaban vacunados.

Con relación a la distribución por grupo de edad y sexo de los casos confirmados, éstos se presentaron en un rango de edad entre 4 y 51 años e incluyen tres hombres y dos mujeres. Hubo un solo caso fatal, que correspondió al caso confirmado por laboratorio e importado desde Venezuela. No se registraron casos secundarios relacionados con este caso y tampoco nuevos casos importados en el país.

**Colombia:** Entre las SE 1 y 43 de 2017, se notificaron 14 casos sospechosos de difteria, los cuales fueron posteriormente descartados por laboratorio.

**Haití:** Entre las SE 1 y 43 de 2017, se notificaron 120 casos probables de difteria<sup>2</sup>, de los cuales 51 fueron confirmados por laboratorio, incluidas 7 defunciones (tasa de letalidad de 14%). Entre los casos confirmados, la mayoría

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

<sup>2</sup> De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública y de la Población de Haití, se define como caso probable a toda persona, de cualquier edad, que presente laringitis, faringitis o amigdalitis con falsas membranas adherentes en las amígdalas, faringe y/o fosas nasales, asociadas con edema del cuello.

(82%) tenía 5 y más años de edad y 53% fueron mujeres. Con relación al estado vacunal de los casos confirmados, 26% eran personas vacunadas, 33% no reportaban antecedente vacunal, y 41% desconocía o no contaba con información sobre su estado vacunal.

El número de comunas que notificaron casos confirmados en 2017 (22 comunas) es menor a lo registrado en 2016 (31 comunas). La mayoría de los casos confirmados son de los Departamentos Ouest y Artibonite (39 y 33%, respectivamente).

**República Dominicana:** Entre las SE 1 y 43 de 2017 se notificaron tres casos confirmados de difteria, ocurridos en las SE 12, 32 y 43, respectivamente. Todos los casos evolucionaron favorablemente y no se registran defunciones en el país por esta causa.

**Venezuela:** Durante el año 2017 y hasta la SE 42, se han registrado 511 casos probables. Se obtuvieron muestras en 452 de los casos (88,5%), de los cuales 146 (32,3%) han sido confirmados por laboratorio (69 por aislamiento bacteriano y determinación de producción de toxina mediante prueba de Elek, y 38 por reacción en cadena de la polimerasa). Los casos confirmados se registraron en 17 entidades federales.

La población más afectada es el grupo de 5 a 39 años, correspondiendo la mayor cantidad de casos al grupo de 5 a 19 años (54,3%). El sexo más afectado ha sido el femenino (51%).

De acuerdo al informe proporcionado por las autoridades nacionales, de enero a septiembre de 2017, la cobertura de vacunación con pentavalente en menores de 1 año fue de 67,8% y el refuerzo a los 5 años de 41,9%. La cobertura de vacunación con toxoide tetánico en embarazadas fue de 49,2% y en escolares de 68,3%.

En respuesta a la situación epidemiológica, el Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela está intensificando la vacunación contra la difteria como parte del plan nacional de vacunación, para el cual cuenta con 9 millones de dosis de vacunas; igualmente se mantiene una vigilancia epidemiológica intensificada, así como la búsqueda activa e investigación de casos, y seguimiento de contactos.

### Orientaciones para los Estados Miembros

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) alienta a los Estados Miembros a mantener sus esfuerzos para garantizar altas tasas de cobertura, utilizando estrategias que permitan alcanzar los niveles adecuados, en todas sus entidades territoriales.

Recomienda además que se fortalezcan los sistemas de vigilancia para la detección precoz de casos sospechosos, a fin de iniciar su tratamiento oportuno y el de sus contactos, asegurando la provisión de antitoxina diftérica.



### Bolivia: Santa Cruz y Oruro registran 84% de los casos de rabia

15 de noviembre de 2017 – Fuente: Página Siete (Bolivia)

El Ministerio de Salud de Bolivia envió 600.000 vacunas antirrábicas a los departamentos de Santa Cruz y Oruro, que registran 84% de los casos de rabia del país, para inmunizar a los perros mayores de un mes, casa por casa. La campaña se realizará los días 18 y 19 de noviembre.

“El 14 de noviembre enviamos estos biológicos: en primer lugar se distribuirán en Oruro, seguido de Santa Cruz. Así se llevará adelante esta contingencia por los casos de rabia, específicamente en estos dos departamentos”, afirmó el responsable del Programa Nacional de Zoonosis, Grover Paredes Martínez.

“Las brigadas pasarán casa por casa; además se instalarán puestos fijos de vacunación. Nuestra meta en Santa Cruz es inmunizar a 398.000 perros y en Oruro a 96.000 canes”, dijo Paredes.

A principios de este mes, el Ministerio de Salud declaró alerta sanitaria local en Santa Cruz y Oruro debido al incremento de casos de rabia canina. Hasta octubre de 2017, se reportaron, a nivel nacional, 784 casos confirmados, de los cuales 84% se concentran en los departamentos de Oruro y Santa Cruz.

“De los 784 casos de rabia en canes confirmados por laboratorio, 539 (69%) corresponden a Santa Cruz y 123 (15%) a Oruro”, dijo la ministra de Salud, Ariana Campero Nava.



### Brasil: En 2016, la tasa de natalidad cayó 5,1% respecto de 2015 luego de la crisis de la fiebre zika

14 de noviembre de 2017 – Fuente: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil)

En 2016, se registraron 2.793.935 nacimientos en Brasil, lo que indica una caída de -5,1% en la comparación con el año 2015, cuando se registraron 2.945.344 nacimientos. Fue la primera caída de esta cifra desde 2010, incluyendo el total y las Grandes Regiones. La región con la menor caída fue la Sur (-3,8%) y la Centro-Oeste presentó la mayor disminución (-5,6%).

La tasa de natalidad en el país cayó a su nivel más bajo en casi tres décadas, y se estima que fue causada por la crisis de la fiebre zika de 2016, enfermedad que provocó una serie de nacimientos con microcefalia y otros defectos neurológicos congénitos graves.

Los analistas también consideran que la prolongada crisis económica también puede haber contribuido a la caída de la natalidad.

El estado de Pernambuco, donde la crisis de la fiebre zika fue más aguda, es el que registró la mayor caída en el volumen de registros de nacimientos (-10,0%) en el Nordeste y en el país. Roraima fue la única Unidad de la Federación que presentó un aumento de los nacimientos registrados entre 2015 y 2016, de 3,9%. En el Norte, la mayor caída en los nacimientos fue registrada en Tocantins (-8,0%). En el Nordeste, la menor y la mayor caída en los nacimientos se registraron en Maranhão (-2,3%) y en Pernambuco (-10,0%), respectivamente. En el Sudeste, las caídas variaron de -5,1% en São Paulo y -6,5% en Rio de Janeiro. En el Sur las caídas en los nacimientos fueron relativamente menores, variando entre -2,2% en Santa Catarina y -4,7% en Rio Grande do Sul. En el Centro-Oeste, la reducción en el número de nacimientos fue mayor en Mato Grosso (-6,8%) y menor en Mato Grosso do Sul (-4,0%).

La distribución porcentual de los nacimientos por grupo etario de la madre se mantuvo inalterada con relación a 2015. Los nacimientos en la región Norte presentan una mayor concentración en el grupo etario de las madres de 20-24 años (29,6% de los nacimientos). Por otro lado, las regiones Sur y Sudeste tienen el perfil más envejecido de la curva de distribución de los nacimientos por edad de la madre. En estas regiones, el mayor porcentaje de nacimientos ocurre entre las mujeres de 25 a 29 años (Sur 24,7%, Sudeste 24,3%), 20-24 años (23,5%) y 30-34 años (22,1%).

## **EL MERCURIO** Chile: Los casos de hantavirrosis aumentaron 81% este año y la letalidad triplica la de 2016

15 de noviembre de 2017 – Fuente: El Mercurio (Chile)

Dotado de abundante alimento por el florecimiento de la quila (*Chusquea quila*) y obligado a migrar tras los gigantescos incendios forestales del verano, el ratón colilargo (*Oligoryzomys longicaudatus*) se ha reproducido de tal forma que los casos de hantavirrosis han aumentado 81% respecto del año pasado.

Según el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, entre enero y el 6 de noviembre se confirmaron 80 casos, cifra superior al promedio de los últimos cinco años (47) y 81% mayor a la de 2016, cuando a la misma fecha se registraban 44 contagios.

Potencialmente mortal, la hantavirrosis es una enfermedad infecciosa que se contrae al inhalar fluidos que el ratón colilargo deja en matorrales o espacios cerrados.

De los 80 casos confirmados este año, 22 han terminado en muerte, una tasa de letalidad de 27%. En el mismo período de 2016 solo hubo ocho fallecidos.



### **Factores del aumento**

La principal causa, según expertos, es un incremento de la reproducción del roedor por la abundancia de quila.

“Sabemos que cuando la quila florece, lo que es cíclico, se produce un aumento de estos roedores, porque es su alimento”, explica el médico Pablo Agustín Vial Claro, director del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina de la Universidad del Desarrollo e investigador del Programa Hantavirus.

También inciden las altas temperaturas y los incendios forestales: “La población de roedores aumenta porque ha sido un año lluvioso, lo que ha sido bueno para la quila, y porque existe una relación entre los incendios y la migración de los ratones a áreas con población humana”, añade Carlos Miguel Pérez Cortés, infectólogo de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica y de la Red de Salud UC-Christus.

La enfermedad, que tiene un período de incubación de 1-3 semanas, se caracteriza por síntomas como fiebre, dolores musculares y trastornos gastrointestinales, que pueden llevar a una insuficiencia respiratoria e hipotensión.

“Si un paciente viene con síntomas respiratorios o con dolores abdominales y fiebre, entonces hay que sospechar, seguir el protocolo para la emergencia y trasladarlo a un centro con los recursos necesarios”, comenta Carlos Augusto Rivera Prat, urgenciólogo de la Universidad de los Andes.

Los primeros registros de la enfermedad en Chile datan de 1995. Desde entonces, el Ministerio de Salud realiza campañas –sobre todo en verano– para prevenir contagios en zonas al aire libre. Por ejemplo, se aconseja guardar alimentos en envases resistentes, mantener la basura en recipientes cerrados, cortar arbustos y maleza y ventilar los inmuebles que hayan estado cerrados por largo tiempo.

El presupuesto 2018 de la Subsecretaría de Salud Pública considera un incremento de 291.000 dólares para implementar un protocolo que gestione la disponibilidad y acceso a plasma inmune para casos sospechosos o confirmados de este virus.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> La variación en la densidad de las poblaciones de roedores ha sido identificada como un factor de gran relevancia en la presentación de casos de síndromes asociados a hantavirus. Estos cambios poblacionales se ven influenciados por muchos y muy diversos factores y pueden variar a través del tiempo por razones de estacionalidad, cambios climáticos, variación en la oferta de alimentos, presencia de predadores u otros. Así, en Chile se estima que el florecimiento de la quila (*Chusquea quila*), así como otros representantes del género, hecho que ocurre cada veinte años, tiene un importante efecto sobre el crecimiento de las poblaciones de roedores silvestres, a causa de la importante cantidad de semillas que produce esta planta y que sirve de alimento a los roedores. Este fenómeno puede ser una causa del brote epidémico ocurrido en la zona.

15 de noviembre de 2017 – Fuente: Cooperativa (Chile)

La bacteria *Acinetobacter baumannii* fue detectada el 31 de octubre en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de Neonatología del Hospital Clínico Regional 'Dr. Guillermo Grant Benavente' de Concepción, obligando a las autoridades del recinto a mantener a los siete pacientes que en ese momento estaban allí y a no permitir el acceso de lactantes que requieran de cuidados intensivos.

De acuerdo a la información entregada por la dirección del recinto hospitalario, de los siete pacientes, todos prematuros, cuatro están infectados con la bacteria.

Entre el 31 de octubre y el 15 de noviembre otros dos menores han requerido cuidados intensivos, por lo que fueron derivados a otros recintos, específicamente al Hospital Clínico 'Herminda Martín Mieres' de Chillán y al Hospital 'Las Higueras' de Talcahuano.

El jefe del Servicio de Neonatología del establecimiento, Jorge Enrique León del Pedregal, explicó los alcances de esta bacteria intrahospitalaria.

"La bacteria *A. baumannii* está en el ambiente y es peligrosa; provoca infecciones en los recién nacidos, especialmente en aquellos recién nacidos gravemente enfermos, en niños prematuros extremos, niños malformados, el que tiene muchos catéteres", dijo el médico.

"En esos casos de niños muy graves o prematuros extremos podría en algunos casos llegar a la muerte", recalzó.

Además, entre el 31 de octubre y el 15 de noviembre dos menores prematuros fallecieron, coincidiendo con la estadía de la bacteria en la UCI de Neonatología, no obstante se aclaró que no se puede acreditar que la causa haya sido el agente infeccioso.

## Estados Unidos, California: Aumento de casos de coccidioidomycosis durante 2017

14 de noviembre de 2017 – Fuente: California Department of Public Health (Estados Unidos)



El Departamento de Salud Pública de California (CDPH) informó sobre un aumento en el número de nuevos casos de coccidioidomycosis informados por los departamentos de salud locales en California hasta el 31 de octubre de 2017, en comparación con el número de casos reportados para el mismo período de 2016.

Desde el 1 de enero hasta el 31 de octubre de 2017, se notificaron 5.121 casos provisionales de coccidioidomycosis en California. Este es un aumento de 1.294 casos provisionales respecto de los 3.827 reportados durante ese mismo período de tiempo en 2016. El número de casos provisionales proporciona un indicador oportuno de la actividad actual general, pero el número de casos finalmente confirmados es generalmente menor que el número de casos sospechosos reportados.

El número de casos de coccidioidomycosis varía de un año a otro y por temporada. Los casos pueden ser más comunes a fines del verano y el otoño. Los casos provisionales incluyen casos sospechosos, probables y confirmados: los casos sospechosos y probables pueden confirmarse posteriormente o descartarse como casos oficiales de coccidioidomycosis luego de una investigación adicional.

Se desconoce la causa de este aumento aparente en los casos provisionales de coccidioidomycosis en California en 2017.

"Ante este aumento en los casos reportados de coccidioidomycosis, es importante que las personas que viven, trabajan y viajan en California sean conscientes de sus síntomas, especialmente en el sur del Valle de San Joaquín y la Costa Central, donde es más común", dijo la Dra. Karen Smith, Directora y Oficial de Salud Pública del Estado. "En estas áreas, cualquier persona que desarrolle síntomas similares a los de una gripe, como tos, fiebre o dificultad para respirar, con una duración de dos semanas o más, debe consultar a su proveedor de atención médica acerca de la coccidioidomycosis".

La coccidioidomycosis, también conocida como fiebre del Valle, es causada por la espora de hongos dimórficos del género *Coccidioides*, que crecen en el suelo en partes de California, Arizona y otras áreas del suroeste de Estados Unidos. Las personas se infectan al inhalar las esporas presentes en el polvo en suspensión en el aire cuando hay viento o cuando se altera la tierra, como durante una excavación durante una construcción.

Puede reducirse el riesgo de infección evitando respirar polvo en áreas donde la coccidioidomycosis es común. En estas áreas, cuando corre viento que arrastra polvo, es mejor permanecer en el interior de los hogares y mantener las ventanas y puertas cerradas. Al conducir, se deben mantener cerradas las ventanas del automóvil y usar el aire acondicionado en recirculación, si se dispone del mismo. Si no se puede evitar estar al aire libre cuando hay mucho viento y polvo, debe usarse una mascarilla bien ajustada (como la mascarilla N95, ampliamente disponible en tiendas minoristas), y abstenerse de hacer remociones de suelo siempre que sea posible. Los empleadores deberían capacitar a sus trabajadores sobre los síntomas de la coccidioidomycosis y tomar medidas para limitar la exposición de los trabajadores al polvo.

La mayoría de las personas infectadas no presentan signos de enfermedad. Aquellos que enferman pueden tener síntomas similares a los de otras enfermedades, como la influenza o la neumonía bacteriana o viral, por lo que no siempre se reconoce la coccidioidomycosis. Los síntomas similares a los de la gripe pueden durar dos semanas o más. Si bien la mayoría de las personas se recupera completamente, algunas personas corren riesgo de una enfermedad más grave o de complicaciones, como neumonía, infección del cerebro, articulaciones, huesos, piel u otros

órganos. Las personas con mayor riesgo de enfermedad severa incluyen las de 60 años o más, las mujeres embarazadas y las personas con diabetes o afecciones que debilitan el sistema inmunitario. Además, los afroamericanos y los filipinos corren un mayor riesgo de padecer enfermedad grave, pero se desconoce el motivo. Si una persona piensa que tiene coccidioidomycosis, debe comunicarse a la brevedad con su proveedor de atención médica.



### Perú, Tumbes: A 659 se incrementaron los casos de leptospirosis

14 de noviembre de 2017 – Fuente: Radio Programas del Perú (Perú)

En la región de Tumbes, los casos de leptospirosis se incrementaron a 659 en lo que va del año. La atención se ha enfocado en el distrito de Corrales, donde de los 19 casos confirmados en el último mes, 11 son trabajadores del centro de Salud distrital y 8 son usuarios, convirtiéndose esta institución en un foco infeccioso. Se conoció además que dentro de las personas infectadas hay tres gestantes y una madre en periodo de lactancia.

Por ello las labores en este establecimiento de salud se suspendieron desde el 14 de noviembre para realizar la desinfección general de las instalaciones. Los pacientes internados serán trasladados a los hospitales de Tumbes. El día 15 de noviembre no hubo atención ni en emergencia ni en consultorios por la medida de emergencia que se ha adoptado, con la finalidad de eliminar a los roedores portadores de la enfermedad.

En el Centro de Salud, el personal trabaja con mascarillas y delantales para evitar la contaminación.

Cabe señalar que en agosto se llevó a cabo la Supervisión Nacional a Establecimientos de Salud Estratégicos 2017, donde personal de la Defensoría inspeccionó el centro de salud de Corrales, constatando que existían varias deficiencias en la atención y presencia de materia fecal de roedores. En su momento, se hicieron las recomendaciones correspondientes, pero no se cumplieron del todo.

Ese mismo mes, personal de la Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental (DESA) colocó raticida en el interior del nosocomio pero no realizaron seguimiento para evaluar si los roedores habían ingerido el cebo; más aún, no intervinieron o fumigaron las viviendas aledañas.

Por su parte, el jefe de la Oficina de la Defensoría del Pueblo de Tumbes, Abel Chiroque Becerra, manifestó su preocupación frente a este hecho y aseguró que si las instituciones responsables hubieran cumplido con las medidas encargadas no estarían afrontando estas graves consecuencias. Asimismo, informó que los domicilios de las personas diagnosticadas con la enfermedad también serán evaluados, ya que es posible que se hayan infectado en sus hogares.

Asimismo, se reportó que continuarán las capacitaciones al personal de Salud, funcionarios municipales, agentes comunitarios y población en general para informar la situación y las medidas de prevención.



## El mundo

### EL PAÍS España: Catalunya registra más de 100 casos de legionelosis en lo que va del año

10 de noviembre de 2017 – Fuente: El País (España)

Más de un centenar de personas han sufrido legionelosis en lo que va del año en Catalunya. Esta enfermedad infecciosa, provocada por la bacteria *Legionella pneumophila*, tiene un cuadro clínico similar al de la neumonía y se contagia por vía aérea, al inhalar el bacilo. Según datos provisionales de la Agencia de Salud Pública de Catalunya (ASPCAT), se han registrado 109 casos en 2017, un 53,5% más que en todo 2016. La ASPCAT mantiene bajo la lupa dos brotes detectados en Llinars del Vallès y Blanes (La Selva) que ya han dejado cinco fallecidos en las últimas semanas. Salud Pública ha contabilizado ocho muertes en todo el año.

El Departamento de Salud advierte que, con dos brotes abiertos y a falta de un mes y medio para que termine el año, los datos que maneja de 2017 todavía son provisionales. Sin embargo, las primeras cifras apuntan a un fuerte aumento de la legionelosis este año: se han contabilizado 24 brotes, 109 afectados (dentro de algún brote o como casos esporádicos) y 8 fallecidos. Con estos datos, 2017 ya sería el segundo año más mortífero por legionelosis en Catalunya. Solo el brote de Sabadell de 2014, con 13 fallecidos, supera las muertes registradas en lo que va de año. En 2016, hubo 20 brotes, 71 afectados y 2 fallecidos.

*L. pneumophila* suele encontrarse en lugares húmedos, como zonas de agua estancada. La dolencia infecciosa no se contagia de persona a persona, sino que se transmite al inhalar la bacteria, que viaja por el aire a través de gotas de agua microscópicas. Al aspirarla, llega a los pulmones y se reproduce sin control. La enfermedad suele tener buen pronóstico, aunque la evolución favorable del paciente se puede complicar si presenta factores de riesgo como el tabaquismo, patologías crónicas graves (cáncer, cardiopatías, etc.) o edad avanzada. "La legionelosis no tiene una

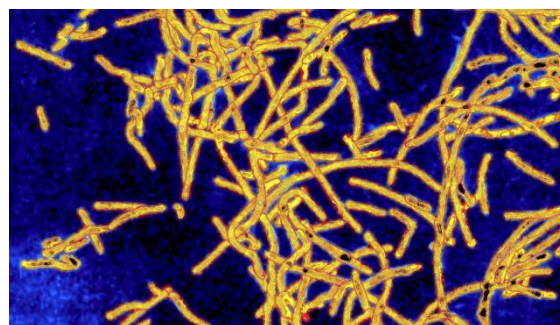


Imagen microscópica de *Legionella pneumophila*.

mortalidad elevada, no pasa del 10%”, matiza el doctor Antoni Trilla García, jefe de epidemiología del Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

La presencia de la bacteria suele seguir un patrón estacional, que hasta ahora se reducía a finales de primavera y el verano. Sin embargo, en los últimos años se han registrado algunos brotes entre septiembre y octubre, por lo que el tiempo de acción se ha ampliado. “Puede ser multifactorial. Por ejemplo, factores climatológicos como la temperatura y la humedad pueden influir”, apunta Cristina Pérez Carbí, subdirectora regional de Barcelona de la ASPCAT. Las principales instalaciones de riesgo son las torres de refrigeración de grandes empresas, fuentes ornamentales, riesgos por aspersión o vehículos de limpieza municipal que utilizan equipos de agua.

Pese a que los técnicos de Salud Pública y las administraciones sanitarias han reforzado los niveles de control de *L. pneumophila* con inspecciones habituales en las instalaciones de riesgo, Catalunya es la comunidad que más brotes registra en España. Los expertos lo achacan a la eficacia de sus sistemas de vigilancia epidemiológica. La legionelosis es una enfermedad de declaración obligatoria y urgente desde 1996.

Sin embargo, la alta presencia de personas afectadas cada año –no suele bajar de 60 casos anuales– ha obligado a Salud a poner en marcha un plan de choque en las zonas de mayor riesgo. Así, desde 2015, la ASPCAT ha centrado esfuerzos en el entorno metropolitano de Barcelona (las comarcas del Vallès Oriental y Occidental, el Baix Llobregat, el Maresme, el Alt Penedès y Garraf). “Elegimos las zonas donde hay más incidencia y donde hay más densidad de población y más tejido empresarial”, justifica Pérez.

En estas zonas, Salud Pública ha reforzado los programas de control de *L. pneumophila* que hacen habitualmente los técnicos de la ASPCAT en todo el territorio. “Lo que hacemos es intensificar el control oficial de las instalaciones, incrementar la toma de muestras sistemática en zonas de alto y bajo riesgo y sensibilizar para capacitar a los técnicos municipales y a las empresas de limpieza viaria y de parques y jardines para que controlen también”, agrega Pérez.

Aunque Salud señala que todavía no hay resultados definitivos, sí se ha detectado que a medida que se intensifica la toma de muestras, salen menos resultados positivos por legionelosis y la incidencia de brotes va a la baja.



## Kenya/Uganda: Actualización sobre el brote de enfermedad por el virus de Marburg

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

El 17 de octubre de 2017, el Ministerio de Salud de Uganda notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un brote confirmado de enfermedad por el virus de Marburg en el distrito de Kween, en el este de Uganda. El Ministerio de Salud declaró oficialmente el brote el 19 de octubre. Hasta el 14 de noviembre, han sido reportados tres casos, incluyendo dos casos confirmados y uno probable. Los tres casos han fallecido, lo que resulta en una tasa de letalidad de 100%. Los casos estaban vinculados epidemiológicamente y todos pertenecen a la misma familia.

Cronológicamente, el primer caso (probable) era un pastor de 35 años que cazaba frecuentemente cerca del área de Kaptum, conocida por sus cuevas infestadas de murciélagos. Fue hospitalizado el 20 de septiembre con síntomas similares a los de la enfermedad por el virus de Marburg y murió cinco días después. El primer caso confirmado fue la hermana del primer caso, quien cuidó de él. El segundo caso confirmado fue el hermano de los dos primeros casos, que falleció el 26 de octubre de 2017 y tuvo un entierro seguro y digno el mismo día.

Antes de su muerte, el segundo caso confirmado viajó a Kenia, donde visitó a sus familiares en el condado de West Pokot, así como a una curandera tradicional en el condado de Trans Nzoia. El 29 de octubre de 2017, el Ministerio de Salud ugandés notificó a la OMS y al Ministerio de Salud de Kenya sobre estos contactos de alto riesgo. La sanadora tradicional dio negativo en la prueba para virus de Marburg en análisis repetidos de muestras de sangre realizados en el Instituto de Investigación Médica de Kenya (KEMRI) en Nairobi. Ella y su familia fueron monitoreadas durante 21 días. Los dos familiares de West Pokot, así como otros contactos en el mismo condado, también completaron sus 21 días de seguimiento.

La búsqueda activa de casos, la vigilancia de los fallecimientos, los entierros seguros y dignos y la movilización de la comunidad están en curso en los distritos de Kween y Kapchorwa. En Uganda, de los 339 contactos detectados, 283 han completado los 21 días de seguimiento y 56 aún están siendo monitoreados. El seguimiento de contactos está en curso en Kween para los 56 contactos, mientras que en el distrito de Kapchorwa, todos los contactos mencionados completaron el período de seguimiento de 21 días. Se espera que todos los contactos restantes completen 21 días de seguimiento el 16 de noviembre de 2017. Las actividades de vigilancia intensificadas continuarán hasta el 7 de diciembre de 2017.

### Respuesta de salud pública

- El Ministerio de Salud de Uganda continúa respondiendo de manera proactiva al brote con el apoyo de la OMS y sus asociados.
- El seguimiento de contactos está en curso, así como la búsqueda activa de casos en los centros de salud y a nivel de la comunidad. Al 14 de noviembre, 56 contactos continúan bajo seguimiento. Las muertes reportadas también se investigan para el virus de Marburg antes del entierro y las muertes sospechosas se entierran de acuerdo con los protocolos de entierro seguro y digno.
- Se establecieron dos centros de tratamiento en el hospital de Kapchorwa y en Kapraron, con el apoyo logístico de Médicos Sin Fronteras (MSF), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la OMS.

- La movilización social y la comunicación de riesgos están en curso. Con el apoyo de voluntarios de la Cruz Roja, y expertos en comunicación del UNICEF y la OMS, más de 12.000 miembros de la comunidad han recibido información sobre la enfermedad por el virus de Marburg.
- Se han enviado especialistas en apoyo psicosocial a Kween y se están llevando a cabo sesiones de consejería para los familiares de los casos fallecidos, trabajadores de la salud y otros miembros de la comunidad.
- Se organizaron visitas guiadas a las unidades de tratamiento de enfermedad por el virus de Marburg en Kapchorwa y Kapraron para disipar el temor al centro de tratamiento y los rumores de prácticas incorrectas por parte de los trabajadores de la salud que causan la muerte de los pacientes ingresados.
- El 7 de noviembre, se realizó una reunión transfronteriza entre las autoridades de salud de Uganda y Kenya para fortalecer la vigilancia transfronteriza en Kapchorwa, y estas actividades ya están en curso.
- Kenya ha activado el plan de contingencia para el brote de la enfermedad por el virus de Marburg y el Centro de Operaciones de Emergencia (COE) de salud pública, y se han iniciado las medidas de preparación.
- 2.000 conjuntos de equipos de protección personal han sido proporcionados por la OMS y enviados al condado de Trans Nzoia, Kenya.
- Se ha identificado un centro de tratamiento temporal (en el centro de salud de Kaisangat) y la Sociedad de la Cruz Roja de Kenya está reclutando y reorientando enfermeras para administrar el centro de tratamiento de la enfermedad por el virus de Marburg.
- El UNICEF está ayudando con actividades de comunicación y participación de la comunidad.

### **Evaluación de riesgos de la OMS**

La enfermedad por el virus de Marburg es una enfermedad emergente y muy virulenta propensa a epidemias, asociada con altas tasas de letalidad (23-90%). Los brotes de la enfermedad son raros. El virus se transmite por contacto directo con la sangre, fluidos corporales y tejidos de personas o animales salvajes infectadas (por ejemplo, monos y murciélagos frugívoros).

Los tratamientos experimentales y las vacunas candidatos están siendo revisados para potenciales ensayos clínicos.

Hasta el 15 de noviembre, el brote actual ha afectado a tres casos, todos los cuales han fallecido. Uno de los casos confirmados viajó a Kenya antes de su muerte. Sin embargo, hasta ahora no se ha confirmado ningún caso secundario fuera de Uganda.

Uganda tiene experiencia previa en la gestión de brotes epidémicos recurrentes de enfermedad por los virus del Ébola y Marburg. Los casos de enfermedad por el virus de Marburg han sido reportados históricamente en mineros y viajeros que visitaron cuevas habitadas por colonias de murciélagos en Uganda. Kenya, por su parte, tiene una experiencia limitada y ha estado enfrentando una huelga de trabajadores de la salud que podría retrasar cualquier respuesta de salud pública. El movimiento transfronterizo de población y la mezcla de comunidades entre Uganda y Kenya pueden aumentar el riesgo de propagación a través de la frontera.

Las autoridades de salud de Uganda han respondido rápidamente a este evento y están implementando rápidamente medidas para controlar el brote. Las autoridades de salud de Kenya han activado el plan de contingencia y el COE de salud pública y han comenzado las medidas de preparación. El alto número de contactos potenciales en las familias extendidas, en los centros de salud y en las ceremonias funerarias tradicionales son un desafío para la respuesta.

Los distritos afectados se encuentran en una zona montañosa rural ubicada en la frontera con Kenya, a unos 300 km al noreste de Kampala, en la ladera norte del Parque Nacional Mount Elgon. Las cavernas de Mount Elgon son una importante atracción turística, y albergan grandes colonias de murciélagos frugívoros, conocidos por transmitir el virus de Marburg. La proximidad de la zona afectada a la frontera de Kenya y el movimiento transfronterizo entre el distrito afectado y Kenya y la posible transmisión del virus entre las colonias y las personas aumenta el riesgo de propagación a través de la frontera.

Estos factores sugieren un alto riesgo a nivel nacional y regional, lo que requiere una respuesta inmediata y coordinada con el apoyo de los asociados internacionales. Debe tenerse en cuenta como parte de la respuesta el turismo en Mount Elgon, incluidas las cavernas y las áreas circundantes, y es necesario brindar un asesoramiento apropiado y tomar las precauciones del caso. El riesgo asociado con el evento a nivel global es bajo.

### **Consejo de la OMS**

La transmisión de humano a humano del virus de Marburg está principalmente relacionada con el contacto directo con sangre y fluidos corporales de personas sintomáticas infectadas, y se ha informado la transmisión del virus asociada con la provisión de atención médica cuando no se han observado medidas apropiadas de control de infecciones.

Los profesionales de la salud que atienden a casos sospechosos o confirmados de enfermedad por el virus de Marburg deben aplicar las medidas de control de infecciones para evitar la exposición a la sangre y los fluidos corporales, y el contacto sin protección con un entorno posiblemente contaminado.

Las actividades de vigilancia, incluido el rastreo de contactos y la búsqueda activa de casos, deben intensificarse en todas las regiones de salud afectadas.

Aumentar la conciencia sobre los factores de riesgo de la infección por el virus de Marburg y las medidas de protección que pueden tomar los individuos para reducir la exposición humana al virus son clave para reducir las infecciones y muertes humanas. Los mensajes clave de comunicación de salud pública deben incluir:



- Reducir el riesgo de transmisión de murciélago a humano que surge de la exposición prolongada a minas o cuevas habitadas por colonias de murciélagos frugívoros. Durante el trabajo o las actividades de investigación o visitas turísticas en minas o cuevas habitadas por colonias de murciélagos frugívoros, las personas deben usar guantes y otras prendas de protección apropiadas (incluidas máscaras).
- Reducir el riesgo de transmisión de persona a persona en la comunidad debido al contacto directo o cercano con pacientes infectados, particularmente con sus fluidos corporales. Debe evitarse el contacto físico cercano con pacientes de enfermedad por el virus de Marburg. Se deben usar guantes y equipo de protección personal apropiado cuando se atiende a pacientes enfermos en el hogar. El lavado regular de manos se debe realizar después de visitar a familiares enfermos en el hospital, así como después de atender a pacientes enfermos en el hogar.
- Las comunidades afectadas por la enfermedad por el virus de Marburg deben esforzarse para garantizar que la población esté bien informada, tanto sobre la naturaleza de la enfermedad como para evitar la estigmatización de la comunidad, y alentar la presentación temprana a los centros de tratamiento y otras medidas necesarias para contener brotes, incluido el entierro de los muertos. Los fallecidos por la enfermedad por el virus de Marburg deben ser enterrados de manera segura, rápida y digna.

### Restricciones a los viajes internacionales

La OMS desaconseja la aplicación de restricciones de viaje o comerciales con Uganda o con el área afectada en función de la información actual disponible sobre este evento. Se recomienda a los viajeros que vayan a las cuevas de murciélagos de Mount Elgon que eviten la exposición a estos animales y el contacto con primates no humanos y, en la medida de lo posible, que usen guantes y ropa protectora, incluyendo máscaras.

Se verificó una advertencia en los medios sobre medidas de cuarentena implementadas por Kenya en la frontera con las áreas afectadas en Uganda; la advertencia no fue confirmada por las autoridades sanitarias de Kenya.

No se detectaron otras advertencias en relación con las medidas de viaje contra Uganda o Kenya debido al actual brote de la enfermedad por el virus de Marburg.

### Yemen: Registran más de 100 casos de difteria desde inicios de noviembre

14 de noviembre de 2017 – Fuente: Sputnik (Rusia)

Desde inicios de noviembre en Yemen se registraron más de 100 casos de difteria, declaró el portavoz de la Organización Mundial de la salud (OMS), Christian Lindmeier.

“Hasta el 8 de noviembre en Yemen se registraron 118 casos en que se sospechaba de difteria y 11 fallecimientos por esa enfermedad en diez provincias. Se trata de una enfermedad endémica en Yemen, pero el brote actual se diferencia por un alto nivel de mortalidad y por su amplia propagación”, dijo el funcionario.

El último caso de difteria en Yemen se había registrado en 2012, según el portavoz.

El representante de la OMS negó que existiera una relación directa entre la epidemia y el bloqueo del país, pero aseguró que el brote se debe a la situación general en Yemen.

Lindmeier subrayó que su organización prevé iniciar el 18 de noviembre una campaña de vacunación en ese país, pero para llevarla a cabo resulta imprescindible suspender las restricciones existentes.

Otra peligrosa enfermedad que azota Yemen actualmente es el cólera, y el mantenimiento del bloqueo puede detener los avances en la lucha contra ese peligroso mal.

Según datos de la OMS, entre el 27 de abril y el 5 de noviembre de 2017 se reportaron 908.400 presuntos casos de cólera y 2.192 fallecidos en 22 de las 23 provincias yemeníes.

El bloqueo al puerto yemení de Adén para la entrada de cargamentos humanitarios fue impuesto después de que el sistema de defensa aérea de Arabia Saudí interceptara el 4 de noviembre un misil balístico al noreste de Al-Riyad.

El lanzamiento del misil, que no provocó daños ni víctimas, fue reclamado por los rebeldes hutíes de Yemen cuyo objetivo era el aeropuerto internacional de Al-Riyad.

Mark Lowcock, de la Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA), advirtió la semana pasada que Yemen podría enfrentar la hambruna más grande que el mundo ha visto en muchas décadas, con millones de víctimas, si la coalición saudí no levanta su bloqueo.

Por su parte, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) comunicó que en la actualidad en ese país hay casi 400.000 niños en riesgo de fallecer por desnutrición aguda grave.



### Presentaron las nuevas directrices de vacunación contra el VPH de personas con el VIH

14 de noviembre de 2017 – Fuente: 16<sup>th</sup> European AIDS Conference

La Sociedad Clínica Europea del Sida (EACS) recomendó que todas las personas con el VIH de menos de 26 años se vacunen contra el virus del papiloma humano (VPH). En el caso de los hombres que practican sexo con hombres (HSH) con el VIH, esta recomendación se hace extensible hasta los 40 años.

El VPH es un virus de transmisión sexual responsable, por ejemplo, de la aparición de verrugas genitales. Determinadas cepas de este virus están implicadas en la aparición de cáncer cervical (referido a la cervix o cuello del útero), de ano u orofaríngeo. El cáncer anal, cuya frecuencia es baja entre la población general, está volviéndose más frecuente entre las personas con el VIH (sobre todo entre los HSH con el VIH).

Un estudio austriaco de cohorte del VIH, reveló que en el año 2015 el 0,8% de los HSH menores de 50 años habían sido diagnosticados de cáncer anal, porcentaje que ascendió a 2,6% en el caso de HSH mayores de 50 años.

En la redacción de las directrices sobre vacunación contra el VPH, la EACS tuvo en cuenta diversas cuestiones que afectan de forma específica a las personas con el VIH, como por ejemplo si la vacunación brindaba protección a personas mayores infectadas por el VIH (que tienen muchas posibilidades de haberse expuesto ya al VPH), si la vacunación proporcionaba protección a las personas ya expuestas al VPH o qué programa de vacunaciones debería seguirse y qué vacuna era preferible.

La vacunación contra el VPH antes de iniciarse en el sexo constituye una estrategia efectiva para prevenir el cáncer anal y cervical. Sin embargo, se considera que la efectividad preventiva decae con rapidez una vez ya se ha empezado la vida sexual. No obstante, algunos estudios han sugerido que la vacunación de los HSH contra el VPH podría ofrecer cierto papel preventivo. La vacuna nonavalente contra el VPH (activa para 9 cepas de este virus especialmente implicadas en el desarrollo de cáncer) podría llegar a proteger a tres cuartas partes de los hombres con el VIH e infección anal por el VPH. Este efecto protector también se podría producir en alrededor de un tercio de los hombres con infección por el VPH en la cavidad oral.

Un equipo de investigadores belga presentó una revisión de los datos que respaldarían la estrategia de vacunación contra el VPH de las personas que viven con el VIH.

El cribado de los cánceres relacionados con el VPH no se realiza de forma exhaustiva y, en el caso del cáncer anal, la opción de la técnica de cribado sigue siendo materia de debate. En el caso de los cánceres orofaríngeos provocados por el VPH, todavía no están claras las directrices sobre dicho cribado.

El estudio ACTG 5298 examinó el efecto protector de la vacunación contra el VPH en adultos con el VIH. Este estudio concluyó que, en una población predominantemente masculina con una mediana de 47 años de edad, la vacunación no redujo la infección persistente por el VPH.

Este hallazgo llevó a la EACS a recomendar que se ofrezca la vacunación a personas con el VIH que tuvieran 26 años de edad o menos. La Sociedad Clínica Europea del Sida, asimismo, siguió a la Asociación Británica del VIH en la recomendación de que todos los HSH con el VIH hasta los 40 años deberían vacunarse contra el VPH. Las directrices previas –de 2015– recomendaban que los médicos se ajustasen a las directrices nacionales respecto a la vacunación contra el VPH.

Aunque la EACS afirma que la eficacia de la vacuna es cuestionable en el caso de personas que ya se han visto expuestas al VPH, también indicó que seguía siendo plausible que la vacunación pudiera mejorar la protección frente a la enfermedad asociada al VPH.

El estudio ACTG A5240 evidenció que, en el caso de las mujeres que ya se habían expuesto a algunos de los subtipos del VPH incluidos en la vacuna cuatrivalente, la vacunación trajo consigo un aumento sustancial de los niveles de anticuerpos contra el VPH.

Por otra parte, existen pruebas de otros estudios con personas sin el VIH (mujeres y HSH) en que la vacunación tras el tratamiento de lesiones cervicales o anales asociadas al VPH se relacionó con reducciones en la tasa de recurrencia de las lesiones. Es posible que dos estudios ya en marcha ofrezcan más información relativa al papel de la vacunación de personas con el VIH en la prevención de la recurrencia de las lesiones relacionadas con el VPH.

La vacunación genera unas respuestas de anticuerpos más potentes en mujeres que viven con el VIH y que ya tenían una carga viral indetectable de este virus en el momento de la primera vacunación, probablemente debido a que el control de la viremia permite que se produzca una restauración inmunitaria.

La EACS recomienda el uso de la vacuna nonavalente contra el VPH, en caso de que esté disponible. Respecto al número de inoculaciones necesario, se indicó que, aunque no existen pruebas que avalen ningún régimen que emplee menos de tres dosis en personas con el VIH, es cierto que varios estudios con mujeres jóvenes han revelado que una única inoculación resulta igual de inmunogénica que una tanda de varias.

## **EL PAÍS** La tuberculosis costará un billón de dólares hasta 2030

14 de noviembre de 2017 – Fuente: El País (España)

La pandemia de tuberculosis tiene un precio. En concreto, de más de un billón de dólares en pérdidas de producción que costará a la economía mundial hasta 2030 si no se acelera la lucha contra la enfermedad infecciosa más mortífera. Entre los años 2000 y 2015, la factura superó los 600.000 millones de dólares. Así lo estimó el informe *The price of a pandemic 2017*, del Global TB Caucus<sup>4</sup> –un grupo de más de 2.300 parlamentarios de 130 países–, coincidiendo con la I Conferencia Ministerial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la enfermedad, que se celebrará en Moscú del 16 al 17 de noviembre.

El evento de Moscú, que reunirá a un millar de participantes de 100 países, es la antesala de la primera reunión de alto nivel de la Organización de Naciones Unidas (ONU) sobre tuberculosis, prevista para 2018. Nick Herbert, co-

<sup>4</sup> Puede consultar el informe completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).



Pacientes de tuberculosis del Brooklyn Chest Hospital de Cape Town, Sudáfrica.

explica Herbert. También recuerda que, al ritmo actual, se producirán otros 28 millones de muertes y la meta de eliminar la tuberculosis en 2030 se retrasará unos 150 años, diez veces más de lo previsto por los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU.

La región más afectada será Asia-Pacífico (573.000 millones de dólares entre 2015 y 2030), seguida por África (303.000 millones), Europa y Asia Central (64.000 millones) y las Américas (42.000 millones). África Subsahariana da una idea de la magnitud del impacto: una docena de países perderán más de 1% del producto interno bruto (PIB) a causa de la tuberculosis, con Lesoto y Mozambique entre los más afectados.

Pero la tuberculosis no concierne solo a los países en vías de desarrollo. Gran Bretaña, por ejemplo, se enfrenta a un costo estimado en 2.000 millones de dólares. "A todas las economías del mundo les conviene afrontar la tuberculosis para reducir el sufrimiento humano, pero también el daño económico", afirma Herbert, que co-preside el Global TB Caucus junto con el ministro de Salud de Sudáfrica, Aaron Motsoaledi.

Según el informe, actuar es especialmente urgente en vista de que la tuberculosis es la única gran infección transmitida por aire que presenta resistencia a los antibióticos. Es decir, el simple hecho de hablar con un paciente no tratado puede bastar para contraer una infección potencialmente mortal y que no responde a los principales fármacos.

"La contaminación del aire, el hacinamiento en entornos urbanos y la mala nutrición podrían aumentar la susceptibilidad de millones de personas a una enfermedad que se ha mostrado constantemente dispuesta a aprovechar al máximo cualquier vulnerabilidad", alerta el documento producido con el apoyo de la ONG Results UK.

"La tuberculosis fue declarada una emergencia de salud global en 1993, pero desde entonces ha matado a 50 millones de personas; no podemos permitirnos el lujo de esperar más", afirma Herbert. ¿Entonces, qué hace falta para ponerle coto?

### Esfuerzo concertado

Los BRICS (Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica) tienen un "enorme papel" en la lucha contra la pandemia por un doble motivo: según destaca Herbert, acumulan cerca de la mitad de los casos del mundo y tienen la suficiente potencia económica como para combatirla con recursos nacionales. Además, tienen un peso importante en foros internacionales como el G20, que reconoció la enfermedad como una prioridad este 2017 aunque aún no ha adoptado medidas concretas al respecto.

"No progresaremos hasta que no haya un partenariado global entre los BRICS, que tienen la capacidad de hacer más en sus propios territorios; los países de renta alta, que pueden impulsar la investigación y desarrollo de nuevos diagnósticos y tratamientos, y los países de renta baja con una alta carga de tuberculosis, que seguirán necesitando apoyo financiero para sus programas de tuberculosis", resume el cofundador del Global TB Caucus.

El informe llama a los líderes mundiales a aportar los fondos necesarios para la lucha contra la tuberculosis, que según la OMS adolece de un déficit anual de dos millones de dólares para la implementación de programas y de un millón para la investigación. Un déficit que, a juicio de Herbert, es factible cubrir si las economías mundiales suman esfuerzos. El documento también urge a los países a implementar las directrices de la OMS sobre tuberculosis, y a identificar y tratar con éxito a, por lo menos, 10 millones de pacientes cada año hasta 2022. Por último, les insta a comprometerse con un "mecanismo de rendición de cuentas robusto e independiente a nivel de jefe de estado".

presidente del Global TB Caucus y parlamentario británico, considera que los próximos meses serán determinantes para el futuro de la lucha contra la dolencia: "Si la reunión del próximo año es un éxito, puede transformar la respuesta global a la enfermedad; si falla, la respuesta podría estancarse". De aquí la importancia de poner ahora de relieve el impacto de esta infección.

El informe, elaborado a partir de datos de la OMS, estima el impacto macroeconómico de la tuberculosis hasta 2030 de seguir al ritmo de progreso actual y sin tener en cuenta los efectos de la resistencia a los antibióticos, lo que agravaría aún más los pronósticos. Según el estudio, el G20 concentrará seis de los diez países más afectados económicamente, y sus miembros incurrirán en más de dos tercios (675.000 millones de dólares) del costo global.

"No estamos hablando de cifras fantasiosas, sino del costo predecible de la enfermedad si el mundo no la enfrenta debidamente",

### Conferencia ministerial de la OMS

La Conferencia Ministerial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre tuberculosis es un hito, de entrada, por tratarse de la primera. Entre el millar de participantes se contarán 74 ministros de Salud y de otros sectores como Desarrollo Social, Finanzas y Justicia. Ello incluye representantes de los 40 países del mundo con más carga de la enfermedad y de su variante resistente a fármacos. El evento, que aboga por un abordaje de la infección que incluya a todos los sectores y actores, también reunirá a representantes de agencias de la Organización de Naciones Unidas (ONU), sociedad civil, sector privado, sector académico y donantes.

La conferencia culminará con una declaración ministerial que pondrá las bases para la primera reunión de alto nivel de la ONU sobre tuberculosis en 2018. En concreto, el documento recogerá los compromisos de los países para acelerar el combate contra la infección, en línea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la estrategia End TB de la OMS. Según la OMS, detallará "acciones inmediatas para abordar las brechas en el acceso a la atención médica y la crisis de resistencia a los fármacos".

Rusia, cuya capital acogerá el evento, es uno de los 30 países con más carga de tuberculosis del mundo, incluyendo de las variantes resistentes a antibióticos.

## El reto en América

La tuberculosis sigue siendo un reto en el continente americano. La enfermedad costó 35.000 millones de dólares a la región entre 2000 y 2015, periodo en el que murieron 2,3 millones de personas y enfermaron 9,5 millones. Si no se redoblan esfuerzos, se prevén otras 386.000 muertes y 4,2 millones de casos entre 2015 y 2030. Entre los países más afectados están Perú y Brasil. Este último, no solo concentra cerca de 30% de casos en las Américas, sino que es uno de los 30 países con más carga de la infección del mundo.

Para el copresidente del Frente Parlamentario de Tuberculosis de las Américas, el parlamentario uruguayo Luis Enrique Gallo, "la falta de compromiso político de los gobiernos de América Latina es uno de los motivos fundamentales". Según el colíder de la rama americana del Global TB Caucus, hace falta el apoyo de donantes internacionales, pero también el esfuerzo de los países contra la desigualdad socioeconómica. "Es importante que en América Latina no se retire el apoyo a los programas sociales porque son fundamentales para combatir la tuberculosis", afirma en referencia al vínculo entre la tuberculosis y las condiciones de vivienda y saneamiento.

Por ello, elevar el perfil político de la enfermedad es el gran cometido del Global TB Caucus, con sede mundial en Ginebra y administrada por STOP TB Partnership. Con este fin, el Frente Parlamentario está estableciendo grupos nacionales para abrir vías de comunicación directa con las autoridades de cada país. También trabaja para incorporar la cuestión de la tuberculosis de forma permanente en foros como la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR), y está abogando para que la cumbre del G20 de 2018 en Buenos Aires aborde la problemática.



### Los Gobiernos deben reducir los precios de los medicamentos para la hepatitis C y mejorar el acceso al tratamiento

2 de noviembre de 2017 – Fuente: Médicos Sin Fronteras

Con motivo de la Cumbre Mundial de la Hepatitis que se celebró en São Paulo (Brasil) del 1 al 3 de noviembre, Médicos Sin Fronteras (MSF) han anunciado acuerdos para suministrar medicinas genéricas contra la hepatitis C por tan solo 1,40 dólares al día, es decir, 120 dólares por un tratamiento completo de 12 semanas con sofosbuvir y daclatasvir.

En Estados Unidos, la farmacéutica Gilead lanzó en 2013 el sofosbuvir a 1.000 dólares por píldora y, dos años después, Bristol-Myers Squibb (BMS) sacó al mercado daclatasvir a 750 dólares por píldora.

Dado que ambos medicamentos se administran juntos en un tratamiento combinado de 12 semanas, el precio original de partida de dicho tratamiento se situaba en 147.000 dólares. Es decir, más de 1.000 veces más.

Estas compañías también han estado cobrando precios exorbitantes en muchos países en vías de desarrollo, paralizando el lanzamiento de programas nacionales de tratamiento y haciendo que multitud de pacientes sufrieran dificultades para acceder al suministro de estos medicamentos en muchos países del mundo.

"¿De qué sirve un medicamento revolucionario si las personas no pueden pagarlo o simplemente no pueden acceder a él?", se pregunta Jessica Burry, la farmacéutica de la Campaña de Acceso a Medicamentos Esenciales de MSF.

"Los precios que las empresas establecen para los medicamentos contra la hepatitis C están fuera del alcance de casi cualquier persona del mundo que tenga que pagarlo de su propio bolsillo. También resulta inasequible para muchos Gobiernos que luchan por brindar tratamiento en los sectores públicos. Sin embargo, actualmente existe una alternativa, ya que los precios de las versiones genéricas siguen bajando. Los Gobiernos deben usar todas las herramientas que tengan a su alcance para luchar por el acceso a los genéricos y ampliar así el tratamiento para los millones de personas que lo necesitan. Muchos países deberían seguir ejemplos como el de Malasia y emitir licencias obligatorias para que las patentes no sigan bloqueando el acceso de las personas a este tratamiento que salva vidas", explica.

En 2015, MSF empezó a comprar sofosbuvir y daclatasvir de Gilead y BMS a través de sus programas de acceso, pagando un precio por cada tratamiento de 12 semanas que se situaba entre los 1.400 y 1.800 dólares. Estos altos precios, lógicamente limitaban la cantidad de pacientes que la organización podía atender. Hoy paga hasta 15 veces menos (120 dólares), y obtiene los medicamentos a través de fabricantes genéricos de calidad garantizada.

### Solo un 3% accede al tratamiento

Se estima que, en todo el mundo, 71 millones de personas tienen infección crónica por hepatitis C. El 72% de ellas vive en países de ingresos medios y bajos. Los medicamentos antivirales de acción directa (AAD) suponen un avance en el tratamiento para las personas con hepatitis C, con tasas de curación de hasta 95% y con muchos menos efectos secundarios que los tratamientos previos.

Sin embargo, el acceso a los AAD se ha mantenido limitado porque las empresas farmacéuticas cobran precios inasequibles, lo que hace que muchos países reserven estos medicamentos solo para las personas que están en etapas más avanzadas de la enfermedad. Además, las empresas farmacéuticas no están registrando el producto en muchos países, lo que obstaculiza o retrasa el acceso al tratamiento, e impide también, en la mayoría de los casos, la producción de genéricos. A fines de 2016, tres años después del lanzamiento del sofosbuvir, se calcula que solo



La enfermera Mao Syneth, de Médicos Sin Fronteras, pasa lista a varios pacientes enfermos de hepatitis C en el hospital Preah Kossamak, en Phnom Penh (Camboya).

2,1 millones de personas habían sido tratadas con estos medicamentos en todo el mundo; lo que excluía a 97% de las personas que lo necesitaban.

Estos altos precios también han supuesto una gran presión para los sistemas de salud de los países ricos, en particular los que promulgan la atención médica universal. El tratamiento se está racionando en países como Australia, Canadá, Italia y Estados Unidos, además de en los países en desarrollo, y desgraciadamente recuerda a los principios del tratamiento del VIH, cuando solo aquellas personas más enfermas empezaban a ser tratadas.

“Hace casi dos décadas, nuestra organización y otros trabajaron duro para obtener acceso a los genéricos y reducir los precios de los medicamentos contra el VIH”, recuerda Mickael Le Paih, representante de MSF en Camboya, país donde trata a enfermos de hepatitis C. “La historia se repite con la hepatitis C: los medicamentos que necesitamos son, una vez más, demasiado caros, pero estamos encontrando maneras de hacer que el tratamiento sea asequible y de poder curar a nuestros pacientes”.

MSF trata a personas afectadas por la hepatitis C en 11 países. Desde 2015, ha suministrado tratamiento a alrededor de 5.000 personas. Hasta la fecha, de entre aquellos que han completado su tratamiento, la tasa de curación, medida en base a la respuesta viral sostenida, es de 94,9%.

## Publicidad relacionada con la salud



# ELIGE PREVENIR

## en el campo y evitarás el Hanta



**Ventila por 30 minutos** lugares cerrados por mucho tiempo.



**Desratiza y sella tu vivienda y bodega.** Mantén el exterior libre de maleza.



**Corta a ras de suelo** pastizales cercanos.



**Mantén la basura en recipientes cerrados** o entiérala si es necesario.



No mates **zorros, culebras ni lechuzas**, ya que te protegen de los roedores.



**Evita recoger frutos silvestres.** Pueden estar contaminados.



**SALUD RESPONDE**  
**600-360-7777**  
www.saludresponde.cl



En SALUD, CHILE  
**Avanza con todos**



Ministerio de Salud  
Gobierno de Chile

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

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

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