



# Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente

Córdoba - Argentina

Sede del XII Congreso de la Sociedad Argentina de Infectología 2012

**Faltan 21 días**

## Noticias

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

### Día Mundial de Lucha contra la Malaria

- Día Mundial de Lucha contra la Malaria

### Argentina

- Argentina se perfila como país libre de malaria ante la OPS
- Vigilancia clínica de neumonía
- Desde ahora los paquetes de cigarrillos y la publicidad de tabaco deberán incluir fotos y mensajes sobre el daño que provoca en la salud
- Entre Ríos, Paraná: Se confirmó un caso de dengue

### América

- Chile: La cepa de *Clostridium difficile* del HUAP tiene mayor duración y tasa de transmisión
- Estados Unidos: Los brotes de sarampión en 2011 fueron los peores en quince años

- Estados Unidos, Pennsylvania/New Jersey: Aumentan los casos de enfermedad de Lyme

### El mundo

- Bangladesh: La atención universal disminuye la mortalidad materna
- Ghana, Accra: El cólera causó 21 muertos este año
- Indonesia: Nuevo caso humano de gripe aviar
- Nigeria: Seis nuevos casos de poliomielitis
- Somalia: La hambruna acabó, los refugiados siguen llegando
- Vietnam: La OMS desconoce la causa de la misteriosa enfermedad declarada en el país
- El reto del sarampión



## Número 887

25 de abril de 2012

Publicación de:  
Servicio de Infectología  
Hospital Nuestra Señora de la  
Misericordia  
Ciudad de Córdoba  
República Argentina

### Comité Editorial

Editor Jefe  
Ángel Mínguez

Editores Adjuntos  
Ílide Selene De Lisa  
Enrique Fariás

### Editores Asociados

Luis A. Ahumada (Arg.)  
Jorge Benetucci (Arg.)  
Pablo Bonvehí (Arg.)  
Marina Bottiglieri (Arg.)  
María Belén Bouzas (Arg.)  
Lydia Carvajal (Arg.)  
Arnaldo Casiró (Arg.)  
Ana Ceballos (Arg.)  
Sergio Cimerman (Bra.)  
Ángela Gentile (Arg.)  
Ezequiel Klimovsky (Arg.)  
Gabriel Levy Hara (Arg.)  
Tomás Orduna (Arg.)  
Daniel Pryluka (Arg.)  
Charlotte Russ (Arg.)  
Eduardo Savio (Uru.)

### Colaboradores

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

XII CONGRESO

**SADI 2012**

16, 17 y 18 de Mayo

Córdoba - Argentina  
www.sadi.org.ar

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.

Adhieren:



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

**SLAMVI**

Sociedad Latinoamericana  
de Medicina del Viajero

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



### Día Mundial de Lucha contra la Malaria

25 de abril de 2012 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

El tema del Día Mundial de Lucha contra la Malaria 2012 –“Mantener los logros, salvar vidas: invertir en malaria”– marca un momento decisivo en la historia de la lucha contra la enfermedad. Que el mapa de la malaria siga empequeñeciéndose, como lo ha hecho en la última década, o que el parásito de la malaria recupere posiciones, depende, en gran medida, de los recursos que se inviertan en las actividades de control en los próximos años.

Las inversiones en el control de la malaria han creado un impulso sin precedentes y produjeron rendimientos notables en los últimos años. En África, las muertes por malaria se han reducido en un tercio en la última década; fuera de África, 35 de los 53 países afectados por la malaria redujeron sus casos en un 50% en el mismo período. En los países donde el acceso a las intervenciones de control de la malaria ha mejorado más significativamente, las tasas generales de mortalidad infantil han disminuido un 20% aproximadamente.

Sin embargo, estos logros son frágiles y se revertirán a menos que la malaria siga siendo una prioridad para los tomadores de decisiones y donantes mundiales, regionales y nacionales. A pesar de la actual situación económica, la ayuda debe seguir fluyendo hacia los programas nacionales de control de la malaria para garantizar el acceso generalizado de la población a intervenciones costo-efectivas que salven vidas. El éxito a largo plazo también dependerá de las inversiones en las investigaciones en curso y el desarrollo para combatir las amenazas emergentes, tales como la resistencia del parásito.

Mantener los esfuerzos de control de la malaria es una inversión en el desarrollo. La inversión continua en el control de la malaria ahora impulsará a los países con malaria endémica hacia el objetivo de cero muertes para 2015 y alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, especialmente los relativos a la supervivencia infantil y al mejoramiento de la salud materna, erradicar la pobreza extrema y ampliar el acceso a la educación.

El Día Mundial de Lucha contra la Malaria se instauró en mayo de 2007 en la Asamblea Mundial de la Salud de ese año, como una forma de reconocer los esfuerzos que se hacen desde diversas organizaciones para brindar acompañamiento y apoyo a los países que requieren asistencia en torno a esta enfermedad.



## Argentina



### Argentina se perfila como país libre de malaria ante la OPS

24 de abril de 2012 – Fuente: Ministerio de Salud (Argentina)

En lo que va del año no se registran casos de malaria en Argentina y desde 2010 –año en que el Ministerio de Salud de la Nación, a cargo de Juan Luis Manzur, puso en marcha el Programa Nacional de Paludismo– no se notificaron casos autóctonos de la enfermedad. Con el impulso de esta tendencia, a fines de 2012 Argentina podría ser reconocida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como país libre de malaria autóctona.

“Hace dos años que desde la cartera sanitaria nacional se intensificaron las estrategias para lograr la eliminación de la transmisión de la malaria autóctona en el país en 2012”, informó el titular del Programa Nacional de Paludismo de la Dirección Nacional de Enfermedades de Transmisión Vectorial, Mario Zaidemberg.

El funcionario explicó que “a fin de año se concretarán tres años sin la notificación de casos autóctonos en el país, condición técnica requerida por la Organización Panamericana de la Salud para certificar a Argentina como país libre de transmisión autóctona de la malaria”, para luego destacar que “este es un evento sin precedentes en la historia de la enfermedad en el Cono Sur”.

El programa nacional tiene por objeto una vigilancia sistematizada para la detección temprana de casos de malaria, así como también la planificación de acciones tendientes a eliminar al mosquito que transmite la enfermedad. Antes de su implementación, en Argentina se notificaban entre 100 y 200 personas con malaria por año, todos casos circunscriptos al norte del país, de los cuales entre el 50 y el 70% eran importados de Bolivia y Paraguay.

A partir de 2010, gracias a la puesta en marcha de la estrategia nacional contra la malaria, se pronunció una tendencia decreciente de casos, registrándose 18 durante el año pasado (todos importados del exterior), y en lo que va de 2012 no se notificaron casos en el país.

En Argentina, la malaria tiene una historia de más de 100 años de presencia en el territorio nacional con una magnitud realmente elevada. En la década de 1940, la distribución de la endemia comprendía más de 250.000 km<sup>2</sup>, que abarcaban amplias áreas de las provincias de Salta, Jujuy, Tucumán, Santiago del Estero, La Rioja, San Juan, Chaco, Formosa, Corrientes y Misiones.

En estas provincias alcanzaban a notificarse aproximadamente 200.000 pacientes con malaria por año. Luego de la implementación sistematizada de acciones de control y vigilancia epidemiológica, se produjo un descenso radical

del número de casos, registrándose en las décadas de 1960 y 1970 un promedio de 212 a 285 casos anuales. Asimismo, durante la década de 1990 Argentina presenció la última gran epidemia de malaria en el norte de la provincia de Salta, con más de 2.000 casos reportados.

El Programa Nacional de Paludismo asiste a la población en distintas partes del país para detectar los síntomas propios de la enfermedad y proporcionar un tratamiento prolongado durante 14 días que garantiza la curación absoluta del paciente.



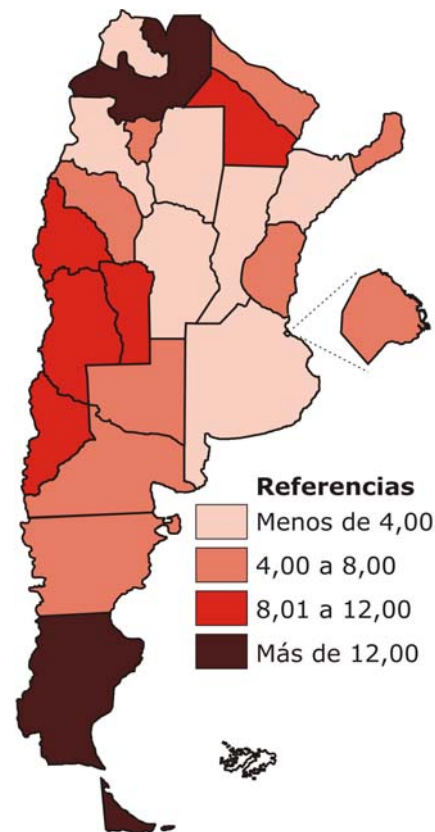
### Vigilancia clínica de neumonía

16 de abril de 2012 – Fuente: Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

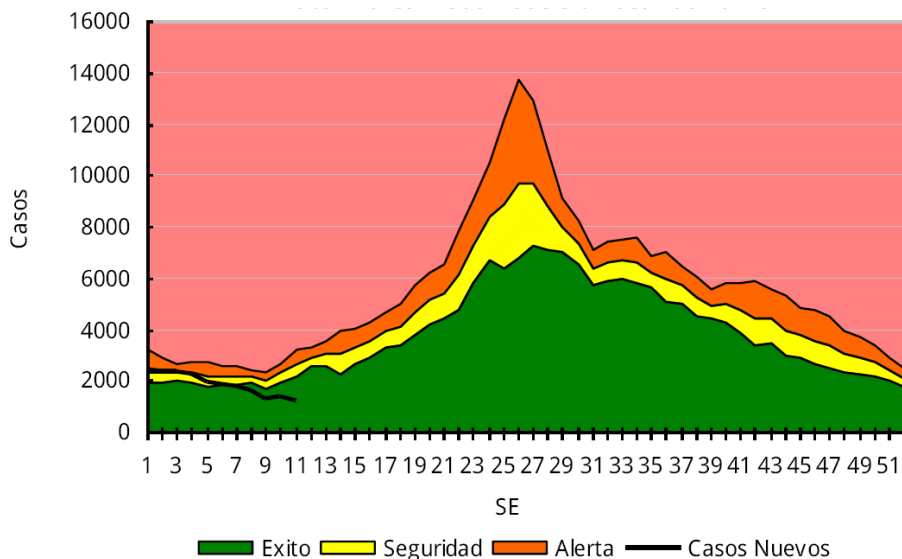
**Tabla 1.** Casos notificados y tasas de notificación cada 10.000 habitantes, según provincia y región. República Argentina. Años 2010/2012, hasta semana epidemiológica 11. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.<sup>1</sup>

Provincia/Región	2010		2011		2012	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1.994	6,52	2.293	7,50	1.497	4,89
Buenos Aires	8.642	5,64	9.199	6,01	5.547	3,62
Córdoba	2.030	5,98	2.449	7,21	932	2,74
Entre Ríos	889	6,93	934	7,29	590	4,60
Santa Fe	2.294	6,98	2.578	7,85	1.277	3,89
<b>Centro</b>	<b>15.849</b>	<b>6,02</b>	<b>17.453</b>	<b>6,63</b>	<b>9.843</b>	<b>3,74</b>
La Rioja	217	6,11	236	6,64	184	5,18
Mendoza	1.274	7,22	1.243	7,04	1.666	9,44
San Juan	440	6,15	492	6,88	574	8,03
San Luis	440	9,63	457	10,01	487	10,66
<b>Cuyo</b>	<b>2.371</b>	<b>7,20</b>	<b>2.428</b>	<b>7,37</b>	<b>2.911</b>	<b>8,84</b>
Corrientes	987	9,53	1.054	10,18	32	0,31
Chaco	1.178	11,00	1.408	13,14	990	9,24
Formosa	882	15,87	537	9,66	256	4,61
Misiones	1.219	10,97	1.357	12,21	549	4,94
<b>NEA</b>	<b>4.266</b>	<b>11,30</b>	<b>4.356</b>	<b>11,54</b>	<b>1.827</b>	<b>4,84</b>
Catamarca	185	4,58	277	6,85	151	3,74
Jujuy	373	5,34	509	7,29	243	3,48
Salta	2.086	16,46	2.060	16,26	1.655	13,06
Santiago del Estero	573	6,49	456	5,16	251	2,84
Tucumán	970	6,42	1.114	7,37	1.002	6,63
<b>NOA</b>	<b>4.187</b>	<b>8,79</b>	<b>4.416</b>	<b>9,27</b>	<b>3.302</b>	<b>6,93</b>
Chubut	452	9,60	342	7,27	333	7,07
La Pampa	178	5,21	219	6,41	233	6,82
Neuquén	434	7,68	425	7,52	581	10,28
Río Negro	462	7,65	455	7,54	456	7,55
Santa Cruz	387	16,53	490	20,93	576	24,61
Tierra del Fuego	86	6,43	160	11,97	239	17,88
<b>Sur</b>	<b>1.999</b>	<b>8,51</b>	<b>2.091</b>	<b>8,90</b>	<b>2.418</b>	<b>10,29</b>
<b>Total Argentina</b>	<b>28.672</b>	<b>7,08</b>	<b>30.744</b>	<b>7,59</b>	<b>20.301</b>	<b>5,01</b>

**Mapa 1.** Tasas de notificación cada 10.000 habitantes. República Argentina. Año 2012, hasta semana epidemiológica 11. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.



**Gráfico 1.** Corredor endémico por semana epidemiológica. República Argentina. En base a datos históricos de los años 2006 a 2011 (excepto año 2009), con representación del año 2012 hasta semana epidemiológica 11. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.



<sup>1</sup> Esta información es parcial y sujeta a modificaciones. Las notificaciones incluyen casos sospechosos.

En sintonía con las medidas implementadas internacionalmente, desde ahora en Argentina los paquetes de cigarrillos deberán incluir una imagen y un mensaje sanitario que advierta sobre los efectos nocivos de los mismos, al tiempo que la publicidad gráfica de los productos elaborados con tabaco deberá estar acompañada por la advertencia sanitaria "Fumar causa cáncer", entre otros mensajes establecidos por la nueva normativa.

La imagen de un pulmón sano y uno de un fumador junto al lema "Fumar causa enfisema pulmonar"; la foto de un pie engangrenado acompañado de la frase "Fumar puede causar amputación de piernas"; una radiografía torácica con una "mancha" de colillas de cigarrillo y la leyenda "Fumar causa cáncer", son algunos de los 10 mensajes que deberán incluir los paquetes de cigarrillos y publicidades de productos elaborados con tabaco a partir de ahora.

Así se desprende de la resolución 497/2012 del Ministerio de Salud de la Nación, que con la firma del ministro Juan Luis Manzur, fue publicada hoy en el Boletín Oficial. De esta forma, la Normativa Gráfica de Empaquetado, Venta y Consumo de Productos de Tabaco, viene a completar uno de los ejes regulados por la Ley de Control de Tabaco (26.687), promulgada por la Presidenta Cristina Elisabet Fernández Wilhelm, en junio del año pasado.

"Hay estudios a nivel internacional, especialmente en los países que tienen más antigüedad en la implementación de estas medidas, como Brasil y Canadá, que generan el estímulo en los fumadores de querer dejar de fumar; también reduce el valor de marketing que tiene el paquete de cigarrillos para los chicos, y ayuda a que las personas no fumen dentro del hogar; en definitiva, ayuda a tomar conciencia sobre el daño que causa el hábito de fumar porque enfrenta al consumidor con otra realidad", señaló Mario Virgolini, Coordinador del Programa Nacional de Control de Tabaco de la cartera sanitaria nacional.

La Ley, que tiene por objeto reducir el consumo de productos elaborados con tabaco, disminuir al mínimo la exposición de las personas a los efectos nocivos del humo de productos elaborados con tabaco y reducir el daño sanitario, social y ambiental originado por el tabaquismo, entre otros, establece que en la publicidad o promoción de los productos de tabaco deben incluirse mensajes sanitarios y pictogramas de advertencia sobre el daño que produce el hábito de fumar.

"Este es un avance enorme respecto de la leyenda anterior que rezaba "Fumar es perjudicial para la salud", ya que se trataba de un mensaje fijo que lleva más de 30 años y que era más funcional a las tabacaleras que a la ciudadanía, en tanto protegía a la industria de potenciales acciones legales de los consumidores", indicó Virgolini y agregó que "ante una demanda, las tabacaleras planteaban que las personas ya estaban advertidas de los daños que puede ocasionar el hábito de fumar".

La norma exige que los paquetes de cigarrillos incluyan en uno de sus laterales información sobre el servicio gratuito para dejar de fumar que suministra la cartera sanitaria nacional. "Para dejar de fumar. 0800-999-3040. [www.msal.gov.ar/tabaco](http://www.msal.gov.ar/tabaco). Ministerio de Salud de la Nación", será la leyenda que deberá constar dentro de un rectángulo de fondo negro con letras blancas sobre uno de los lados de los paquetes.

Virgolini destacó que las pautas para la publicidad fijadas por la resolución "están en línea con las recomendaciones a nivel internacional, tanto de la Organización Mundial de la Salud, como las del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), que establecen la necesidad de que las advertencias sean con imágenes, rotatorias, y grandes respecto del tamaño del paquete", dijo y agregó que "algunos países como Uruguay, lo llevaron al 80% respecto del tamaño del paquete y nosotros estamos en el 50%, que es lo recomendado".

La resolución establece además que para la cartelería, tanto en el interior de los lugares de expendio así como en los puntos de venta, distribución y entrega, deberá exhibirse un cartel de tamaño no inferior a 20 centímetros de lado, con la leyenda "Prohibida la venta, distribución, promoción o entrega, bajo cualquier concepto de productos elaborados con tabaco a menores de 18 años. Ley 26.687. 0800 999 3040 [controldetabaco@msal.gov.ar](mailto:controldetabaco@msal.gov.ar)".

### **Sobre las formas de los mensajes**

La norma establece que las advertencias deberán ocupar el 50% del dorso de los paquetes de cigarrillos, en tanto que, la imagen ocupará un 50% del frente de los mismos.

Los mensajes son: "Fumar causa cáncer", "Fumar causa adicción", "Fumar causa enfermedades cardíacas y respiratorias", "El humo de tabaco es causa de enfermedad y muerte", "Fumar causa muerte por asfixia", "La mujer embarazada que fuma causa daños irreparables a su hijo", "Fumar causa enfisema pulmonar", "Fumar causa impotencia sexual", "Fumar quita años de vida", "Fumar puede causar amputación de piernas".



Roxana Villagra, concejal de Paraná, confirmó que “se detectó un caso de dengue en una mujer en el barrio Los Arenales”. La edil criticó que “el gobierno no confirmara esta noticia ni tomara los recaudos necesarios para la prevención. Hubo un total ocultamiento del caso, tanto por parte de las autoridades de Salud municipales como provinciales”. La mujer ya fue dada de alta, pero “llama la atención que no se hiciera nada para brindarle contención y cuidados”, criticó Villagra.

“El caso se confirmó el día 29 y la señora fue internada. Las autoridades tuvieron esa misma semana la confirmación con el primer diagnóstico, pero no dijeron nada. Que desde el área de salud no salieran a decir nada es gravísimo, porque no sólo fue abandono de persona, sino que se puso en riesgo a toda la sociedad”, fustigó la edil.

“En el barrio hay alerta porque otras personas están manifestando síntomas, que no necesariamente quiere decir que tengan dengue, pero que deberían prevenir de que no surja un brote epidémico”, manifestó.

En ese sentido, la edil sostuvo: “Mi mayor preocupación es que esta situación no se nos vaya de las manos y que esto no se vuelva a repetir. Esto es algo que nos ocupa a todos los paranaenses y es necesario que se tomen medidas”.

## América

23 de abril de 2012 – Fuente: Radio Universidad de Chile (Chile)

El Instituto de Salud Pública (ISP) dio a conocer los resultados del estudio que realizó sobre la bacteria *Clostridium difficile* que brotó en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública (HUAP) de Santiago, el cual arrojó que se detectaron cinco cepas distintas de la especie.

De estas cinco cepas, una predominante tiene una alteración en el gen que regula la toxina, lo que se traduce en una diferencia en el comportamiento epidemiológico, tiene mayor duración y además una mayor tasa de transmisión, efectos que ya han ocurrido en otros países como Estados Unidos, España y Canadá, por lo que el ISP se apoyó para este estudio en el Instituto Nacional de Quebec.

La directora del ISP, María Teresa Valenzuela, explicó que para esto se hicieron cambios en los métodos de diagnóstico molecular para estudiar el organismo, con el cual se pudo observar de mejor manera el ADN de la bacteria.

“Este hallazgo de llegar desde una epidemiología hospitalaria a una epidemiología molecular nos permite un avance importante porque podemos interpretar que esta situación tiene un comportamiento epidemiológico diferente, que se traduce en una mayor persistencia y en una mayor transmisibilidad”, señaló Valenzuela.

Las autoridades enfatizaron en que ante esto se tomaron nuevas medidas, procedimientos de aislamiento grupal, y acciones de control y prevención. Además, 34 laboratorios de diagnóstico bacteriano a lo largo del país están capacitados para detectar esta bacteria y sus mutaciones a tiempo, lo que deben derivar al ISP.

Por otra parte, el encargado de infecciones intrahospitalarias del ministerio de Salud, Dr. Fernando Oteiza, explicó que ante esta situación no se cambian los tratamientos, ya que esto sólo podría variar según las recomendaciones que haga la Sociedad Chilena de Infectología.

“Esto que tenga un clon específico que le confiere estas características de ser un poco más transmisible no cambia su susceptibilidad antimicrobiana, es otra cosa, y hasta este momento la recomendación de tratamientos es con medicamentos que ya existen en Chile y que están en todos los establecimientos hospitalarios del país. Para mayor información sobre tratamiento y si hay nuevas recomendaciones probablemente en el corto plazo vamos a pedir a la Sociedad de Infectología que haga sus recomendaciones sobre el particular”, indicó Oteiza.

De esta manera se aplicará un énfasis en la vigilancia, por lo que las autoridades llamaron a la calma y a los doctores a lo largo del país a informar y derivar a la brevedad cualquier indicio que encuentren de estos casos.

Cabe recordar que esto sólo afecta a pacientes de gravedad, ancianos, con programas de alimentación a través de sondas, en tratamientos de antibióticos, o tratados en las Unidades de Cuidados Intensivos.

Por otra parte, expertos de la Sociedad Chilena de Infectología realizarán esta semana una auditoría en el recinto hospitalario para analizar el brote, y por separado estudiar la emergencia provocada luego de la salida de su cargo de la jefa del ramo en el hospital, María Isabel Campos.

Además, en otra arista, la Corte de Apelaciones de Santiago dio un plazo de cinco días para que el subsecretario de Redes Asistenciales, Luis Castillo, informe respecto de la gravedad del brote, acogiéndose a trámite el recurso presentado por los diputados Juan Luis Castro y Marco Antonio Núñez.



Hubo 222 casos y 17 brotes de sarampión en Estados Unidos el año pasado, más de cuatro veces la tasa anual usual, reportaron el jueves las autoridades sanitarias del país.

“En 2011, tuvimos el mayor número de casos reportados de sarampión en Estados Unidos en 15 años”, señaló la Dra. Anne Schuchat, directora del Centro Nacional de Inmunización y Enfermedades Respiratorias de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos. En la década anterior, se reportó un promedio de 60 casos y cuatro brotes anualmente.

Hasta el viernes pasado, los CDC habían recibido informes de 27 casos de sarampión en 2012, aunque “es demasiado pronto para saber si este año será igual de malo o peor que el pasado”, comentó Schuchat.

La enfermedad altamente infecciosa parece protagonizar un inesperado regreso. En 2000 se declaró que el sarampión había sido eliminado después que medidas de salud pública interrumpieran con éxito la transmisión de la enfermedad de una persona a otra en Estados Unidos. Sin embargo, la enfermedad sigue siendo endémica en muchas otras partes del mundo.

De hecho, 200 de los 222 casos de Estados Unidos en 2011 tuvieron que ver con viajes al extranjero, y 72 de los casos surgieron en personas que habían viajado al extranjero recientemente, más de la mitad a Europa, que ha experimentado su propia explosión en la enfermedad en años recientes. Las autoridades no pudieron determinar la fuente en los otros 22 casos.

Aunque Estados Unidos tiene una alta tasa de vacunación de 90%, “el sarampión es extremadamente infeccioso y muy eficaz para hallar las pocas personas no vacunadas”, advirtió Schuchat.

De los 196 residentes de Estados Unidos que tuvieron sarampión en 2011, 166 no se habían vacunado o no sabían si se habían vacunado, aunque 141 eran elegibles para la vacuna, halló el informe de los CDC.

El 66% de las 141 personas elegibles para la vacuna tenían entre 16 meses y 19 años de edad, el periodo en que es más probable que alguien se vacune. Tres cuartas partes no habían recibido la vacuna debido a una exención filosófica, religiosa o personal.

Desde 2008 nadie ha muerto de sarampión en Estados Unidos, anotó la Dra. Jane Seward, subdirectora de la División de Enfermedades Virales de los CDC. Pero una de cada tres personas que contrajeron la enfermedad el año pasado tuvo que ser hospitalizada.

Los CDC y otras autoridades de salud pública recomiendan contundentemente que todos los individuos se mantengan al día con sus vacunas, sobre todo si planean viajar al extranjero.

Los CDC recomiendan que todos los niños reciban las dos dosis de la vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola (SPR), la primera a los 12 a 15 meses de edad, y la segunda entre los 4 y los 6 años. Los bebés muy pequeños se pueden vacunar antes si van a viajar al extranjero, o si entrarán en contacto con un visitante extranjero.

“El sarampión es prevenible, y las personas sin vacunar se ponen en riesgo a sí mismas y a los demás de sarampión y sus complicaciones, sobre todo a los que son demasiado pequeños para vacunarse y que a veces pueden sufrir las peores complicaciones”, advirtió Schuchat.

Las autoridades se muestran particularmente preocupadas a medida que se acerca la temporada de viajes de verano, y muchos estadounidenses planifican asistir a las Olimpiadas en Londres.

## lehighvalleylive Estados Unidos, Pennsylvania/New Jersey: Aumentan los casos de enfermedad de Lyme

22 de abril de 2012 – Fuente: Lehighvalleylive (Estados Unidos)

Desde pasar tiempo con la familia hasta hacer ejercicio y disfrutar de la belleza de la naturaleza, hay muchas razones para amar la naturaleza. Una de las cosas que las personas que disfrutan de actividades al aire libre no aprecian, sin embargo, son las garrapatas. Pero gracias al suave invierno, los arácnidos portadores de enfermedades ya están en plena actividad este año.

En esta zona, la mayor amenaza de las garrapatas, específicamente la garrapata de patas negras (*Ixodes scapularis*), también conocida como garrapata de los ciervos, es la enfermedad de Lyme, que se transmite cuando una garrapata infectada pasa la enfermedad a un humano después de adherirse para alimentarse. Según los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), se han reportado en el país más de 250.000 casos de enfermedad de Lyme desde el año 2000. En 2009, el último año del que se tienen estadísticas completas, New Jersey tuvo 4.598 casos confirmados –el mayor número de su historia–, mientras que Pennsylvania registró 4.950.

“La incidencia de la enfermedad de Lyme se ha incrementado en Pennsylvania durante la última década”, dijo la Dra. Kara Mascitti, Directora de Epidemiología y Prevención de Infecciones de la Red de Salud de la Saint Luke's University. “No está claro si esto se debe a un mayor reconocimiento y diagnóstico de la enfermedad, o si hay un aumento real en el número de garrapatas en el área”.

Aunque las garrapatas normalmente comienzan su actividad en primavera, el suave invierno de este año las ha despertado antes de lo normal. Aunque los adultos, que se están alimentando activamente ahora, pueden transmitir la enfermedad, los CDC informan que la mayoría de los seres humanos son infectados por garrapatas inmaduras conocidas como las ninfas, que se alimentan en primavera y verano.

La mejor manera de minimizar la amenaza de la enfermedad de Lyme es mantener el menor contacto posible con estos animales hematófagos.

“Deben evitarse los lugares donde es más probable que se encuentren garrapatas, incluyendo las zonas boscosas y arbustivas o con hierba alta. Si no se puede evitar la visita a estas zonas de alto riesgo, es importante llevar sombrero, mangas largas y pantalones, y utilizar un repelente para insectos que contenga 20% o más de DEET (N,N-Dietil-meta-toluamida) en la piel expuesta”, dijo Mascitti. “También es importante hacer una minuciosa revisión al volver a casa para eliminar las garrapatas que podrían haberse adquirido a pesar de estas medidas. Ducharse inmediatamente después de regresar a su hogar puede eliminar las garrapatas que aún no se han adherido a la piel”.

Cuando se realiza una inspección visual en busca de garrapatas, no debe pasarse por alto ninguna área. “Debido a que las garrapatas prefieren las áreas del cuerpo difíciles de ver, debe prestarse mucha atención a las axilas, alrededor de las orejas, detrás de las rodillas, la ingle y entre el cabello”, dijo Mascitti. “También es importante revisar cualquier equipo, mascotas, etc., que nos haya acompañado el exterior, ya que estos pueden portar garrapatas que más tarde encontrarán su camino hacia alguna persona dentro del hogar”.

En cuanto a la ropa y el equipo que entra en contacto con el cuerpo, tales como las mochilas, es conveniente tratarlos con un producto a base de permetrina diseñado para matar y repeler garrapatas. Los CDC también recomiendan poner la ropa en la secadora durante una hora a temperatura alta para matar las garrapatas que pueden estar en ella.

Aunque los cazadores, pescadores, excursionistas y otros entusiastas de actividades al aire libre saben lo fácil que es recoger garrapatas cuando se desplazan por bosques o áreas de matorrales, la realidad es que cada año un sinnúmero de personas es atacado por estos arácnidos, mientras están trabajando, en el jardín o jugando en sus propios patios traseros. Para ayudar a reducir el riesgo de recoger garrapatas en el patio, los CDC recomiendan medidas preventivas tales como cortar el césped con regularidad, eliminar la hojarasca de sus patios y eliminar los pastos altos y arbustos alrededor de las casas y los bordes de los terrenos. Si se encuentra una garrapata adherida a la piel, la mejor manera de eliminarla es tomándola lo más cerca posible de la piel y tirar de ella con un movimiento firme. Luego, se deben lavar las manos y el área de la picadura con alcohol o con agua y jabón.

Los expertos afirman que la garrapata debe estar adherida al menos durante 36 horas para transmitir la bacteria de la enfermedad de Lyme. Si se presentan signos de la enfermedad, es importante consultar a su médico de cabecera o a un especialista en enfermedades infecciosas para su diagnóstico y tratamiento adecuados. En la mayoría de los casos, se recetan antibióticos para tratar la enfermedad y, de acuerdo a los CDC, los pacientes que toman los antibióticos apropiados en las etapas tempranas de la enfermedad, por lo general tienen una recuperación rápida y completa.

“Al principio, la enfermedad de Lyme por lo general se presenta como una “gripe de verano”, con dolor de cabeza y cuerpo, fiebre, escalofríos y fatiga”, dijo Mascitti. “A menudo se nota la clásica erupción rojiza que semeja un ojo de buey.”

Esa erupción, llamada eritema migrans, así como los otros síntomas, por lo general se producen dentro de unos pocos días hasta un mes después que la persona es picada por una garrapata infectada. Y aunque la erupción puede ser un indicador de la enfermedad de Lyme, no es perceptible en todos los casos.

“La erupción es un signo revelador, pero por desgracia se encuentra en sólo el 70-80% de los casos”, dice Mascitti. “O, si se produce, puede ocurrir en un área donde es posible que no se note de inmediato, como la espalda, las axilas o bajo el cabello”.<sup>2</sup>

## El mundo



### **Bangladesh: La atención universal disminuye la mortalidad materna**

23 de abril de 2012 – Fuente: Inter Press Service

El Centro Maternal de Aditmari es sencillo, pero tiene buenas condiciones de higiene y personal médico para recibir a las mujeres embarazadas de las aldeas de este distrito pobre, 375 kilómetros al noroeste de la capital de Bangladesh.

Caminos asfaltados llevan al edificio de una planta, ubicado en el centro de la subdivisión de Aditmari. El mismo cuenta con una habitación para el trabajo de parto que está equipada para atender nacimientos vaginales, otra con 10 camas para la etapa de posparto, dos más para asesorar a las madres y una sala de espera con un amplio porche para los hombres.

Lo más importante es que el costo de la atención de un parto vaginal es de 2,4 dólares, un precio accesible en este país pobre, que en 2011 registró un ingreso de 818 dólares por habitante, según la Revista Económica de Bangladesh.

<sup>2</sup> Aunque ha habido una marcada variación interanual, el número de casos confirmados de enfermedad de Lyme en Estados Unidos aumentó un 70% entre 2000 y 2009, de 17.730 a casi 30.000 casos. El número para el estado de Pennsylvania se incrementó más del doble, de 2.343 a 4.950, mientras que en New Jersey aumentó el 87%, de 2.459 a 4.598 durante este periodo. Sin embargo, el número de casos confirmados se redujo a nivel nacional, y para los dos estados, durante el año 2010: 22.561 casos para todo el país, y 3.298 y 3.320 casos para Pennsylvania y New Jersey, respectivamente.

Sajeda Begum dio a luz a una niña sana hace dos semanas. "Mi hija no presentó señales de que fuera a tener un parto complicado", señaló con una sonrisa su madre, Tahmina, de 53 años.

Un buen servicio accesible y confiable es lo que permitió bajar la mortalidad materna en Bangladesh de 322 muertes cada 100.000 nacidos vivos en 2001 a 194 en 2010.

El logro es aun más impresionante dado que Bangladesh está en la lista de países menos adelantados de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y que sus vecinos con mejor situación económica, India y Pakistán, tienen tasas de mortalidad materna de 212 y 260 cada 100.000 nacidos vivos, respectivamente.

Se espera que una mejor atención obstétrica, la institucionalización de más partos y el uso efectivo de métodos de planificación familiar contribuyan a que Bangladesh cumpla el quinto de los ocho Objetivos de Desarrollo para el Milenio (ODM), aprobados en 2000 por los gobiernos en la Organización de las Naciones Unidas, de reducir en tres cuartos la mortalidad materna entre 1990 y 2015.

También es alentador que la mortalidad materna disminuya a un promedio de 5,5% al año, por encima del 5,4% considerado óptimo para alcanzar esa meta.

Como en muchos otros países menos adelantados, la brecha entre ricos y pobres en Bangladesh es notoria. Si Sajeda se hubiera atendido de forma privada, habría tenido que pagar 60 dólares. Tampoco tuvo que preocuparse por la atención prenatal, pues esta incluye chequeos regulares.

"Sajeda fue ocho veces a la clínica y siguió las instrucciones que le dieron. Es impresionante que haya parido en la fecha prevista", señaló Shaheen Afroz, jefa de enfermeras del Centro Maternal de Aditmari (AMC), a cargo del no gubernamental Servicio Rural de Rangpur Dinajpur (RDRS) desde 1981.

Hay ocho clínicas maternas en Aditmari para atender a las mujeres embarazadas, pero los partos solo se llevan a cabo en el Centro Maternal.

Mosammet Elifa, del centro comunitario de Mohishkhocha, explicó: "Vamos puerta a puerta visitando a las mujeres embarazadas e invitándolas a registrarse para recibir atención prenatal".

"También les explicamos los riesgos de parir en su casa y de ser atendidas por comadronas sin capacitación", relató Elifa. "En los últimos 10 años no murió ninguna madre en nuestra comunidad", remarcó.

"Cobramos solo 24 centavos de dólar por registrar a una mujer embarazada. Luego, las consultas, los medicamentos, el hierro y los complementos vitamínicos, los análisis de sangre y otros de rutina son sin costo", remarcó Afroz.

El coordinador del proyecto RDRS, Komol Kumar Joardder, dijo que unas 30 mujeres en promedio aprovechan de las instalaciones del AMC a diario. "Mientras esperan a ser atendidas, realizamos charlas informativas sobre una maternidad segura y tratamos de disipar mitos".

Aditmari lleva atendidos 35.000 partos exitosos sin que haya muerto ninguna madre, y derivados 464 casos con complicaciones a hospitales más grandes.

El Centro Maternal es uno de los miles de servicios de atención materna eficientes que contribuyen a que Bangladesh reduzca la mortalidad materna y aumente la cantidad de parteras capacitadas.

La proporción de mujeres que paren en un centro médico atendidas por profesionales aumentó de 9%, en 2001, a 23%, en 2010 y puede llegar a 50% en 2015. Sin embargo, todavía hay 2,4 millones de partos a domicilio al año.

La Dirección de Servicios de Salud (DHS), la agencia que implementa los programas de salud reproductiva con organizaciones como RDRS, señala que la clave del éxito es capacitar trabajadores de la salud comunitarios que, de forma gradual, reemplacen a las comadronas o parteras sin capacitar.

El jefe de DHS, Khondhaker Shefayetullah, dijo que "la mortalidad materna disminuye en zonas rurales porque las mujeres embarazadas son más conscientes de su seguridad y prefieren parir atendidas por profesionales".

Por su parte, Arthur Erken, representante en Bangladesh del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), destacó el significativo aumento de mujeres con partos complicados que buscan ser atendidas en centros médicos, de 16%, en 2001, a 29%, en 2010. "Eso indica que ha mejorado el sistema de derivación y de concienciación", dijo.

La profesora Nasima Begum, secretaria general de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Bangladesh, atribuye una gran parte del éxito a las parteras capacitadas que mantienen un contacto directo con la población local y desempeñan un papel fundamental en la disminución de la mortalidad materna.

"Alrededor de 12% de los partos en las zonas rurales son cesáreas, es decir que las parteras aciertan al identificar los riesgos y las derivan a los lugares preparados para atender casos de emergencia", indicó Nasima. "Antes, las embarazadas con complicaciones, simplemente se morían", apuntó.



La enfermera Afroz asesora a una madre embarazada en el Centro Maternal de Aditmari.



Los programas de capacitación de la Sociedad de Ginecología reciben apoyo del UNFPA. Esta agencia también brinda asistencia para mejorar las instalaciones médicas en zonas rurales y la atención obstétrica de emergencia en unos 70 hospitales.

Actualmente hay 7.000 parteras capacitadas en unas 10.000 clínicas comunitarias en todo el país y se están formando más profesionales para cubrir cargos vacantes allí, el primer escalón de los servicios de planificación familiar a nivel de las aldeas.



## Ghana, Accra: El cólera causó 21 muertos este año

19 de abril de 2012 – Fuente: Prensa Latina

La cifra de muertos por cólera en Accra en lo que va de 2012 se elevó a 21, de 1.570 casos reportados, informó una fuente de los servicios de salud.

Así lo confirmó Ato Eshun, delegada regional de control de enfermedades, quien aconsejó a los ghaneses notificar con rapidez al hospital más cercano los casos que se presenten.

Según la funcionaria, las malas condiciones sanitarias en la ciudad son las culpables del brote de cólera. “La mayoría de las casas en Ghana carecen de baños y los pocos que estaban disponibles con anterioridad fueron convertidos en habitaciones, tiendas y locales para rentar”, expresó.

Para enfrentar la dolencia, las autoridades alertaron a los residentes para que observen cuidado con el consumo de agua y con los alimentos que se ingieren.

“Queremos suplicar al público general que se apegue de forma estricta a las medidas de higiene personal y ambiental”, añadió Ato Eshun.

Ghana registró 94 muertos de 8.494 casos de cólera reportados el año pasado.

La Organización Mundial de la Salud afirmó que hasta 120.000 personas mueren cada año por el cólera.



## Indonesia: Nuevo caso humano de gripe aviar

12 de abril de 2012 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

El Ministerio de Salud de Indonesia notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un nuevo caso de infección humana por virus de la gripe aviar A(H5N1).

La paciente, una mujer de 24 años de la provincia de Bengkulu, presentó fiebre el 23 de febrero de 2012 y fue hospitalizada al día siguiente con disnea; su estado se agravó, y acabó falleciendo el 1 de marzo.

La investigación epidemiológica llevada a cabo conjuntamente por las autoridades de sanidad humana y animal señaló una exposición a un entorno posiblemente contaminado, donde recientemente se habían registrado muertes de aves de corral.

El caso fue confirmado por el Instituto Nacional de Investigación y Desarrollo Sanitarios, del Ministerio de Salud.

De los 188 casos notificados en Indonesia desde 2005, 156 han sido mortales.

**Tabla 2.** Casos humanos de influenza aviar A(H5N1) y decesos notificados, según país. Años 2003/2012, hasta el 12 de abril de 2012. Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS).

País	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		Totales	
	Casos	Decesos	Casos	Decesos	Casos	Decesos	Casos	Decesos	Casos	Decesos	Casos	Decesos	Casos	Decesos	Casos	Decesos	Casos	Decesos	Casos	Decesos	Casos	Decesos
Azerbaiyán	—	—	—	—	—	—	8	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	5
Bangladesh	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	3	—	6	—
Camboya	—	—	—	—	4	4	2	2	1	1	1	—	1	—	1	1	8	8	2	2	20	18
China	1	1	—	—	8	5	13	8	5	3	4	4	7	4	2	1	1	1	1	1	42	28
Yibuti	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Egipto	—	—	—	—	—	—	18	10	25	9	8	4	39	4	29	13	39	15	9	5	167	60
Indonesia	—	—	—	—	20	13	55	45	42	37	24	20	21	19	9	7	12	10	5	5	188	156
Irak	—	—	—	—	—	—	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	2
Laos	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2
Myanmar	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Nigeria	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Pakistán	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1
Tailandia	—	—	17	12	5	2	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	25	17
Turquia	—	—	—	—	—	—	12	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12	4
Vietnam	3	3	29	20	61	19	—	—	8	5	6	5	5	5	7	2	—	—	4	2	123	61
<b>Totales</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>46</b>	<b>32</b>	<b>98</b>	<b>43</b>	<b>115</b>	<b>79</b>	<b>88</b>	<b>59</b>	<b>44</b>	<b>33</b>	<b>73</b>	<b>32</b>	<b>48</b>	<b>24</b>	<b>62</b>	<b>34</b>	<b>24</b>	<b>15</b>	<b>602</b>	<b>355</b>

**Aclaraciones:** El número total de casos incluye el número de decesos. La OMS sólo reporta los casos confirmados por laboratorio. Todas las fechas se refieren al comienzo de los síntomas.



## Nigeria: Seis nuevos casos de poliomielitis

23 de abril de 2012 – Fuente: The Guardian (Nigeria)

Pese a los esfuerzos concertados por parte del Grupo de Trabajo Presidencial para la Erradicación de la Poliomielitis y los asociados internacionales, la semana pasada, Nigeria fue el único país en el mundo que registró nuevos casos de poliovirus salvaje (WPV).

Según la última actualización de la Iniciativa Global para la Erradicación de la Poliomielitis (GPEI), “seis nuevos casos fueron reportados en la última semana: cinco del tipo 1 (WPV1), y un caso del tipo 3 (WPV3). Los seis casos iniciaron la parálisis en 2012 (tres de Kano, dos de Sokoto y uno de Zamfara), elevando el número total de casos en 2012 a 23. Los casos más recientes iniciaron la parálisis el 23 de marzo de 2012, (un WPV1 y un WPV3, ambos de Kano). El número total de casos para el año 2011 es de 62”.

Para contener la situación, está previsto llevar a cabo en mayo campañas de inmunización en los 10 estados de alto riesgo.

De acuerdo con la GPEI, debe asegurarse la calidad de las actividades en la región noroeste del país, particularmente en los estados de Sokoto y Zamfara. "En el pasado, el poliovirus se propagó desde esta área hacia el África Occidental, causando brotes en zonas anteriormente libres de poliomielitis. Este riesgo se encuentra magnificado por la situación de seguridad en Malí y los movimientos de población asociados", dice el informe de la GPEI.

Y agrega que "es motivo de preocupación que muchos niños no sean alcanzados durante las actividades de inmunización. En algunas zonas de Nigeria, sobre todo en Borno, Kano, Sokoto y Yobe, más de un tercio de los niños están incorrectamente inmunizados. Un continuo aumento en los casos en el norte de Nigeria plantea el riesgo de una renovada propagación del virus a otras naciones de África Occidental. En el pasado, el poliovirus se propagó desde el norte de Nigeria a Níger, y luego a Burkina Faso y Mali. El riesgo es mayor ahora dada la situación de seguridad en Mali".

No se reportaron nuevos casos durante la semana previa en África Occidental. El número total de casos para el año 2011 en la región sigue siendo de 51 (36 en Costa de Marfil, 3 en Guinea, 7 en Mali, y 5 en Níger). La mayoría de los casos son WPV3, a excepción de tres casos de WPV1 en Níger. El más reciente caso de WPV1 en la región tuvo inicio de la parálisis el 12 de diciembre de 2011 en Níger, y más reciente de WPV3 inició la parálisis el 3 de agosto de 2011 en Guinea.<sup>3</sup>

**Tabla 3.** Casos de poliomielitis notificados a la Organización Mundial de la Salud (OMS) hasta el 17 de abril de 2012, discriminados por país. Años 2011/2012.

País	2012 (hasta 17/04/12)				2011 (hasta 19/04/11)				Total 2011	Fecha del último caso
	WPV1	WPV3	W1W3	Total	WPV1	WPV3	W1W3	Total		
Nigeria	16	7	—	23	6	2	—	8	62	23/03/2012
Chad	3	—	—	3	18	2	—	20	132	21/03/2012
Afganistán	6	—	—	6	1	—	—	1	80	14/03/2012
Pakistán	13	1	1	15	28	—	—	28	198	11/03/2012
Níger	—	—	—	—	—	1	—	1	5	22/12/2011
República Democrática del Congo	—	—	—	—	36	—	—	36	93	20/12/2011
República Centroafricana	—	—	—	—	—	—	—	—	4	08/12/2011
China	—	—	—	—	—	—	—	—	21	09/10/2011
Guinea	—	—	—	—	—	—	—	—	3	03/08/2011
Kenia	—	—	—	—	—	—	—	—	1	30/07/2011
Costa de Marfil	—	—	—	—	—	3	—	3	36	24/07/2011
Angola	—	—	—	—	2	—	—	2	5	07/07/2011
Mali	—	—	—	—	—	1	—	1	7	23/06/2011
República del Congo	—	—	—	—	1	—	—	1	1	22/01/2011
Gabón	—	—	—	—	1	—	—	1	1	15/01/2011
India	—	—	—	—	1	—	—	1	1	13/01/2011
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>47</b>	<b>94</b>	<b>9</b>	<b>—</b>	<b>103</b>	<b>650</b>	
<b>Total en países endémicos</b>	<b>35</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>44</b>	<b>36</b>	<b>2</b>	<b>—</b>	<b>38</b>	<b>341</b>	
<b>Total en países no endémicos</b>	<b>3</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>3</b>	<b>58</b>	<b>7</b>	<b>—</b>	<b>65</b>	<b>309</b>	



GuinGuinBali

## Somalia: La hambruna acabó, los refugiados siguen llegando

22 de abril de 2012 – Fuente: GuinGuinBali

El pasado 3 de febrero la Organización de Naciones Unidas (ONU) anunció el final de la hambruna en el Cuerno de África. La hambruna había sido declarada el 20 de julio del año anterior, en principio para las regiones de Bakool y Shabeellaha Hoose, aunque 15 días más tarde, el 5 de agosto, la declaración se tuvo que ampliar a otras tres áreas más (dos regiones del Shabeellaha Dhexe, el corredor de desplazados internos de Afgoye y el campamento de desplazados de Muqdisho). El balance final de la hambruna sólo se puede calificar de dantesco: cientos de miles de refugiados y decenas de miles de muertos, en su mayoría niños. Sin embargo, el fin de la hambruna declarado el 3 de febrero ha hecho girar las miradas hacia otro lado, pero la situación no ha sido resuelta y la crisis humanitaria en la zona es profunda.

El éxodo de refugiados somalíes no cesa y las previsiones apuntan a unas pobres cosechas en junio y julio. En Etiopía, el gobierno y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) están buscando ya un emplazamiento para ubicar un nuevo campamento de refugiados en Dollo Ado, el sexto en poco más de medio año, en la frontera con Somalia, después de que el último de los abiertos esté al borde de su capacidad. La soga en torno a los cuellos de cientos de miles de somalíes vuelve a tensarse.



<sup>3</sup> Continúa la transmisión del poliovirus salvaje en Nigeria, poniendo de relieve las lagunas en la vacunación regular contra la poliomielitis y las actividades suplementarias de inmunización. En consecuencia, cada vez hay más preocupación por el riesgo de la importación de casos a los países vecinos, ya que esto ha sucedido con anterioridad. Las actividades de respuesta a la poliomielitis, por lo tanto, necesitan ser reforzadas en toda la región para prevenir la transmisión de la poliomielitis y su propagación fuera de Nigeria.

“Actualmente, hay más de 17.000 refugiados en Buramino. La capacidad planeada para este campamento es de 26.000 personas”, asegura Natalia Prokopchuk, portavoz de ACNUR en Etiopía, quien alerta de que “en la última quincena de marzo la media diaria de llegadas alcanzó las 133 personas. De hecho, la última semana de ese mes se registró el mayor número de llegadas de 2012, con casi 220 personas cada día”, unas cifras que están en los niveles registrados durante muchos de los meses de la hambruna. En apenas medio mes de abril, la cifra roza las 1.100 llegadas, mientras que febrero (con 3.324 llegadas) se mantuvo en las cotas de agosto, septiembre, noviembre y diciembre del año pasado, meses de hambruna declarada.

“La hambruna ha acabado pero no era la única razón que forzaba a la gente a dejar Somalia y convertirse en refugiados en Etiopía. Era una combinación de sequía y también los combates y la inseguridad. Los últimos factores permanecen. La gente huye ahora del conflicto y la violencia”, afirma Prokopchuk.

“El motivo principal de estas llegadas a Dollo Ado son las luchas en el interior de Somalia”, aclara Prokopchuk. Se refiere a los combates entre las tropas de Kenia, Etiopía y el Gobierno Federal de Transición (GFT) de Somalia contra las milicias islamistas de Al Shabab, que controlan no pocos territorios somalíes, entre ellos, los más afectados por la hambruna.

Una de estas zonas es Gedo, limítrofe con Somalia. “Según nuestros socios en terreno, en marzo se han contabilizado unos 2.000 desplazamientos internos en esa región, de los cuales la mitad tiene como destino los campamentos de refugiados de Dollo Ado”, destaca Andreas Needham, portavoz de ACNUR en Somalia, quien añade: “Sin querer señalar lo obvio, si finalmente la media de precipitaciones está por debajo de lo normal, el número de desplazados incrementará sin duda”.

El campamento de Buramino, en Etiopía, está a menos de 9.000 personas de completar su capacidad. Con los datos de llegadas actuales, entre 100 y 200 personas cada día, ACNUR y el gobierno etíope tienen entre un mes y medio y dos meses para abrir las puertas del sexto campamento.

Buramino fue abierto en noviembre de 2011, cuando la hambruna afrontaba sus últimas semanas, sin embargo, en cinco meses está afrontando el final de su capacidad plena. En Dollo Ado había sólo dos campos antes de que se declarara la hambruna (Bokolmanyó y Melkadida, que acogen a 40.000 personas cada uno). Cuando ésta llegó, se tuvo que abrir Kobe en junio de 2011 (actualmente con 26.000 somalíes); Hilaweyn, en agosto de 2011 (también albergando ya 26.000 personas) y, finalmente, Buramino, en noviembre de ese año. En total, los cinco campamentos de Dollo Ado albergan 150.000 personas, según los datos de ACNUR con fecha del 16 de abril.

Etiopía es el país que durante 2012 recibe la gran mayoría de refugiados de Somalia, reemplazando a Kenia, país que durante 2011 vio cómo los campamentos de refugiados de Dadaab superaban las 500.000 personas y se convertían en su tercera ciudad más poblada después de Nairobi y Mombasa.

Debido a la incursión de tropas keniatas en Somalia y al cierre de fronteras con este país que esta ofensiva ha supuesto, el grueso de los refugiados somalíes escapan ahora de su país hacia Etiopía, hacia Dollo Ado. Según ACNUR, durante 2012, más de 21.000 somalíes llegaron al país etíope y 6.000 cruzaron en patera a Yemen, un destino cada vez más en auge, frente a los apenas 2.000 que han llegado a Kenia.

Esta trágica situación actual, además, no cuenta con buenos pronósticos, precisamente. La estación de lluvias que vive ahora el Cuerno de África y que comenzó a finales de marzo o primeros de abril, va a dejar precipitaciones muy por debajo de la media, según las previsiones hechas públicas por la Red de Sistemas de Alerta Temprana contra la Hambruna (FEWS NET), el organismo vinculado a la ONU para la declaración de hambrunas. De este modo, las cosechas de junio y julio serán malas.

Según fuentes de FEWS NET, “como se destaca en el informe del 3 de abril sobre el Cuerno de África, la estación de lluvias entre marzo y mayo ha comenzado tarde y estará pobremente distribuida en el espacio y el tiempo. Además, sólo dejará entre un 60 y un 85% de la media habitual”.

La conclusión, insisten las fuentes, no puede ser más clara: “Las agencias humanitarias deberían implementar inmediatamente programas para proteger los hogares, los medios de subsistencia y el consumo de alimentos en esta región de África”. Si no es así, si la comunidad internacional vuelve a reaccionar tarde, el verano puede ser devastador para la zona.

“Y entretanto”, recuerda Needham, “no hay que olvidar que en Somalia sigue habiendo 2,3 millones de desplazados internos, en un país de unos ocho millones de habitantes”.

La hambruna terminó, pero la crisis humanitaria está y va a estar durante 2012 tan presente como entonces.



## **Vietnam: La OMS desconoce la causa de la misteriosa enfermedad declarada en el país**

24 de abril de 2012 – Fuente: EFE

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirmó hoy que desconoce las causas de la misteriosa enfermedad que ha causado la muerte de una decena de personas en Vietnam, todas ellas en la provincia central de Quang Ngai.

“Hasta la fecha, la causa de la enfermedad sigue siendo desconocida. La OMS no está al tanto de informaciones sobre síntomas similares a los de los afectados en otros lugares de Vietnam o fuera del país”, manifestó Fadela Chaib, portavoz de la organización.

Chaib indicó que “en estos momentos el incidente parece estar concentrado y restringido geográficamente al distrito de Ba To, de la provincia de Quang Ngai”.

“La oficina de la OMS en Vietnam sigue trabajando estrechamente con las autoridades sanitarias vietnamitas y todavía tiene que recibir una petición oficial del ministerio de Sanidad sobre un eventual apoyo internacional”, señaló la portavoz.

Según los datos de la OMS, los primeros casos relacionados con este mal desconocido se identificaron en 2011 en la localidad de Ba Dien, donde los afectados presentaban úlceras en manos y pies, rigidez en las extremidades y, en casos graves, daños hepáticos.

Desde abril del año pasado, la OMS tiene información de que “la enfermedad ha matado a ocho personas y ha afectado a otras 171”, una cifra inferior a la facilitada por el Gobierno de Hanoi, que asegura que 19 personas han fallecido en los últimos doce meses.

La OMS destacó también la particularidad de una enfermedad que llegó a desaparecer en octubre pasado y que volvió a manifestarse con nuevas infecciones el mes pasado.

Hasta ahora, el ministerio vietnamita de Sanidad ha dirigido dos investigaciones sobre el terreno, con participación de expertos en dermatología, salud ocupacional, seguridad alimentaria y toxicología para tratar de averiguar el origen de la enfermedad.

Además, según la OMS, está en marcha una tercera investigación centrada en los posibles aspectos ambientales de la dolencia.

En el marco de las investigaciones, se han tomado muestras de sangre, piel y cabellos a numerosos residentes de Ba To.

Le Han Phong, presidente del Comité del distrito de Ba To, donde comenzaron los síntomas, indicó la semana pasada que hay más de un centenar de personas en tratamiento por la rara enfermedad, diez de las cuales se encuentran en estado grave.

“La extensión del mal en la localidad de Ba Dien es realmente crítica, los nuevos casos y las reincidencias se están incrementado de forma dramática y la vida de los vecinos se ve amenazada cada hora”, indicó Phong.

## THE LANCET **El reto del sarampión**

24 de abril de 2012 – Fuente: *The Lancet*

Hace cuatro años, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se propuso una reducción del 90% de las muertes por sarampión para 2010, en relación a la tasa del año 2000. Sin embargo, un análisis de los datos globales sobre esta enfermedad, muestra que el descenso logrado sólo alcanza el 74%. Aunque la cifra no es desdeñable, fallos ocurridos en las políticas de vacunación en 2008 y 2009 han dado lugar a la aparición de brotes en varios países y el gran número de muertes ocurridas en la India han hecho que el objetivo mundial no se haya cumplido.

A pesar que desde 1963 se cuenta con una vacuna eficaz contra el sarampión, cada año mueren miles de personas por culpa de esta enfermedad; en concreto, en 2010 se produjeron casi 140.000 muertes. Para valorar el progreso hacia la meta que se había marcado la OMS y debido a la falta de registros de nacimientos y muertes en un gran número de países, los autores de un estudio han desarrollado un nuevo modelo matemático para estimar tanto la incidencia como la distribución por edad de los casos y la mortalidad generada por esta enfermedad.

Lo que han podido estimar estos investigadores es que la mortalidad por sarampión se redujo más de tres cuartas partes en todas las regiones de la OMS excepto en el sudeste asiático. En India se produjeron el 47% de todos los fallecimientos ocurridos en 2010 y en África alrededor del 36%. No obstante, la región del África subsahariana es la que ha experimentado el mayor progreso, habiendo logrado una caída en las muertes por esta enfermedad de un 85% en esta última década.

Según los datos, tal y como destacan los autores de esta investigación, no hay duda de que la cobertura de la vacunación está relacionada con el mayor o menor porcentaje de muertes. En India esa cobertura es del 74%, por debajo de África, en donde la vacuna alcanza al 79% de la población diana. En Europa, el 95% de la población recibe la inmunización contra esta enfermedad. No obstante, en nuestro país se han producido en los últimos años brotes de sarampión en diferentes puntos de España, como Madrid, lo que ha originado un cambio en el calendario de vacunación pasando a administrar esta vacuna a los 12 meses en lugar de a los 15 como se hacía antes.

### Una nueva meta: 2015

Ante este ‘pequeño fracaso’ en la estrategia mundial contra el sarampión, la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) han establecido un nuevo plan, en realidad una prolongación del anterior, que pretende reducir la mortalidad en al menos un 95% para 2015, en relación a las cifras de 2000. Según Kathy Calvin, directora ejecutiva de Naciones Unidas, serán necesarios unos 120 millones de dólares para lograr esta reducción en el número de muertes por sarampión. En este plan, también se contempla la eliminación, en al menos cinco regiones



Un niño yemení es vacunado del sarampión en un centro de salud de Saná.

de la OMS, de los fallecimientos ocurridos por rubéola, ya que la inmunización contra esta enfermedad se administra conjuntamente con la vacuna contra el sarampión.

“Recientes brotes de sarampión han afectado a niños de puntos muy dispares del mundo, siendo los más pequeños y pobres los que tienen más riesgo de muerte o enfermedad”, declaró el director ejecutivo de UNICEF, Anthony Lake. “Este nuevo plan estratégico enfatiza que las vacunas contra el sarampión y la rubéola debe dispensarse a los niños que viven en las comunidades más pobres y con más problemas”, señala.

“Un descenso de las tres cuartas partes de las muertes por sarampión en todo el mundo muestra cómo de eficaz puede ser un buen programa de vacunación”, afirma la doctora Margaret Chan, directora general de la OMS. “Ahora necesitamos dar el siguiente paso lógico y vacunar también a los niños contra la rubéola”.

Walter A. Orenstein, del Centro de Vacunas de la Universidad de Emory, en Atlanta (Estados Unidos), explica que este estudio “muestra las lagunas importantes en los datos disponibles que sirven de guía a los programas de prevención; los registros epidemiológicos y de vida son inadecuados en muchas partes del mundo. No se necesitan sofisticados sistemas para estimar la mortalidad, sino medirla directamente. Para la erradicación del sarampión, será crítico mejorar la vigilancia hasta el punto de que las muertes y los casos sean realmente medidos, no estimados”.<sup>4</sup>

## Publicidad relacionada con la salud

**Child Health Week**  
FOR THE GOOD HEALTH OF YOUR CHILDREN

**weighing**

All children under 5 should be **weighed regularly** to make sure they are growing well. Bring your child to the nearest health centre for weight checks during the **Child Health Week - August 21-27.**

Logos: WHO, UNICEF, Central Board of Health (Zambia)

### Semana de la Salud Infantil.

#### Por la buena salud de nuestros hijos.

**Todos los niños menores de 5 años deben ser pesados regularmente para asegurarse que están creciendo correctamente.**

**Lleve a su hijo al centro de salud más cercano para controlar su peso durante la Semana de la Salud Infantil.**

Central Board of Health (Zambia).

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.

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