



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina

www.reporteepidemiologico.com



Número 1.684

2 de noviembre de 2015

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

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.)
Milagros Ferreyra (Fra.)
Nora V. Glatstein (Arg.)
Salvador García Jiménez (Gua.)
Ángela Gentile (Arg.)
Ezequiel Klimovsky (Arg.)
Gabriel Levy Hara (Arg.)
Susana Lloveras (Arg.)
Gustavo Lopardo (Arg.)
Eduardo López (Arg.)
Tomás Orduna (Arg.)
Dominique Peyramond (Fra.)
Daniel Pryluka (Arg.)
Charlotte Russ (Arg.)
Horacio Salomón (Arg.)
Eduardo Savio (Uru.)
Daniel Stecher (Arg.)

Noticias

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

Argentina

- Vigilancia de lepra

América

- Brasil, Acre: Los estanques piscícolas pueden favorecer las epidemias de malaria
- Colombia: Aumentan los casos de fiebre zika
- Estados Unidos: Una cantidad demasiado baja de chicas preadolescentes se vacunan contra el VPH
- Estados Unidos: Los suplementos dietarios mandan a miles al hospital
- República Dominicana: La OPS colaborará en la determinación de la cifra de muertes por dengue

El mundo

- España: Alerta sanitaria por 41 afectados por un producto oftalmológico que provoca ceguera
- Europa: Según un sondeo, la mayoría de los inmigrantes con VIH se infectaron en su país de acogida
- Malasia: Superan los 94.000 los casos de dengue
- Sierra Leona podría ser declarada libre de la enfermedad por el virus del Ébola la semana que viene
- Tanzania: Reportan brotes de cólera
- Zimbabwe en guerra contra las aflatoxinas
- La mortalidad de la tuberculosis se ha reducido a cerca de la mitad desde 1990
- Riesgos en la comunicación del riesgo: la OMS, la carne y el cáncer

Adhieren:

SLAMVI

Sociedad Latinoamericana
de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/

**CIRCULO
MÉDICO DE
CÓRDOBA**

www.circulomedicocba.org/

**CM
PC** Consejo de Médicos
de la Provincia
de Córdoba

www.consejomedico.org.ar/



Biblioteca de la Facultad
de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Córdoba

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

S.A.D.I.

www.said.org.ar/

**Comité Nacional de
Infectología**

Sociedad Argentina de Pediatría
www.sap.org.ar/



www.apinfectologia.org/

**Sociedad Argentina de Infectología
Pediátrica**

www.sadip.net/

**Asociación
Parasitológica
Argentina**

www.apargentina.org.ar/

XIII Reunión de Experto en Micología Clínica

Infocus 2015



5 al 7 de noviembre 2015
Córdoba - Argentina



Holiday Inn
Córdoba



Declaración de Córdoba II: "Hacia un mundo con antibióticos eficaces y seguros: un desafío"

El Círculo Médico de Córdoba, fundado en el año 1910, es una institución destinada a la capacitación de postgrado en todas aquellas cuestiones científicas relacionadas con las ciencias médicas. En la actualidad, alberga a 35 sociedades científicas y más de 2.000 socios de la Provincia de Córdoba, Argentina.

Su Comisión Directiva se complace en informar que, en el marco de su 105° Aniversario, se procedió a la elaboración de la Declaración de Córdoba II "Hacia un mundo con antibióticos eficaces y seguros: un desafío".

Este documento, impulsado por la entidad y realizado en colaboración con destacados especialistas, asume el compromiso de vincular ciencia y sociedad, para establecer una nueva y provechosa articulación entre todos los involucrados en este tema de trascendencia mundial.

Es de vital importancia para nuestras regiones, tomar una posición frente a esta problemática. Es por ello que se invita a Usted, como catalizador del cambio, a adherir a esta Declaración de Córdoba II. Puede leer el texto completo de la Declaración haciendo clic [aquí](#).

Esperando contar con su apoyo, se le invita a enviar su adhesión a: presidenciacirculomedicocba@gmail.com.

También puede consultar el texto completo de la primera [Declaración de Córdoba: Hacia un mundo sin sida, el compromiso de América Latina](#).

actualizaciones
EN SIDA E INFECTOLOGÍA

Desde mayo de 1993, la Fundación Huésped publica en forma trimestral la revista "Actualizaciones en SIDA", primera publicación científica latinoamericana en idioma español destinada al tema VIH/sida. Desde marzo de 2013, a partir de un acuerdo con la Sociedad Argentina de Infectología (SADI), cambió su nombre a "Actualizaciones en Sida e Infectología", ampliando sus contenidos más allá de lo concerniente a la infección por VIH hacia todos los aspectos relacionados a las enfermedades infecciosas. La revista cuenta con dos indexaciones en las bases de datos Latindex y LILACS. Encontrará la publicación en formato pdf desde el año 2003 haciendo clic [aquí](#).

Vigilancia de lepra

27 de octubre de 2015 – 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 2014/2015, hasta semana epidemiológica 37. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.¹

Provincia/Región	2014		2015	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	16	14	11	9
Buenos Aires	33	27	36	35
Córdoba	7	7	7	7
Entre Ríos	1	—	1	1
Santa Fe	29	15	20	15
Centro	86	63	75	67
Mendoza	1	1	—	—
San Juan	—	—	—	—
San Luis	1	1	—	—
Cuyo	2	2	—	—
Corrientes	19	19	18	18
Chaco	26	26	28	28
Formosa	14	12	31	31
Misiones	44	29	49	43
NEA	103	86	126	120
Catamarca	—	—	—	—
Jujuy	2	2	3	1
La Rioja	1	1	—	—
Salta	6	5	7	5
Santiago del Estero	11	11	17	16
Tucumán	12	12	14	12
NOA	32	31	41	34
Chubut	—	—	—	—
La Pampa	—	—	—	—
Neuquén	—	—	—	—
Río Negro	2	2	—	—
Santa Cruz	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—
Sur	2	2	—	—
Total Argentina	225	184	242	221

Brasil, Acre: Los estanques piscícolas pueden favorecer las epidemias de malaria

11 de septiembre de 2015 – Fuente: *Public Library of Science One*

La malaria y el cultivo de peces se relacionan cuando no se mantienen adecuadamente los estanques piscícolas, concluye un nuevo estudio.

Sus investigadores observaron que las comunidades ubicadas a una distancia de hasta 100 metros de los bancos de piscicultura en el estado de Acre, en la región amazónica brasileña, tenían casos muy elevados de malaria.

Recolectaron datos en 55 orillas en ciudades de ese estado y las evaluaron nueve veces. Encontraron más de 800 casos de malaria por cada 1.000 habitantes.

La bióloga Claudia Codeço, una de las autoras de la investigación, indicó que los bancos con densa vegetación alrededor tenían hasta cuatro veces más cantidad de larvas de mosquitos *Anopheles*, transmisores de malaria.

“En los estanques utilizados con fines comerciales comprobamos que el riesgo aumenta cuando más de 65% del borde es vegetación”, dijo.



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

La vegetación flotante en el agua y sus alrededores crea condiciones propicias para la aparición y desarrollo de las larvas de los mosquitos transmisores de la enfermedad, que ponen sus huevos en agua no contaminada, bajo sombra y con vegetación en los márgenes.

Según Codeço, la densa vegetación y las plantas flotantes reducen el efecto depredador de los peces que se alimentan de larvas. “La vegetación se convierte en lugar de escondite para las larvas de los mosquitos, lo que dificulta la eficiencia de los pescados larvivoros”, explicó.

Precisó que el alto número de mosquitos adultos y el escaso número de alevines en los estanques son otros impedimentos para la labor depredadora.

“Sólo los pescados recién nacidos se alimentan de larvas de mosquitos. Pero si hay muchos mosquitos adultos, las larvas crecen mucho más rápidamente que los peces jóvenes”, señaló.

Como en la región estudiada el cultivo de peces es una actividad económica muy importante, con una producción de más de 20.000 toneladas por año, la cantidad de empresas es extensa, sobre todo cerca de las zonas urbanas.

Genilson Maia, agrónomo de la Secretaría de Estado de Agropecuaria de Cruzeiro do Sul, organismo público del estado de Acre, dijo que el gobierno y la sociedad son conscientes de que la epidemia de malaria ha aumentado con la llegada de las cooperativas de pesca y han comenzado a promover la eliminación de depósitos acuícolas con vegetación excesiva.

Basándose en los hallazgos del estudio, Maia esclareció que la mejor forma de prevención es también la más simple: “limpiar los bordes, retirando la vegetación en contacto con el agua”, algo que el gobierno ya fomentaba, pero solo para prevenir las larvas de libélulas, que son fuertes depredadoras de peces juveniles.

Dijo que el estudio es importante no sólo para la región amazónica brasileña, sino para cualquier lugar de clima tropical donde haya piscicultura.²



Colombia: Aumentan los casos de fiebre zika

30 de octubre de 2015 – Fuente: Radio Cadena Nacional (Colombia)

La llegada del virus Zika comienza a preocupar a las autoridades sanitarias de la Costa Atlántica. En Sincelejo ya se reportaron nueve casos oficialmente.

“La persona puede estar contagiada y no hay una manifestación que permita decir: sí es fiebre Zika lo que tiene”, dice Nayibe Padilla, Secretaria de Salud en Sucre.

Según la Secretaría de Salud de Barranquilla, que adelanta jornadas de prevención, el virus se adquiere con más frecuencia en regiones cálidas. En la mayoría de los casos, los síntomas son tan leves que podrían confundirse con un cuadro gripal.

“Lo más importante es que si los ciudadanos presentan la sintomatología acudan al médico. La única manera de controlar el crecimiento de los mosquitos es eliminando los criaderos de las casas”, aseguró Alma Solano, secretaria de salud de Barranquilla.

Algunos pacientes contagiados aseguran que los síntomas son parecidos a los de la fiebre chikungunya. El ministerio de Salud señala que en Colombia hay 129 casos confirmados de fiebre zika.



Estados Unidos: Una cantidad demasiado baja de chicas preadolescentes se vacunan contra el VPH

30 de octubre de 2015 – Fuente: *Morbidity and Mortality Weekly Report*

Las tasas de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) entre las chicas estadounidenses siguen siendo demasiado bajas, según un estudio gubernamental.

El VPH se transmite sexualmente y puede provocar cáncer de cuello uterino, de vulva, de vagina y de ano.

“Aumentar la cantidad de vacunas contra el VPH administradas a los 11 o 12 años de edad, antes de que la mayoría de las adolescentes se expongan al virus, puede ser un medio de asegurarse de que estén protegidas contra la infección por el VPH y los cánceres asociados con dicha infección”, según el informe de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos.

Los investigadores de los CDC y el Comité Nacional de Aseguramiento de la Calidad analizaron los datos de vacunación de más de 626.000 chicas de 13 años inscritas en planes de seguro privados o en Medicaid en 2013.

Se administraron las tres dosis de la vacuna contra el VPH a una media de 12% de las chicas con seguro privado y de 19% de las cubiertas por Medicaid, el programa de seguros con financiación pública para los pobres. Las tasas



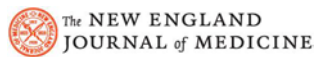
² Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

de los diferentes programas variaron desde 0 a 34% para las que tenían un seguro privado, y de 5 a 52% para las chicas con Medicaid.

“La cobertura de vacunación contra el VPH ha sido más baja de la que se ha observado en otras vacunas recomendadas para los adolescentes. Los doctores deberían ofrecer la vacunación contra el VPH del mismo modo y el mismo día que recomiendan otras vacunas para los adolescentes”, dijeron los investigadores.

“Saber cuáles son las dificultades y las actitudes de los médicos o los familiares que podrían contribuir a que la tasa de vacunación sea baja ayudará a mejorar el cumplimiento de las recomendaciones”, afirmaron.

Aproximadamente 14 millones de casos nuevos de infecciones por el VPH son diagnosticados cada año en Estados Unidos, según los CDC.³



Estados Unidos: Los suplementos dietarios mandan a miles al hospital

15 de octubre de 2015 – Fuente: *The New England Journal of Medicine*

Muchos aseguran ser naturales, lo que podría parecer seguro, pero los suplementos alimenticios envían al hospital a 23.000 estadounidenses al año, de acuerdo a estimados de un nuevo estudio federal.

Los más riesgosos son los utilizados para perder peso e incrementar la energía, según el reporte.

Pastillas populares

El mercado está repleto de pastillas y polvos. El mercado de suplementos ha crecido marcadamente, de unos 4.000 tipos en 1993 a más de 55.000 en 2012, señala el reporte. Casi la mitad de los adultos en Estados Unidos aseguran que han consumido al menos uno en el último mes, especialmente vitaminas. Los suplementos dietéticos no requieren la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) antes de su venta, y tampoco son sometidos a los mismos exámenes que las medicinas por receta. Si se encuentra que un producto es inseguro, la FDA puede ordenar que salga del mercado.

El estudio

Es difícil encontrar información confiable sobre los efectos secundarios graves de los suplementos. Los investigadores de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y la FDA estudiaron los registros de las salas de emergencia entre 2004 y 2013 en 63 hospitales que se consideran una representación nacional. Basados en los 3.667 casos encontrados, estimaron que existen unas 23.000 visitas anuales a la sala de emergencias por problemas de salud relacionados a los suplementos, y unos 2.154 terminan en hospitalización.

Los más conflictivos

Los productos para la pérdida de peso e incremento de energía fueron los responsables de la mayor cantidad de visitas a la sala de emergencias. Estos productos provocaron 72% de los problemas, que van desde dolor de pecho hasta arritmia, y fueron culpables de más de la mitad de las visitas de pacientes entre los 5 y 34 años de edad. Aquellos utilizados para el fisiculturismo y mejorar el rendimiento sexual generaron síntomas cardíacos entre muchos de los que asistieron a la sala de emergencias.

La postura de la industria

“Parecen grandes cifras, pero en realidad no lo son. Los riesgos son muy, muy pequeños cuando se toma en cuenta a los millones de personas que utilizan los productos”, dijo Steve Mister, presidente del grupo comercial Consejo para una Nutrición Responsable sobre las visitas a las salas de emergencias.

Consejo

Consultar al médico antes de consumir suplementos. Algunos pueden interferir con otros medicamentos, y ciertas vitaminas, especialmente en dosis elevadas, son dañinas, como el beta-caroteno y la vitamina A entre los fumadores.⁴



República Dominicana: La OPS colaborará en la determinación de la cifra de muertes por dengue

30 de octubre de 2015 – Fuente: EFE

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) examina cada uno de los expedientes de fallecimientos por dengue este año en República Dominicana para establecer el número de víctimas mortales de la enfermedad, informó hoy la ministra de Salud Pública del país, Altagracia Guzmán Marcelino.

La auditoría está a cargo de una comisión de técnicos de la OPS encabezada por la consultora costarricense Anabel Alfaro.

Asimismo, participan la Sociedad Dominicana de Pediatría, la Sociedad Dominicana de Infectología y la Sociedad de Medicina Interna.

“La próxima semana podremos informar a la ciudadanía sobre la cantidad específica de fallecidos que ha habido a causa de esta enfermedad”, anunció.

³ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

⁴ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

A la vez, informó que se pondrá en marcha un plan piloto que incluye analizar todos los factores que intervienen para aplicar estrategias "más exhaustivas".

Al inaugurar hoy la jornada nacional contra el dengue, que se extenderá hasta mañana, Guzmán Marcelino mostró un mapa virtual según el cual en estos momentos no hay ninguna provincia en situación de alerta roja por amenaza de dengue.

Recordó que las provincias La Altagracia (este) y Sánchez Ramírez (noreste) estaban en alerta máxima por dengue, pero que ya están en amarilla porque ha bajado la incidencia.

La ministra llamó a la ciudadanía a combatir el dengue mediante la eliminación de criaderos del mosquito que produce esta enfermedad y confió en que con esta jornada se reducirá la presencia del mosquito del dengue y los casos de pacientes con síntomas de la enfermedad.

Hasta el 23 de octubre la cifra oficial de muertes por dengue en el país era de 97.

Sin embargo, el 28 de octubre Salud Pública precisó en un comunicado que en las últimas semanas la Subcomisión Clínica de Dengue, compuesta por las sociedades especializadas de Medicina Interna, Pediatría e Infectología y por personal del Ministerio de Salud, revisó detalladamente los expedientes clínicos, informes de autopsias y de necropsias por dengue y concluyó que en algunos casos no fue dengue la causa de la muerte.

No obstante, no precisó el número de fallecimientos por dengue este año en el país.

El mundo



España: Alerta sanitaria por 41 afectados por un producto oftalmológico que provoca ceguera

31 de octubre de 2015 – Fuente: Deutsche Presse-Agentur

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) tiene conocimiento de 41 casos de personas afectadas por el uso del material quirúrgico Ala Octa® (perfluoroctano), retirado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en junio, y que presuntamente ha provocado ceguera a varias personas. Según informó un portavoz de Sanidad, se han recibido notificaciones de incidentes relacionados con 11 centros sanitarios de toda España, la mayoría de ellos en el País Vasco, y 41 personas han sufrido "reacciones adversas" tras usar este producto.

La alerta saltó después de que el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) informara de que durante la primera quincena de junio varios pacientes operados de desprendimiento de retina en el servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Donostia habían quedado ciegos de un ojo tras intervenciones *a priori* satisfactorias. De hecho, los profesionales médicos de dicho centro observaron "una evolución atípica en algunos pacientes intervenidos por esas fechas y el nexo común era haber requerido el uso de perfluoroctano de una misma casa comercial durante la cirugía para la reaplicación retiniana", según explicó en un comunicado el Servicio Vasco de Salud.

El nexo en todos los casos, 13 en total, era el uso de perfluoroctano de una misma marca. Ocho de estos pacientes habían sido operados en el Hospital Universitario Donostia y uno en el Hospital Universitario de Cruces, ambos de la red pública, mientras que los cuatro restantes fueron intervenidos en un centro sanitario privado.

El 30 de octubre, el consejero de Salud, Jon Darpón Sierra, descartó en el Parlamento Vasco que pudieran registrarse más casos y estimó improbable que puedan aparecer nuevos afectados en Euskadi al haber sido producto de uno o varios lotes de perfluoroctano que se encontraban en mal estado y en ningún momento atribuible a una mala praxis.

El pasado 26 de junio, la AEMPS emitió una alerta a las comunidades autónomas para su traslado a centros hospitalarios tras recibir una comunicación de la empresa distribuidora de este producto que fabrica la alemana Ala Medics GmbH y que notificaba la existencia de veinte posibles casos. Posteriormente, la empresa ha comunicado otros 14 casos más, pero no ha realizado notificaciones individuales.

Tras la alerta, la AEMPS comenzó a recibir notificaciones de profesionales sanitarios, la mayoría duplicadas con los casos de los que había informado la empresa. Según señaló Sanidad, las notificaciones que han remitido los 13 centros sanitarios no siempre incluyen el número de lote del producto, por lo que no se puede determinar el número de lotes afectados. Este es el motivo por el cual, cuando la AEMPS emitió su alerta de cese de uso y distribución del producto, no se limitó a lotes concretos, sino que aludió al producto en general. Cada lote, que incluye viales y jeringas de diferente volumen, puede oscilar entre las cuatrocientas y las seiscientas unidades.

Investigación

La AEMPS investiga desde junio este material de uso quirúrgico que presuntamente ha provocado ceguera a varios pacientes. La investigación, en colaboración con las Comunidades Autónomas, se está realizando con los profesionales sanitarios que han utilizado el producto, a los que han remitido encuestas para recabar su opinión sobre el comportamiento del mismo. También, en coordinación con el Gobierno vasco, se han enviado muestras a un instituto de investigación en oftalmología para realizar análisis químicos y toxicológicos.



La AEMPS ha mantenido reuniones con la empresa fabricante alemana y el distribuidor español en las que se ha recopilado documentación sobre el proceso de fabricación y los controles efectuados y se ha requerido a la empresa alemana la realización de análisis químicos, físicos y toxicológicos.

Sanidad subrayó que las líneas de investigación están todavía abiertas y que aún no se dispone de la totalidad de información para extraer conclusiones.



Europa: Según un sondeo, la mayoría de los inmigrantes con VIH se infectaron en su país de acogida

30 de octubre de 2015 – Fuente: European AIDS Clinical Society

Es probable que la mayor parte de los inmigrantes que viven con VIH en Europa y que recibieron el diagnóstico hace menos de cinco años adquirieran el virus en su país de acogida y no en el de origen, según un sondeo realizado en el marco del estudio aMASE (siglas en inglés de Expandiendo el acceso a los servicios sanitarios para las personas inmigrantes en Europa), cuyos resultados fueron presentados en la XV Conferencia Europea del Sida (EACS 2015), celebrada recientemente en Barcelona. Según el estudio, esta tendencia se observó en ambos sexos, en todas las poblaciones vulnerables y para todas las regiones de origen.

Los resultados fueron presentados por la investigadora Débora Álvarez del Arco, quien afirmó que de los aproximadamente 29.000 nuevos diagnósticos de VIH registrados en 2009 en la Unión Europea (UE), solo 57% correspondía a personas que fueron diagnosticadas en su país de nacimiento, mientras que 43% de los diagnósticos se produjo en personas inmigrantes, de las que 13% procedían de África Subsahariana, 9% de otros países europeos, 5% de la región de América Latina y el Caribe y 4% de Norteamérica, Australasia y Medio Oriente, mientras que no se pudo determinar el origen del 12% restante.

El estudio aMASE se diseñó para comprobar si la población inmigrante corría un mayor riesgo de infección por VIH en su país de origen o en el de acogida. Para ello, entre 2013 y 2015 se realizaron entrevistas por ordenador a unas 2.249 personas inmigrantes (mayores de 18 años y diagnosticadas de VIH hacía menos de cinco) que hiciera al menos seis meses que residían en su país de acogida (se realizó en nueve países de la UE: España, Gran Bretaña, Bélgica, Portugal, Grecia, Suiza, Países Bajos, Italia y Alemania).

La media de edad de las personas entrevistadas fue de 38 años, y 68% eran hombres. Entre los hombres, la vía de infección más probable fue el sexo con otros hombres en 66% de los casos; para una cuarta parte, fue el sexo con una mujer; para 6%, a través del consumo de drogas intravenosas y 3% no declaró ninguna vía probable de infección. Hasta 97% de las mujeres señaló el sexo heterosexual como vía de infección, y sólo 2% apuntó el consumo de drogas intravenosas.

El 33% de los participantes procedía de África Subsahariana, 32% de la región de América Latina y el Caribe, 5% de Asia, 4% de Norteamérica, Australasia o Medio Oriente, mientras que 26% eran emigrantes procedentes de otro país de Europa: 11% de Europa Occidental, 10% de Europa Central y 5% de Europa del Este.

A los participantes se les preguntó cuándo y dónde fueron diagnosticados de infección por VIH, así como de sus conductas de riesgo antes y después del proceso migratorio. También se les pidió permiso para contactar con la clínica donde recibieron el diagnóstico (en su país de acogida o natal) para realizar una entrevista independiente con su médico a fin de confirmar el diagnóstico y la fecha probable de infección.

Se dispuso de datos para calcular la fecha aproximada de infección de 1.784 participantes, y se procedió a dividir a las personas en 5 grupos: El primer grupo estaba compuesto por personas de las que se desconocía si se infectaron antes o después de migrar. El segundo y tercer grupo estuvo compuesto por las personas cuya fecha de infección se conocía con seguridad (un grupo lo constituyeron las personas que se infectaron antes de emigrar y el otro, las que lo hicieron después). Los últimos dos grupos estuvieron formados por personas en las que había más dudas sobre el momento de infección, aunque se podía determinar la fecha probable del mismo (y al igual que antes, un grupo estuvo compuesto por las personas que probablemente se infectaron antes de emigrar y el otro, por las que probablemente adquirieron el VIH después).

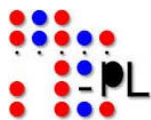
Se comprobó que un número superior de personas adquirieron probablemente o con seguridad el VIH en su país de acogida que en el de nacimiento. Esto se cumplió todos los países de origen y ambos sexos. La región donde fue menos habitual la infección en el país de acogida fue el África Subsahariana: 22% se infectaron en su país de origen, frente a 31% en su país de acogida, aunque hay que destacar que en el caso del 47% restante no pudo determinarse con exactitud la fecha de infección.

Al considerar otros países de origen, la diferencia fue mucho más llamativa. El 68% de las personas de la región de América Latina y el Caribe probablemente adquirieron el VIH después de emigrar (frente a 8% que se infectó en su país de origen), al igual que 57% de las personas de Asia (18% antes de emigrar), 58% de las personas de Europa del Este (12% en el país de origen), 60% de las personas de Europa Central (8% en el país de origen) y 69% de Europa Occidental (12% en el país de origen). No se pudo determinar la fecha de infección en 20-32% de los casos.

El 36% de las personas heterosexuales habían adquirido el VIH en su país de acogida, pero en el caso de los hombres que practican sexo con hombres (HSH), 72% se infectó por el virus después de emigrar, al igual que 67% de las personas usuarias de drogas inyectables.

En su presentación, Álvarez del Arco declaró que las cifras evidenciaron que las personas procedentes de Europa Occidental y la región de América Latina y el Caribe presentaron una probabilidad especialmente elevada de haber adquirido el virus tras abandonar su país de origen, al igual que los HSH. En este sentido, hizo un llamamiento para que se estudiara mejor qué factores influían en esta mayor vulnerabilidad al VIH en los países de acogida.

Respecto al sondeo, hay que destacar que no pudo determinarse el lugar de infección en un porcentaje importante de personas (en el caso de las de origen subsahariano llegó casi a ser la mitad de los casos). Por otro lado, al haberse realizado a través de Internet, es probable que se hayan introducido sesgos en las respuestas, favoreciendo por ejemplo un mayor número de respuestas por parte de personas recién infectadas.



Malasia: Superan los 94.000 los casos de dengue

31 de octubre de 2015 – Fuente: Prensa Latina (Cuba)

Las autoridades malasias llamaron a la población a asumir la responsabilidad de luchar de manera conjunta contra el dengue, del que este año se registran 94.613 casos, incluidos 262 fallecimientos.

La exhortación fue hecha por el viceministro Loga Bala Mohan, de Territorios Federales, quien precisó que ese total abarca hasta el pasado 14 de octubre.

En la capital, Kuala Lumpur, las respectivas cifras fueron 6.446 y 31, de acuerdo con datos del Ministerio de Salud citados por Loga Bala.

El funcionario hizo las declaraciones a la prensa tras participar en un acto en la circunscripción de Lembah Pantai asociado a un programa local lanzado en 2013 con el objetivo de mejorar la higiene, sobre todo en lugares frecuentados por el público, incluidos turistas.

Según se explicó, en esa zona capitalina se registraron 1.256 casos, con seis decesos.

Loga Bala expresó la esperanza de que todas las partes puedan educar y transmitir el mensaje a los niños de que practiquen la autodisciplina en lo relacionado con la higiene.



Sierra Leona podría ser declarada libre de la enfermedad por el virus del Ébola la semana que viene

30 de octubre de 2015 – Fuente: El Mundo (España)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) podría declarar a Sierra Leona libre de la transmisión del virus del Ébola el próximo 7 de noviembre si hasta entonces no se registra ningún otro caso en este país africano. Se trata del país donde más ha golpeado esta enfermedad en cuanto a personas contagiadas.

Dos pacientes recientemente sospechosos de haber podido contraer la enfermedad en este país completaron 24 días de seguimiento sin haber dado positivo para el virus del Ébola.

Según las recomendaciones de la OMS, el final de un brote de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) en un país se declara cuando hayan transcurrido 42 días desde que el último caso confirmado haya dado negativo dos veces consecutivas en análisis de sangre y no haya nuevos casos positivos detectados. Este periodo representa dos veces el de incubación máxima de la enfermedad antes de que aparezcan los síntomas.

Mientras tanto, esta agencia de la ONU señaló que la semana pasada se confirmaron tres nuevos casos en Guinea, pertenecientes a una misma familia en la prefectura central de Forécariah. Se trata de una mujer de 25 años embarazada de siete meses y sus hijos, de 10 y 4 años.

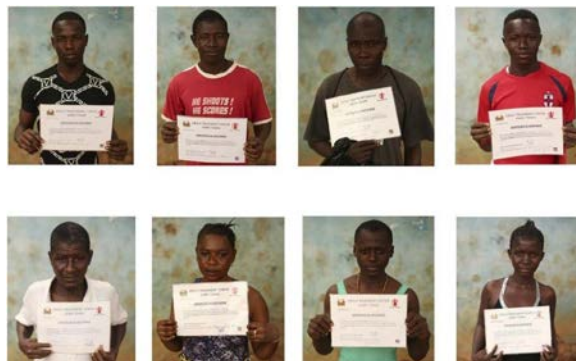
En Guinea están actualmente bajo cuarentena 364 personas que se cree que podrían haber entrado en contacto con el virus, una cifra más elevada que la de la semana pasada. Además, unos 230 contactos adicionales continúan con paradero desconocido, por lo que la OMS alertó sobre el riesgo a corto plazo de que haya más infecciones en este país. En las últimas 13 semanas, Guinea ha mantenido cinco o menos casos de EVE.

Más de 11.000 muertes

El último boletín informativo sobre la epidemia indica que desde que estalló el brote de EVE, en febrero de 2014, se han registrado un total de 28.575 personas contagiadas confirmadas, probables y sospechosas en 10 países, de las que 11.313 han muerto, con lo que la tasa de letalidad es de 39,6%.

El grueso de los casos se concentra en tres países de África Occidental: Sierra Leona (14.061 casos y 3.955 fallecidos), Liberia (10.672 y 4.808) y Guinea (3.806 y 2.535). En estas naciones se han confirmado 881 contagios entre trabajadores de salud, de los que 513 fallecieron.

El número total de casos confirmados es similar en hombres y en mujeres, en tanto que las personas de entre 15 a 44 años tienen cuatro veces más probabilidades de ser afectados en Guinea y en Liberia, y el triple en Sierra Leona en comparación con los menores de 15 años.



Supervivientes de la enfermedad por el virus del Ébola del barrio de Marble Brown Street, Freetown, Sierra Leona.



Tanzania: Reportan brotes de cólera

21 de octubre de 2015 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

El Ministerio de Salud y Bienestar Social (MOHSW) de Tanzania notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la existencia de focos de brotes de cólera en el país. Hasta el 13 de octubre, 13 regiones se habían visto afectadas: Dar es Salaam, Morogoro, Pwani, Kigoma, Kilimanjaro, Iringa, Dodoma, Geita, Mara, Singida, Shinyaga, Mwanza y Zanzibar. Hasta el 19 de octubre, el número acumulado de casos es de 4.835, incluyendo

68 muertes. La región de Dar es Salaam representa 72% de todos los casos notificados (3.460). Zanzibar ha informado 140 casos.

Respuesta de salud pública

El grupo de trabajo nacional liderado por el MOHSW sigue llevando a cabo actividades encaminadas a controlar el brote. Se han implementado medidas de saneamiento de agua junto con campañas de educación sanitaria. El MOHSW, la OMS, los Centros para la Vigilancia y el Control de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos y el Programa de Epidemiología de Campo han unido sus fuerzas para mejorar la vigilancia y garantizar una respuesta oportuna y coordinada a las alertas en el campo.

La OMS y sus asociados han prestado apoyo al MOHSW en la creación de cinco centros de tratamiento en Dar es Salaam y Morogoro. Para apoyar la evaluación del riesgo y las actividades de respuesta, la OMS ha enviado dos expertos en salud pública que ayudarán en la coordinación de una respuesta multisectorial que integre la vigilancia, el manejo de casos y la movilización social, junto con las intervenciones en agua, saneamiento e higiene (WASH) en los niveles nacional y subnacional.

La Oficina Regional de la OMS para África ha enviado un experto en WASH para llevar a cabo un análisis de la situación, proporcionar orientación técnica y liderazgo en temas clave de WASH, y contribuir al desarrollo de una respuesta eficaz que incluya WASH como parte de un enfoque múltiple. En este empeño, el experto está trabajando en estrecha colaboración con las organizaciones asociadas, tales como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), así como con los coordinadores de salud ambiental en la sede y la oficina regional.

Junto con instituciones asociadas de la Red Mundial de Alerta y Respuesta a Brotes (GOARN), la OMS está coordinando el despliegue de personal técnico internacional para apoyar las operaciones de respuesta nacionales. A la Oficina Regional para África se le ha solicitado identificar expertos técnicos adicionales en la gestión de eventos de salud pública, epidemiología, manejo de casos clínicos, logística, WASH, movilización social y gestión de datos.

Advertencia de la OMS

La OMS no recomienda ninguna restricción a los viajes o el comercio con Tanzania en base a la información actualmente disponible.



Zimbabwe en guerra contra las aflatoxinas

27 de octubre de 2015 – Fuente: Inter Press Service

En la última zafra, los gorgojos y los hongos fueron el motivo de que la agricultora Mollene Kachambwa perdiera una de las cinco toneladas del maíz que su familia había cosechado en Zimbabwe. Pero ahora esas plagas tendrán que buscarse otra víctima.

Kachambwa, oriunda de la aldea homónima a 75 kilómetros al noroeste de Harare, la capital de este país de África Austral, almacenó la nueva cosecha en un hermético silo de metal galvanizado. Antes la granjera usaba graneros tradicionales o bolsas de polietileno, que no son a prueba de hongos o insectos.

Algunos hongos producen la toxina química aflatoxina, que puede infestar el grano de maíz en el campo o durante su almacenamiento. Análisis realizados en Zimbabwe hallaron importantes niveles de contaminación en los cultivos de maíz, pero también en legumbres, como el maní.

La exposición a las aflatoxinas está vinculada a la debilidad inmunitaria y al riesgo de cáncer. Los niños expuestos a ellas pueden sufrir retraso en el crecimiento, e incluso los recién nacidos pueden ser afectados a través de la leche materna contaminada.

De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, 25% de los cultivos mundiales de alimentos están contaminados por aflatoxinas, y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, de Estados Unidos, estiman que más de 4.500 millones de personas en el Sur en desarrollo están expuestas a las mismas.

Estudios del Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias sugieren que aproximadamente 26.000 habitantes de África Subsahariana mueren anualmente de cáncer de hígado derivado de la exposición crónica a las aflatoxinas.

Los agricultores como Kachambwa gastan en promedio más de 50 dólares por zafra en plaguicidas contra el gorgojo, pero tienen poca protección contra la contaminación por hongos.

Dados los costos de los insumos agrícolas en la atribulada economía de Zimbabwe, la posibilidad de métodos de almacenamiento sin pesticidas y a precio accesible es irresistible.

“Confío en que el maíz está seguro en su contenedor metálico. Me enseñaron a secarlo adecuadamente antes de almacenarlo. Puse una vela encendida para sacar todo el aire antes de sellar el contenedor. También aprendí a medir el contenido de humedad del grano antes de almacenarlo”, explicó Kachambwa.

Un equipo está investigando la exposición de aflatoxinas entre los productores de maíz y las formas de reducirla en un proyecto de 30 meses que abarca a 12 barrios de los distritos de Shamva y Makoni. El proyecto es implemen-



Los agricultores Enoch Gwangwawa y Alice Mhonda, en Zimbabwe, almacenan su maíz en bolsas herméticas para protegerlo del gorgojo y los hongos.

tado por la organización Acción contra el Hambre y el Instituto de Alimentación, Nutrición y Ciencias de la Familia de la Universidad de Zimbabwe, en colaboración con el gobierno zimbabuense.

Los investigadores analizan la eficacia de los silos metálicos herméticos y las bolsas de plástico grueso para reducir la contaminación por aflatoxinas en el maíz y evalúan la exposición de las mujeres y los niños a la mortal toxina.

También determinan el nivel de aflatoxinas en legumbres como nueces de bambara, maní, caupí y alubias.

“Un elevado nivel de aflatoxina en el maíz podría suponer un riesgo para la salud humana y también para el comercio del maíz, un alimento básico en el país”, advirtió Charlene Ambali, coordinadora del proyecto en representación de Acción contra el Hambre.

La granjera Alice Mhonda, del pueblo de Mushowani, cosechó dos toneladas de maíz y las almacenó en bolsas herméticas prolijamente apiladas en una habitación junto a su cocina.

“Abriré las bolsas en febrero para ver si el método funcionó. Estoy contenta porque no tuve que comprar pesticidas, a diferencia de la zafra pasada cuando usé siete latas, y de todas maneras perdí cinco sacos de maíz por el gorgojo, y una parte tenía hongos”, reveló.

En el estudio participan hogares agrícolas que consumen su propio maíz por más de seis meses al año y que incluyen mujeres embarazadas o en período de lactancia con hijos menores de cinco años.

Las madres y sus hijos aportan muestras biológicas –de sangre, orina y leche materna–, además de las muestras de grano, para que sean analizadas en el laboratorio. Los resultados de los análisis del maíz y las legumbres, así como de las muestras biológicas, están previstos para fines de noviembre de 2015 y determinarán si los agricultores consumen granos contaminados con aflatoxinas.

“Las comunidades estaban entusiasmadas de ser parte de la investigación que contribuirá a la reducción de las pérdidas posteriores a la cosecha”, aseguró Loveness Nyanga, el principal investigador del proyecto y profesor de la Universidad de Zimbabwe.

“Les preocupa el uso constante de plaguicidas y fertilizantes, ya que temen que también sean un peligro para la salud. Y recibieron con beneplácito la tecnología hermética ya que no necesita el uso de pesticidas en el grano cosechado”, señaló.

Las temperaturas cada vez más altas que experimenta Zimbabwe y las sequías derivadas del cambio climático incrementan la vulnerabilidad del maíz y las leguminosas a la contaminación de las aflatoxinas.

“Los métodos inadecuados de secado y almacenamiento que utilizan los agricultores tras la cosecha también contribuyen a la exposición a las toxinas. Las bolsas herméticas y los silos metálicos son métodos eficaces, según los agricultores, que en su mayoría no tenían conocimiento de las aflatoxinas y alimentaban con granos contaminados a sus pollos y cabras”, afirmó el técnico de extensión agrícola Ozwell Chitono, que trabaja con agricultores del distrito de Shamwa.

Catherine Chidewe, bioquímica nutricional y coordinadora del proyecto por parte de la Universidad de Zimbabwe, dijo que la contaminación por aflatoxinas es un gran problema que no se toma con la debida seriedad en Zimbabwe debido a la ignorancia y a la falta de investigación.

“El estudio en proceso aportará datos que podrían mejorar la política nacional contra las aflatoxinas y hacer del almacenamiento hermético un modelo para la gestión posterior a la cosecha en el país”, sostuvo.

La seguridad y la calidad alimentaria son una preocupación creciente con el fin de mejorar la productividad agrícola africana en virtud de los recientemente acordados Objetivos de Desarrollo Sostenible.

“Los problemas de calidad y seguridad alimentaria resultantes de la contaminación por aflatoxinas presentan un serio obstáculo para mejorar la nutrición, aumentar la producción agrícola y vincular los pequeños agricultores a los mercados”, según un informe de la Fundación Africana de Tecnología Agrícola, que está coordinando el proyecto.



La mortalidad de la tuberculosis se ha reducido a cerca de la mitad desde 1990

28 de octubre de 2015 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

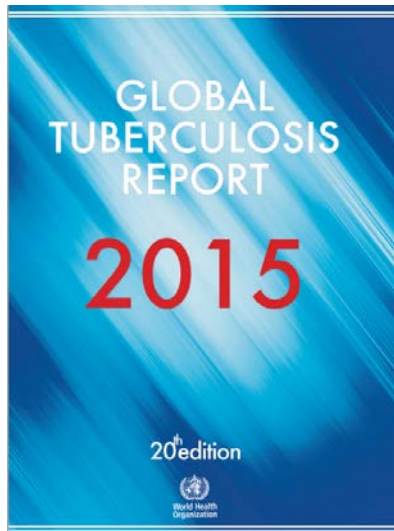
La lucha contra la tuberculosis está dando buenos resultados. La tasa de mortalidad de este año se ha reducido a cerca de la mitad de la de 1990. No obstante, en 2014 murieron de tuberculosis 1,5 millones de personas. Según el *Informe Mundial sobre la Tuberculosis 2015* de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que se presentó en Washington, la mayoría de estas muertes podrían haberse evitado.⁵

Según el informe, para reducir la carga mundial de tuberculosis es necesario corregir las deficiencias en materia de detección y tratamiento, cubrir los déficits de financiación y desarrollar nuevos productos diagnósticos, fármacos y vacunas.

La mayoría de los avances son posteriores al año 2000, en el que se establecieron los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Según el informe, el vigésimo de una serie de evaluaciones anuales llevadas a cabo por la OMS, los diagnósticos y tratamientos eficaces han salvado 43 millones de vidas entre 2000 y 2015.

“El informe muestra que el control de la tuberculosis ha tenido un enorme impacto en términos de vidas salvadas y pacientes curados. Estos avances son esperanzadores, pero para que el mundo pueda acabar con esta epidemia es necesario ampliar los servicios e invertir en investigación”, dijo Margaret Chan, Directora General de la OMS.

⁵ Puede consultar el informe completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).



Entre los logros se encuentra la consecución del Objetivo de Desarrollo del Milenio consistente en detener y comenzar a reducir la incidencia de la tuberculosis para 2015. Este objetivo se ha alcanzado a nivel mundial, así como en 16 de los 22 países con gran carga de tuberculosis, que en su conjunto sufren 80% de los casos.

La incidencia mundial de la tuberculosis ha disminuido 1,5% al año desde 2000, y 18% en total.

“Pese a estos logros, los progresos realizados en materia de tuberculosis están lejos de ser suficientes. Todavía nos enfrentamos a la carga que supone la muerte de 4.400 personas al día, cifra inaceptable en una era en la que se pueden diagnosticar y curar prácticamente todas las personas con tuberculosis”, opinó el Dr. Mario Raviglione, Director del Programa Mundial contra la Tuberculosis de la OMS.

En 2014 la tuberculosis mató a 890.000 hombres, 480.000 mujeres y 140.000 niños. La tuberculosis constituye, junto con el VIH, una de las principales causas mundiales de muerte. De los 1,5 millones de personas muertas por tuberculosis en 2014, 400.000 eran VIH-positivas. Las muertes por VIH en 2014 se estiman en 1,2 millones, cifra que incluye las 400.000 muertes por tuberculosis en personas VIH-positivas.

En el informe de este año se registra un aumento de los nuevos casos de tuberculosis (9,6 millones) con respecto a años anteriores, pero estas cifras reflejan un aumento y una mejora de los datos nacionales y de los estudios en profundidad, más que un aumento de la propagación de la enfermedad. Más de la mitad de los casos mundiales de tuberculosis (54%) correspondieron a China, India, Indonesia, Nigeria y Pakistán. Entre los nuevos casos, se estima que 3,3% presentaron tuberculosis multirresistente, porcentaje que se ha mantenido sin cambios en los últimos años.

Medidas necesarias para corregir las deficiencias en materia de diagnóstico y tratamiento

El informe destaca la necesidad de corregir las deficiencias en materia de detección y tratamiento, cubrir los déficits de financiación y desarrollar nuevos productos diagnósticos, fármacos y vacunas.

Las deficiencias con respecto a la detección son importantes. De los 9,6 millones de casos que enfermaron de tuberculosis en 2014, 6 millones (62,5%) fueron notificados a las autoridades nacionales. Eso significa que más de un tercio (37,5%) de los casos mundiales no se diagnosticaron o no se notificaron a las autoridades nacionales. Se desconoce la calidad de la atención prestada a las personas de este último grupo.

Las deficiencias con respecto a la detección y el tratamiento son especialmente graves entre los pacientes con tuberculosis multirresistente, que sigue constituyendo una crisis de salud pública. De los 480.000 casos que se estima que hubo en 2014, solo aproximadamente una cuarta parte (123.000) fueron detectados y notificados a las autoridades nacionales. Los tres países con mayor número de casos son China, India y la Federación de Rusia.

La administración de tratamiento a los casos diagnosticados de tuberculosis multirresistente ha aumentado considerablemente, y en 2014 se ha iniciado un tratamiento en casi todos los casos detectados. Cuarenta y tres países notificaron tasas de curación superiores a 75% en pacientes con tuberculosis multirresistente. No obstante, a nivel mundial, los datos muestran una tasa de curación de tan solo 50% en los casos de tuberculosis multirresistente tratados.

El tratamiento está mejorando y 77% de los casos conocidos de tuberculosis y coinfección por VIH han recibido antirretrovirales en 2104.

El número de personas con VIH que recibieron profilaxis antituberculosa se acercó al millón en 2014, lo cual representa un aumento de cerca de 60% en comparación con 2013. Más de la mitad (59%) de esas personas eran de Sudáfrica.

Los déficits de financiación siguen siendo un obstáculo a la aceleración de los progresos

“Una de las principales causas de las deficiencias con respecto a la detección y el tratamiento es el gran déficit de financiación”, dijo la Dra. Winnie Mpanju-Shumbusho, Subdirectora General de la OMS para VIH, Tuberculosis, Malaria y Enfermedades Tropicales Desatendidas. Ese déficit ascendió este año a 1.400 millones de dólares de los 8.000 millones necesarios para aplicar plenamente las intervenciones. Además, se debe cubrir un déficit anual de al menos 1.300 millones para investigación, incluido el desarrollo de nuevos productos diagnósticos, fármacos y vacunas.

A partir de 2016, el objetivo mundial cambiará del control de la tuberculosis al fin de la epidemia mundial de esta enfermedad. La estrategia para acabar con la tuberculosis, adoptada por todos los Estados Miembros de la OMS, sirve como plan de trabajo para que en 2030 los países hayan reducido la incidencia de la enfermedad en 80% y su mortalidad en 90% y para que hayan eliminado los costos catastróficos para las familias afectadas por la tuberculosis.

“Acabar con la epidemia de tuberculosis ahora forma parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Si queremos alcanzar este objetivo, tendremos que invertir mucho más, a un nivel apropiado para semejante amenaza mundial. También tendremos que avanzar en la cobertura sanitaria universal y el alivio de la pobreza. Queremos que las comunidades más vulnerables del mundo sean las primeras, y no las últimas, en beneficiarse de nuestros esfuerzos”, dijo el Dr. Eric Goosby, Enviado Especial de las Naciones Unidas para la Tuberculosis.

El 26 de octubre la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC) dio a conocer los resultados del grupo de trabajo sobre carcinogenicidad de la carne roja y de la carne procesada⁷. En resumen: la carne roja se considera como “probablemente cancerígena para los humanos” (grupo 2A de su clasificación) y la carne procesada como “cancerígena para los humanos” (grupo 1). Y los titulares, entre sensacionalistas y muy sensacionalistas la mayoría de ellos, que no todos, empezaron a informar (¿y desinformar?) a nuestra muy carnívora sociedad.

La clave de la cuestión radica en entender no solo qué significa “cancerígeno para los humanos” sino también, y acaso de forma previa, en cómo se hace y en qué se basa esta clasificación.



¿Cómo se hace la clasificación de la IARC?

La IARC ha hecho una síntesis de la evidencia acumulada hasta ahora. Los primeros estudios sobre la asociación de una dieta rica en carne con algunos tipos de cáncer, sobre todo colorrectal, son de hace al menos tres décadas. Por eso, el grupo de trabajo ha revisado cientos de estudios ya publicados, algunos de ellos recientemente y de gran valor, con grandes muestras de participantes y varias décadas de seguimiento. Estos estudios se han revisado críticamente en un trabajo de cerca de un año de duración, que culmina con un encuentro presencial de una semana en la sede de la IARC en Lyon para discutir toda la evidencia revisada y decidir en qué grupo se clasifica el compuesto o agente estudiado. Cabe aclarar que el grupo está compuesto por expertos internacionales de reconocida trayectoria, con ganas de trabajar gratis: leer docenas de artículos, revisarlos críticamente, reanalizar y sintetizar los resultados, escribir qué significan; sin conflictos de intereses y, que tras todo el trabajo, estén disponibles para la semana de clausura en Lyon, donde se acaba redactando la monografía con la clasificación final.

¿En qué se basa la clasificación de la IARC?

La IARC en sus monografías puede evaluar agentes químicos o biológicos, mezclas o una circunstancia o exposición. Es decir, se evalúa la carcinogenicidad de cosas tan concretas como los bifenilos policlorados (PCBs), el virus del papiloma humano, o de exposiciones complejas como la contaminación del aire o el humo del tabaco (Monografías 107, 90, 161 y 83, respectivamente). La clasificación tiene en cuenta tanto las evidencias derivadas de estudios epidemiológicos en humanos como las derivadas de estudios experimentales en animales. Y lo más importante: la clasificación solo refleja la fuerza de la evidencia, es decir, cuán seguros estamos de que el agente sea cancerígeno, sin referirse a la potencia o al grado de la actividad carcinogénica, ni a los mecanismos involucrados, ni al impacto del cáncer.

Así, dos factores de riesgo pueden estar en la misma categoría (por ejemplo el tabaco y la carne procesada, ambos en el grupo 1, “cancerígeno para los humanos”) con independencia de la magnitud del riesgo que confieren: el tabaco aumenta el riesgo de cáncer de pulmón en 1.000% (por ejemplo, fumar 10 cigarrillos al día) y la carne procesada aumenta 18% el riesgo de cáncer colorrectal (en los consumidores habituales de más de 50 gramos al día).

Tabaco y carne están en el mismo grupo, con independencia también de con cuántos cánceres se relacionan (el tabaco causa 15 tipos de cáncer diferentes, la carne procesada solo se asocia al cáncer colorrectal); de la proporción de la población expuesta (en España, 30% de los adultos españoles fuma a diario pero solo 10,6% consume carne a diario) o de la magnitud de la enfermedad causada (en todo el mundo, el tabaco causa 1.000.000 de muertes al año, mientras que para la carne procesada son 34.000).

¿Qué significa “Grupo 1: cancerígeno para humanos”?

La clasificación de la IARC “etiqueta” el agente o factor de riesgo en grupos atendiendo a cuán seguros estamos de que sea un carcinógeno. El grupo 1 incluye aquellos agentes o factores para los que existe suficiente evidencia en humanos de su efecto carcinógeno, o cuando esta evidencia no llega a ser suficiente en humanos pero sí que lo es en animales de experimentación. Es decir, los estudios en animales y en humanos nos hacen estar muy seguros de que estamos ante un carcinógeno.

Si el grado de evidencia no es suficiente, los agentes o factores de riesgo se clasifican en otros grupos. El grupo 2 incluye dos subgrupos: el grupo 2A, en el que se etiqueta al factor como “probablemente cancerígeno” cuando hay evidencia limitada de su efecto cancerígeno en humanos pero esta evidencia es suficiente en animales; y el grupo 2B, “posiblemente cancerígeno”, cuando se dispone evidencia limitada tanto en humanos como en animales.

En el grupo 3 incluye aquellos factores que no pueden ser clasificados en base a los estudios existentes, y no podemos decidir si son o no son cancerígenos. La evidencia es inadecuada en humanos, y asimismo es inadecuada (o también limitada) en animales.

⁶ Esteve Fernández es médico epidemiólogo del Institut Català d’Oncologia, profesor titular de salud pública de la Universitat de Barcelona y Presidente de la Sociedad Española de Epidemiología.

⁷ Ver ‘La OMS afirma que los embutidos son cancerígenos y puso la mira en la carne roja’ en [Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 1.682](#), de fecha 28 de octubre de 2015.

Es en el grupo 4 (“probablemente no cancerígeno”) en el que se clasifican aquellos factores cuando la evidencia sugiere falta de carcinogeneidad tanto en humanos como en animales.

Aunque para los científicos pueda ser clara, no se trata de una clasificación fácil, y menos cuando la finalidad es comunicar a los medios y a la población. Los riesgos en la comunicación del riesgo son claros. El 26 de octubre de 2015 se hablaba directamente sobre “la alarma de la OMS sobre la carne”. Pero en la nota de prensa y en la documentación acompañante no aparece la palabra “alarma”. El comunicado dice literalmente: “La carne procesada se clasificó como carcinógena para los humanos (Grupo 1)”. En efecto, ese es el resultado de la evaluación científica.

Pero, sin duda alguna, se trata de una terminología abstrusa para los medios generalistas y para la ciudadanía, que deriva, en algunos casos, en titulares alarmantes (“La OMS dice que las salchichas y el *bacon* son cancerígenos”) y declaraciones algo esperpénticas (como pedir a la OMS que se retracte) que son, seguramente, la verdadera causa de la alarma.

Publicidad relacionada con la salud



**TRATAMOS A NUESTROS
PACIENTES...**

CON RESPETO

SABEMOS QUE NUESTROS PACIENTES QUE USAN ALCOHOL, DROGAS, Y CIGARRILLOS VALORAN SU SALUD. NUESTRA META ES PROVEER A CADA PACIENTE LA MEJOR ASISTENCIA MÉDICA POSIBLE. ESTAMOS AQUÍ PARA AYUDARLE, NO JUZGARLE.

Harm Reduction Coalition | Design: Better World Advertising
This project was funded in part by the New York City Department of Health and Mental Hygiene through a contract with Public Health Solutions.

Harm Reduction Coalition (Estados Unidos).

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

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

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