



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina

www.reporteepidemiologico.com



Número 1.688

11 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)

Córdoba

• Río Cuarto: Las infecciones de transmisión sexual aumentaron 44% en dos años

Argentina

• Vigilancia de encefalitis de Saint Louis

América

• Bolivia, Cochabamba: Confirman un brote de rabia y se quintuplican los casos

• Brasil, Paraná: Un brote de toxoplasmosis afecta a 42 personas en Londrina

• Colombia: La fiebre zika avanza más rápido de lo que se pensaba

• El Salvador: Confirman reducción de casos de dengue y fiebre chikungunya

• Estados Unidos: Los planes en caso de desastre deben tener en cuenta a los niños

• Venezuela: Bolívar ha exportado a otros estados 12.926 casos de malaria

El mundo

• África Occidental: El reto de tratar a los supervivientes de la enfermedad por el virus del Ébola

• China enciende la calefacción y la contaminación se desboca

• Europa: La incidencia de la hepatitis C se mantiene estable en HSH con VIH

• Omán toma precauciones tras un caso de cólera

• Siria: Los costos de la guerra

• Zambia combate la desnutrición y el cambio climático

Adhieren:

SLAMVI

Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/

CIRCULO MÉDICO DE CÓRDOBA

www.circulomedicocba.org/

CMPC Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba

www.consejomedico.org.ar/



Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Córdoba

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



S.A.D.I.

www.said.org.ar/

Comité Nacional de Infectología

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



www.apinfectologia.org/

Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica

www.sadip.net/

Asociación Parasitológica Argentina

www.apargentina.org.ar/

Declaración de Córdoba II



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](#).



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](#).

Córdoba

PUNTAL Río Cuarto: Las infecciones de transmisión sexual aumentaron 44% en dos años

10 de noviembre de 2015 – Fuente: Puntal (Argentina)

Al comparar los datos de los primeros nueve meses de 2015 con el mismo período del 2013, se deduce que el número de personas alcanzadas por infecciones de transmisión sexual (ITS) aumentó 44%, de acuerdo a un informe elaborado por la Subsecretaría de Salud del Municipio de Río Cuarto.

Hasta la semana epidemiológica 39 de 2013 se registró un total de 297 contagiados, mientras que en idéntico período de 2015 se contabilizaron 429 afectados por alguna de las patologías derivadas de la práctica de relaciones sexuales sin el uso de medidas de prevención.

Si bien las campañas para concienciar sobre la necesidad de usar medios de profilaxis no se han relajado, desde el área de Salud indicaron que mucha gente dejó de someterse a los controles que permiten prevenir estas enfermedades.

El Dr. Gabriel Abrile, secretario de Salud, Desarrollo Social y Deportes, dijo que una de las pautas que marcó este importante crecimiento en el número de contagiados tiene que ver con el cierre de los prostíbulos, a partir de la implementación de la ley que los prohíbe en todo el territorio provincial, a los fines de combatir la trata de personas.

En ese sentido, si bien reconoció que la norma tiene aspectos positivos, el médico consideró que se ha vuelto muy complicado prevenir los contagios ya que muchas de las mujeres que ejercían la prostitución ya no cuentan con un control sanitario permanente.

"De esta manera no podemos evitar los contagios. Nos tenemos que abocar a darles tratamiento a las enfermedades porque los pacientes llegan a los centros de atención una vez que empiezan a tener los síntomas. Los casos más habituales son la sífilis (que registra el mayor número de casos de los últimos 10 años) y la gonorrea. La pérdida de la libreta sanitaria es lo que complica la situación, porque las campañas de concienciación y la entrega gratuita de preservativos en todos los puntos de atención del Municipio siguen adelante", señaló.

A todo esto, el área de Salud lleva contabilizados cinco casos confirmados de sida, uno más que los registrados en 2014 y tres menos que los consignados en 2013.

"Estos son los datos propios, pero la mayoría de las personas que tienen sida se atienden a nivel hospitalario, por lo que seguramente hay muchos casos más", concluyó Abrile.

Argentina



Vigilancia de encefalitis de Saint Louis

2 de noviembre de 2015 – Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

No se registran áreas con brotes activos en la semana epidemiológica (SE) 41.

Hasta la SE 42 de 2015 se estudiaron 1.399 casos en el marco de la vigilancia integrada de arbovirus. Se confirmaron 7 casos en 4 provincias y 31 casos probables en 11 provincias. Los casos confirmados de flavivirus detectados en el marco de un brote de Córdoba permanecen como probables ya que no puede distinguirse el virus involucrado por los cruces serológicos.

Entre las SE 7 y 18 fueron detectados en la ciudad de Pergamino, Buenos Aires, 5 casos confirmados de infección reciente por flavivirus, uno de ellos fallecido. En dos de los casos pudo identificarse como agente etiológico al virus

de la encefalitis de Saint Louis (1 confirmado y 1 probable) y los 3 restantes presentan pruebas que indicarían que se trata de este virus aunque los cruces serológicos con el virus del Nilo Occidental no permiten identificar el flavivirus infectante. Dado que no existen evidencias actuales que denoten actividad del virus del Nilo Occidental en esta región son tomados como casos probables de encefalitis de Saint Louis.

Tabla 1. Casos estudiados, según clasificación y provincia y región. Argentina. Año 2015, hasta semana epidemiológica 42. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.

Provincia/Región	Confirmados	Probables	En estudio	Descartados	Total
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1	3	20	14	38
Buenos Aires	3	15	60	32	110
Córdoba	1	24	848	160	1.033
Entre Ríos	—	1	13	15	29
Santa Fe	—	5	9	5	19
Centro	5	48	950	226	1.229
Mendoza	—	1	1	5	7
San Juan	—	—	5	4	9
San Luis	2	—	17	15	34
Cuyo	2	1	23	24	50
Corrientes	—	—	—	—	—
Chaco	—	3	43	17	63
Formosa	—	—	3	4	7
Misiones	—	—	—	1	1
NEA	—	3	46	22	71
Catamarca	—	—	—	—	—
Jujuy	—	—	1	1	2
La Rioja	—	—	—	—	—
Salta	—	1	2	2	5
Santiago del Estero	—	—	2	3	5
Tucumán	—	1	21	8	30
NOA	—	2	26	14	42
Chubut	—	—	2	1	3
La Pampa	—	—	1	—	1
Neuquén	—	—	1	1	2
Río Negro	—	1	—	—	1
Santa Cruz	—	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—	—
Sur	—	1	4	2	7
Total Argentina	7	55	1.049	288	1.399

América

Opinión

Bolivia, Cochabamba: Confirman un brote de rabia y se quintuplican los casos

10 de noviembre de 2015 – Fuente: Opinión (Bolivia)

En la zona sur de Cochabamba se detectó, en los últimos dos meses, un incremento significativo de casos de rabia canina.

Si bien cada año se tiene una proyección del número de casos que se pueden presentar, este año no fue lo que se esperaba y se quintuplicaron en Cercado.

Según Libertad Luján, responsable del Programa Rabia del Servicio Departamental de Salud (SEDES), el 95 por ciento de estos casos positivos de rabia en el municipio se dio en ese sector de la ciudad.

Solo en el mes de octubre, el Laboratorio de Investigación y Diagnóstico Veterinario Cochabamba (LIDIVECO) confirmó 13 casos de rabia canina, y en septiembre fueron ocho.

El año pasado, hasta la primera semana de noviembre, se registraron seis casos y este año se tienen 35. Se suman tres casos en gatos, lo que da un total de 38.

Ante esta situación, el SEDES se declara en alerta y alista medidas de prevención.

Zona de acción

Entre tanto, en la zona sur se ha iniciado una re-vacunación de los perros que el pasado mes de agosto recibieron una dosis contra la rabia; sin embargo, no tuvo efectos por diferentes factores. Asimismo, se busca a los perros de la calle para aplicar la vacuna.

Luján explicó que este trabajo se realiza desde la zona de La Maica hasta el kilómetro 9 de la avenida Petrolera.

“Se ha zonificado y estamos haciendo el control de foco con la vacunación casa por casa y en la calle. Se hará otra re-vacunación dentro de un mes”, informó.



Los casos

Según Luján, en esta época aumenta la circulación viral, lo que significa que es un periodo cíclico y de reproducción de los canes.

“Hay una mayor concentración de animales y las probabilidades de contraer la enfermedad son mayores”, agregó.

Según el informe de Luján, después de Cercado se han registrado más casos en Quillacollo (13), Cliza (4), Sacaba (3), Mizque (2), Sipe Sipe (2), Arbieto (2), Omereque (1), Santiváñez (1), Tiquipaya (1), Vinto (1) y Colcapirhua (1).

“Aiquile es el de mayor tasa de incidencia, pero hace meses que no registra casos en relación con Cercado”, indicó.

Las causas

Para la responsable del Programa Rabia, las causas para que haya un incremento de casos son diferentes.

Una de las más comunes es que de cachorros, los animales no desarrollaron defensas. Es por eso que se recomienda que los perros menores de un año reciban cuatro vacunas. La primera al mes, la segunda a los tres meses, la tercera a los seis meses y la última al año para lograr su inmunización.

Otra de las causas es que el can tuvo contacto con otro que tiene rabia en el periodo en que el organismo reconoce la vacuna, que es de dos semanas.

Uno de los últimos casos que se reportó fue en Quillacollo (El Paso), donde un perro de dos años y medio dio positivo a la prueba de rabia pese a haber recibido la vacuna en agosto.

Tres miembros de una familia tuvieron contacto con el animal. Una niña fue arañada y sus papás una lamedura. Ahora reciben las dosis de la vacunación correspondientes (10 en total) y el suero antirrábico (16 dosis) para descartar que hayan contraído la enfermedad.



Brasil, Paraná: Un brote de toxoplasmosis afecta a 42 personas en Londrina

9 de noviembre de 2015 – Fuente: Doce

Asciende a 40 el número de casos de toxoplasmosis entre los empleados del Instituto Agronómico de Paraná (IAPAR) en Londrina. Todavía sin conocer que podría haber causado el brote, Vigilancia de la Salud pidió que la agencia suspendiese el suministro de agua a la población a través de las cañerías ubicadas en las inmediaciones de la sede del instituto.

“Suspendimos el suministro, tanto para el público externo como para el interno, para llevar a cabo la limpieza de los tanques de agua. El consumo de los empleados recomenzó a principios de esta semana, después de la finalización de la limpieza, pero los grifos deberán permanecer cerrados, según la recomendación de Vigilancia de la Salud”, dijo Altair Dorigo, director gerente de IAPAR en Londrina.

Agregó que Vigilancia de la Salud investiga dos hipótesis de contaminación: una implica a los tanques de agua y la otra a la cafetería del IAPAR. “Los 40 afectados concurren a la cafetería diariamente. Es posible que hayan contraído la enfermedad al consumir verduras contaminadas”, dijo, y señaló que el parásito que causa la toxoplasmosis está presente en las heces de gato.

Sobre el personal afectado, el director del IAPAR dijo que todos están siendo tratados. “Entre los casos, hay una mujer embarazada que nos causa más preocupación, pero todo está bajo control”, dijo.¹



Semana

Colombia: La fiebre zika avanza más rápido de lo que se pensaba

3 de noviembre de 2015 – Fuente: Semana (Colombia)

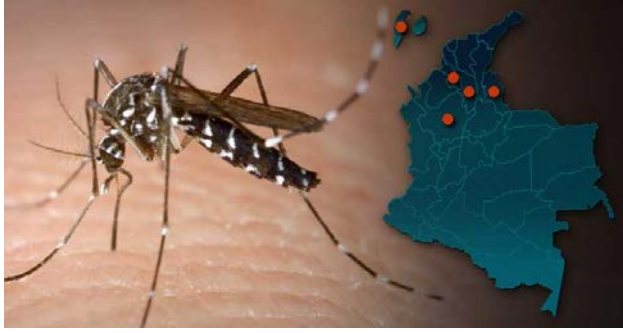
En junio de 2015 la fiebre zika comenzó a hacerse conocer entre los colombianos. No era para menos: se trata de una enfermedad viral de la que, en esa época, se reportaban 16 casos reportados en Brasil. Aun cuando en ese momento en Colombia no hubo reportes de la llegada de la enfermedad, las autoridades de salud encendieron las alarmas.

Ahora, cuatro meses después, el panorama es muy distinto y preocupante. El propio viceministro de Salud, Fernando Ruiz Gómez, confirmó el 3 de noviembre que hay 239 casos reportados en Colombia. Según el alto funcionario, se presentan en Bolívar, Antioquia, San Andrés, Norte de Santander y Sucre.

¹ Si bien la noticia no menciona nada acerca de los resultados serológicos, es de suponer que el diagnóstico de toxoplasmosis es correcto. Son bien conocidos los brotes de toxoplasmosis transmitida por el agua. El mejor descrito sucedido en Victoria, Isla de Vancouver (Canadá) en 1994-1995, cuando un depósito de agua fue contaminado con ooquistes de *Toxoplasma gondii*, presumiblemente por pumas salvajes que defecaron en el reservorio de agua.

Otros brotes se han notificado en Brasil. El agua superficial es contaminada por ooquistes de *T. gondii* por las heces de gatos, y si el agua es consumida sin hervir o se ingiere, por ejemplo, al nadar, existe riesgo de infección.

La infección por *Toxoplasma* causa una enfermedad febril corta en la mayoría de los casos, pero es más grave en 10 a 15% de los casos, especialmente causando coroiditis. En las mujeres embarazadas puede causar toxoplasmosis congénita y la infección es más grave en personas inmunocomprometidas, por ejemplo, pacientes con VIH.



“La progresión del virus está siendo más rápida de lo que pensábamos. Hasta el momento se han registrado 103 casos en Bolívar, 37 en Antioquia, 37 en San Andrés, 16 en Cúcuta (Norte de Santander), 12 en Sincelejo (Sucre). Pero según los reportes, el virus podría llegar a 17 departamentos. Actualmente se están estudiando posible casos en Cundinamarca, Caldas y Valle”, explicó el funcionario.

“En este momento nos encontramos haciendo las estimaciones acerca de cuántos casos de fiebre zika podrían esperarse en el país. Con la fiebre chikungunya inicialmente estimamos 600.000 casos, pero hasta el momento van 873.000 personas contagiadas,

aunque sólo 450.000 reportaron y fueron a un médico”, adelantó Ruiz Gómez.

“Como la enfermedad es nueva, se está capacitando a los médicos para que sepan distinguirla de otras similares, como el dengue y la fiebre chikungunya. En nuestra página web tenemos un video en el que se explican detalladamente las características del virus”, informó el viceministro.

Respecto de cuánto tiempo podría durar la fiebre zika en Colombia, el funcionario acotó que “la fiebre chikungunya duró un año, más tiempo que en otros lugares del mundo, por lo que la fiebre zika podría durar un tiempo similar o menos porque la progresión está siendo un poco más rápida”.

LA PRENSA GRÁFICA El Salvador: Confirman reducción de casos de dengue y fiebre chikungunya

10 de noviembre de 2015 – Fuente: La Prensa Gráfica (El Salvador)

Elvia Violeta Menjívar, ministra de Salud de El Salvador, confirmó el 9 de noviembre que los casos de dengue y fiebre chikungunya siguen disminuyendo en el país, con relación con los que se reportaron durante 2014.

“El año pasado para esta fecha teníamos un total de 15.367 casos confirmados de dengue y ahora tenemos 8.944, lo que equivale a una reducción de 42% de casos. La fiebre chikungunya va también para abajo. El año pasado teníamos 12.970 casos sospechosos y en 2015, hasta esta semana, llevamos 842. Podemos decir que en fiebre chikungunya hemos logrado reducir el número de casos en 94%”, detalló la titular de Salud.

Pese a la reducción de casos, la ministra reveló que en la actualidad se contabilizan más hospitalizaciones por dengue debido a la respuesta tardía por parte de los familiares de los pacientes. El Ministerio de Salud dijo meses atrás que los ingresos de pacientes era porque los médicos confundían el diagnóstico.

“El año pasado a estas alturas teníamos 3.835 hospitalizaciones por dengue, y ahora tenemos 7.497. El llamado a la población es este: están circulando las cuatro cepas del virus Dengue y a menudo las familias tienden a llevar demasiado tarde a los pacientes, lo que deriva en más casos de hospitalización”, indicó la funcionaria, quien aseguró que sí se tiene una baja en el número de hospitalizaciones por fiebre chikungunya, al disminuir de 365 casos el año pasado a 36 ingresos registrados en 2015.

PEDIATRICS Estados Unidos: Los planes en caso de desastre deben tener en cuenta a los niños

OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

19 de octubre de 2015 – Fuente: *Pediatrics*

Los planes de respuesta a los desastres deben poner más énfasis en las necesidades de los niños, según una nueva declaración de política de la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP).

Eventos como los desastres naturales, los ataques terroristas, los accidentes industriales o los brotes de enfermedades pueden dañar especialmente a los niños por varias razones, indicaron los expertos.

“Por ejemplo, los niños respiran más veces por minuto, están más cerca del suelo y tienen un área superficial muy grande en relación con su masa corporal y una piel más permeable que los adultos”, dijo la AAP. Estos factores hacen que los niños sean más vulnerables al humo, a los desechos y otras amenazas ambientales.

La exposición a sustancias tóxicas supone una amenaza a largo plazo para los niños pequeños porque están pasando por un periodo de desarrollo crítico. La exposición a la radiación y a las sustancias cancerígenas puede dañar el ADN de los niños pequeños y aumentar su riesgo de cáncer de por vida, según la AAP.

Los niños quizá no sepan huir o evitar los peligros, y quizá incluso se aproximen a ellos por curiosidad. Además, los bebés y los niños pequeños requieren un equipo médico del tamaño apropiado y las dosis apropiadas de medicamentos, que no siempre están fácilmente disponibles.

“Es crucial que los hospitales tengan planes para ofrecer una atención médica a los niños durante y después de los desastres”, comentó el coautor de la declaración, el Dr. Joseph Wright, presidente del departamento de pediatría y salud infantil de la Facultad de Medicina de la Universidad de Howard, en Washington DC.

“Como proveedor médico en un hospital, me intriga particularmente el hecho de que en los años posteriores al 11 de septiembre, una evaluación a nivel nacional muestre que los departamentos de emergencias de los hospitales son



menos propensos a incluir elementos pediátricos explícitos en su planificación institucional para los desastres que una evaluación parecida que se hizo a principios de la década de 2000", dijo Wright.

"En 2003, 76% de los departamentos de emergencias de Estados Unidos dijeron que habían incluido las necesidades específicas de los niños en la planificación para el caso de desastre, pero esa cifra se había reducido a 47% en 2014", señaló Wright.

El Dr. Scott Needle, jefe médico de la Red de Servicios de Salud del Suroeste de Florida, y coautor de la declaración, añadió que los consultorios de atención pediátrica primaria también deben tener un plan.

"Menos de la mitad de los consultorios pediátricos tienen planes de preparación. Esto es particularmente preocupante porque los pediatras con un consultorio son una fuente clave de atención médica, lo que incluye las vacunas y la atención de salud mental, para las familias de la comunidad", señaló Needle.

Los ejercicios y los simulacros en caso de desastre deben incluir a los niños como víctimas y como respondientes, según la declaración de la AAP.

"Los planes de respuesta en caso de desastre son especialmente importantes en ámbitos en los que los niños se encuentren separados de sus familias, como las escuelas y las guarderías", dijo el Dr. David Schonfeld, miembro del Consejo de Asesoría para la Preparación ante Desastres de la AAP.

"Sin embargo, se debe tener cuidado de que los propios simulacros no infrinjan traumas psicológicos a los niños. El personal y los estudiantes deberían estar informados antes de realizar un ejercicio, especialmente si incluye escenarios (como, por ejemplo, con asaltantes armados) que con seguridad asustarán a muchos niños y miembros del personal", añadió Schonfeld.²

EL NACIONAL

Venezuela: Bolívar ha exportado a otros estados 12.926 casos de malaria

9 de noviembre de 2015 – Fuente: El Nacional (Venezuela)

La malaria puede extenderse a cualquier área de Venezuela en la que se encuentre el mosquito *Anopheles*, vector de la enfermedad. En Venezuela, el estado con mayor incidencia de casos es Bolívar, que en 2015 acumula 86.047 contagios.

De acuerdo con el reporte de la Red Defendamos la Epidemiología, los casos transferidos del estado Bolívar a otras entidades son 12.926, que representan 15,02% de los enfermos en esa región. Los estados más receptores son Guárico (2.084 casos), Apure (1.761), Amazonas (1.311), Monagas (1.327), Barinas (1.234) y Anzoátegui (1.091). En total, 22 entidades federales recibieron casos adquiridos en Bolívar en la semana epidemiológica 42.

El reporte de la Red señala que hasta el 24 de octubre se registraron en el país 108.361 personas contagiadas de malaria. Si se compara con el mismo período del año anterior –cuando hubo 70.403 casos– la cifra representa un aumento de 53,9%.

El mosquito *Anopheles* está presente en más de 85% del territorio nacional; la excepción son las regiones que superan los 800 metros de altura. Debido al número de contagios, la Red califica la situación como una "explosiva epidemia". Solo en la semana epidemiológica 42 hubo 1.985 nuevos casos autóctonos.

A Bolívar le siguen en la escala de estados con mayor número de contagios Amazonas, Delta Amacuro, Monagas, Sucre, Apure, Zulia y Guárico. 68% de los enfermos son varones (73.641) y 32% son mujeres (34.720). En niños menores de 10 años de edad el número de casos asciende a 10.609.

El mundo

DIARIO MEDICO

África Occidental: El reto de tratar a los supervivientes de la enfermedad por el virus del Ébola

9 de noviembre de 2015 – Fuente: Diario Médico (España)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el 7 de noviembre el fin de la epidemia de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) en Sierra Leona tras 42 días desde el último caso activo. Desde el comienzo de la epidemia, el virus ha terminado con la vida de casi 4.000 personas. La atención a los supervivientes sigue siendo un reto enorme para el país; muchas de las 4.051 personas que han superado la EVE presentan dolores de articulaciones, fatiga crónica, y problemas de audición y visión, que pueden producir ceguera si no son atendidos por un especialista. Se estima que hay 15.000 supervivientes de la EVE en África Occidental.

En octubre, 70 de ellos pasaron por la clínica de Médicos Sin Fronteras (MSF) en Freetown y un centenar recibieron atención en Tonkolili. Haber ingresado en un centro de la EVE y el miedo al virus en la población puede producir casos graves de depresión, otros problemas de salud mental y trastorno por estrés postraumático. No obstante, pese a las necesidades que presentan los supervivientes, el acceso a los servicios de salud puede presentar dificultades. Esto se debe, según MSF, a que aún existe cierto miedo entre los profesionales sanitarios a tratar a los supervivientes, "y cualquier paciente con síntomas similares hace pensar a los profesionales que la EVE ha reaparecido. El verdadero riesgo son las patologías habituales y las consecuencias que ha tenido el virus del Ébola sobre los pacientes. Debemos lograr que los médicos pierdan el miedo y les traten", dijo Armand Sprecher, especialista de MSF en Salud Pública.

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

Asimismo, la pérdida de trabajo por la patología complica más aún el acceso a los servicios sanitarios por falta de recursos, y los pacientes también presentan problemas sociales, ya que “muchas veces no son bienvenidos en sus comunidades y las interacciones habituales con sus familias y vecinos se han visto perturbadas”, dijo Sprecher. Por todo ello es esencial que las autoridades de salud coordinen sus esfuerzos para garantizar el acceso oportuno a la atención gratuita y de calidad para los supervivientes y sus familias.

Sin embargo, pese a que Sierra Leona haya sido declarada libre de transmisión, todavía hay casos nuevos en Guinea: “Hace dos semanas tres pacientes, entre ellos una embarazada, fueron ingresados en el centro de tratamiento de la EVE de MSF en Conakry, y un bebé nació con la enfermedad. Sabemos que dos de nuestros pacientes provienen de una línea de transmisión vinculada a una muerte en la comunidad en Forécariah, pero hay otro que procede de una cadena de transmisión desconocida hasta el momento”, dijo Sprecher. Según él, el principal riesgo es el débil sistema de vigilancia. Se estima que hay 233 personas en Guinea que han estado en contacto con un paciente de EVE, pero no están bajo seguimiento. “Por eso es tan difícil detener la epidemia. La región debe mantener los equipos de vigilancia y respuesta rápida en prevención de nuevos casos”.

Sin riesgo de epidemia

Sprecher explicó que para que la EVE se convierta en endémica en África Occidental tendrían que producirse dos supuestos: uno, que hubiera una gran cantidad de casos tardíos de personas infectadas por transmisión sexual, algo que de momento no se ha visto que suceda; y dos, que el virus se adaptara bien a los humanos. “Procede de los murciélagos y no se adapta bien a nosotros. Y si lo comparamos con otros patógenos, no muta tan rápidamente. Además, la forma en que el virus causa la enfermedad en los humanos no es propicia para que se convierta en endémica. A diferencia de otros virus, no se transmite fácilmente en los contactos casuales”.

Asimismo, Sprecher añadió que de los 27.000 casos de EVE registrados, se han observado algunos casos tardíos “en los que el virus se ha incrustado en partes del organismo donde el sistema inmunitario está menos presente, por ejemplo, en los testículos, el cerebro y el interior de los ojos. La mayoría de estas zonas no son lugares donde el virus puede diseminarse fácilmente e infectar a otros. El semen sería la única excepción. Pero eso es raro, y no puede generar muchos casos nuevos. Es cierto que existe un riesgo residual en los supervivientes, pero no es cuantificable. La ciencia debería ahora estar al servicio de los supervivientes de la EVE, y no al revés”.

EL PAÍS China enciende la calefacción y la contaminación se desboca

9 de noviembre de 2015 – Fuente: El País (España)

La pronta llegada del frío en China ha dejado, en vez de las bonitas estampas invernales, una densa capa gris de contaminación. Las provincias del noreste de China, especialmente Jilin y Liaoning, registran desde los últimos tres días niveles de contaminación del aire nunca vistos después que las autoridades hayan decidido encender el sistema central de calefacción, alimentado por la quema de carbón.

Durante el fin de semana, la ciudad de Shenyang –capital provincial de Liaoning y con unos 8 millones de habitantes– llegó a registrar un nivel de partículas PM 2,5 (las más pequeñas y dañinas para la salud por su capacidad de penetrar directamente en las vías respiratorias) de más de 1.400 microgramos por metro cúbico ($\mu\text{g}/\text{m}^3$). El máximo que recomienda la Organización Mundial de la Salud es de 25 $\mu\text{g}/\text{m}^3$. Son 56 veces más. Según la televisión estatal CCTV, la visibilidad en esta ciudad se redujo a 100 metros, lo que provocó el cierre de autopistas y el desvío de algunos vuelos.

Se trata de un fenómeno al que los habitantes del norte del país están acostumbrados con la llegada del invierno, pero según las ONG locales nunca se habían alcanzado niveles parecidos. El contacto directo y prolongado con estas partículas finas se vincula con la aparición de enfermedades como el cáncer de pulmón así como varias dolencias respiratorias y del corazón. Los hospitales de la zona se vieron desbordados por pacientes con problemas respiratorios y los barbijos se agotaron en las tiendas.

Otras ciudades de la zona como Changchun –capital de Jilin, también con 8 millones de habitantes–, registraron durante el pasado fin de semana picos de más de 1.000 $\mu\text{g}/\text{m}^3$. El 9 de noviembre la situación mejoró ligeramente, pero aun así el índice de contaminantes llegó a los 860 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, según datos del Ministerio de Medio Ambiente chino.

En un comunicado, el organismo aseguró que este episodio récord de polución podría alargarse hasta el 13 de noviembre, cuando se prevé que el viento se lleve esta densa capa de contaminación. Las autoridades locales han elevado la alerta a niveles máximos, por lo que se paralizará parcialmente la actividad de las fábricas y se regulará el tráfico en las grandes ciudades. También han recomendado a los ciudadanos que no salgan de casa.

La contaminación del aire es uno de los mayores problemas ambientales en China y es fuente de protestas por parte de la población. Las autoridades intentan reducir su dependencia del carbón (abundante en el país, barato de extraer pero muy contaminante) por el gas natural y las energías renovables, pero más de dos tercios de la energía generada en China sigue procediendo del uso de este combustible fósil.



EACS
European
AIDS
Clinical
Society

Europa: La incidencia de la hepatitis C se mantiene estable en HSH con VIH

3 de noviembre de 2015 – Fuente: European AIDS Clinical Society

Según los resultados de un análisis del estudio de cohorte CASCADE, en Europa no se observa un descenso en el número de nuevas infecciones por el virus de la hepatitis C (VHC) en hombres que practican sexo con hombres (HSH) con VIH. Sin embargo, el estudio muestra tendencias diferentes de acuerdo con las regiones analizadas. Los resultados fueron presentados en la XV Conferencia Europea del Sida (EACS 2015), celebrada recientemente en Barcelona.

Desde inicios de 2000, se han comunicado en algunas ciudades de Gran Bretaña, Europa, Australia y Estados Unidos –y recientemente en España– brotes de infección aguda por VHC transmitida, en apariencia, por vía sexual en grupos de HSH con VIH. Datos recientes muestran que la incidencia de hepatitis C en HSH con VIH podría superar en la actualidad a la comunicada en usuarios de drogas inyectables en algunas ciudades.

Cada vez son mayores los indicios de que la transmisión del VHC, en HSH con VIH, es relativamente frecuente a través de prácticas sexuales de alto riesgo (tales como el sexo anal traumático o *fisting* –introducción total o parcial de la mano en el ano de la pareja–), sexo en grupo sin preservativo o empleo de drogas (inyectables y/o inhaladas) durante sesiones de sexo prolongadas, o bien por la presencia concomitante de infecciones de transmisión sexual (ITS) ulcerativas, entre otros factores.

Durante la conferencia, un grupo de investigadores del estudio CASCADE (siglas en inglés de Acción Concertada sobre Seroconversión al Sida y Muerte en Europa), que agrupa datos de 29 cohortes europeas, estimaron las tendencias a lo largo del tiempo de la incidencia del VHC entre HSH con VIH y examinaron las potenciales relaciones entre incidencia de VHC y edad, carga viral del VIH, recuento de células CD4 y región geográfica.

El análisis utilizó datos de aproximadamente 6.000 hombres de 16 de las 29 cohortes de seroconvertidores al VIH, o personas con fechas precisas de la infección por VIH. En el análisis se incluyeron aquellas cohortes en las que, como mínimo, a la mitad de los participantes HSH se les había realizado una prueba de ARN del VHC.

El tiempo de seguimiento se calculó de dos maneras distintas: el método 1 tendería a subestimar la incidencia del VHC, mientras que el método 2 tendería a sobreestimarla. El método 1 analizó a 5.953 HSH a los que se realizó el seguimiento desde el momento en que estuvieron en riesgo de infección por VHC, definido como la entrada al estudio de cohorte, el inicio de la prueba rutinaria del VHC, o la seroconversión al VIH. Por otro lado, el método 2 analizó a 4.326 HSH a los que se realizó el seguimiento desde el primer resultado negativo al VHC después de estar en riesgo.

Los pacientes seleccionados fueron seronegativos al VHC en el inicio del periodo de seguimiento. La fecha de infección por VHC se estimó como el punto medio entre la última prueba del VHC negativa y la primera positiva.

Los resultados muestran que durante un periodo mediano de seguimiento de 4 años, se produjeron un total de 337 nuevas infecciones por VHC utilizando el método 1, o 279 nuevas infecciones usando el método 2.

La incidencia del VHC aumentó de forma sostenida de 0,7 infecciones cada 1.000 persona-años en 1990 a 18 cada 1.000 persona-años en 2014 de acuerdo con el método 1, o de 3 infecciones cada 1.000 persona-años en 1990 a 21 cada 1.000 persona-años utilizando el método 2.

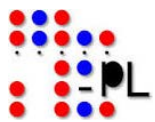
Aunque algunos estudios previos han sugerido una estabilización de la incidencia del VHC entre HSH en algunas ciudades europeas, este análisis no halló un descenso cuando analizó Europa en su conjunto. De hecho, las tendencias de la incidencia del VHC difirió por regiones: mientras que las nuevas infecciones por VHC parece que continúan en aumento en el sur y el norte de Europa, la incidencia parece estar estabilizándose en Europa Occidental.

Un análisis multivariable mostró una mayor probabilidad de infección por VHC en HSH con una carga viral más elevada del VIH. Sin embargo, el análisis no halló una asociación significativa con el recuento de células CD4.

Por lo que respecta a la edad de los HSH afectados, en 2000 y 2010, la incidencia del VHC alcanzó un máximo de aproximadamente los 35 años y a continuación descendió.

En sus conclusiones los investigadores señalan que su análisis no ha hallado un descenso en la incidencia del VHC desde 2007 en HSH con VIH, lo que sugiere la existencia de una transmisión activa. En comparación con otros estudios, tampoco observan una asociación entre la infección por VHC y recuento de células CD4. Sin embargo, sí se halló una relación entre niveles más elevados de carga viral de VIH y una tasa más elevada de incidencia del VHC.

Por último, proponen aumentar las intervenciones preventivas y el test del VHC así como el uso de los antivirales de acción directa frente al VHC como potenciales medidas de choque para disminuir o estabilizar la incidencia de la hepatitis C en HSH con VIH.



Omán toma precauciones tras un caso de cólera

9 de noviembre de 2015 – Fuente: Prensa Latina (Cuba)

El Ministerio de Salud de Omán anunció el 9 de noviembre medidas de precaución tras detectar un caso de cólera, en medio de preparativos de Bahrein para enfrentar la eventual propagación del brote reportado semanas atrás en Irak.

Un comunicado de esa dependencia indicó que una mujer omaní fue diagnosticada con la enfermedad tras haber viajado recientemente a Irak, y la paciente recibió tratamiento en una de las instituciones de salud del sultanato, presentando ahora una condición estable.

A raíz de ese caso, las autoridades urgieron a la población a observar la mayor cautela posible para evitar contagios, refirió el ministerio, que aseguró que sólo una persona fue reportada con esa dolencia en el país entre 2008 y 2013.

La institución omaní realizó pruebas a personas que viajaron junto con la mujer infectada por cólera, pero ninguna dio positivo, aunque continuará aplicando medidas preventivas y de observación durante más tiempo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ya publicó un comunicado sobre la proliferación del cólera en 15 provincias iraquíes con más de 2.000 casos confirmados en distintas áreas, lo que generó preocupación en países vecinos, incluido Bahrein.

El 6 de noviembre, la directora de Salud Pública del Ministerio de Salud de Bahrein, Mariam Al-Hajiri, aseguró que los especialistas del reino daban minucioso seguimiento a los últimos sucesos relacionados con la proliferación del mencionado mal en Irak y aplicaban las recomendaciones de la OMS.

Al-Hajiri explicó que se concibió un plan integral sobre el cólera en todo el territorio bahreiní para garantizar la detección temprana de casos y adoptar los protocolos médicos necesarios en aras de frenar su diseminación, tanto en clínicas y hospitales públicos como privados.

Bajo dicho plan, abundó la funcionaria, el personal médico fue informado de medios para detectar personas sospechosas de estar contagiadas y de recopilar y analizar muestras de los pacientes, además de medidas contra infección, métodos de tratamiento y sensibilización ciudadana por medios de información.

Según Al-Hajiri, ya se notificaron 55 casos con indicios de infección entre personas llegadas desde Irak, y tras un seguimiento y chequeo sistemático de la Dirección de Salud, sólo se confirmaron cinco, incluido uno detectado en Kuwait, pero todos tratados con éxito.



Siria: Los costos de la guerra

6 de noviembre de 2015 – Fuente: Organización Mundial de la Salud – Autor: Dr. Ala Alwan³

Antes del actual conflicto en Siria, las tasas de inmunización en el país se encontraban entre las más altas de la Región del Mediterráneo Oriental. Más de 90% de los niños sirios estaban vacunados contra enfermedades como el sarampión y la poliomielitis y no hubo incidentes de niños paralizados por la poliomielitis desde la década de 1990.

El año pasado, sin embargo, Siria vio el resurgimiento de brotes de sarampión y de tos convulsa. En 2013, el país experimentó un brote de poliomielitis que paralizó a 35 niños y se extendió a Irak. Para contenerlo fue necesaria la vacunación de más de 25 millones de niños, muchos de ellos viviendo en zonas de conflicto en 8 países.

La causa principal del resurgimiento de estas enfermedades se puede atribuir a la guerra. Los combates en Siria comenzaron hace casi cinco años, por lo que la mitad de los trabajadores de la salud han abandonado el país para ir a zonas más seguras; los medicamentos y los suministros médicos son escasos y muchas instalaciones sanitarias están hoy en un estado deplorable. Como resultado, muchos niños no han sido inmunizados.

La salud pública en estado de emergencia: el resurgimiento de enfermedades

De los 22 países de la Región del Mediterráneo Oriental de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca de la mitad se encuentran en estado de emergencia agudo o prolongado. Las personas están en mayor riesgo de enfermedad en las áreas que son inaccesibles debido a la violencia y la inseguridad.

Para agravar el problema, 20 millones de personas en la región afectada han huido de las zonas de conflicto en busca de seguridad. Muchos de ellos han cruzado las fronteras para vivir en los países vecinos.

Como resultado, la población de refugiados de Jordania se ha duplicado en los últimos años, mientras que en El Líbano se ha triplicado, hasta el punto que casi 30% de su población actual está constituida por refugiados. Estos aumentos en número han aplicado una enorme presión sobre los sistemas nacionales, ya que la demanda de servicios de salud, educación, agua y saneamiento han aumentado exponencialmente.

Las bajas tasas de inmunización entre los que viven en las zonas de conflicto o huyen de ellas, pone en peligro la vida de las personas en toda la región. El reciente brote de poliomielitis en Siria llevó a su resurgimiento en Irak, que había estado libre de la enfermedad durante 14 años.

En 2013, Jordania experimentó un brote de sarampión que fue atribuido a los refugiados sirios, justo cuando el reino Hachemita se disponía a anunciar la erradicación de la enfermedad.

Los sistemas de salud que soportan la crisis

La estabilización de los riesgos para la salud en las zonas de crisis requiere un apoyo sostenible. Las emergencias no necesariamente provocan el colapso de los sistemas de salud. De hecho, cuando están bien constituidos, los sistemas de salud pueden ser resilientes y deben ser capaces de seguir funcionando, incluso en momentos de emergencias críticas.

Donde los sistemas de salud son propensos al colapso, los brotes de enfermedades se producirán inevitablemente, ya que no reconocen fronteras. Cuando los fondos para emergencias se retrasan, o no se honran las promesas, la salud de las personas de cualquier región se verá afectada.

Déficit de financiación para los servicios de atención de la salud

Hoy, Irak enfrenta una grave crisis humanitaria: en cinco grandes gobernaciones, al menos 14 grandes hospitales y más de 160 centros de atención primaria de la salud han dejado de funcionar desde julio, dejando a millones de personas sin acceso a tratamientos que pueden salvar sus vidas. A pesar de los reiterados llamamientos de ayuda, las organizaciones internacionales y nacionales que brindan apoyo directo al sistema de salud sólo habían recibido cerca de 16 millones de dólares de los 60 millones necesarios para el plan inicial de respuesta humanitaria.

En agosto, el déficit de financiación casi llevó al cierre del 84% de los programas y servicios de salud. Un rescate a corto plazo por parte del gobierno de Estados Unidos, la Unión Europea y la Organización de Naciones Unidas impidió, por el momento, que millones de personas quedaran sin acceso a servicios de salud urgentemente necesarios,

³ El Dr. Ala Alwan es Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para el Mediterráneo Oriental

los que incluyen atención de traumas, suplementación nutricional, atención primaria de la salud, detección y gestión de brotes, servicios de inmunización y servicios de salud reproductiva.

Las comunidades vulnerables que requieren atención urgente

Sin embargo, a la luz del actual brote de cólera en Irak y el desplazamiento adicional, el apoyo a los programas de salud es más importante que nunca para garantizar la prestación de servicios a las comunidades más vulnerables.

A pesar de la creciente demanda de servicios de salud, los programas de salud de la región sólo han recibido fondos que cubren alrededor de 34% de sus necesidades para este año. Esto supera la capacidad de las organizaciones humanitarias para responder a las necesidades de salud y amenaza las actuales funciones de salud pública y los servicios de salud.

En Yemen, más de 15 millones de personas necesitan tener acceso a servicios de salud y casi cinco millones de ellas están en zonas inaccesibles para los proveedores de servicios de salud. Lo mismo es válido para las personas que viven en áreas que están fuera de alcance en Siria e Irak. Las personas que viven en lugares remotos son los más propensos a no vacunarse; los brotes de enfermedades en esas áreas son más difíciles de detectar oportunamente, son más propensos a pasar desapercibidos durante largos periodos de tiempo y se extienden más lejos.

Es importante que los líderes del mundo reconozcan que la situación no tiene precedentes y que requiere de atención urgente.



Zambia combate la desnutrición y el cambio climático

2 de noviembre de 2015 – Fuente: Inter Press Service

Felix Muchimba, de 48 años, acaba de desayunar una bebida tradicional denominada *chibwantu*, a base de harina de maíz. El alimento no es muy nutritivo, pero le aporta energía para el trabajo diario en la aldea de Siamuleya, en Zambia.

Normalmente, su siguiente comida sería a la una, complementada por la cena.

Sin embargo, Muchimba y su familia de seis integrantes comerán su siguiente y última comida del día a las cuatro. Debido a la escasez de alimentos, la familia ahora solo come dos veces al día.

“Coseché un poco más de 200 kilos de maíz y eso podría acabarse en dos meses si seguimos con las tres comidas habituales al día”, explicó Muchimba, que vive con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) desde 2007.

Su familia es una de las más de 133.000 de este país africano de 16 millones de habitantes que padecen por la pérdida de cosechas debido a la sequía y ahora necesitan asistencia alimentaria de emergencia, según el Mapa de Seguridad Alimentaria 2015 de la Unidad de Gestión y Mitigación de Desastres de Zambia.

Aunque la preocupación inmediata de Muchimba es, sin duda, la existencia de alimentos, un problema más sutil en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible números 1 y 2 –referidos a la erradicación de la pobreza y del hambre– es la desnutrición.

Muchimba y su hijo de 28 meses necesitan alimentos nutritivos continuamente.

“Los niños que están desnutridos sufren una serie de consecuencias a corto y largo plazo. Los que nos preocupan seriamente son los efectos a largo plazo: el mal desarrollo cerebral, que conduce al bajo rendimiento en la escuela e incluso a la merma en la productividad futura”, declaró Eustina Besa, de la Comisión Nacional de Alimentación y Nutrición.

Una comida típica en Zambia consiste en la monótona ingesta de alimentos básicos, como el *nshima* –una papilla hecha de maíz o almidón de yuca–, que suele comerse con verduras al vapor, como hojas de colza o calabaza, y con pollo o carne.

Según la organización HarvestPlus, que integra el Programa sobre la Agricultura para la Nutrición y la Salud (A4NH) de CGIAR, un consorcio de centros de investigación dedicado a mejorar la seguridad alimentaria, el maíz –el alimento básico de más de mil millones de personas en África Subsahariana y América Latina– carece de micronutrientes esenciales como la vitamina A.

Esta deficiencia común en la dieta de las poblaciones pobres y desnutridas genera retrasos del crecimiento, aumento del riesgo de enfermedades y trastornos reproductivos.

Con estos antecedentes, la familia de Muchimba pertenece a la población mundial que padece el “hambre silenciosa”, la desnutrición que es lo suficientemente grave como para afectar el crecimiento y desarrollo personal.

Estadísticas del Programa Mundial de Alimentos indican que 795 millones habitantes del planeta no tienen alimentos suficientes para llevar una vida sana y activa, y África Subsahariana registra el mayor porcentaje de población que pasa hambre. Una de cada cuatro personas africanas padece de malnutrición.

En Zambia, el panorama no es diferente. Según el informe *Estado de la Inseguridad Alimentaria en el Mundo 2014*, de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, el país africano se ubicó en segundo lugar en desnutrición, con 48,3% de la población afectada, solo superada por Haití, con 51,8%.



Felix Muchimba, de 48 años, frente a su casa en Zambia.

Sin embargo, con medidas como la campaña *Primeros 1000 Días más Críticos*, puesta en marcha en 2012, que busca reducir la malnutrición crónica entre los niños menores de cinco años, la encuesta sobre la *Salud Demográfica de Zambia 2015* reveló una cierta mejora.

“La encuesta reveló que el retraso del crecimiento se redujo de 45 a 40%”, explicó Eneya Phiri, de la Organización de la Sociedad Civil para Fomentar la Nutrición.

“La campaña *Primeros 1000 Días más Críticos* generó un enfoque coordinado de la lucha contra la desnutrición”, señaló.

Pero incluso con esos avances, a muchos les preocupa la frecuencia de los desastres provocados por el clima, como las sequías, que tienen una influencia directa en la existencia de alimentos y en la buena nutrición.

“Todavía nos preocupa que el cambio climático pueda revertir estos avances. Tememos que las comunidades rurales afectadas por la sequía no obtengan el equilibrio nutricional adecuado, como consecuencia de la reducción de las comidas, que suele ser su camino más fácil para lidiar en tiempos difíciles”, dijo Phiri.

Besa destaca que el programa tiene un conjunto de intervenciones prioritarias, conocidas como el paquete mínimo, que pretende sensibilizar acerca de la desnutrición, aumentar la demanda de la nutrición óptima y responsabilizar al gobierno por el tema.

Muchos proponen la adopción de prácticas agrícolas que se adapten al cambio climático, como la diversificación de cultivos y la plantación de cultivos tolerantes a las sequías, acompañadas de tecnologías que mejoren la nutrición.

Según el Grupo Mundial sobre Agricultura y Sistemas Alimentarios para la Nutrición, un grupo independiente de expertos, las regiones del mundo que sufrirán los impactos más graves del cambio climático son África Subsahariana y el sur de Asia.

John Kufor, el expresidente de Ghana y copresidente del Grupo Mundial, cree que los retos de la desnutrición y el cambio climático se fusionan como una oportunidad en la agricultura al integrar la nutrición a las prácticas agrícolas de adaptación al clima.

En este sentido, HarvestPlus utilizó técnicas de mejoramiento de cultivos convencionales para desarrollar cinco variedades de maíz ricos en vitamina A en Zambia.

Las variedades producen mazorcas de maíz de color naranja con cosechas similares a las variedades de maíz blanco híbrido.

“Zambia hizo un gran esfuerzo para tratar la deficiencia de vitamina A. Sin embargo, a pesar de todos estos esfuerzos, todavía tenemos una alta deficiencia. Es por eso que HarvestPlus pensó en un enfoque adicional”, explicó Eliab Simpungwe, gerente de la organización en el país africano.

¡Pare la propagación de gérmenes que lo enferman a usted y a otras personas!

Cubra SU tos



Cubra su boca y nariz con un kleenex cuando tosa o estornude



o tosa o estornude en la manga de su camisa, no en sus manos.



Quizás le pidan ponerse una mascarilla quirúrgica para proteger a otras personas.



Deseche el kleenex sucio en un basurero.

Lávese las manos

después de toser o estornudar.



Lávese las manos con jabón y agua tibia por 20 segundos



o límpielas con un limpiador de manos a base de alcohol.



Centers for Disease Control and Prevention (2009. 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.