



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina

www.reporteepidemiologico.com



Número 1.689

13 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 Farias

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 fiebre del Nilo Occidental**
- **Ratifican la disponibilidad de todas las vacunas del Calendario de Vacunación**
- **Buenos Aires, Maipú: Preocupación por un brote de influenza B**

América

- **Brasil: Investigan la relación entre el virus Zika y casos de microcefalia**
- **Estados Unidos: El VIH aumenta entre los HSH hispanos jóvenes**
- **Estados Unidos: Las intoxicaciones por alimentos son más comunes de lo que se piensa**
- **República Dominicana: Confirman 78 muertes por dengue de 116 notificaciones**

El mundo

- **África: Una vacuna barata y que no necesita frío ayuda a erradicar la meningitis**
- **Alemania: La crisis migratoria se está convirtiendo en una crisis de salud pública**
- **Arabia Saudí y Estados Unidos elaborarían una vacuna contra el MERS**
- **Irak completó la primera ronda de la campaña de vacunación oral contra el cólera**
- **Sierra Leona: Un modelo estadístico reveló la ruta mortal del brote de la enfermedad por el virus del Ébola**
- **El tratamiento como prevención de la hepatitis C debe adaptarse a las necesidades de las poblaciones clave**
- **Iniciativa mundial para evitar el mal uso de antibióticos**

Adhieren:

SLAMVI

Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/

CIRCULO MÉDICO DE CÓRDOBA

www.circulomedicocba.org/

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](#).

Argentina



Vigilancia de fiebre del Nilo Occidental

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

No se han confirmado casos de fiebre del Nilo Occidental en Argentina en lo que va de 2015.

Los casos investigados para fiebre del Nilo Occidental fueron estudiados en el marco de la vigilancia de dengue y otros arbovirus y de meningoencefalitis. Se estudiaron 1.354 casos, de los cuales 56 son probables, 1.088 se encuentran en estudio y 210 fueron descartados. Los casos confirmados de infección por flavivirus, detectados en el marco de un brote en la provincia de Córdoba, permanecen como probables ya que no pudo determinarse el virus involucrado por los cruces serológicos.

Tabla 1. Casos estudiados, según clasificación y provincia y región. Argentina. Año 2015, hasta semana epidemiológica 43. 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	—	2	17	9	28
Buenos Aires	—	16	57	33	106
Córdoba	—	26	899	88	1.013
Entre Ríos	—	1	13	13	27
Santa Fe	—	6	8	4	18
Centro	—	51	994	147	1.192
Mendoza	—	1	3	5	9
San Juan	—	—	4	4	8
San Luis	—	1	17	16	34
Cuyo	—	2	24	25	51
Corrientes	—	—	—	—	—
Chaco	—	1	36	17	54
Formosa	—	—	4	3	7
Misiones	—	—	—	1	1
NEA	—	1	40	21	62
Catamarca	—	—	—	—	—
Jujuy	—	—	2	1	3
La Rioja	—	—	—	—	—
Salta	—	1	1	1	3
Santiago del Estero	—	—	2	3	5
Tucumán	—	—	21	10	31
NOA	—	1	26	15	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	—	56	1.088	210	1.354

“Todas las vacunas que conforman el Calendario Nacional de Vacunación están disponibles y ya se distribuyeron en el sector privado (obras sociales y prepagas) las que sirven para reemplazar a las que están en falta por problemas de producción de los laboratorios”, ratificó el 5 de noviembre Carla Vizzotti, titular de la Dirección Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DINACEI) del Ministerio de Salud de Argentina.

“Antes que tomara estado público la falta de tres vacunas combinadas –cuádruple, quíntuple y séxtuple acelulares, que no están incluidas en el Calendario Nacional de Vacunación–, el sector privado ya había tomado contacto con el Ministerio de Salud y se les había enviado en reemplazo la quíntuple celular y la Sabin, por lo que todos los sectores ya están abastecidos”, remarcó. “Tenemos suficientes dosis de quíntuple celular y Sabin para cubrir toda la población objetivo tanto en el sector público como privado y de la seguridad social”, agregó.

Además destacó que el Ministerio de Salud de la Nación “está en contacto permanente con el sector privado y de seguridad social: siempre hay colaboración, porque nuestra obligación es tener una visión sanitaria que incluya a toda la población”.

Vizzotti detalló que hace unos meses los laboratorios productores de vacunas combinadas acelulares (Glaxo Smith Klein y Sanofi Pasteur) informaron dificultades en la producción, lo que afectaba la provisión de la cuádruple, quíntuple y séxtuple acelulares. “Estas vacunas protegen contra enfermedades como difteria, tétanos, tos convulsa, hepatitis B, poliomielitis, infección por *Haemophilus influenzae* tipo B, las mismas patologías que cubren la quíntuple celular y la Sabin, que son las que se encuentran dentro del Calendario Nacional de Vacunación”, explicó.

“Hay una faltante a nivel mundial de estas tres vacunas acelulares, pero en Argentina el Estado proveyó ya a todos los sectores con las vacunas que protegen contra las mismas enfermedades”, puntualizó la responsable de la DINACEI.

En este sentido, explicó que Argentina “utiliza en el Calendario Nacional las vacunas celulares por recomendación de la Comisión Nacional de Inmunizaciones, la Comisión Nacional de Seguridad en Vacunas y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), debido a que éstas tienen mayor inmunogenicidad.

Por su parte, el presidente de la Sociedad Argentina de Pediatría, Eduardo López, aseguró que “no hay ningún inconveniente con la recepción de las vacunas, las faltantes están fuera del Calendario Nacional y el Estado cumple en tiempo y forma para cubrir las necesidades de todos los sectores de la salud. Ya hemos hablado con los laboratorios ante la falta de tres vacunas acelulares y se trata de un fenómeno de alcance mundial”.

“Se están usando las vacunas celulares, que son las que provee el Estado, y no ha habido ningún tipo de inconveniente. No tengo información de que haya faltantes en el sector privado (obras sociales y prepagas)”, apuntó a su vez Pablo Bonvehí, presidente de la Comisión Nacional de Inmunizaciones (CONAIN) y miembro de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI).

Por último, el director ejecutivo del Centro de Estudios Infectológicos, Santiago Stamboulián, señaló que “en el sector privado hay faltantes de vacunas hace poco más de un mes, pero se trata de un problema de suministro de los laboratorios a nivel mundial”.



Un niño de la ciudad bonaerense de Maipú, distante a 130 kilómetros de la ciudad de Mar del Plata, murió como consecuencia de una influenza causada por el virus B.

El menor, de doce años, falleció el 7 de noviembre en el Hospital de Mar del Plata. La información fue confirmada el día 11 por Ángel Luis Crovetto, director provincial de Atención Primaria de la Salud.

Antes de que se confirmara la muerte del menor, el municipio de Maipú había decidido suspender las clases en la ciudad por la recurrencia de casos de niños que presentan un cuadro de apariencia viral cuyo origen hasta ese momento se desconocía.

Autoridades del área de Salud municipal señalaron que el síntoma común que presentaban los menores afectados, todos de entre cuatro y 14 años, es fiebre elevada, superior a 39°C, prolongada por más de cuatro días y de difícil control con los antitérmicos tradicionales. Esta fiebre está acompañada, según el caso, por otros síntomas como fuerte dolor muscular y tos seca.

El menor fallecido habría sufrido algunos de esos síntomas durante varias semanas y la preocupación se extendió porque hubo al menos otros siete menores de entre cuatro y once años afectados por síntomas similares.

“No hay adultos alcanzados por los síntomas, de los que se tuvo noticia por primera vez hace alrededor de dos semanas”, informó Mariana Galarraga, secretaria de Salud de Maipú. A la vez, es difícil saber cuántos son los chicos afectados por el cuadro, ya que los síntomas pueden confundirse inicialmente con otras enfermedades. La funcionaria contó que hay casos de menores afectados que no contagiaron a sus hermanos y que no hay un patrón definido

de barrios o de escuelas adonde se estén registrando casos. Tampoco hay novedad de chicos con el padecimiento en localidades cercanas a Maipú.

En un comunicado, la Municipalidad de Maipú dio a conocer la medida de suspensión de clases y de otras actividades, así como de medidas de precaución recomendadas.

Los análisis confirmaron que es influenza B

Crovetto confirmó que la causa de los cuadros febriles detectados en la ciudad de Maipú fueron causados por el virus de la influenza B. Aclaró que son siete los pacientes afectados y que evolucionan bien; solo uno permanece internado, pero fuera de peligro.

“Enviamos equipos de epidemiólogos e infectólogos a estudiar los casos, se les tomaron muestras por hisopado y se las mandó analizar. Esta mañana, los resultados de los análisis de laboratorio mostraron que se pudo aislar el virus de la influenza B en dos de los chicos afectados”, precisó Crovetto.

También anunció que el Ministerio de Salud de la Provincia dispuso iniciar, como medida de prevención excepcional, un operativo de vacunación antigripal dirigido a toda la población del partido de Maipú, tanto perteneciente como no perteneciente a algún grupo de riesgo.

La vacuna antigripal de este año, recordó el funcionario, contempla la prevención de tres virus influenza, entre ellos el virus B, además del A(H1N1) y el A(H3N2).

En tanto, desde la Dirección General de Cultura y Educación se informó que se está trabajando en forma conjunta con la cartera de salud y, ante la decisión sanitaria de que no se dicten actividades durante siete días como medida preventiva, se pondrá en práctica un plan de contingencia para que los alumnos no pierdan los contenidos educativos en estos días.¹

Comunicado de la SADI

La Sociedad Argentina de Infectología (SADI) emitió un comunicado respecto de estos casos aislados de influenza B. A continuación se reproduce el texto del mismo:

“Ante los casos del virus de influenza B registrados en Maipú, provincia de Buenos Aires, la Sociedad Argentina de Infectología (SADI) recuerda a la población que:

- El objetivo de la vacunación antigripal en Argentina es disminuir la mortalidad, no interrumpir la circulación del virus. Por eso, la vacuna está incluida en el Calendario Nacional de Vacunación, de manera gratuita y obligatoria, para los llamados “grupos de riesgo”.
- Se consideran “grupos de riesgo”: personal de la salud, embarazadas y púerperas, todos los niños de 6 a 24 meses, niños y adultos de 2 años a 64 años inclusive que presenten ciertas condiciones como: enfermedades respiratorias o cardíacas, pacientes onco-hematológicos y trasplantados, personas obesas, diabéticos, personas con insuficiencia renal crónica en diálisis, personas mayores de 65 años.
- Se recomienda la consulta precoz al médico ante síntomas como: fiebre mayor a 38°C, tos, congestión nasal, dolor de garganta, de cabeza y muscular, malestar generalizado.
- Cada persona puede prevenir el contagio con, entre otras cosas, el lavado de manos frecuente, con agua y jabón, y cubriéndose la boca y la nariz con un pañuelo descartable o con el ángulo interno del codo al toser o estornudar.
- Si bien, por el momento, se trata de casos aislados, es esperable que el virus siga circulando hasta diciembre, por lo que, aún en épocas de calor, sigue siendo oportuno vacunarse.”

América

notimérica **Brasil: Investigan la relación entre el virus Zika y casos de microcefalia**

12 de noviembre de 2015 – Fuente: Notimérica

El Ministerio de Salud de Brasil se encuentra investigando el aumento de casos de microcefalia en el noreste del país, especialmente en el estado de Pernambuco, una anomalía que podría estar relacionada con las infecciones por el virus Zika, que se transmite por la picadura del mosquito *Aedes aegypti* y que fue identificado por primera vez en abril de este año.

A causa de esto, la institución ha declarado el estado de emergencia sanitaria y el ministro de Salud, Marcelo Costa e Castro, acotó que “todas las hipótesis están siendo analizadas”.

En este sentido, los representantes del Ministerio afirmaron que era precipitado atribuir lo ocurrido al virus Zika, aunque lo están investigando.

La institución fue alertada de la situación por la Secretaría del Estado de Salud de Pernambuco, que percibió un aumento drástico de la microcefalia, caracterizada por un cráneo de un tamaño menor de la media, en los últimos

¹ Maipú es la ciudad cabecera del partido homónimo, situada en el centro este de la provincia de Buenos Aires. Por estar localizada en la Pampa deprimida el terreno es bajo y anegadizo. La actividad predominante en su área de influencia es la cría de ganado bovino. Constituye un centro prestador de servicios al área rural. Está ubicada en el importante eje de tránsito de la Autovía 2, que comunica la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de la que se halla a 274 km, con Mar del Plata separada de esta última por tan solo 126 km. Además, cuenta con un aeródromo y con una estación de ferrocarril, el que presta servicio de pasajeros entre las ciudades mencionadas. En 2010 contaba con una población de 8.883 habitantes.



cuatro meses. De hecho, en lo que va del año, a 141 recién nacidos procedentes de 44 municipios de Pernambuco se les diagnosticó microcefalia.

Según el ministro de Salud, la media de casos era de diez por año, lo que representa un anómalo aumento. “Estamos ante una situación insólita en términos de salud pública”, declaró.

Además de la situación en Pernambuco, varios profesionales de la salud han percibido un posible aumento de los casos de microcefalia en Paraíba y Rio Grande do Norte.

Estos posibles casos sin documentar también están siendo investigados por el Ministerio de Salud, que explicó que el estado de emergencia sanitaria pública tiene como fin garantizar que los servicios competen-

tes traten la cuestión de la microcefalia como prioritaria.

La hipótesis del virus Zika

Sobre la principal hipótesis que está siendo discutida, la relación de la microcefalia con las infecciones por el virus Zika, los funcionarios del Ministerio insistieron en que sería precipitado atribuir lo ocurrido a dicha causa.

No obstante, desde su identificación en abril, el virus ya fue detectado en 14 estados brasileños, según información divulgada por el Ministerio de Salud la pasada semana en el marco de un seminario organizado por la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) en Rio de Janeiro.

De acuerdo con un documento difundido por la Secretaría de Vigilancia de Salud, dentro de la Secretaría Estatal de Salud de Pernambuco, parte de las mujeres que tuvieron bebés con microcefalia presentaron erupciones cutáneas durante el embarazo. Sin embargo, se carece de pruebas suficientes para atribuir este síntoma, propio del virus Zika, a dicha enfermedad.

341 casos en Colombia

A lo sucedido en Brasil se suma un reporte del Instituto Nacional de Salud de Colombia difundido el 11 de noviembre, que confirmaba la presencia del virus Zika en 22 entidades territoriales del país, donde hasta el momento se registran 341 casos.

Ante esto, la secretaria de Salud del departamento colombiano de Santander, Alix Porras Chacón, declaró que “esta es una enfermedad nueva en América Latina. Básicamente la población expuesta al virus es toda aquella que vive en municipios ubicados por debajo de los 2.200 metros de altura, es decir, las zonas donde está presente el mosquito”, manifestó Porras Chacón.

El virus Zika

El virus Zika, transmitido por la picadura del mosquito *Aedes aegypti*, se identificó el pasado mes de abril.

Según los expertos, éste provoca los mismos síntomas que el virus Chikungunya. Los afectados tendrán fiebre, aunque menos que con el Chikungunya, conjuntivitis, dolor en las articulaciones y erupciones en la piel, que pueden durar de cuatro a siete días.

No obstante, el infectólogo José Oñate aseguró que el virus Zika es más inofensivo que el Chikungunya y el Dengue, ya que “no deja ningún tipo de secuela, no presenta sangrados y la duración de los síntomas es menor”.

En este sentido, las autoridades de salud destacan que “el de mayor riesgo sigue siendo el Dengue, por lo que debe ser el primero en descartarse”, a la vez que agregan que “lo más importante es consultar siempre al médico, que él realice el diagnóstico y oriente sobre los cuidados que se deben tener”.



Estados Unidos: El VIH aumenta entre los HSH hispanos jóvenes

14 de octubre de 2015 – Fuente: The Associated Press

Activistas de todo Estados Unidos insistieron en que los hispanos se hagan la prueba del sida después de estadísticas recientes que indican que la incidencia del VIH ha aumentado considerablemente entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) hispanos jóvenes.

Con motivo del Día Latino para la Concienciación sobre el Sida, que se celebró el 15 de octubre, activistas de estados como New York, Texas, Chicago, Florida, Ohio o el territorio de Puerto Rico organizaron sesiones gratuitas para hacerse la prueba, conferencias informativas y ruedas de prensa con el objetivo de educar a los hispanos sobre la importancia de la prevención.

“Esto no sólo ocurre a los HSH. Es muy importante que todo el mundo se haga la prueba”, dijo Luciano Reberte, un argentino de 25 años con VIH, después de una rueda de prensa en New York organizada por la Comisión Latina sobre el Sida, la Federación Hispana y otros grupos.

Reberte, que lleva en Estados Unidos desde 2010, fue diagnosticado con el virus en agosto de 2011.

“Al principio fue bien duro, al estar además en un país bien lejos del tuyo. Pero decidí hacerme cargo del asunto. Tomar mis medicinas y hacerme los tratamientos”, dijo.

En 2013, el nivel de diagnosis de VIH entre los hispanos del país era de 18,7%, es decir, casi tres veces más alto que el de blancos no hispanos, que registraban 6,6%, según los últimos datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

Se calcula que casi 203.000 hispanos viven con la infección en Estados Unidos y a pesar de que en general los niveles entre la comunidad latina se han reducido, la incidencia del VIH ha aumentado en los últimos años 16% entre HSH hispanos jóvenes debido al contacto sexual, señalan las cifras oficiales.

“El nivel desproporcionado de la infección por VIH entre hispanos y las disparidades que se registran en esta población indican que aún hay mucho trabajo por hacer cuando se trata de contactar a latinos en alto riesgo de contraer o transmitir la infección”, concluyen los especialistas de los CDC en su último informe sobre el tema.

Guillermo Chacón, presidente de la Comisión Latina sobre el Sida, dijo el 14 de octubre que la prevención es sólo una de las luchas de su organización.

“Nos preocupa el aumento de la infección en la comunidad latina joven. La prevención es importante pero tenemos que elevar nuestras voces para borrar la homofobia y el estigma asociado a esta enfermedad”, señaló Chacón.

Muchos de los hispanos con VIH son inmigrantes, señalan los CDC.

Un 43% del total de hispanos con la infección nacieron fuera de Estados Unidos o el territorio de Puerto Rico y entre este grupo 66% son HSH.

AP

Estados Unidos: Las intoxicaciones por alimentos son más comunes de lo que se piensa

10 de noviembre de 2015 – Fuente: The Associated Press

Las enfermedades transmitidas por alimentos, como el brote de infecciones por *Escherichia coli* vinculado a los restaurantes Chipotle en el noroeste de Estados Unidos, son más comunes de lo que el público cree, aunque no siempre llegan a los noticieros, señalaron expertos.

Cada año ocurren cerca de 48 millones de casos de intoxicación alimentaria en Estados Unidos, y unas 105.000 personas van al hospital, lo que resulta en unas 2.000 muertes, según datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Eso significa que uno de cada siete estadounidenses se enferma debido a la comida cada año.

“Muchos de esos casos involucran a personas que comen en casa, pero los brotes relacionados con los restaurantes también son comunes”, dijo el Dr. Paul Cieslak, director médico de enfermedades contagiosas en la agencia estatal de salud de Oregon.

“Los errores pueden ocurrir en cualquier cocina, pero obviamente son más sonados si suceden en una que atiende a 5.000 personas”, comentó Cieslak, quien ayudó a investigar el brote de *E. coli* que enfermó a unas 45 personas en los estados de Washington y Oregon.

Hay cosas que las personas pueden hacer para evitar las enfermedades por consumo de alimentos: lavarse las manos antes de preparar y consumir alimentos, evitar hamburguesas mal cocidas o mariscos crudos, cuidarse de la contaminación de la carne cruda, lavar minuciosamente los productos frescos y evitar la leche y los jugos no pasteurizados.

“Pero es imposible evitar todas las bacterias en los alimentos”, comentó Cieslak. Por ejemplo, si la lechuga o las moras están contaminadas por *E. coli*, es muy complicado lavarlas lo suficientemente bien para acceder a todos los lugares donde se oculta la bacteria.

“Enfrentémoslo: cuando vamos a un restaurante, estamos a merced de lo que suceda en la cocina”, señaló.

“La mayoría de los reportes de posibles enfermedades por consumo de alimentos no representan una amenaza, así que los departamentos de salud no los hacen públicos”, según el Dr. Jeff Duchin, funcionario de salud del Departamento de Salud Pública del condado de Seattle y King.

De los más de 1.000 casos potenciales al año en el condado que incluye Seattle, solo un puñado son brotes confirmados relacionados con alimentos. Solo se hace un anuncio cuando esos casos confirmados representan una amenaza para el público.

“Fue por ello que el más reciente brote vinculado a Chipotle atrajo una gran atención mediática, mientras que un caso menor, de cinco personas que se enfermaron en julio por comer en un Chipotle de Seattle, no fue reportado”, dijo Duchin.

“El brote de julio finalizó antes que el departamento de salud comenzara a investigar y las autoridades no encontraron evidencia de un problema del que la gente necesitara saber”, dijo Duchin, quien recalcó que ambos casos tuvieron cepas distintas de *E. coli*.



Restaurante Chipotle cerrado en Seattle. Las autoridades de salud del estado de Washington señalaron que no encontraron fuentes del brote de infecciones por *Escherichia coli* relacionado con Chipotle, y los restaurantes de la cadena en el noroeste del país podrían reabrir durante la semana.

El Nuevo Diario

República Dominicana: Confirman 78 muertes por dengue de 116 notificaciones

11 de noviembre de 2015 – Fuente: El Nuevo Diario (República Dominicana)

En una auditoría clínica a los expedientes de 116 personas fallecidas por probable dengue se confirmó que sólo 78 fueron realmente por la enfermedad y que, de éstos, 95% fueron llevados a los centros de salud públicos y privados en busca de atención en más de una ocasión, pero no se les dio el manejo adecuado en ese momento.



Así informó la ministra de Salud Pública, Altagracia Guzmán Marcelino, quien dijo que la investigación determinó que 25 de los casos corresponden a otras dolencias y que hay 13 que no se evaluaron por la escasa información disponible sobre la atención clínica o falta de necropsia.

De acuerdo con el Boletín Epidemiológico 43, hay 11.359 casos probables de dengue notificados y las provincias con mayores registros de la enfermedad son Gran Santo Domingo, Santiago y La Vega, mientras tanto, la mayor incidencia acumulada cada 100.000 habitantes se reporta en Sánchez Ramírez, Hermanas Mirabal, La Vega y Barahona.

Las enfermedades a las que se atribuyen los 25 fallecimientos están relacionadas con diferentes sepsis, miocardiopatías dilatadas, neumonías, varicela, leptospirosis e infecciones respiratorias agudas.

La ministra dijo que en la auditoría técnica, de la que participaron expertos en dengue de la Organización Panamericana de la Salud y otros profesionales de la salud, incluyendo médicos, se identificaron errores de diagnóstico, manejo inapropiado de líquido y fallas en los seguimientos de signos vitales en los pacientes hospitalizados.

En ese orden, Guzmán Marcelino reiteró que el problema en República Dominicana no es el número de casos, sino la alta mortalidad, por lo que instó a los médicos a que todo paciente que llegue con fiebre sospechen que se trata de dengue, pero sin descuidar o descartar la posibilidad de otras enfermedades.

La funcionaria puso como ejemplo a países de la región que exceden el número de casos que tiene el país, pero la mortalidad es mínima y en algunos casos cero.

"Las auditorías se hicieron de cara un conjunto de procedimientos que incluye la revisión ordenada y sistemática de todos los aspectos del cuidado clínico proporcionado por profesionales de la salud en la atención del dengue y otros eventos priorizados en salud pública, para así producir evidencias sobre los puntos críticos susceptibles de mejora", dijo la ministra de Salud.

Capacitación

Luego de ver los resultados de la auditoría, las autoridades sanitarias se comprometieron en continuar los esfuerzos de capacitación y actualización sobre el dengue a los integrantes del personal de salud y de exigir a todos los profesionales del área recibir la capacitación en dengue como pre-requisito para ingresar a los hospitales y centros de primer nivel de atención.

Exhortó a los profesionales de la salud a que actúen con la visión de que el dengue es una enfermedad sistémica, dinámica y de evolución poco predecible, cuyo agravamiento puede evitarse con una adecuada reposición de líquidos.

En cuanto a la población, la ministra de Salud mantiene sus recomendaciones sobre la necesidad de adoptar medidas domésticas de auto protección y reducción de riesgos.

"Deben mantener bien tapada el agua que necesitan almacenar y eliminar los criaderos del mosquito *Aedes aegypti*, transmisor del virus, porque con esas acciones, además del dengue, las personas pueden prevenir otras enfermedades, como la fiebre chikungunya y la fiebre Zika", apuntó.

El mundo

Mirada Profesional África: Una vacuna barata y que no necesita frío ayuda a erradicar la meningitis

11 de noviembre de 2015 – Fuente: *Mirada Profesional* (Argentina)

La primera vacuna desarrollada exclusivamente para África y al margen de las grandes farmacéuticas ha logrado poner en jaque a esta enfermedad infecciosa en el llamado 'cinturón de la meningitis', formado por 26 países de África Subsahariana y habitado por 450 millones de personas. La meningitis por meningococo A, una enfermedad grave que puede llevar a la muerte en cuestión de días o provocar importantes secuelas neurológicas, producía epidemias durísimas en el continente más pobre del mundo durante la década de 1990, a las que las vacunas de polisacáridos, utilizadas durante más de 30 años, no podían hacer frente.

Después de una epidemia catastrófica en el año 1996, en la que murieron 25.000 personas, los ministros de salud de los países afectados celebraron una conferencia internacional en Burkina Faso en la que prácticamente suplicaron a la comunidad internacional que les ayudasen a diseñar una estrategia eficaz contra esta enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) respondió al llamamiento, y fue así como en el año 2001 nació el *Meningitis Vaccine Project*, cuyo resultado ha sido una vacuna que, cinco años después de su introducción, ha conseguido el control y casi la eliminación de la mortalidad por meningitis en África.



En los 26 países estudiados sólo se registraron cuatro casos confirmados en 2013, apuntan los expertos. La nueva vacuna se suministró a más de 220 millones de personas en la región. “La meningitis A desapareció en los lugares en los que se utilizó la vacuna”, apunta el artículo.

En la última gran epidemia de meningitis, en 2009, se infectaron más de 20.000 personas sólo en Nigeria y Níger. Un millar de ellas murieron, según cifras de la Organización de Naciones Unidas (ONU).

El meningococo (*Neisseria meningitidis*) provoca inflamaciones en las membranas que recubren el cerebro. Algunos de los síntomas son fiebre elevada, dolores de cabeza y vómitos. Si no se trata con antibióticos la mitad de los casos desemboca en la muerte, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En Europa se dan muy pocos casos de meningitis A, pero a la vista de las grandes epidemias en África, la OMS y la organización Path encargaron a una farmacéutica india el desarrollo de una nueva vacuna. El preparado MenAfri-Vac® permitió una campaña preventiva de vacunación masiva. Las dosis costaron sólo 50 centavos de dólar, menos que las vacunas que se utilizaban hasta ahora.

“Gracias a esta vacuna, asequible y fácil de suministrar, ya no hay epidemias. Es realmente un éxito sorprendente”, afirmó Myriam Henkens, experta en meningitis de Médicos Sin Fronteras, organización que participó durante los primeros años de la campaña. Para Henkens, esta campaña demuestra lo que se puede conseguir cuando las vacunas se elaboran según las necesidades y no por las aspiraciones de las farmacéuticas a aumentar sus beneficios.

Los investigadores advierten que los países afectados deben incluir la vacuna en el calendario de vacunaciones de los niños, para evitar que puedan volver a generarse epidemias dentro de 15 años. “La experiencia muestra que si se baja la guardia con las vacunaciones la enfermedad puede volver a reaparecer de forma drástica”, advierte Marie-Pierre Prezioso, experta de la OMS. La campaña sigue todavía en marcha en diez países menos afectados.

Según la OMS, recientemente se registraron cada vez más casos de meningitis C, para los que se necesita otra vacuna. Tan sólo en Nigeria y Níger murieron 800 personas como consecuencia de esta enfermedad en la primera mitad del año.

Las meningitis aparecen en África sobre todo en la estación seca, principalmente en la Región Subsahariana y en el ‘cinturón de la meningitis’, que va desde Senegal hasta Etiopía. Los científicos creen que el clima seco juega un papel decisivo en la aparición de las epidemias, pero por el momento no hay una explicación clara de por que afectan sobre todo a los países del Sáhara y subsaharianos.



Alemania: La crisis migratoria se está convirtiendo en una crisis de salud pública

10 de noviembre de 2015 – Fuente: Gatestone Institute (Estados Unidos) – Autor: Soeren Kern²

La llegada de más de un millón de solicitantes de asilo procedentes de África, Asia y Medio Oriente está ejerciendo una presión sin precedentes en el sistema de salud de Alemania.

Hospitales, clínicas y salas de emergencia en toda Alemania están totalmente llenas con migrantes que sufren enfermedades de todo tipo, y el personal médico, incluyendo a miles de voluntarios, se queja cada vez más de agotamiento.

Enfermedades que no se han visto en Alemania desde hace años también están reapareciendo. Los funcionarios de salud pública de Alemania están ahora al acecho de la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo, la difteria, la enfermedad por el virus del Ébola, las hepatitis, el VIH/sida, la malaria, el sarampión, las meningitis, la parotiditis, la poliomielitis, la sarna, el tétanos, la tuberculosis, el tifus y la tos convulsa. Como los refugios están completamente llenos, los médicos también están en alerta máxima de brotes masivos de influenza y norovirus.

Para agravar el problema, decenas de miles de migrantes que llegan a Alemania –particularmente los niños– no han sido inmunizados, y los médicos alemanes están encontrando que las vacunas necesarias no están disponibles debido a la falta de suministro. Algunos padres alemanes tienen miedo de que no haya suficientes vacunas para inmunizar a sus propios hijos.

Muchos migrantes también están sufriendo de una serie de traumas y enfermedades mentales. De acuerdo con la Cámara Alemana de Psicoterapeutas (*Bundespsychotherapeutenkammer*), al menos la mitad de todos los migrantes que llegan a Alemania tienen problemas psicológicos, como trastorno de estrés postraumático y depresión, y aproximadamente 40% ha contemplado el suicidio.

Los hospitales alemanes también se ven obligados a contratar a un ejército virtual de intérpretes para que los médicos puedan comunicarse con los solicitantes de asilo, que hablan docenas de idiomas, dialectos y variantes.

Al mismo tiempo, los hospitales alemanes están aumentando la seguridad para proteger a los médicos y a las enfermeras de ataques violentos cometidos por los migrantes que no están conformes con el tratamiento médico que están recibiendo.



Un migrante de África siendo tratado en una unidad especial para la cuarentena involuntaria de enfermos de tuberculosis, en el Hospital de Distrito Parsberg # 1, en Bayern.

² Soeren Kern es analista de política europea para el Instituto Gatestone en New York.

Los críticos advierten que los contribuyentes alemanes terminarán pagando miles de millones de euros para proporcionar atención médica para una ola interminable de solicitantes de asilo. Esto sumado a los miles de millones de euros que ya se están dedicando para proporcionar comida, ropa y refugio a los recién llegados.

Muchos dicen que el gobierno alemán no logró considerar completamente las consecuencias no previstas de abrir la puerta a tantos inmigrantes. Además de los enormes costos sociales y económicos, los alemanes enfrentan ahora el riesgo de estar expuestos a enfermedades exóticas.

Los medios de comunicación alemanes están minimizando la magnitud del problema de salud, aparentemente para evitar propagar el miedo o provocar sentimientos anti-inmigrantes. Pero un creciente número de profesionales alemanes de la salud están haciendo sonar la alarma.

El Dr. Michael Melter, médico jefe del Hospital Universitario de Regensburg, dijo que los migrantes están llegando a su hospital con enfermedades que casi nunca se han visto en Alemania. "Algunas de las enfermedades no las he visto desde hace 20 o 25 años, y muchos de mis colegas más jóvenes de hecho nunca las han visto, dijo.

Marc Schreiner, director de relaciones internacionales de la Federación Alemana de Hospitales (*Deutschen Krankenhausgesellschaft*), reiteró las preocupaciones de Melter: "En las clínicas, cada vez es más común ver a pacientes con enfermedades que se consideraban erradicadas en Alemania, como la sarna. Estas enfermedades deben ser diagnosticadas de forma fiable, lo cual es un desafío".

Schreiner dijo que en los casos de enfermedades altamente contagiosas, como la tuberculosis, los pacientes deben ser puestos en cuarentena, un caro procedimiento, cuyo costo es pagado por los contribuyentes alemanes.

Según Schreiner, alrededor de 15% de los migrantes recién llegados requieren tratamiento médico inmediato. Con 1,5 millones de solicitantes de asilo que se espera lleguen a Alemania en 2015, esto significa que 225.000 migrantes necesitarán atención médica urgente.

Siegfried Hasenbein, director de la Asociación de Hospitales de Bayern (*Bayerische Krankenhausgesellschaft*), estima que en el año 2015, solo en los hospitales bávaros serán tratados entre 25.000 y 30.000 migrantes. Además, este año entre 75.000 y 90.000 migrantes recibirán consulta externa o ambulatoria.

Según Hasenbein, estas cifras parecen insignificantes cuando se comparan con los tres millones de consultas hospitalarias que se dan normalmente en Bayern cada año. El problema se plantea ya que la crisis migratoria está forzando al sistema sanitario de Bayern de manera desigual, con hospitales en "puntos calientes" de migrantes como Deggendorf, Ingolstadt y Passau que soportan la carga de la atención médica.

Markus Beier, director de la Asociación Bávara de Médicos de Familia (*Bayerischer Hausärzteverband*), dice que los médicos en zonas donde hay grandes concentraciones de solicitantes de asilo están siendo llamados a cualquier hora del día y de la noche, haciendo imposible proporcionar un nivel superior de atención.

Max Kaplan, director de la Junta Médica de Bayern (*Bayerische Landesärztekammer*), dice que los retos asociados con el tratamiento médico a los migrantes se ven agravados por barreras lingüísticas y culturales, que son "tediosas, lentas y a veces imposibles de superar". Para colmo de males, dice, muchas mujeres musulmanas se niegan a ser tratadas por médicos hombres, y muchos hombres musulmanes se niegan a ser tratados por mujeres.

En un esfuerzo por prevenir la propagación de enfermedades, Kaplan pidió a las autoridades de salud pública alemanas que ordenen exámenes médicos para todos los solicitantes de asilo en el punto inicial de entrada en Alemania, antes de ser enviados a diferentes partes del país. "Esto está en el mejor interés de los refugiados, así como de la población nativa", dijo.

El 2 de noviembre, el Dr. Ralf Mütterlein, director de la Clínica Pulmonar (*Klinik für Lungen- und Bronchialheilkunde*), en Parsberg, estimaba que entre 8.000 y 10.000 solicitantes de asilo en Alemania tienen tuberculosis, pero sólo una pequeña fracción de ellos está actualmente en cuarentena.

Los migrantes que están siendo llevados a la clínica de Mütterlein se mantienen en cuarentena hasta por 18 meses consecutivos para evitar que la enfermedad se propague a toda la población. Los costos para los contribuyentes alemanes son astronómicos: entre 10.700 y 12.900 dólares al mes por migrante. Por 18 meses, el costo total a menudo excede los 215.000 dólares por migrante.

Los médicos están actualmente en estado de alerta, ya que con la llegada de cientos de miles de refugiados, las enfermedades infecciosas podrían entrar en el país. No es pánico. Es simplemente un desafío que el sistema de salud alemán no ha enfrentado desde hace muchas décadas.

Existe el peligro de que un refugiado este 'colonizado' –como los médicos lo llaman– con gérmenes peligrosos. Cada persona tiene gérmenes bacterianos en y sobre la piel. Para las personas sanas son inofensivos. Se convierten en un problema cuando se propagan entre personas en estado crítico y pacientes inmunocomprometidos en una clínica.

El problema es que en los países de origen de los refugiados los gérmenes resistentes puede extenderse más a menudo que en Alemania. Así, un refugiado es examinado inmediatamente después de ser admitido en una clínica alemana. Solamente cuando es seguro que no hay peligro, el paciente es trasladado a una habitación compartida.

El Dr. Jan-Thorsten Gräsner, director del Instituto para el Rescate y Medicina de Emergencia (*Institut für Rettungs- und Notfallmedizin*), estima que aproximadamente 5% de los solicitantes de asilo portan gérmenes resistentes. En números reales, esto significaría que alrededor de 75.000 recién llegados tienen enfermedades altamente infecciosas.

El Instituto Robert Koch (*Robert Koch-Institut*) con sede en Berlín, una agencia gubernamental clave para la protección de la salud pública en Alemania, aconsejó a los profesionales sanitarios, así como a aquellos que están trabajando como voluntarios en los centros de acogida de refugiados, que se pongan al día con sus vacunas.

Sin embargo, el Instituto Federal de Vacunación y Biomedicina (*Paul-Ehrlich-Institut*), una agencia del Ministerio Federal de Salud, advirtió que 20 tipos de vacunas están escasas, y otras 16 ya no están disponibles en lo absoluto. Debido al embotellamiento de la producción, algunas vacunas no estarán disponibles hasta 2017.

Stefan Derix, director de la Cámara de Farmacéuticos de Nordrhein (*Apothekerkammer Nordrhein*), dijo que la escasez de vacunas se debe a la afluencia masiva de solicitantes de asilo. Dijo que el Ministerio de Salud normalmente ordena los suministros de vacunas con un año de antelación, y que nadie en el gobierno había anticipado que Alemania estaría recibiendo a tantos migrantes este año.

El Dr. Wolfram Hartmann, presidente de la Asociación Profesional de Pediatras (*Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte*), con base en Köln, advirtió que muchas de las vacunas necesarias para inmunizar a los niños alemanes nativos y a los niños migrantes contra la difteria, la poliomielitis, el tétanos y la tos convulsa no están disponibles ni en Alemania ni en ningún otro país europeo. También dijo que las vacunas básicas contra el sarampión, la parotiditis, la rubéola y la varicela son escasas.

En un comunicado, Hartmann manifestó: "No podemos ofrecer a los niños alemanes y a los refugiados las vacunas básicas. La escasez de vacunas, que es responsabilidad de las empresas farmacéuticas, debe ser con urgencia una prioridad del Ministerio de Salud. Los niños tienen derecho a las vacunas, especialmente los niños con enfermedades crónicas que necesitan vacunas a tiempo contra la influenza, sobre todo si se encuentran en alojamientos colectivos. El gobierno federal ahora debe actuar con urgencia y hacer cumplir el derecho de los niños a la vacunación. El suministro de vacunas es tanto una responsabilidad nacional como lo es el suministro de médicos".

Kordula Schulz-Asche, del Partido Verde (*Die Grünen*), advirtió en contra de responsabilizar a los migrantes por la escasez de vacunas. "La presente situación tensa con las vacunas no debe ser mal utilizada para agitar a la opinión pública en contra de los refugiados", dijo.

En Nordrhein-Westfalen, los hospitales están exigiendo a su personal asistir a cursos sobre cómo tratar a pacientes con enfermedades exóticas apenas vistas en Alemania. Se dice que los trabajadores hospitalarios en Bielefeld y Siegburg se quejan de la presión de tener que examinar por tuberculosis hasta a 80 migrantes al día. "La carga de trabajo ha aumentado enormemente", dijo un trabajador. Otros hospitales del estado carecen de personal y equipo suficientes, incluyendo las máquinas de rayos X necesarias para examinar a pacientes con tuberculosis.

En Niedersachsen, los funcionarios de salud pública temerosos de un brote masivo de influenza, están luchando con la logística de la vacunación de decenas de miles de solicitantes de asilo alojados en viviendas de refugiados en todo el estado. Con más de 1.000 nuevos migrantes llegando a Niedersachsen cada día, los exámenes médicos iniciales de los recién llegados están atrasados por semanas, un período durante el cual las enfermedades no detectadas pueden propagarse.

En Berlín, los policías se vieron obligados a disculparse por pedir que los solicitantes de asilo que sufren de sarna, una enfermedad de la piel altamente contagiosa, fueran obligados a llevar brazaletes para distinguirlos de los migrantes que son saludables. El plan era que ellos llevaran brazaletes con la letra mayúscula 'K' para *Krätze* (sarna en alemán); su familia inmediata debía haber llevado brazaletes con la letra 'A' mayúscula para *Angehörigen* (familia en alemán).

Mientras tanto, informes de alarmas sanitarias, especialmente relacionadas con la tuberculosis, se han convertido en un hecho cotidiano en Alemania.

En Krefeld, una ciudad de Nordrhein-Westfalen, un migrante de 27 años fue diagnosticado con tuberculosis. Esta fue detenido en cuarentena en una clínica pulmonar local. En Lünen, también en Nordrhein-Westfalen, cuatro migrantes fueron diagnosticados con tuberculosis.

En Nattheim, una ciudad en Baden-Wurtemberg, los solicitantes de asilo en un albergue de refugiados fueron sometidos a una inmunización masiva después que un niño en el refugio enfermó de varicela. En Ellwangen, también en Baden-Wurtemberg, un solicitante de asilo con diagnóstico de tuberculosis se escapó de un hospital. Continúa huyendo.

En Gransee, una ciudad en el estado oriental de Brandenburg, un migrante fue diagnosticado con tuberculosis.

En Wurzburg, más de 400 solicitantes de asilo fueron inmunizados masivamente contra la varicela, la difteria, el sarampión, la parotiditis, la poliomielitis y el tétanos. En Heidenheim, una ciudad en Baden-Wurtemberg, los funcionarios de salud pública están preparándose para posibles brotes de influenza y norovirus en los refugios locales este invierno.

En Köln, la policía acordonó un centro de refugiados que alberga a más de 1.000 migrantes en el distrito Chorweiler, después que un refugiado de África presentará síntomas de enfermedad por el virus del Ébola (EVE). El hombre, que tosió sangre por más de tres días antes de que alguien llamara a un médico, fue trasladado de urgencia a un hospital local, donde se le diagnosticó una enfermedad gastrointestinal. Anteriormente, el mismo albergue fue el escenario de una alarma por *Escherichia coli* afectando potencialmente a 800 migrantes.

En Bochum, un migrante de Guinea de 16 años que mostraba síntomas de EVE fue puesto en cuarentena. En Freistaat Sachsen, los funcionarios sanitarios están haciendo pruebas de EVE a todos los solicitantes de asilo que llegan.

En Düsseldorf, un migrante de 30 años procedente de Argelia fue diagnosticado con tuberculosis y fue recluido en cuarentena en un hospital local. Los funcionarios municipales de salud dicen que en 2014, hubo 50 casos confirmados de tuberculosis en la ciudad. En 2015, esa cifra se superó en agosto, antes que los migrantes comenzaran a llegar masivamente en septiembre y octubre.

En Tegernsee, una ciudad en Bayern, un migrante de Eritrea de 23 años que fue diagnosticado con tuberculosis se escapó de un albergue de refugiados. Las autoridades locales no informaron a la opinión pública sobre el incidente durante casi un mes. Wolfgang Rzehak, un político local del Partido Verde, justificó el silencio de los medios: "Tenemos que encontrar un camino intermedio entre informar al público y no convertirse en una máquina de pánico".

En Frankfurt am Main, un migrante de Bulgaria de 33 años, que fue diagnosticado con tuberculosis, se escapó de un hospital y continúa huyendo. Una vez más, las autoridades locales mantuvieron silencio sobre el incidente.

En Berlín, un maestro de escuela en el distrito Steglitz-Zehlendorf fue diagnosticado con tuberculosis; los médicos dicen que probablemente fue infectado por uno de sus estudiantes. También en Berlín, guardias de seguridad en un albergue de refugiados en el distrito Lichtenfelde-Süd encerraron casi una docena de migrantes en un baño después de sospechar que tenían tuberculosis. Posteriormente fueron trasladados a un hospital local.

En Hamburg, las autoridades sanitarias pusieron en cuarentena un albergue de refugiados en el distrito Jenfeld después de un brote de sarna. También en Hamburg, un migrante de Sierra Leona de 17 años fue trasladado de urgencia a un hospital local y puesto en cuarentena por sospecha de EVE, sólo tres días después de haber llegado a Alemania. Por otra parte, en un albergue de refugiados en el distrito de Bahrenfeld de Hamburg, los bomberos usando trajes de protección contra la EVE de la cabeza a los pies escoltaron a migrantes sospechosos de tener la enfermedad a un hospital local.

En Bremen, después que se le diagnosticó tuberculosis a un solicitante de asilo y los médicos advirtieron sobre el riesgo de contagio, los 200 migrantes alojados en el albergue de refugiados en Steinsetzer Straße fueron sometidos a radiografías de tórax para detectar la enfermedad.

En München, los funcionarios de salud pública esperan en 2015 más de 350 nuevos casos de tuberculosis. El incremento se atribuye a la gran cantidad de solicitantes de asilo que llegan a la ciudad.

En Stuttgart, un promedio de 145 solicitantes de asilo alojados en el centro de convenciones de la ciudad buscan atención médica todos los días. Enfermedades comunes incluyen el sarampión, la varicela, la influenza, la disentería y la sarna.

En Rheingau-Taunus, un distrito en el estado de Hesse, los funcionarios de salud pública dicen que necesitan más dinero y personal médico para hacer frente a la afluencia de migrantes en los 60 refugios locales. El departamento de salud espera tratar a más de 1.500 recién llegados este año, incluyendo un gran número de niños que carecen de una inmunización adecuada. El departamento ha informado de 60 casos de sarna y tuberculosis. Según Monika Merkert, inspectora de salud local: "Los solicitantes de asilo recién llegados traen enfermedades que se presentan sólo en raras ocasiones en Alemania".



Arabia Saudí y Estados Unidos elaborarían una vacuna contra el MERS

20 de octubre de 2015 – Fuente: Reuters

Estados Unidos y Arabia Saudí podrían preparar una vacuna contra el síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS) para tratar de anticiparse al próximo brote de la enfermedad, dijo el 20 de octubre la directora de la Organización Mundial de la Salud.

Margaret Chan Fung Fu-chun señaló que el ministro de Salud saudí, Khalid A. Al-Falih, estaba discutiendo el tema con funcionarios de salud pública estadounidenses.

"Se comunicaron y evaluaron la colaboración y vieron cómo podemos, en términos de preparación, tener algunas vacunas listas antes de otro brote de MERS", dijo Chan.

El MERS ha provocado la muerte de al menos 571 de las 1.595 personas infectadas desde septiembre de 2012, principalmente en Arabia Saudí.

Actualmente no existen vacunas autorizadas disponibles para tratar la enfermedad. En julio, investigadores que buscaban desarrollar una inmunización en Estados Unidos dijeron que veían señales tempranas de éxito en experimentos con animales.



Irak completó la primera ronda de la campaña de vacunación oral contra el cólera

9 de noviembre de 2015 – Fuente: Organización de Naciones Unidas

El Gobierno iraquí, con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), completó esta semana la primera ronda de la campaña de inmunización con la vacuna oral contra el cólera (VOC), alcanzando a 91% de la población objetivo de 255.000 refugiados sirios y desplazados internos iraquíes en 62 campamentos de 13 gobernaciones.

La vacuna fue altamente aceptada durante la primera ronda de la campaña, y la participación fue muy elevada. No hubo negativas ni preocupaciones acerca de efectos adversos con respecto a la vacuna.

La campaña con la VOC fue discutida y acordada por las partes interesadas en septiembre de 2015. Esto continuó con sesiones de planificación y capacitación con los jefes del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) a nivel de gobernación en Bagdad el 26 y 27 de octubre. El 28 de octubre se realizó la capacitación de 1.302 vacunadores y 651 movilizados sociales, en preparación para la primera ronda de la campaña de vacunación masiva.



Para la campaña se utilizó la vacuna Shanchol®, una de las vacunas precalificadas por la OMS. Para garantizar la inmunidad de grupo, se administrarán dos dosis de la VOC Shanchol® con un intervalo de dos a seis semanas, a fin de lograr la protección requerida entre los grupos de alto riesgo. La primera ronda de la campaña comenzó el 31 de octubre con una duración inicial de cinco días, y se prevé la segunda ronda, después de seis semanas, para principios de diciembre de 2015. La administración de la segunda dosis es crucial para extender la duración de la protección a cinco años o más. La vacuna contra el cólera se administró a todas las personas mayores de un año de edad que vivían en los campamentos objetivo.

La vacunación contra el cólera es una medida preventiva adicional para complementar otras medidas de control, que no sustituye las medidas prioritarias tradicionales de control de la enfermedad.

“Debemos intensificar las actividades de promoción y educación de la salud para ayudar a las comunidades a protegerse del cólera y otras enfermedades transmisibles”, dijo Altaf Musani, representante de la OMS.

Se llevaron a cabo campañas de movilización y promoción sociales intensivas, incluyendo la difusión a nivel nacional de un millón de mensajes WASH³ y de higiene sanitaria.

Se difundieron mensajes a través de medios electrónicos, medios de comunicación social, teléfonos móviles y unidades móviles.

La campaña comenzó en siete de las 13 gobernaciones el 31 de octubre, seguidas por otras cuatro el 2 de noviembre (Dohuk, Sulaymaniyah, Erbil y Diyala), una el 3 de noviembre (Kirkuk) y otra el 4 de noviembre (Anbar). Las fuertes lluvias, las inundaciones y la inseguridad han retrasado la finalización de la campaña de vacunación masiva con VOC en la mayoría de las gobernaciones en partes del centro y sur de Irak.

Funcionarios técnicos de la OMS, el UNICEF y sus asociados de Salud han sido desplegados para llevar a cabo el seguimiento, la evaluación y la documentación de las mejores prácticas en la primera introducción de la VOC en Irak; también facilitaron la logística de la campaña y la preparación en lugares seleccionados para asegurar que el mayor número posible de personas sean protegidas.

Sierra Leona: Un modelo estadístico reveló la ruta mortal del brote de la enfermedad por el virus del Ébola

11 de noviembre de 2015 – Fuente: *Journal of The Royal Society – Interface*

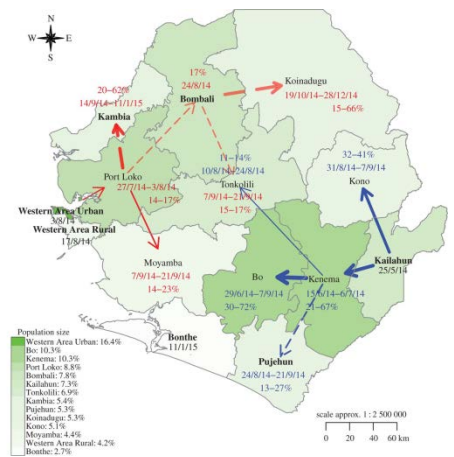
Mediante el uso de un novedoso modelo estadístico, un equipo de investigación dirigido por la Escuela Mailman de Salud Pública de la Universidad de Columbia, en Estados Unidos, mapeó la propagación del brote de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) desde 2014 hasta 2015 en Sierra Leona. El sistema proporcionó la imagen más detallada hasta la fecha sobre cómo y dónde se propagó la enfermedad e identificó dos oportunidades críticas para controlar la epidemia.

El resultado de este trabajo coincide con los detalles conocidos acerca de la fase inicial del brote de EVE, lo que sugiere el valor en tiempo real del método para las autoridades de salud a medida que planifican intervenciones para contener brotes futuros y no sólo de EVE.

Para el análisis se usaron datos del Ministerio de Salud y Saneamiento de Sierra Leona para trazar el curso del brote de EVE, que comenzó con la llegada de la enfermedad al distrito fronterizo de Kailahun a fines de mayo de 2014. A mediados de junio, la EVE se extendió hacia el oeste hasta las inmediaciones de Kenema, una vía consistente con una investigación de campo reciente.

En su punto máximo, 67% de los casos de EVE en Kenema fueron importados de Kailahun; a principios de julio, la epidemia se estableció firmemente en Kenema con la mayoría de los casos infectados a nivel local. De Kenema, el brote continuó al oeste, sur y norte. A partir de principios de julio, surgió un segundo camino en la capital, Freetown, extendiéndose al este de Port Loko a fines de julio y luego rápidamente al este y al sur.

Debido a sus muchas conexiones con otros distritos, Kenema y Port Loko eran puntos de intersección críticos para el brote. En estos puntos, pueden haber existido ventanas de oportunidad para controlar la propagación de la EVE en Sierra Leona, según sugiere el estudio. Los autores estiman que la primera ventana, antes de que la EVE alcanzó Kenema, fue de aproximadamente un mes, y la segunda, antes de llegar a Port Loko, fue mucho más corta.



³ WASH es el acrónimo inglés de *Water, Sanitation and Hygiene* (Agua, Saneamiento e Higiene), un grupo de problemas de salud pública relacionados entre sí que son de especial interés para los programas internacionales de desarrollo. El acceso a WASH es un tema clave de salud pública, especialmente en muchos países de Asia y África Subsahariana. Varios organismos internacionales de desarrollo han identificado WASH como un área con un gran potencial para mejorar la salud, la esperanza de vida, el aprendizaje de los estudiantes, la igualdad de género, y muchas otras cuestiones clave del desarrollo.

El método descrito en el documento utiliza tres ingredientes principales: el distrito en el que vivían los pacientes con EVE, la población de ese distrito y la distancia geográfica entre los distritos, toda información que estaba disponible durante el brote. “Si bien este análisis llega demasiado tarde para ser utilizado para su aplicación e intervención en la epidemia, el método podría ser útil para futuros brotes de enfermedades, y no sólo para la EVE”, afirma Jeffrey Shaman, autor principal del estudio y profesor asociado de Ciencias de Salud Ambiental en la Escuela Mailman.

“Ser capaz de inferir el curso espacio-temporal de un brote y la velocidad de su propagación entre los centros de población en tiempo real puede ayudar en gran medida a la planificación de la salud pública, incluyendo el nivel y la velocidad de implementación de medidas de intervención como el número de médicos y camas que se necesitan y dónde ubicarlos”, dijo Shaman.

Un difícil rastreo

El método tradicional para rastrear la propagación de la enfermedad es el seguimiento del contacto, con entrevistas personales con los pacientes, el personal de salud y todos los que entraron en contacto con el virus. “Trazar el contacto es muy laborioso. Sobre todo en zonas de escasos recursos, una epidemia como la de la EVE puede escapar fácilmente a cualquier esfuerzo de seguirlo. La poca información necesaria en nuestro método hace que sea una herramienta particularmente valiosa para ayudar a los esfuerzos de salud pública durante un nuevo brote de la enfermedad en estas áreas”, dijo el autor principal Wan Yang, científico investigador asociado en la Escuela Mailman.

Durante el brote de EVE, hubo un colapso del sistema de salud en Sierra Leona, los datos observacionales eran muy limitados y estaban cargados de errores. “Tener la capacidad de inferir el curso del brote da a los poderes públicos la capacidad de ver qué está pasando en lugar de moverse completamente a ciegas. En una emergencia de salud pública, es fundamental tener la mayor cantidad de información posible para poder tomar decisiones informadas”, dijo Shaman.

Anteriores trabajos de Shaman y Yang utilizaron métodos estadísticos para predecir la propagación de enfermedades infecciosas. A partir del verano de 2014, generaron estimaciones semanales de todo el país sobre la incidencia de la EVE en Sierra Leona, Guinea y Liberia y desarrollaron un método premiado para pronosticar la influenza estacional.⁴



El tratamiento como prevención de la hepatitis C debe adaptarse a las necesidades de las poblaciones clave

10 de noviembre de 2015 – Fuente: 24th International Harm Reduction Conference 2015

Al igual que ha ocurrido en el ámbito del VIH, el campo de la epidemiología alberga grandes esperanzas en el potencial que ofrece el tratamiento del virus de la hepatitis C (VHC) para actuar como barrera que impida la propagación de la infección (estrategia que se conoce como ‘tratamiento como prevención’), especialmente entre la población de personas usuarias de drogas intravenosas (UDI). Sin embargo, muchos de los enfoques adoptados para implementar esta estrategia no tienen en cuenta las limitaciones y las necesidades de dicha población, por lo que debería intentar crearse un entorno de políticas y de atención para que el “tratamiento como prevención” resulte una estrategia ética y aceptable, según han concluido varias de las presentaciones realizadas en el transcurso de la 24 Conferencia Internacional sobre Reducción de Daños (IHRC 2015).

Los modelos matemáticos empleados en varios estudios sobre el impacto del tratamiento como prevención, sugieren que si se aumenta de forma notable el número de usuarios de drogas intravenosas con VHC que reciben tratamiento (y se curan), esto tendría un notable efecto reductor en las tasas de incidencia del virus.

El actual tratamiento de la hepatitis C, basado en fármacos antivirales de acción directa (DAA) de administración oral, resulta más eficaz que el basado en la combinación de interferón pegilado y ribavirina (fármacos cuyo uso, además, está asociado a unos efectos secundarios de relevancia). A pesar de esto, en muchas ocasiones se da prioridad a las personas que se encuentran en un estado avanzado de enfermedad hepática a la hora de recibir el tratamiento con antivirales de acción directa.

En el caso de las personas usuarias de drogas intravenosas, las que reciben el tratamiento por lo general ya no son consumidoras activas, pueden estar recibiendo una terapia de sustitución de opiáceos y probablemente se haya considerado que su vida era suficientemente “estable”. Sin embargo, la estrategia de tratamiento como prevención debería dar prioridad a las personas que podrían tener más posibilidad de transmitir el virus, lo que en la mayor parte de los casos equivale a personas que están consumiendo droga de forma activa (y de forma habitual).

Los activistas por los derechos de esta población advierten que en muchos casos los mensajes de salud pública dirigidos a estas personas resultan estigmatizantes y pueden despertar desconfianza y miedo en una población ya de por sí marginalizada. Al centrar el mensaje en los beneficios para toda la población y para la salud pública, se están olvidando las necesidades, miedos y deseos de la persona que, en última instancia, es quien va a tomar el tratamiento.

Las barreras a las que se enfrenta la población de UDI a la hora de acceder al tratamiento de la hepatitis pueden ser de índole personal (falta de información, desconfianza hacia el personal sanitario, etc.) o debido al propio sistema sanitario (percepción de qué persona es ‘adecuada’ para empezar el tratamiento o preocupación por el consumo de sustancias, por ejemplo). Sin embargo, también existen otros obstáculos estructurales que apenas son mencio-

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

nados por las personas que proponen el tratamiento como prevención de la hepatitis C, como son la ausencia de un hogar, la pobreza, el estigma, la marginalización, la criminalización, el escaso apoyo social, la ausencia de seguros o cobertura médica o el confuso funcionamiento de algunos sistemas de atención sanitaria, por ejemplo.

Magdalena Harris (Facultad de Higiene y Medicina Tropical de la Universidad de Londres) dijo que sería necesario crear un entorno 'propicio' para el tratamiento, para lo cual sugirió acercarlo a entornos comunitarios donde se pudiera contar con el apoyo de iguales, como parte de un paquete de atención holística. También apuntó que los servicios caracterizados por la vigilancia, el castigo y el control no generan confianza, lo que influiría negativamente en la estrategia de 'tratamiento como prevención'.

El tratamiento como prevención solo se puede administrar de una forma eficaz y ética en un contexto de ampliación y mejora de los servicios de prevención y reducción de daños. Sin embargo, según Harris, en muchos debates sobre estrategias para implementar el tratamiento como prevención se ha ignorado la existencia de otros métodos preventivos o la posibilidad de ampliarlos hasta alcanzar un nivel adecuado de cobertura. Se estima que, en el mundo, sólo 8% de las personas UDI han accedido a algún tipo de programa de reducción de daños.

Además, se debería abordar una reforma en la política de drogas, ya que la criminalización del consumo de estas sustancias crea un estigma generalizado, desalienta a que las personas puedan identificar cuáles son sus necesidades en los servicios sanitarios y, con frecuencia, es la causante de que se produzcan interrupciones de tratamiento.

En términos de política, el elevado precio que tienen los nuevos fármacos de acción directa contra el VHC también dificulta el plantear una estrategia de provisión a gran escala de este tratamiento, como sería necesario dentro de la estrategia de 'tratamiento como prevención'. Por este motivo es necesaria una mayor presión comunitaria para que se reduzcan estos precios y se aprueben versiones genéricas de los mismos en los países con menos recursos.

Para Harris, el tratamiento como prevención podría usarse como un arma de presión para conseguir un acceso universal a los fármacos contra el VHC, con independencia de si la persona consume o no drogas inyectables o del estado de su hígado y para ello es necesario contar con una mayor implicación de la comunidad.

La Voz **Iniciativa mundial para evitar el mal uso de antibióticos**

12 de noviembre de 2015 – Fuente: La Voz del Interior (Argentina)

El mal uso de antibióticos causa la aparición de bacterias resistentes, por lo que enfermedades infecciosas podrían quedar sin tratamiento efectivo.

El tema preocupa a nivel mundial: en 2013, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos pusieron de relieve la necesidad de mejorar el uso de antibióticos a nivel continental y sobre todo en ese país a nivel interno. La idea fue adoptada como una política de Estado por el presidente norteamericano Barack Hussein Obama II. También el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) abordó el problema e impulsó que todos los países de la Unión Europea cuenten con políticas para utilizar correctamente los antimicrobianos.



"Se estima que más de 25.000 muertes anuales en la Unión Europea son debidas a bacterias multirresistentes", afirmó Gustavo Martínez, médico infectólogo a cargo de la división Prevención, Vigilancia y Control de infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS) del Ministerio de Salud de Córdoba y del Comité de Prevención, Vigilancia y Control de IACS del Hospital 'Dr. Guillermo Golesbery Rawson'.

Martínez contó que desde la Dirección de Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud, entre cuyas áreas está el módulo de Política de Uso Racional de Antimicrobianos, se trabaja en forma conjunta con la Sociedad de Infectología de Córdoba y el Círculo Médico de Córdoba en el tema de la resistencia a los antibióticos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) alertó que por la resistencia a los antibióticos las personas con infecciones pueden no ser tratadas con eficacia, que estén más tiempo enfermas y con mayor riesgo de morir; que las epidemias se prolonguen y que otros individuos corran riesgo de infección.

Una estadística alarmante que analizó la OMS en asamblea en 2013 es que hasta 60% de las personas con infecciones respiratorias altas de origen viral reciben antibióticos innecesariamente.

Martínez insistió en las malas prácticas que contribuyen al desarrollo de bacterias resistentes, y entre ellas no está sólo la automedicación y prescripción errónea en personas, sino también la sobreutilización en medicina veterinaria y fitosanitarios o plaguicidas.

La necesidad de instrumentar políticas de control de administración de antibióticos implica también que los médicos de todas las especialidades que los prescriben (desde pediatras hasta neurocirujanos, pasando por traumatólogos y gastroenterólogos) estén actualizados en las novedades existentes en el campo de la infectología.

El uso ideal de un medicamento, de acuerdo con la OMS, incluye "el medicamento correcto, administrado por la mejor vía, en la cantidad apropiada, a intervalos óptimos, durante el periodo adecuado y tras un diagnóstico preciso".

La resistencia a los antibióticos no es un fenómeno nuevo, pero en la última década se ha incrementado, al tiempo que se ha frenado el ritmo de aparición de sustitutos o nueva generación de medicamentos que combatan las bacterias resistentes.

Semana mundial de concienciación

La semana próxima fue declarada por la Organización Mundial de la Salud como la primera de sensibilización sobre el mal uso de los antibióticos.

El objetivo de la campaña es fomentar el conocimiento y comprensión de la población sobre la resistencia mundial a los antibióticos, así como el aliento a las mejores prácticas "entre el público en general, los profesionales de la salud y las instancias normativas para evitar que la resistencia a los antibióticos siga manifestándose y propagándose".

Esta acción ya fue prevista en la Asamblea Mundial de la Salud que se realizó en mayo, oportunidad en la que se refrendó un plan de acción mundial para afrontar el creciente problema de la resistencia a los antibióticos y otros medicamentos antimicrobianos.

Según Martínez, no en todos los países ni en todas las jurisdicciones se adoptan medidas y se diseñan programas para promover el uso racional de estos fármacos.

Recomendaciones

- Los antibióticos sólo deben tomarse cuando los recete un profesional de la salud debidamente autorizado.
- Jamás deben compartirse.
- El tratamiento recetado debe completarse íntegramente y no se deben guardar para el futuro los antibióticos que sobren.
- La influenza no se trata con antibióticos.

Como ejemplo del efecto del mal uso de estos medicamentos, la OMS destacó que en 2013 hubo en el mundo 480.000 casos de tuberculosis multirresistente, una variante que se ha detectado en 100 países y que requiere de tratamientos más largos y menos eficaces que los de la tuberculosis no resistente.

Publicidad relacionada con la salud

Ciudad de México
Capital en Movimiento

Secretaría de Salud
¡Por tu Salud!

Para cuidarse de la influenza

Refuerza tus hábitos de higiene:

- Lava tus manos con agua y jabón frecuentemente.
- Cubre tu boca al toser y estornudar con un pañuelo desechable o con el antebrazo.
- Tira inmediatamente el pañuelo a la basura y lava tus manos.
- Evita saludar de mano o de beso si estás enfermo.
- Evita estar en contacto con personas enfermas
- Cuando compartas alimentos siempre utiliza una cuchara para servir. ¡No compartas vasos o cubiertos!
- Evita escupir en el suelo.

Mantente sano:

- Come alimentos de los tres grupos, diariamente come verduras y frutas, toma agua y muévete: corre, camina, brinca, baila, etc.

En casa:

- Mantén ventilado tu hogar, sin crear corrientes bruscas de aire.
- Permite la entrada del sol a tu hogar.
- Mantén limpias las cubiertas de cocina y baño, manijas y barandales. Así como juguetes, teléfonos y objetos de uso común.

El Plato del Bien Comer

Tu salud nos mueve
Servicios de Salud Pública del Distrito Federal
Avda. de la Salud s/n. 06700 y 06701 Ciudad de México, México

Secretaría de Salud (2009). Ciudad de México, México).

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.