



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina

www.reporteepidemiologico.com



Número 1.697

2 de diciembre de 2015

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

Comité Editorial

Editor Jefe

Ángel Mínguez

Editores Adjuntos

Ílide Selene De Lisa
Enrique Fariás

Editores Asociados

Hugues Aumaitre (Fra.)
Jorge Benetucci (Arg.)
Pablo Bonvehí (Arg.)
María Belén Bouzas (Arg.)
Isabel Cassetti (Arg.)
Arnaldo Casiró (Arg.)
Ana Ceballos (Arg.)
Sergio Cimerman (Bra.)
Milagros Ferreyra (Fra.)
Nora V. Glatstein (Arg.)
Salvador García Jiménez (Gua.)
Ángela Gentile (Arg.)
Ezequiel Klimovsky (Arg.)
Gabriel Levy Hara (Arg.)
Susana Lloveras (Arg.)
Gustavo Lopardo (Arg.)
Eduardo López (Arg.)
Tomás Orduna (Arg.)
Dominique Peyramond (Fra.)
Daniel Pryluka (Arg.)
Charlotte Russ (Arg.)
Horacio Salomón (Arg.)
Eduardo Savio (Uru.)
Daniel Stecher (Arg.)

Noticias

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

Argentina

- Vigilancia de diarreas agudas
- Salta: Alerta por tres casos de síndrome urémico hemolítico en ocho días

América

- Brasil registra en lo que va del año 1,5 millones de casos de dengue
- Chile, Región de Los Lagos: Lanzaron campaña preventiva de la hantavirosis
- El Salvador/Guatemala: Detectan los primeros casos de fiebre zika
- Estados Unidos: Las tasas de sífilis, gonorrea y clamidiosis aumentan por primera vez en años
- Estados Unidos: Aumentar el precio del tabaco para disminuir la mortalidad infantil

- Haití: La rabia aún mata a decenas de personas

El mundo

- China, Beijing: Registran niveles máximos de contaminación por tercer día consecutivo
- España: Se incrementa el número de pacientes que reciben tratamiento para hepatitis C
- República Centroafricana: Un país con 250 médicos
- República Democrática Popular Lao: Confirman nuevos casos de infección por el poliovirus derivado de la vacuna
- Taiwán: La epidemia de dengue causa 184 muertos y casi 40.000 infecciones
- El reto de tratar el sida en zonas de conflicto

Adhieren:

SLAMVI

Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/

CÍRCULO 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/



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 diarreas agudas

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

Tabla 1. Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes, según provincia y región. Argentina. Años 2013/2015, hasta semana epidemiológica 41. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.

Provincia/Región	2013		2014		2015	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	33.575	1.161,72	38.998	1.349,36	33.021	1.142,55
Buenos Aires	230.989	1.478,26	200.038	1.280,18	193.108	1.235,83
Córdoba	80.710	2.439,20	84.017	2.539,14	80.570	2.434,97
Entre Ríos	42.928	3.473,16	40.828	3.303,25	39.498	3.195,65
Santa Fe	56.269	1.761,41	57.335	1.794,78	50.450	1.579,26
Centro	444.471	1.692,89	421.216	1.604,31	396.647	1.510,73
Mendoza	64.424	3.704,39	53.884	3.098,33	58.878	3.385,49
San Juan	25.929	3.807,18	30.435	4.468,80	22.687	3.331,15
San Luis	17.868	4.133,14	14.282	3.303,65	17.337	4.010,31
Cuyo	108.221	3.793,91	98.601	3.456,66	98.902	3.467,21
Corrientes	17.415	1.754,49	16.486	1.660,90	16.437	1.655,96
Chaco	27.175	2.575,20	29.018	2.749,85	28.246	2.676,69
Formosa	14.480	2.731,24	12.704	2.396,25	13.928	2.627,12
Misiones	18.711	1.698,54	17.708	1.607,49	16.473	1.495,38
NEA	77.781	2.113,84	75.916	2.063,15	75.084	2.040,54
Catamarca	14.772	4.016,00	15.806	4.297,11	14.046	3.818,63
Jujuy	38.352	5.696,06	44.006	6.535,80	38.264	5.682,99
La Rioja	12.874	3.858,62	16.013	4.799,44	11.661	3.495,06
Salta	77.955	6.418,99	81.249	6.690,23	76.706	6.316,15
Santiago del Estero	37.045	4.238,53	37.293	4.266,90	33.676	3.853,06
Tucumán	64.893	4.480,98	75.664	5.224,74	65.418	4.517,23
NOA	245.891	5.006,52	270.031	5.498,03	239.771	4.881,91
Chubut	20.906	4.106,39	16.246	3.191,07	18.937	3.719,64
La Pampa	11.645	3.640,37	8.287	2.590,62	8.252	2.579,68
Neuquén	30.361	5.507,50	27.367	4.964,39	24.303	4.408,57
Río Negro	27.415	4.292,49	24.469	3.831,22	23.941	3.748,55
Santa Cruz	10.955	3.998,69	9.572	3.493,88	10.151	3.705,23
Tierra del Fuego	8.879	6.980,14	6.355	4.995,92	8.263	6.495,87
Sur	110.161	4.551,91	92.296	3.813,72	93.847	3.877,81
Total Argentina	986.525	2.459,01	958.060	2.388,05	904.251	2.253,93



Salta: Alerta por tres casos de síndrome urémico hemolítico en ocho días

27 de noviembre de 2015 – Fuente: El Tribuno (Argentina)

En los últimos ocho días se registraron tres casos de síndrome urémico hemolítico (SUH), usualmente causado por una cepa específica de la bacteria *Escherichia coli* que llega al organismo a través de la ingesta de carne cocida o conservada en condiciones inadecuadas o de las manos infectadas. Afecta generalmente a los niños.

Rosana Salim, jefa de Nefrología del Hospital Público Materno Infantil, reveló: "Estamos ante un problema delicado porque en ocho días tenemos una incidencia de tres niños que ingresaron con el diagnóstico de SUH". Luego recordó que en Salta se registra un promedio de 10 a 15 casos por año.



Dos cosas llaman la atención de los médicos. Una es que sean tres casos en ocho días –dos de ellos en los últimos dos– y la otra es la agresividad de las toxinas.

Salim contó que el primer caso es el de una niña de un año y cuatro meses, de Campo Quijano, que ingresó con un importante trastorno del sistema nervioso central, porque la toxina ataca todos los órganos y sistemas, aparte del riñón. “En este caso, además de atacar los vasos del riñón, por eso está en diálisis, atacó los vasos del cerebro. Estaba en un estado que no había como pararla con las drogas. La pequeña está intubada, mientras se dializa y mientras se transfunde y, lógicamente, dormida. En este momento tiene más criticidad porque tiene importante compromiso respiratorio por la toxina. Está en estado reservado”, deta-

lló. El único antecedente de comidas es la ingesta de salame, que no tiene carne cocida.

El segundo caso es el de una niña de dos años, oriunda de Villa Laval, y que se desconoce qué comió. Se encuentra en terapia intensiva, en diálisis y con todos los problemas hematológicos propios de la enfermedad. Los especialistas del hospital analizan minuto a minuto cómo evoluciona. Sigue con diarrea y está con pronóstico reservado.

El tercer caso es el de un bebé de siete meses, de Pichanal, y es hasta ahora el caso de menor gravedad. Está en la sala de cuidados intermedios. “Por el momento no requiere diálisis pero la evolución de la toxina que todavía está circulando nos puede llevar en cualquier momento a tener que ingresarlo a la terapia intensiva”, explicó Salim, quien dijo desconocer cómo se infectó, aunque se puede pensar que la mamá o la cuidadora tocaron la tetina de la mamadera con sus manos infectadas.

“Con tres casos en ocho días, y sobre todo dos en tres días, con altas temperaturas y humedad, advertimos a la población para que tomen todas las medidas de prevención, ya que esto es prevenible”, subrayó Salim.

América



Brasil registra en lo que va del año 1,5 millones de casos de dengue

24 de noviembre de 2015 – Fuente: EFE

Brasil registró en lo que va del año y hasta mediados de noviembre cerca de 1,5 millones de casos de dengue, con un crecimiento del 176,33% respecto del mismo periodo de 2014, según un balance divulgado el 24 de noviembre por el Ministerio de Salud.

El número de casos creció 7% respecto del de 2013, cuando el país enfrentó la peor epidemia de dengue en su historia.

De acuerdo con el último boletín epidemiológico, los 1.534.932 casos de dengue contabilizados en 2015 hasta el 14 de noviembre, entre los cuales hay 1.488 graves, provocaron 811 muertes.

Las cifras prácticamente triplican las de 2014, cuando, en el mismo período, fueron registrados 555.462 casos, de los cuales hubo 728 graves, que provocaron 453 muertes.

Mientras que los casos graves aumentaron 104%, las muertes lo hicieron en 79%.

A falta de mes y medio para concluir el año, el número de muertes por dengue en 2015 ya es récord. Los óbitos por la enfermedad se duplicaron desde 327 en 2012 hasta 674 en 2013, su mayor número, pero el año pasado habían bajado a 410.

El ministro de Salud, Marcelo Costa e Castro, pidió una movilización nacional para combatir a *Aedes aegypti* ante la posibilidad de que la situación se agrave a partir de diciembre con la llegada del verano austral.

La población de mosquitos tiende a crecer en verano por las temperaturas más favorables para el insecto y las fuertes lluvias que tradicionalmente se registran durante la estación.

“O la sociedad brasileña se involucra y se moviliza para combatir a *Aedes aegypti* o no saldremos vencedores. El momento que vivimos es muy grave”, afirmó el ministro.

El Ministerio informó igualmente que los estudios sobre las poblaciones del mosquito que se realizan en 1.792 ciudades mostraron que 199 municipios están en alto riesgo de epidemia de dengue, fiebre chikungunya y fiebre zika, en tanto otras 665 están en situación de alerta.

Las ciudades en alto riesgo son las que tienen criaderos del mosquito en más de 4% de las casas visitadas y las que son clasificadas como en situación de alerta son las que tiene focos en entre 1 y 3,9% de las residencias.

Primera muerte por fiebre zika

Las autoridades sanitarias brasileñas confirmaron el primer caso de muerte registrado en el país como consecuencia del virus Zika, que en los últimos meses se ha propagado de manera alarmante por la región noreste de Brasil.

El fallecido era un hombre residente en el estado de Maranhão, en la región amazónica, cuya muerte se produjo el pasado mes de junio, si bien su sangre no fue enviada para su análisis al Instituto ‘Evandro Chagas’, un laboratorio público de referencia en enfermedades tropicales, hasta el mes de julio.

“Confirmamos e inmediatamente comunicamos al Ministerio de Salud y a la Secretaría de Salud del estado de Maranhão, que fue quien nos envió la muestra, el hecho de esta muerte por fiebre zika”, afirmó el investigador del Instituto Evandro Chagas, Pedro Vasconcelos.

La víctima sufría de lupus, una dolencia que debilita el sistema inmunológico, lo que a la postre habría resultado determinante para que se produjera su muerte.

De acuerdo con Vasconcelos, la institución decidió divulgar este diagnóstico con el fin de alertar sobre la posibilidad de que pudieran estar ocurriendo muertes, tanto en Brasil como en otros países, relacionadas con este virus que hasta ahora no era considerado letal.

El gobierno brasileño anunció la semana pasada haber encontrado evidencias de la relación entre la propagación del virus Zika, del que ya se han registrado casos en 18 estados del país, y el notable aumento de casos de microcefalia en bebés recién nacidos en siete estados de la región noreste del país.¹



Chile, Región de Los Lagos: Lanzaron campaña preventiva de la hantavirosis

30 de noviembre de 2015 – Fuente: Bío-Bío (Chile)

Se inició en Futaleufú la Campaña de Prevención de la Hantavirosis, impulsada por el Ministerio de Salud en la Región de Los Lagos.

Con la entrega de material educativo, medidas de prevención y la visita de la secretaria regional ministerial (Seremi) de Salud, Eugenia Patricia Schnake Valladares, y el Gobernador de la Provincia de Palena, Carlos Javier Salas Castro, a una cuadrilla de trabajadores que desarrollan faenas de limpieza carretera se lanzó la campaña de prevención de la hantavirosis en la zona.

La actividad busca reducir los casos de este virus que en la región de Los Lagos ya registra 10 casos durante el presente año.

Schnacke indicó que, dadas las características ambientales, no es sorprendente que la mayor cantidad de casos corresponda a la región de Los Lagos, por lo que llamó a los habitantes de las zonas rurales y semi rurales a tomar medidas de prevención.

La autoridad agregó que entre los años 2007 y 2014 en la región se identificaron 67 casos de hantavirosis; de ellos, 19 correspondieron a la provincia de Palena, por ello es posible advertir que el riesgo es superior al de otras provincias.

Los informes del Ministerio de Salud, señalan que las tres regiones con mayor riesgo de infección durante este año, corresponden al sur del país: Los Ríos, Los Lagos y Aysen del General Carlos Ibáñez del Campo.



El Salvador/Guatemala: Detectan los primeros casos de fiebre zika

27 de noviembre de 2015 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

El 24 de noviembre, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de El Salvador notificó a la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) tres casos autóctonos confirmados por laboratorio de infección por el virus Zika.

La OPS/OMS también recibió la notificación de un caso autóctono confirmado por laboratorio de infección por el virus Zika en Guatemala. El caso, un residente del departamento de Zacapa, enfermó el 11 de noviembre. Se está llevando a cabo una investigación para detectar nuevos casos.

Los estudios preliminares fueron realizados por los respectivos laboratorios nacionales de referencia, siendo luego confirmados los resultados por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos. Las autoridades sanitarias salvadoreñas y guatemaltecas están implementando las actividades de prevención y control correspondientes.

Recomendaciones de la OMS

Dado el incremento en la transmisión del virus Zika en la Región de las Américas, la OPS/OMS recomienda a los Estados miembros establecer y mantener la capacidad para detectar y confirmar casos de infección por el virus Zika, preparar a sus servicios sanitarios para una posible carga adicional en todos los niveles del cuidado de la salud, e implementar una estrategia de comunicación pública eficaz para reducir las poblaciones de los mosquitos que transmiten esta enfermedad, particularmente en las zonas donde este vector está presente.

¹ Probablemente las medidas preventivas no son suficientes, probablemente el cambio climático favorece la reproducción y diseminación del vector, probablemente los mensajes de prevención no son los más apropiados; y un largo etcétera de ‘probablemente’. Definitivamente se requieren ingentes recursos, decisión política y un trabajo multidisciplinario estrictamente coordinado para reducir (eliminar es utópico) la carga que representa el vector de estas tres enfermedades virales. La inminencia del verano en el Hemisferio Sur, el fenómeno de El Niño que según los expertos tendrá una fuerte intensidad y la cercanía de los Juegos Olímpicos de Rio de Janeiro, con el consiguiente flujo masivo de personas, constituyen escenarios potenciales de transmisión de las citadas infecciones virales. Cortar –o minimizar– la cadena de transmisión es una tarea urgente, no solo del gobierno y la autoridades, sino de la población en general.

El número de casos de tres infecciones de transmisión sexual aumentaron el año pasado por primera vez desde 2006, según reportaron, con una cierta preocupación, las autoridades sanitarias estadounidenses.

En 2014, se reportaron 1,4 millones de casos de clamidiosis a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, 2,8% más que en 2013. Este es el número más alto de casos de cualquier infección de transmisión sexual (ITS) que nunca se ha reportado a los CDC, afirmaron los investigadores del gobierno en el informe anual.

También se reportaron aumentos sustanciales en las tasas de sífilis (de 15%) y de gonorrea (de 5%). Y las tasas de sífilis más altas se dieron entre los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), según el informe *Sexually Transmitted Disease Surveillance, 2014* (Vigilancia de las infecciones de transmisión sexual, 2014) de los CDC.

“En los años anteriores, hemos observado algunas reducciones de algunas enfermedades y aumentos de otras. Pero nos preocupa el aumento alarmante que hemos observado en la clamidiosis, la gonorrea y la sífilis”, dijo el investigador principal, el Dr. Gail Bolan, director de la División de Prevención de ITS de los CDC.

En 2014, hubo un poco más de 350.000 casos reportados de gonorrea, una tasa de casi 111 cada 100.000 habitantes. Además, hubo 20.000 casos reportados de sífilis, una tasa de aproximadamente 6 cada 100.000, según el informe.

“Las ITS afectan más severamente a las personas jóvenes y a las mujeres. Pero el aumento de las tasas entre los hombres representa una gran parte de los aumentos generales de las tres enfermedades”, dijo Bolan.

“Nos preocupa que la mayoría de las tasas que están en aumento sean las de los hombres. Ellos están motivando estos aumentos. Hay una necesidad urgente de afrontar los aumentos que estamos observando”, dijo Bolan.

“La sífilis ha estado en aumento entre los HSH desde el año 2000. En 2014, estos hombres conformaron 83% de los casos reportados entre los hombres en los casos en que se sabía el sexo de la pareja. Y un poco más de la mitad de los hombres con sífilis en 2014 también eran VIH positivos”, señaló Bolan.

“También hay evidencias de que los HSH están experimentando aumentos parecidos en los casos de gonorrea y de clamidiosis”, dijo.

“A pesar de eso, las personas jóvenes siguen siendo los más afectados, de forma desproporcionada, por las ITS. El año pasado, los que tenían entre 15 y 24 años conformaron casi dos tercios de los casos reportados de clamidiosis y gonorrea. Esa cifra contrasta con las estimaciones anteriores de que las personas jóvenes contraen la mitad de los estimados 20 millones de nuevos diagnósticos de ITS al año en Estados Unidos”, indicó Bolan.

Aunque las ITS son prevenibles y tratables, Bolan sugirió que un menor acceso a las clínicas ha contribuido al aumento de la epidemia en los últimos años.

“Aproximadamente 7% de los departamentos de salud han cerrado clínicas de ITS. Más de 40% de las clínicas tienen unas horas de apertura reducidas y las clínicas han aumentado las tarifas y los copagos. Nos preocupa que las personas no tengan acceso a los servicios sanitarios para las ITS que merecen y necesitan”, dijo Bolan.

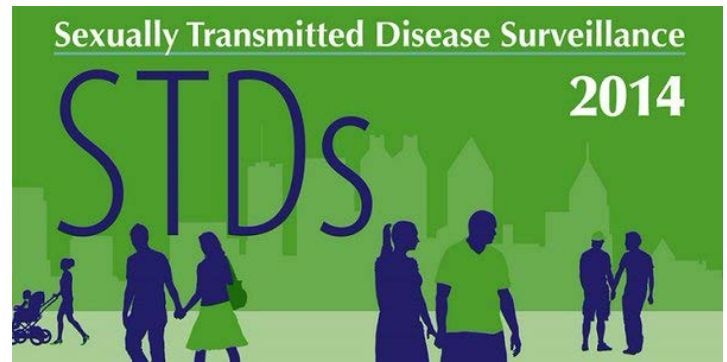
Fred Wyand, vocero de la Asociación Estadounidense de Salud Sexual (American Sexual Health Association), se mostró de acuerdo con esta afirmación. “Un hallazgo clave es la tendencia preocupante y continua de las disparidades en la salud. Las poblaciones más vulnerables, en particular los jóvenes, las mujeres y los HSH, siguen siendo los más afectados”, dijo Wyand.

“Sabemos que hay muchos factores detrás de estos aumentos alarmantes: el encarcelamiento masivo, la pobreza, la estigmatización y la homofobia. Además del hecho de que los mejores programas de control de las ITS que hemos creado están limitados por una serie compleja de problemas, como tener una vivienda estable, el transporte a la clínica y tener tiempo libre en el trabajo”, señaló Wyand.

Y añadió: “Los jóvenes son los más susceptibles biológicamente a sufrir ITS y también a menudo carecen de seguro médico o del empoderamiento necesario para navegar de forma efectiva por el sistema de atención sanitaria”.

“Una parte crucial de la solución del aumento de las tasas son los mensajes de prevención de las ITS que enfatizan el uso de preservativos junto con un mejor acceso a las pruebas y los tratamientos”, comentó Wyand.

Además, dado que los costos anuales de las ITS son de 16.000 millones de dólares, se debería decir a los legisladores que los programas de prevención no solamente son una política sanitaria sensata, sin que además ahorran dinero.²



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

1 de diciembre de 2015 – Fuente: *Pediatrics*

Impuestos y precios de los cigarrillos más elevados están fuertemente asociados con tasas de mortalidad infantil más bajas en Estados Unidos, según un nuevo estudio de la Universidad de Vanderbilt y la Universidad de Michigan, en Estados Unidos.

Los investigadores encontraron que por cada aumento de impuestos de un dólar por paquete de cigarrillos, se evitaron cerca de dos muertes infantiles cada día. En general, hubo una disminución estimada de 3,2% en las tasas de mortalidad infantil anuales o 750 muertes infantiles menos por año relacionadas con el incremento de los impuestos, según el estudio.

“La exposición a los cigarrillos durante el embarazo se vincula con numerosos problemas de salud para los recién nacidos, incluyendo el nacimiento prematuro, que es la principal causa de mortalidad infantil en Estados Unidos. Gravar los cigarrillos es conocido por ayudar a convencer a la gente a dejar de fumar o no empezar”, afirma el autor principal del trabajo, Stephen Patrick, profesor asistente de Pediatría y Políticas de Salud de la División de Neonatología del Hospital Infantil Monroe Carell Jr. en Vanderbilt.

“Este estudio ayuda a los médicos, los funcionarios y los políticos de salud pública a comprender cuánto beneficio puede tener aumentar los impuestos de cigarrillos en la salud infantil”, añade Patrick. A ello, otro de los autores, Matthew M. Davis, profesor de Pediatría en el Hospital Infantil CS Mott de la UM, añadió que el enfoque de la investigación tiene una forma diferente de pensar en los impuestos del tabaco.

“Por lo general, los impuestos se utilizan en la salud pública como una forma de desalentar al tabaquismo y, por tanto, mejorar la salud de la persona que antes fumaba o está considerando la posibilidad de iniciarse en el consumo. Pero la conexión entre el aumento en los impuestos y las reducciones en el consumo de tabaco y en las muertes infantiles conlleva un nuevo tipo de beneficio”, afirma este investigador.

El consumo de tabaco es la principal causa de muerte evitable, enfermedad, discapacidad y muerte en Estados Unidos. Al mismo tiempo, estudios previos han concluido que las mujeres que consumen cigarrillos durante el embarazo tienen más probabilidades de dar a luz a bebés con trastornos de salud, como bajo peso al nacer, nacer prematuramente, defectos de nacimiento y el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), todas ellas principales causas de mortalidad infantil, que se define como la muerte durante el primer año de vida.

Impuestos más altos sobre los cigarrillos son conocidos por estar asociados con menores tasas de tabaquismo durante el embarazo y mejoras en algunos resultados del parto (como el peso al nacer), pero según estos expertos no se había analizado antes en Estados Unidos el impacto de mayores tasas sobre la prevalencia de la mortalidad infantil.

Para su análisis, los científicos utilizaron datos públicos de entre 1999 y 2010 para determinar la asociación de los impuestos de los cigarrillos y el aumento de los precios en el tiempo con las tasas de mortalidad infantil en Estados Unidos. Se analizaron los datos de los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades y *Prevention's Wide-Ranging Online Data for Epidemiologic Research* (WONDER), así como un estudio de varios años de los minoristas con respecto a los impuestos del tabaco y los precios.

Además, el análisis encontró que impuestos más elevados sobre los cigarrillos fueron más efectivos en la reducción de las tasas de mortalidad infantil entre los bebés afroamericanos que los niños blancos no hispanos. En todo Estados Unidos, los bebés afroamericanos tienen el doble de probabilidades de morir antes de cumplir el primer año de vida que los blancos no hispanos.³

EL PAÍS

Haití: La rabia aún mata a decenas de personas

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

El día que cumplía 12 años, a Sierva María de Todos los Ángeles la mordió un perro rabioso. De esta forma comienza una de las historias más hermosas del premio Nobel de Literatura Gabriel José de la Concordia García Márquez, *Del Amor y otros Demonios*, que describe cómo la pobre joven ve sus días oscurecer en medio del dolor y la intolerancia en la Cartagena del Virreinato, cuando no existía cura para tal mal y se asociaba a la “posesión demoniaca”.

Varios siglos después y a pesar de que se creía del todo erradicado, el famoso “mal de rabia” que aterrorizaba a los latinoamericanos en el pasado sigue presente en la región. En Haití ocurre 70% de las muertes por rabia en la región; otros países con casos registrados son Bolivia, República Dominicana, Guatemala y Brasil.

En el resto del continente americano, la enfermedad ha sido erradicada casi totalmente desde la década de 1980, y las regiones del mundo que más la padecen actualmente son África y Asia, donde ocurre 95% de las muertes humanas por rabia transmitida por mordeduras de perros y otros animales, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).



Un perro callejero en Port-au-Prince.

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

Este control de la enfermedad ha sido posible gracias a lo que los especialistas consideran la medida más efectiva para parar la rabia: vacunar a los perros. Aunque puede ser transmitida por otros animales, la cercanía de los perros a los asentamientos humanos los convierte en los principales transmisores de la enfermedad.

Medio millón de perros

“La rabia es un problema serio de salud pública en Haití”, dice Caroline Plante, especialista del Banco Mundial. En el país no se reportan todas las muertes por rabia transmitida por perros, y se estima que se producen unas 200 muertes por año.

El mayor problema, sin duda, son los perros. Por esto, el Gobierno haitiano emprendió una campaña de vacunas de los animales, apoyada por el Banco Mundial. La meta es vacunar a 500.000 perros. Vacunar por lo menos a 70% de la población canina sería suficiente para reducir los casos de rabia, como ya se ha hecho en otros países.

“Muchos factores sociales, culturales y económicos han contribuido a la propagación de la rabia en Haití, incluyendo la tensión financiera por la reconstrucción después del terremoto y la epidemia subsecuente del cólera”, afirma Plante. Pero la iniciativa del Gobierno podría salvar vidas, dice la especialista, especialmente de los niños más pequeños.

Rabia y pobreza

“En América Latina y el Caribe, la rabia está asociada muchas veces con la pobreza y se considera una enfermedad descuidada”, dice Plante. La organización internacional para la salud de los animales afirma que “la rabia es un problema grande de salud pública que afecta desproporcionadamente a las comunidades rurales y pobres”.

Según la OMS, hay dos tipos de síntomas de rabia en los humanos: La modalidad “furiosa”, donde las personas presentan hiperactividad y que puede terminar en un paro cardíaco; y la rabia “paralítica”, que paraliza lentamente los músculos de las personas y puede terminar en un coma.

La buena noticia es que la vacunación de los perros puede ayudar a prevenir el contagio. También se puede prevenir la muerte de los humanos con un tratamiento a tiempo de la herida y con vacunas.

El mundo



China, Beijing: Registran niveles máximos de contaminación por tercer día consecutivo

1 de diciembre de 2015 – Fuente: EFE

Beijing sigue en máximos de contaminación por tercer día consecutivo, lo que mantiene la alerta naranja, la segunda de mayor gravedad tras la roja, con una densa capa de neblina que impide ver a partir de cierta distancia.

Hacia las 14.00 hora local, la concentración de partículas PM 2,5 (las más dañinas para la salud) llegó a los 634 microgramos por metro cúbico ($\mu\text{g}/\text{m}^3$), según el medidor de la embajada de Estados Unidos en Beijing, un nivel ligeramente más bajo que el registrado el 30 de noviembre, donde hubo máximas de 666 $\mu\text{g}/\text{m}^3$.

Esta cantidad es casi 27 veces el nivel máximo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 25 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ de partículas PM 2,5, aquéllas de un diámetro inferior a las 2,5 micras y las más perniciosas para la salud, ya que, por su tamaño, tienen más facilidad para penetrar en el organismo.

Esta racha de contaminación coincide con la celebración de la Cumbre contra el Cambio Climático en París (COP21), donde el presidente Xi Jinping representó este lunes al país que más contamina del mundo.

La capital china se ha levantado el 1 de diciembre con una capa de contaminación de color gris/pardo todavía más densa que la del día anterior, fruto de la humedad y la falta de viento, lo que dificulta la visión en toda la ciudad.

La Oficina de Meteorología de Beijing también alertó esta mañana que se mantiene la alerta naranja, lo que implica medidas como obligar a las plantas industriales a reducir o parar su producción o restricciones en las obras públicas y actividades de construcción.

En este sentido, el oficial Diario del Pueblo informó hoy que las autoridades han obligado a 2.100 fábricas a detener su producción, mientras que los inspectores de seguridad han detenido a vehículos de transporte que se saltaban la prohibición en diversos puntos de la ciudad.

Las autoridades también han recomendado a la población que no salga si no es imprescindible, especialmente a los niños y ancianos.

La organización ecologista Greenpeace alertó hoy en un comunicado del “grave peligro” que estos niveles de contaminación suponen para la población y criticó el sistema de alertas por “insuficiente” para preparar a la población frente a situaciones como esta.

El nivel de alerta naranja, no obstante, no llega a los máximos que vivió la ciudad en anteriores años, donde se alcanzaron concentraciones de PM 2,5 de 900 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ aunque, según el Diario del Pueblo, en una zona concreta de la capital llegaron a medir puntualmente más de 2.200 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ el 30 de noviembre.

En ese sentido, el Ministerio de Medioambiente anunció el 29 de noviembre que China ha cumplido con sus objetivos de reducción de contaminación en los últimos cinco años.



España: Se incrementa el número de pacientes que reciben tratamiento para hepatitis C

30 de noviembre de 2015 – Fuente: Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (España)

Desde el pasado 1 de abril, España dispone de un Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C (PEAHC) en el Sistema Nacional de Salud. Contar con un plan específico para la hepatitis C ha sido una reclamación histórica de médicos, pacientes y las asociaciones que defienden sus derechos. La elevada carga de la enfermedad en España, junto con la actual disponibilidad de nuevos antivirales capaces de curar la hepatitis C, hacía necesario disponer de manera urgente de una estrategia de respuesta estructurada y coordinada.

Las ONG y las asociaciones de pacientes que trabajan en el ámbito de la hepatitis C no participaron directamente en el diseño del PEAHC, ni siquiera como voces a ser tenidas en cuenta en su elaboración. No obstante, y como las formas obligan, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) convocó hasta la fecha a los representantes de las organizaciones de pacientes a dos reuniones para rendir cuentas de los avances realizados. A mediados de noviembre, se realizó en Madrid el I Foro de Pacientes entre asociaciones y los representantes del MSSSI y del PEAHC.

El PEAHC tiene como objetivo disminuir la carga de enfermedad y muerte causada por la infección por VHC en la población española, abordando de manera eficaz la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de los pacientes. Para lograr este fin se estructura en cuatro líneas estratégicas:

1. Cuantificar la magnitud del problema, describir las características epidemiológicas de los pacientes con infección por VHC y establecer las medidas de prevención.
2. Definir los criterios científico-clínicos que permitan establecer la adecuada estrategia terapéutica considerando el uso de antivirales de acción directa frente al virus de la hepatitis C (VHC) para el tratamiento de la enfermedad.
3. Establecer los mecanismos de coordinación para la adecuada implementación de la Estrategia para el Abordaje de la Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud.
4. Fomentar el avance en el conocimiento de la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud a través de actuaciones específicas en el área de la investigación, desarrollo e innovación (I+D+I).

Por motivos prioritarios, los principales esfuerzos se han centrado hasta ahora en la estrategia terapéutica (línea 2). En este sentido, los representantes del MSSSI y del Consejo Científico Asesor recalcaron que, desde la puesta en marcha del PEAHC, el seguimiento clínico de los pacientes con hepatitis C se ha venido haciendo de acuerdo con los criterios definidos en la estrategia terapéutica, lo que se significa que se puede prescribir cualquiera de los 13 medicamentos actualmente autorizados y financiados, siempre por indicación médica. Se irá actualizando en función del informe de posicionamiento terapéutico y la ficha técnica de cada medicamento y los resultados de efectividad obtenidos a partir de información del registro.

De acuerdo con los representantes del MSSSI, en la tercera línea estratégica, se ha designado un Comité Institucional integrado por un representante de cada comunidad autónoma, el Instituto de Salud Carlos III, la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria del Ministerio del Interior y centros directivos del ministerio.

De forma centralizada, se recaba información relativa al tratamiento de los pacientes proporcionada por las comunidades autónomas, en concreto el número de pacientes que inician una terapia basada en Sovaldi® (sofosbuvir), Harvoni® (sofosbuvir/ledipasvir), Viekirax®/Exviera® (paritaprevir, ritonavir/dasbuvir) y el número de pacientes que lo han finalizado; por consumo de envases (presentado por los laboratorios titulares) y el registro del PEAHC.

A partir de dichas fuentes, respecto al número de pacientes en España tratados desde el 1 de abril del 2015, fecha de financiación de los nuevos antivirales (Harvoni®, Viekirax®/Exviera®) hasta el 30 de septiembre de 2015, los responsables del MSSSI informan que la cifra se eleva a 24.491 pacientes, cantidad que contrasta significativamente con los 3.154 tratados desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo de 2015 y que pone de manifiesto la utilidad de la puesta en marcha del PEAHC, habiéndose tratado en 2015 un total de 27.645 pacientes hasta el 30 de septiembre.

De entre las pautas utilizadas, desde el 1 de abril en el marco del PEAHC, un total de 11.450 pacientes recibieron tratamiento con Harvoni®; 6.292 con Viekirax®/Exviera®; 8.407 personas con Sovaldi®/Daklinza® (sofosbuvir/daclatasvir) o Sovaldi®/Olysio® (sofosbuvir/simeprevir); y 1.496 con simeprevir junto con interferón pegilado y ribavirina.

Dentro del PEAHC, se ha puesto en marcha un nuevo fichero automatizado conocido como Sistema de Información de Monitorización Terapéutica de Pacientes con Hepatitis C crónica (SITHepaC). Las comunidades autónomas pueden remitir los datos de los pacientes a través de opciones: formulario individual, carga de fichero XML y servicio web.

La segunda fase del proyecto SITHepaC, llevado a cabo también con la participación de las comunidades autónomas, dio comienzo el 1 de octubre y en dicha fase se ha incorporado la información de las visitas posteriores y, además, los datos disponibles basales de cinco comunidades autónomas que han utilizado el sistema de formulario individual respecto a 8.200 pacientes tratados.

Dado que la información de estos 8.200 pacientes se encuentra todavía en fase de validación y puede estar sometida a sesgos, los representantes del MSSSI insisten en que en ningún caso la muestra puede considerarse que tenga representatividad poblacional.

De estos 8.200 pacientes tratados, 64% son hombres y 96% del total son pacientes españoles. La distribución por grado de fibrosis es F4: 53,68%, F3: 20,84%; F2: 19,47%; F1: 5,49% y F0: 0,53% (lo que deja de manifiesto que están siendo tratados pacientes en estadios iniciales F1 y F0).

Asimismo se informa de la distribución de pacientes por genotipos, siendo más frecuente el genotipo 1b: 50,55% seguido del 1a: 23,71% y del genotipo 3: 11,07%.

En esta serie de 8.200 pacientes tratados, 57% había recibido anteriormente tratamiento para la hepatitis C; 22% tenía coinfección por VIH; 3% había sido sometido a trasplante hepático; 1% tenía hepatocarcinoma, 9%, enfermedad extrahepática y 53%, cirrosis hepática.

Por lo que respecta a las pautas más utilizadas en el tratamiento de estos 8.200 pacientes por genotipo viral, se observa que Harvoni® se utilizó en 49,26% y Viekirax®/Exviera® en 42,22% de los pacientes con genotipo 1a; por lo que respecta a los pacientes con genotipo 1b, las pautas más utilizadas fueron Viekirax®/Exviera® en 59,44% de los pacientes y Harvoni® en 32,74%.

En cuanto al genotipo 3, 39,19% de los pacientes fue tratado con régimen que incluyó sofosbuvir y 36,66%, con un régimen que incluyó daclatasvir. Las personas con genotipo 4 fueron tratadas con mayor frecuencia con Harvoni® (59,55%) o Viekirax®/Exviera® (29,33%).

Durante el I Foro de Pacientes, se informó de los dos estudios que el Instituto de Salud Carlos III, coordinador de la línea estratégica cuatro, ha puesto en marcha con un presupuesto de casi un millón de euros. Por un lado, se realizará una evaluación de las intervenciones preventivas y terapéuticas frente a la infección por el VHC, lo que permitirá obtener indicadores que ayuden a planificar y evaluar las intervenciones en la respuesta frente al VHC. Y por otro, se estudiará el impacto del tratamiento con los nuevos antivirales sobre la historia natural de la hepatitis C y se identificarán factores predictivos de no respuesta, todo ello con el fin de evaluar la eficacia y la seguridad en pacientes con cirrosis hepática y su impacto en la historia natural de la enfermedad.

Entre las preocupaciones planteadas por las asociaciones de pacientes durante la reunión se incluyen la necesidad de tratar a todos los pacientes independientemente de su estadio de fibrosis hepática, poniendo especial énfasis en el tratamiento de poblaciones más vulnerables –como las personas privadas de libertad– o poblaciones más difíciles de tratar –como las personas con genotipo 3–; y la urgente necesidad de poner en marcha la línea estratégica 1 con la búsqueda activa de todas aquellas personas con hepatitis C que desconocen su diagnóstico y no pueden beneficiarse de un tratamiento eficaz.

EL MUNDO República Centroafricana: Un país con 250 médicos

29 de noviembre de 2015 – Fuente: El Mundo (España)

“Iba en el autobús hacia casa a la salida del colegio, cuando éste empezó a arder”, dice Niatou Christy Judicael, un niño de 11 años que resultó herido en sus dos piernas cuando el autobús en el que viajaba fue atacado. El reciente brote de violencia que se está produciendo en la ciudad de Bangui, la capital de República Centroafricana, está produciendo que cada vez más niños sean ingresados en el hospital pediátrico de la ciudad, el único del país que todavía sigue dando atención especializada a los más pequeños.

“Estamos colapsados. A menudo tenemos a dos, o incluso a tres niños compartiendo una misma cama”, explica Assaye Abel, director interino del centro.

Con poco más de 300 camas y sólo 15 médicos, el hospital ofrece servicios pediátricos gratuitos, como el cuidado del recién nacido, la vacunación, cuidados intensivos, tratamientos de desnutrición e intervenciones quirúrgicas. Cada día, 250 pacientes son admitidos en el centro, la mayoría con cuadros de malaria, diarrea o desnutrición.

“Debido a la inseguridad, los centros de salud de Bangui se cierran por la noche. Todos los casos de emergencia llegan a nuestro hospital, a pesar de que, en esta unidad sólo tenemos la mitad del personal cualificado que necesitamos. Vemos una gran cantidad de niños con malaria grave, meningitis e infecciones del recién nacido”, dice el Dr. Nganda Bangue Marie-Collette, jefe adjunto de la unidad de cuidados intensivos.

La mortalidad infantil es de las más altas

Desde principios de 2014, República Centroafricana se ha enfrentado a crisis recurrentes que han afectado mucho a su sistema de salud, ya de por sí débil. Una encuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2014 ponía de manifiesto que 213 instalaciones sanitarias en el país –una de cada cuatro– son disfuncionales. Otras sólo funcionan parcialmente.

De esta forma, ante la falta de profesionales de la salud, de que muchos centros están dañados y de hay escasez de equipos y medicamentos, muchas personas se han quedado sin acceso a los servicios básicos.

La mortalidad infantil del país es una de las más grandes del planeta: 139 niños cada 1.000 nacidos vivos mueren antes de su quinto cumpleaños. En República Centroafricana sólo hay 250 médicos, es decir un médico cada 20.000 personas, una cifra casi cuatro veces menos que el promedio de África.

Además, las enfermedades infecciosas son recurrentes, ya que sólo 41% de los bebés de menos de un año reciben todas las vacunas del programa de inmunización rutinaria, lo que provoca brotes de sarampión en distintas zonas del país.

Dependencia de la ayuda exterior

La misma encuesta de la OMS vio que sólo la mitad de los centros de salud suministran atención traumatológica de emergencia, y que menos de la mitad del personal sanitario del país tiene una formación adecuada.

“La mitad de los centros de salud del país funcionan gracias al apoyo de una ONG o una agencia humanitaria, lo que significa que el sector sanitario es extremadamente dependiente de la ayuda exterior”, narra el Dr. Michel Yao, representante de la OMS en el país, que apunta que los agujeros de financiación actuales “pueden dejar a cientos de miles de personas sin atención médica”.

Debido a la falta de recursos y capacidades, la OMS está intentando paliar estas carencias con tres oficinas en el país, y otras dos que están proyectadas, cuyos equipos han sido cruciales en la detección y respuesta a los brotes. Desde que empezó la crisis, la organización ha entregado más de 300 toneladas de suministros médicos a los centros de salud y a las organizaciones no gubernamentales que trabajan en distintas partes del país.

A pesar de esto, el déficit de financiación sigue siendo enorme. En 2015, la comunidad sanitaria señaló que el país necesitaba 63,1 millones de dólares, pero, a fecha de mediados de noviembre, se ha recibido menos de la mitad de dicha cantidad.

“La OMS está apoyando financieramente al hospital pediátrico de Bangui, pero hace seis meses tuvimos que parar el proyecto debido a la falta de financiación”, explica Yao.

“Nuestro gobierno hace lo que puede. Todavía necesitamos apoyo externo y estamos agradecidos a todas las organizaciones humanitarias que trabajan con nosotros”, concluye Abel.



República Democrática Popular Lao: Confirman nuevos casos de infección por el poliovirus derivado de la vacuna

26 de noviembre de 2015 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

Dos casos adicionales de poliovirus tipo 1 derivado de la vacuna antipoliomielítica (VDPV1) se han registrado en la República Democrática Popular Lao, con lo que el número total de casos en este brote se eleva a tres.⁴

Entre el 6 y 8 de noviembre de 2015, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de la República Democrática Popular Lao notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) dos casos confirmados de VDPV1. Además, VDPV1 circulante (cVDPV1) ha sido aislado de las heces de 12 contactos sanos. Todos estos contactos viven en la misma aldea, en el distrito de Bolikhan, provincia de Bolikhamxay.

Detalles de los casos

El primero de los nuevos casos tiene 15 años de edad, y es de sexo masculino. Proviene de la misma aldea que el primer caso confirmado de cVDPV1. No tenía antecedentes de haber recibido la vacuna antipoliomielítica oral (OPV). Teniendo en cuenta que se ha detectado una divergencia de nucleótidos de alrededor de 2,6% entre el aislado del caso VDPV1 de 15 años de edad, y la cepa 1 de la vacuna Sabin, y considerando que tres contactos cercanos dieron positivo para cVDPV1, el caso de 15 años de edad fue clasificado como cVDPV1.

El segundo caso es un varón de 4 años de edad, que comenzó con fiebre el 28 de septiembre y con debilidad de los miembros inferiores el 29 de septiembre. El 1 de octubre, el paciente fue ingresado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Provincial de Bolikhamxay, donde falleció el 2 de octubre, antes que se recogieran muestras de materia fecal. El paciente fue clasificado como un caso de parálisis flácida aguda (PFA), tras revisión retrospectiva realizada en el Hospital Provincial de Bolikhamxay el 19 de octubre. No tenía antecedentes de haber recibido la OPV. El 20 y 21 de octubre, se recogieron muestras de materia fecal de 4 de sus contactos, incluyendo contactos familiares y de hogares vecinos; el 6 de noviembre, tres de estos contactos dieron positivo para cVDPV1. Según criterios de la OMS, el caso de PFA del niño de 4 años de edad fue, por lo tanto, clasificado como caso confirmado de cVDPV1.

El Centro Nacional de Enlace para el RSI también proporcionó información actualizada sobre la investigación de los contactos del primer caso confirmado de cVDPV1. Se recogieron muestras de heces de los contactos y se aisló cVDPV1 en seis de ellos.

Previo a este brote, el distrito Bolikhan presentaba tasas crónicamente bajas de inmunización: la cobertura reportada en niños con tres dosis de OPV fue de 40 a 66% entre 2009 y 2014. El último caso de poliovirus salvaje autóctono en la República Democrática Popular Lao se produjo en 1993.

Respuesta de salud pública

Desde la detección del primer confirmado de cVDPV1 en la República Democrática Popular Lao, las actividades de respuesta a los brotes se han llevado a cabo en tres provincias, incluida la provincia afectada (Bolikhamxay) y las provincias vecinas (Xaisounboun y Xiengkhuang). El centro nacional de operaciones de emergencia ha sido activado para coordinar los esfuerzos de respuesta y se ha elaborado un plan de respuesta al brote de poliomiélitis. Se ha intensificado la vigilancia en todo el país, incluyendo la notificación negativa diaria de casos de PFA. Se lleva a cabo la búsqueda activa de casos en las tres provincias, incluyendo la revisión retrospectiva de los registros de hospitales y centros de salud.

Se han planificado seis rondas con la vacuna trivalente OPV entre octubre de 2015 y marzo de 2016 (cuatro subnacionales y dos nacionales), con alrededor de 8,6 millones de dosis a administrarse a niños menores de 15 años. Este rango de edad fue determinado por la distribución etaria de los casos y sus contactos. La primera ronda de la actividad de inmunización suplementaria (AIS) con la vacuna OPV se completó en octubre en las provincias de Boli-

⁴ Ver 'Laos: Confirman un caso de infección por el poliovirus derivado de la vacuna' en [Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 1.676](#), de fecha 14 de octubre de 2015.

khamxay, Xaisounboun y Xiengkhuang. Se hizo el seguimiento de la AIS con OPV de octubre para identificar áreas con niños no vacunados y planificar actividades de barrido. Se prevé que esta actividad continuará durante las próximas rondas para identificar pueblos que requieren de barrido. Se han reclutado monitores independientes para evaluar la calidad de las campañas.

Para asegurar el éxito de las AIS, se llevan a cabo actividades de movilización social y comunicación de riesgos de emergencia, incluyendo la formación de activistas y sesiones de información para construir conciencia y abordar las barreras a la inmunización. Se han desarrollado mensajes clave para radio y altavoces, y están siendo traducidos para llegar a las comunidades identificadas.

Evaluación de riesgos de la OMS

Los poliovirus circulantes derivados de la vacuna (cVDPV) son cepas raras pero bien documentadas de poliovirus mutados a partir de cepas de la vacuna antipoliomielítica oral (OPV). Pueden surgir en algunas poblaciones inadecuadamente inmunizadas.

Para terminar con la poliomielitis requiere tanto de la eliminación del poliovirus salvaje como la del derivado de la vacuna, y debido al riesgo de los cVDPV, debe terminarse con el uso de la OPV para asegurar un mundo libre de poliomielitis. La OPV se retirará de manera gradual, comenzando con la eliminación de la OPV que contiene el tipo 2. El cambio de la OPV trivalente a bivalente, prevista para abril de 2016, reducirá considerablemente el riesgo de cVDPV (90% de los cVDPV es causado por el tipo 2) y prepara eventualmente el escenario para acabar con el uso de la OPV por completo y la transición a la vacuna inactivada contra la poliomielitis (IPV), que no puede causar cVDPV.

Debido a los viajes relativamente limitados desde y hacia esta zona y las actividades de inmunización planificadas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) evalúa como bajo el riesgo de propagación internacional de la cVDPV1 desde la República Democrática Popular Lao.

Recomendaciones de la OMS

Es importante que todos los países, en particular aquellos con viajes y contactos frecuentes con los países y áreas afectados por la poliomielitis, fortalezcan la vigilancia de los casos de parálisis flácida aguda (PFA) con el fin de detectar rápidamente cualquier nueva importación del virus y para facilitar una respuesta rápida. Los países, territorios y áreas también deben mantener la cobertura uniformemente alta de inmunización sistemática a nivel de distrito para reducir al mínimo las consecuencias de cualquier nueva introducción del virus.

Viajes Internacionales y Salud de la OMS recomienda a todos los viajeros a zonas afectados por la poliomielitis estar completamente vacunado contra la enfermedad. Los residentes (y los visitantes por más de cuatro semanas) de las áreas infectadas deben recibir una dosis adicional de OPV o IPV en un plazo de 4 semanas a 12 meses del viaje.



Taiwán: La epidemia de dengue causa 184 muertos y casi 40.000 infecciones

1 de diciembre de 2015 – Fuente: EFE

Taiwán registra ya 184 muertes y 39.350 casos de dengue desde mayo de este año, lo que convierte esta epidemia en la más devastadora de la historia de la isla, informó el 1 de diciembre el Centro de Control de Enfermedades (CDC) de Taiwán.

La mayoría de los fallecidos padecían otras enfermedades crónicas, tales como diabetes o hipertensión, agregó el CDC.

Hasta el momento sólo se han registrado fallecimientos debidos al dengue en el sur de Taiwán, en concreto 112 en la ciudad de Tainán, 70 en la ciudad portuaria de Kaohsiung y dos en el distrito de Pingtung.

El 30 de noviembre se registraron 244 nuevos casos de dengue en Kaohsiung y 18 en Tainán, lo que muestra que la expansión de la epidemia se ha desacelerado ya que se llegaron a registrar 600 nuevos casos al día, según datos oficiales.

Las infecciones debidas al dengue se han concentrado en Kaohsiung con 15.930 casos y en Tainán con 22.648 casos.

Taiwán está situado en una zona muy proclive a los brotes de dengue, sobre todo en el sur de la isla, pero hasta el año pasado no se habían registrado más de 2.000 casos anuales.



El reto de tratar el sida en zonas de conflicto

1 de diciembre de 2015 – Fuente: El País (España) – Autor: Cecilia Ferreyra⁵

Las noticias positivas en torno al VIH/sida se acumulan: el número de personas VIH-positivas que reciben tratamiento ha aumentado drásticamente en los últimos años. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda, desde el pasado julio, diagnosticar y tratar a todo el mundo independientemente de su estado inmunológico; incluso podemos oír voces que por primera vez se atreven a hablar del fin de la epidemia. Lamentablemente, la realidad es completamente distinta en República Democrática de Congo, República Centroafricana o Sudán del Sur, tres países golpeados por conflictos recurrentes que destruyen lo poco que existe. Son contextos donde la prevalencia de VIH va en aumento, solo un puñado de pacientes reciben tratamiento antirretroviral (ARV) y la comunidad internacional

⁵ Cecilia Ferreyra es médica y especialista en VIH/sida de Médicos Sin Fronteras.

mira para otro lado. Contextos que nos obligan a desplegar nuestra imaginación para intentar llegar lo más cerca posible de los pacientes.

En Sudán del Sur, la prevalencia de VIH oscila entre el 2 y el 11%; sin embargo, solo 9% de las personas VIH-positivas que necesitan tratamiento urgentemente lo reciben; y aquí hablamos de las antiguas directrices de la OMS, ahora ya derogadas por la nueva recomendación de tratar a todas las personas diagnosticadas desde el primer momento. Otro dato: solo 10% de las mujeres embarazadas con VIH tienen acceso a programas de prevención de la transmisión del virus de madre a hijo. Todo esto en un país azotado por una cruenta guerra que está a punto de cumplir su segundo aniversario.

Yambio, un distrito situado en el suroeste de Sudán del Sur, cuenta con una de las prevalencias más altas del país (8%) y los servicios de VIH están centralizados en el hospital de referencia, así que la gente que vive fuera de la ciudad tiene que caminar un día entero o más para poder recibir atención. En julio de este año y antes que la OMS recomendara tratamiento para todos, nos propusimos hacerlo en Yambio –diagnosticar y tratar de inmediato–. Queríamos crear un modelo que fuera replicable en otros sitios también afectados por el conflicto y con poco acceso a antirretrovirales. El objetivo era acercar todo lo posible el tratamiento al paciente.



Diagnóstico del VIH en una de las clínicas en Yambio, Sudán del Sur.

La semana pasada, pude ver cómo mis compañeros movilizan cada día cinco clínicas para llegar a una población rural de 50.000 habitantes, ofreciendo al mismo tiempo diagnóstico y tratamiento. Todo comienza por la mañana cuando el equipo monta la tienda que más tarde se convertirá en clínica. Los trabajadores comunitarios comienzan a formar grupos para explicar lo que hacemos, se adentran en la comunidad cantando la canción *Diagnóstico y tratamiento* o se acercan al mercado donde toda la gente va a vender o comprar. Algunos miran de lejos y no se acercan, el estigma alrededor del sida es aún muy grande, otros se animan y se aproximan, hay quien viene con su pareja, hay mujeres embarazadas y madres con niños pequeños; preguntan, son informados, hasta que se atreven a entrar en la tienda que en unas horas puede cambiarles la vida.

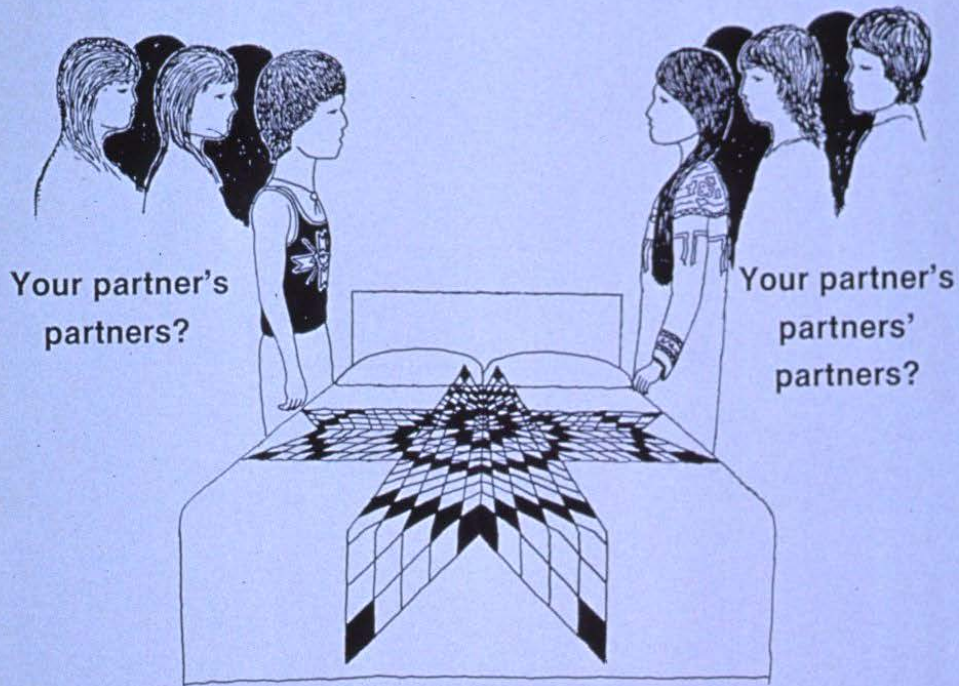
Desde mediados de julio de este año, alrededor de 4.500 personas se han hecho el test del VIH y 140 han sido diagnosticadas como VIH-positivas. El 90% de ellas ha aceptado comenzar el tratamiento que les ayudará a prolongar sus vidas, a disminuir la transmisión del virus a sus parejas o hijos; y en algún momento a reducir la incidencia de VIH en esa población. Durante este período una de las zonas fue atacada por los rebeldes, dejando a 23 pacientes que estaban en tratamiento sin seguimiento porque nuestros equipos no podían desplazarse hasta allí. Sin embargo, la presencia de trabajadores comunitarios de la zona nos permitió implementar un plan de contingencia distribuyendo kits de medicamentos para evitar que interrumpieran su tratamiento; una gran victoria cuando somos capaces de mantener la atención en un cambio brusco de contexto.

Con las nuevas recomendaciones de la OMS tenemos una oportunidad de oro para poder aumentar el acceso a tratamiento antirretroviral también en contextos afectados por conflicto armado y en los países que se han quedado a la cola de los últimos avances en la lucha contra el sida. En los próximos días mundiales de sida, queremos poder celebrar que las buenas noticias lleguen a todas las personas VIH-positivas. Por ejemplo, que en 90% de estos países, con baja cobertura de ARV, se trata a 90% de las personas con el VIH. ¿Imposible? Con la voluntad y el compromiso de la comunidad internacional y la implementación de modelos buenos y simples, sabemos que se puede.



Una de las cinco clínicas móviles con las que Médicos Sin Fronteras acerca el tratamiento y diagnóstico inmediatos a la población rural en Yambio, Sudán del Sur.

How well do you know your partner?



Could your partner have a history of risky sexual behavior in the last ten years that you do not know about?

Because you might not know everything about your partner, talk about the risk of AIDS. It is up to you to protect yourself.



**NATIVE AMERICAN WOMEN'S
HEALTH EDUCATION RESOURCE CENTER**

P.O. BOX 572 • LAKE ANDES, SOUTH DAKOTA 57356 • 605-487-7072

Native American Women's Health Education Resource Center (Lake Andes, South Dakota, 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.