



# Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente  
Córdoba - Argentina

[www.reporteepidemiologico.com](http://www.reporteepidemiologico.com)



## Número 1.744

28 de marzo de 2016

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

### Comité Editorial

#### Editor Jefe

Ángel Mínguez

#### Editores Adjuntos

Ílide Selene De Lisa  
Enrique Fariás

#### Editores Asociados

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

## Noticias

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

### Córdoba

- Se sumaron 100 nuevos casos de dengue y uno de fiebre chikungunya

### Argentina

- Vigilancia de triquinelosis
- Curso virtual para equipos de salud sobre cambio de vacunación en poliomielitis
- Buenos Aires, José León Suárez: Muerte por hantavirus

### América

- Chile confirmó el primer caso autóctono de fiebre zika, transmitido por vía sexual
- Estados Unidos: Se registra un aumento en las tasas de ITS en hombres que tienen sexo con hombres que toman profilaxis pre exposición

- Estados Unidos: Uno de cada cuatro HSH latinos será diagnosticado con VIH en algún momento de su vida
- Puerto Rico: El virus Zika comienza a extenderse

### El mundo

- Alemania reporta dos casos de fiebre hemorrágica de Lassa
- Angola: Desde diciembre han muerto 168 personas por fiebre amarilla
- Arabia Saudí: Nuevos casos de infección por el MERS-CoV
- Kenya, Kitui: Nyumbani Village, el pueblo de los mil huérfanos del sida
- Pakistán, Sindh: Al menos 45 muertos por beber alcohol adulterado
- Solo 2% de los casos más graves de tuberculosis resistente a los medicamentos tienen acceso a los nuevos tratamientos

### Adhieren:

**SLAMVI**

Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

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

**CIRCULO MÉDICO DE CÓRDOBA**

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

**CMPC** Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba

[www.consejomedico.org.ar/](http://www.consejomedico.org.ar/)



Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad Nacional de Córdoba

[www.biblioteca.fcm.unc.edu.ar/](http://www.biblioteca.fcm.unc.edu.ar/)



**S.A.D.I.**

[www.said.org.ar/](http://www.said.org.ar/)

**Comité Nacional de Infectología**

Sociedad Argentina de Pediatría  
[www.sap.org.ar/](http://www.sap.org.ar/)



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

**Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica**

[www.sadip.net/](http://www.sadip.net/)



[www.apargentina.org.ar/](http://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](mailto:presidenciacirculomedicocba@gmail.com).

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



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

## Córdoba



### Se sumaron 100 nuevos casos de dengue y uno de fiebre chikungunya

22 de marzo de 2016 – Fuente: Ministerio de Salud – Provincia de Córdoba (Argentina)

El Comité Intersectorial de Dengue, Fiebre Chikungunya y Fiebre Zika informó en su reporte semanal que se sumaron 86 nuevos casos autóctonos de dengue y 14 importados. En tanto, se notificó además un caso importado de fiebre chikungunya, de un hombre con antecedente de viaje a Brasil que fue atendido en forma ambulatoria. No hubo nuevos casos de fiebre zika.

El total acumulado de casos de dengue hasta ahora es de 106 importados y 306 autóctonos. En tanto, este es el segundo caso importado de fiebre chikungunya, y hubo tres casos de fiebre zika desde el principio del año, dos importados y uno autóctono de probable transmisión sexual.

El Comité recordó el contexto de epidemia nacional de dengue, que lleva más de 32.000 casos entre probables y confirmados; de los cuales más de 15.000 son autóctonos, distribuidos en 22 provincias. Con respecto a la fiebre chikungunya, hay 45 casos autóctonos (en Salta y Jujuy) y 39 casos importados en todo el país.

Hasta ahora se han notificado 2.319 casos de síndrome febril, por lo cual se continúa reforzando la organización de los servicios de salud, con el agregado de consultorios para tal fin. Vale destacar que 77% de esas notificaciones provienen del sistema público.

Cabe señalar también que, solo en ciudad de Córdoba, se han hecho 183 operativos de bloqueo de foco; y se ha completado la fumigación en 224 barrios (207 a cargo de la Provincia y 17 de la Municipalidad).

Por su parte, el Ministerio de Educación informó que ya se ha capacitado en esta temática a 3.100 docentes, tanto de instituciones públicas como privadas; y que se continúa con jornadas formativas en el sur provincial. En esas capacitaciones se brindan las herramientas pedagógicas para generar actividades áulicas en todos los niveles, con el objetivo de que los estudiantes sean protagonistas de la prevención de estas enfermedades como monitores en sus hogares y en la institución.

### Distribución de los casos de dengue

Del total de casos de dengue notificados hasta ahora –tanto autóctonos como importados– 327 se dieron en la ciudad de Córdoba, y 85 en distintas ciudades del interior provincial. Entre las localidades con casos autóctonos se agregó Las Varillas, y entre las localidades con casos importados se sumaron San Francisco y Adelia María, cada una con un caso. Cabe señalar que continúa la circulación del virus en Colonia Caroya, donde hay 17 casos autóctonos y tres importados; mientras que en Jesús María y Despeñaderos no se agregaron nuevos casos.

La mayoría de los casos de dengue corresponde a personas entre 20 y 29 años (27%); 53% son mujeres. Desde el inicio del año ha habido 33 personas (15%) que requirieron internación, solo para observación, con buena evolución. Este número incluye 12 internados entre la semana epidemiológica 10 y 11; los restantes corresponden a semanas anteriores, cuyo dato se ha ido recuperando en forma retrospectiva.

El 97% de los casos se presentó con fiebre. Otros síntomas frecuentes fueron dolores de cabeza, musculares, retro ocular y articular. Cabe recordar también que suelen manifestarse síntomas digestivos, como náuseas, dolor abdominal y vómitos; y signos en la piel, como erupción o prurito.



## Prevención en Semana Santa

Con motivo de la proximidad del feriado de Semana Santa –y el movimiento turístico que implica– se emprendieron distintas acciones de promoción y prevención, dirigidas a viajeros. En ese marco, se reforzarán los materiales informativos (banners y afiches) en la Terminal de Ómnibus y el Aeropuerto; y se colocarán afiches en las más de 100 cabinas de peaje de la Red de Accesos a Córdoba.

Además, se realizará una serie de acciones en la Feria Internacional de Artesanías, que incluirá la fumigación del predio entero (en tres ciclos) y rociado dentro del mismo. Asimismo, se hará entrega de 800 repelentes para los stands de los artesanos y se distribuirá material informativo en cada uno de los galpones. Finalmente, se organizó un circuito de derivación al Hospital 'Dr. Guillermo Golesbery Rawson' y al Hospital Pediátrico del Niño Jesús de los pacientes febriles atendidos en el consultorio médico del lugar.

Se recuerda a todas las personas que viajen este fin de semana largo, que extremen las medidas de precaución para evitar picaduras, mediante el uso continuado de repelentes, con telas mosquiteras en cunas y cochecitos, y con pastillas y espirales en el lugar donde se hospeden. Al regreso, es importante consultar en forma inmediata a un centro de salud ante fiebre, dolores de cabeza, retro ocular, musculares y articulares, erupciones en la piel o enrojecimiento de los ojos; e indicarle al médico los lugares visitados.

## Comienza un nuevo monitoreo aéxico

Del lunes 28 de marzo al viernes 1 de abril se concretará el cuarto operativo de esta temporada para medir la proliferación del mosquito *Aedes aegypti* en la ciudad de Córdoba. En estos operativos, promotores de salud y profesionales del área de Epidemiología visitarán unos 600 hogares de 30 barrios de la ciudad.

Estos monitoreos se realizan en la ciudad de Córdoba de manera sistemática desde el año 2009 con la colaboración del Centro de Investigaciones Entomológicas de la Universidad Nacional de Córdoba. En cada visita, las brigadas realizan una encuesta, observan las viviendas para identificar potenciales criaderos y toman muestras de agua en caso de que sea necesario. También se entregan folletos con medidas preventivas.

El monitoreo aéxico anterior –realizado en el mes de febrero– tuvo como resultado un índice de vivienda de 23,8%.

## Argentina



### Vigilancia de triquinelosis

21 de marzo de 2016 – Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

**Tabla 1.** Casos notificados y confirmados, según provincia y región. Argentina. Años 2015/2016, hasta semana epidemiológica 6. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.<sup>1</sup>

Provincia/Región	2015		2016	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1	1	—	—
Buenos Aires	216	134	4	—
Córdoba	13	8	—	—
Entre Ríos	4	—	—	—
Santa Fe	4	—	1	—
<b>Centro</b>	<b>238</b>	<b>143</b>	<b>5</b>	<b>—</b>
Mendoza	1	—	—	—
San Juan	—	—	—	—
San Luis	1	—	2	—
<b>Cuyo</b>	<b>2</b>	<b>—</b>	<b>2</b>	<b>—</b>
Corrientes	—	—	—	—
Chaco	—	—	—	—
Formosa	—	—	—	—
Misiones	—	—	1	—
<b>NEA</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>1</b>	<b>—</b>
Catamarca	—	—	—	—
Jujuy	—	—	—	—
La Rioja	—	—	1	1
Salta	—	—	—	—
Santiago del Estero	1	1	—	—
Tucumán	—	—	—	—
<b>NOA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
Chubut	—	—	—	—
La Pampa	7	4	—	—
Neuquén	1	—	2	—
Río Negro	—	—	—	—
Santa Cruz	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—
<b>Sur</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>—</b>
<b>Total Argentina</b>	<b>249</b>	<b>148</b>	<b>11</b>	<b>1</b>

<sup>1</sup> Los casos notificados incluyen casos sospechosos, probables, confirmados y descartados.

La Dirección Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DiNaCEI) incorporó un nuevo curso para el personal de salud implicado en inmunizaciones en el campus virtual de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con el fin de acercar a todos el Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomielitis en su fase final.

El *switch*, o cambio de la vacuna trivalente oral contra la poliomielitis (tOPV) a la vacuna bivalente oral contra la poliomielitis (bOPV), es un paso clave para avanzar hacia la erradicación mundial de esta enfermedad y en Argentina se definió que sea el 29 de abril de 2016.

Este cambio significará un proceso sincronizado a nivel mundial. Después del *switch*, ningún productor distribuirá la vacuna trivalente. Además, el uso de esa vacuna después del *switch* puede poner en riesgo la erradicación de la poliomielitis debido a la posible generación del poliovirus circulante derivado de la vacuna (cVDPV).

Por este motivo, en el marco del plan nacional para el *switch*, la realización de este curso de capacitación resulta necesario como parte de los pasos que deberán dar los equipos de salud para contribuir a un mundo libre de la circulación de poliovirus.

El curso es auto-administrado y da la posibilidad de ingresar al mismo como visitantes o como participantes. Los visitantes pueden acceder al material pero no a las actividades obligatorias del curso, mientras que los participantes pueden ver todo el curso a realizar, las actividades publicadas y, luego de la evaluación final, podrán acceder a un certificado online.

Este curso fue desarrollado por la Dirección Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DiNaCEI) y contó con el apoyo de la Dirección Nacional de Capital Humano y La Organización Panamericana de la Salud (OPS).



Juntos podemos hacerlo

### ¿Cómo ingresar al curso y matricularse?

1. Acceder al link <https://cursospaises.campusvirtualesp.org/course/view.php?id=250>
2. Ingresar a la siguiente página: En el margen superior izquierdo hay un cuadrado verde que dice 'haga click aquí'.
3. De allí lo lleva a una pantalla que al final dice 'Matriculación al curso'.
4. Seleccionar cualquiera de los botones 'Continuar'.
5. El sistema le presentará una pantalla con tres opciones:
  - a. Iniciar sesión: si tiene usuario y contraseña, escríbalos e ingresará al curso.
  - b. Crear una nueva cuenta: seleccionar si nunca hizo un curso en la plataforma de OPS.
  - c. Solicitar una nueva contraseña: si fue alumno y no la recuerda.En la opción b. y c. recibirá un mail a la casilla de correo que Ud. eligió conteniendo un link.
6. Ingresar a ese link. Escríbalos e ingresará al curso.

Un efectivo del Servicio Penitenciario Bonaerense (SPB) falleció en las últimas horas por hantavirus, tras permanecer internado en grave estado durante 15 días.

La víctima se contagió la enfermedad mientras trabajaba en la Unidad 47 San Isidro del SPB, la cual se encuentra en un predio cercano a la Coordinación Ecológica Área Metropolitana Sociedad del Estado (CEAMSE), en la localidad de José León Suárez, partido de San Martín.

La muerte del efectivo provocó enojo entre compañeros de esa cárcel y de otras, ya que señalaron que están ante la desidia de los gobiernos de turno.

En ese sentido, explicaron que tanto la Unidad 47, como la 43 de González Catán (partido de La Matanza), la 46 de mujeres de San Martín y la 48, también de San Martín se encuentran en idénticas condiciones y "hay una gran cantidad de ratas y hasta murciélagos".

La muerte de este efectivo y el reclamo se produce luego de que el pasado 30 de diciembre la gobernadora bonaerense María Eugenia Vidal decretara la emergencia en Seguridad, Servicio Penitenciario e Infraestructura.

## América

## Chile confirmó el primer caso autóctono de fiebre zika, transmitido por vía sexual

26 de marzo de 2016 – Fuente: Ministerio de Salud (Chile)

El Ministerio de Salud de Chile confirmó el primer caso autóctono de fiebre zika, que fue transmitido por vía sexual, de acuerdo a los resultados de los estudios realizados por el laboratorio de la Universidad Católica.

El caso corresponde a una mujer de 46 años, pareja de un hombre contagiado de fiebre zika en Haití, con quien habría tenido relaciones sexuales no protegidas durante el período virémico de la enfermedad.



A la fecha, se han confirmado 10 casos de fiebre zika en personas que contrajeron el virus en el extranjero y notificados en el país, ocho de ellos en 2016. Este es el primer caso documentado de fiebre zika por transmisión sexual en Chile continental, donde no existe presencia del mosquito *Aedes aegypti*.

### Recomendaciones

Como la mayor parte de las infecciones por virus Zika son asintomáticas, hombres y mujeres que regresen de áreas donde hay transmisión activa del virus, deben considerar adoptar prácticas sexuales seguras o abstenerse de actividad sexual al menos durante las cuatro

semanas posteriores a su retorno. En el caso de las mujeres embarazadas, este cuidado deber durar todo su período de gestación.

Independientemente de las consideraciones sobre el virus Zika, el Ministerio de Salud siempre recomienda prácticas sexuales seguras, incluyendo el correcto y consistente uso de condón para prevenir VIH, otras infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados.



### Estados Unidos: Se registra un aumento en las tasas de ITS en hombres que tienen sexo con hombres que toman profilaxis pre exposición

22 de marzo de 2016 – Fuente: 23<sup>th</sup> Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections 2016

Dos estudios sobre profilaxis preexposición (PrEP) con Truvada® (tenofovir/emtricitabina) realizados en Estados Unidos revelaron que los participantes seguían presentando unas elevadas tasas de infecciones de transmisión sexual (ITS). Además, se comprobó que aumentar la frecuencia del cribado de ITS (trimestral en lugar de semestral) permitió detectar muchos casos que habrían pasado inadvertidos de otro modo.

Una de las preocupaciones que habitualmente se menciona relacionadas con el uso de la PrEP es la posibilidad de un aumento de las tasas de ITS, debido a unas mayores tasas de relaciones sexuales sin preservativo. Aunque algunos estudios parecen confirmar este punto, lo cierto es que no hay demasiados datos al respecto. También hay que tener en cuenta que, por otro lado, las directrices de uso de la PrEP recomiendan la realización de análisis de ITS de forma regular, lo que permite un diagnóstico y tratamiento precoces de las ITS, algo que repercutiría en unas menores tasas de transmisión e incluso podría contribuir a reducir la prevalencia de ITS entre los usuarios de PrEP.

Las directrices sobre la PrEP de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos establecen que debe realizarse un análisis semestral de ITS a las personas asintomáticas, aunque como estas personas deben someterse a un análisis trimestral de detección del VIH, algunas clínicas aprovechan para realizar el cribado de ITS con esta mayor frecuencia.

Uno de los estudios se refiere al proyecto SPARK PrEP. Un equipo de investigadores revisó los datos de los historiales médicos de 280 participantes en este proyecto –la mayor parte de los cuales eran hombres que practican sexo con hombres (HSH)–, desde seis meses antes de empezar la profilaxis hasta cuando ya llevaban un año tomándola.

Se comprobó que 13% de los participantes en SPARK PrEP tuvieron una ITS en los seis meses antes de iniciar la profilaxis y 11% dieron positivo a una ITS en la visita de prescripción de la PrEP.

En la primera visita trimestral tras el inicio de la PrEP, 13% de los participantes fue diagnosticado de una ITS y 77% no presentaba síntomas. Dos tercios de estos diagnósticos afectaron a personas que no presentaban un historial previo de ITS, por lo que probablemente no se les habría recomendado realizarse un análisis de no haber estado programado en el estudio.

En la visita de seguimiento realizada a los seis meses, 21% de los participantes fue diagnosticado de una ITS, 15% a los 9 meses y 13% a los 12 meses, es decir se produjo un repunte de casos a los seis meses, para luego volver aproximadamente a los valores iniciales al mes 12. En la mayor parte de los casos (aproximadamente tres cuartos), el diagnóstico de la ITS se debió más al cribado de rutina que a una prueba guiada por los síntomas de la persona.

Entre los 128 participantes de los que se dispuso de datos completos de seguimiento de doce meses, 43% (55) fueron diagnosticados de, al menos, una ITS tras el inicio de la PrEP. Los autores comentan que el haber hecho el cribado de ITS únicamente basándose en los diagnósticos previos de estas infecciones habría supuesto no haber detectado 66% de los casos en la visita del mes 3 y 16% en la visita de los nueve meses.

A partir de estos resultados el equipo de investigadores sugiere que se ponga más énfasis en el cribado de ITS en personas que toman PrEP, especialmente en la primera visita trimestral y apuntan a la necesidad de cambiar las directrices de los CDC cuanto antes, ya que con las actuales se dejarían de diagnosticar muchas infecciones.

El otro estudio se refiere al Demo Project, que contó con la participación de 557 HSH y mujeres transexuales en riesgo de transmisión del VIH en tres ciudades de Estados Unidos. Todas estas personas recibieron una PrEP consistente en una dosis oral diaria de Truvada® durante un año. Casi la mitad de los participantes eran de etnia blanca y la mediana de edad fue de 35 años.

Los participantes fueron sometidos a un cribado de ITS (sífilis, clamidiosis y gonorrea) al comenzar el estudio y, posteriormente, cada tres meses después de empezar a tomar la profilaxis. Se realizó una revisión estructurada de síntomas y se consideraron asintomáticas según los resultados de un examen físico.

Algo más de la cuarta parte de los participantes dieron positivo en una prueba de ITS en la visita inicial, porcentaje que descendió a menos de 20% en la visita de los seis meses, pero volvió a ser de 25% al mes 12, un patrón distinto al observado en el otro estudio.

El equipo de investigadores comprobó que hasta 40% de los casos de clamidiosis, 34% de los de gonorrea y 20% de los de sífilis no habrían sido detectados de haberse realizado un examen al semestre o basado en síntomas. En general, 35% de los participantes habrían sufrido un retraso en su tratamiento si se hubiera hecho el cribado cada seis meses.

Además, no se habrían detectado 76% de los casos de clamidiosis y 83% de las de gonorrea si el examen se hubiera limitado a la zona genital, en lugar de incluir el recto y la garganta.

La mayor parte de los participantes que presentaban ITS asintomáticas declararon haber mantenido relaciones sexuales sin preservativo, lo que indica que el haber hecho el cribado cada tres meses en vez de cada seis permitió evitar que una media de 8 (mediana: 3) parejas sexuales se vieran expuestas por cada diagnóstico de ITS.



## Estados Unidos: Uno de cada cuatro HSH latinos será diagnosticado con VIH en algún momento de su vida

24 de febrero de 2016 – Fuente: Centers for Disease Control and Prevention (Estados Unidos)

Si el ritmo actual se mantiene, en Estados Unidos uno de cada cuatro hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) hispanos serán diagnosticados con VIH en algún momento de sus vidas.

El riesgo es aún más alto para los HSH afroamericanos: uno de cada dos resultará VIH positivo, según una investigación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

En general, los HSH son los que están en mayor riesgo, pero dentro de esa categoría los afroamericanos y los hispanos son los que más podrían verse afectados.

Los CDC estiman que uno de cada 11 HSH anglos serían diagnosticados con el virus.

“A pesar de lo alarmante de estas estadísticas, no se trata de algo inevitable. Son un llamado a la acción”, señaló el Dr. Jonathan Mermin, director del Centro Nacional de VIH/Sida de los CDC al pedir que se incrementen los esfuerzos para reducir nuevas infecciones.

De acuerdo con el estudio, que usó datos de 2009-2013, el riesgo de la población en general es de 1 en 99. Disminuyó en comparación con un análisis anterior, basado en estadísticas del 2004-2005, que encontró que el riesgo era de 1 en 78.

Para las mujeres hispanas, el riesgo es de 1 en 227 y para los hombres latinos, 1 en 48.

Cerca de 1,2 millones de personas viven con el virus en Estados Unidos, pero cerca de uno de cada ocho no sabe que es VIH-positivo (13%), según los CDC.

Las nuevas infecciones del virus, cerca de 40.000 por año, han disminuido en 19% en la última década.

Pero entre los HSH aumentaron 6% de 2005 a 2014. Entre los latinos y afroamericanos en esta categoría, el incremento de nuevos casos fue de 24% y 22% respectivamente. Y, en esos grupos, los que experimentaron el mayor incremento porcentual fueron jóvenes entre 13 y 24 años.

### Estigma y machismo son un reto

“Es impactante”, dijo el Dr. Gene Voskuhl, especialista en enfermedades infecciosas, al leer las proyecciones presentadas por los CDC esta semana. “Es un problema constante”.

Voskuhl, quien atiende a pacientes de Aids Arms en Dallas, señala que tanto en la comunidad afroamericana como en la latina la proporción de personas con VIH es más alta, lo que aumenta la posibilidad de contagio en estos grupos.

“Factores culturales como el machismo y la obsesión con la virginidad también complican la situación”, señaló Voskuhl.

“El estigma hace que algunos latinos busquen menos información y ayuda”, señaló Martha Guerrero, encargada del programa Viviendo Valiente de Aids Arms.

Voskuhl recomienda que todo el mundo se haga la prueba del VIH. En Dallas, las latinas que ha visto con el virus generalmente se contagian a través de sus esposos o novios.

“El virus se puede transmitir con un solo encuentro sexual, de allí la importancia que las familias conversen sobre el VIH cuando hablen de temas de salud”, destacó Guerrero.<sup>2</sup>



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

En su inexorable marcha por el hemisferio, el virus Zika ha empezado a propagarse por Puerto Rico, ahora la línea del frente de Estados Unidos en una epidemia acechante.

Se espera que el brote sea peor aquí que en ninguna otra parte del país. La isla es un paraíso caliente y húmedo, marcada por la pobreza cruda; es el ambiente ideal para que los mosquitos transporten el virus. El paisaje está lleno de casas abandonadas y neumáticos tirados que son terreno perfecto para la reproducción de los insectos. A algunas casas y escuelas les faltan telas metálicas y aire acondicionado, por lo cual los habitantes están expuestos a las picaduras constantes.

La economía es un desastre y se ha despedido a miles de empleados municipales que se necesitarían para combatir a los mosquitos. El químico que se usa con mayor frecuencia en contra del insecto adulto ya no funciona y los reguladores sacaron del mercado al que se necesita para controlar las larvas.

Es probable que una cuarta parte de los 3,5 millones de habitantes de la isla se contagien con el virus en un año, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos y, al final, es posible que los infectados sean 80% o más.

“Estoy muy preocupado. Podría haber miles de infecciones en mujeres embarazadas este año”, dijo el doctor Thomas R. Frieden, director de los CDC, en una entrevista después de una visita reciente de tres días a Puerto Rico.

La epidemia está evolucionando en uno de los destinos vacacionales más populares del país, donde desembarcan miles de turistas al día de aviones y cruceros. Cualquiera puede portar el virus de regreso a su lugar de origen, esparciendo un brote transmitido por un mosquito o por vía sexual.

Funcionarios de salud puertorriqueños han empezado campañas intensivas para detener al virus. Camiones entran estrepitosamente en las comunidades, cubriéndolas de insecticida. Se están colocando mosquiteros en las escuelas para proteger a los niños y se retiraron cientos de miles de llantas.

Los funcionarios advirtieron a decenas de pueblos en la isla que deben limpiar los desechos en los que se estanca el agua donde se incuban mosquitos nuevos. Y los CDC se están preparando para gastar decenas de millones de dólares para debilitar la propagación del virus.

No obstante, los funcionarios no son optimistas en cuanto a que lo consigan.

“No voy a alabar en exceso esto. No es un mundo perfecto. Haremos todo lo que podamos hacer”, dijo el Dr. Johnny Rullán, quien fuera secretario de salud del territorio durante 31 años y salió del retiro para asesorar al gobernador.

Desesperados, los funcionarios están concentrando gran parte de su esfuerzo en proteger a un grupo en particular, el de las embarazadas, en lugar de tratar de cubrir a toda la población.

“El Zika nos ha sacudido hasta la médula”, dijo la doctora Brenda Rivera García, jefa de respuesta del Departamento de Salud de Puerto Rico.

### **La llegada de una enfermedad misteriosa**

La epidemia llegó antes de lo pronosticado. Se confirmó el primer caso de fiebre zika en el territorio, en diciembre, y el gobernador declaró la emergencia sanitaria el 5 de febrero.

Si bien solo hay 249 casos confirmados –24 de los cuales son mujeres embarazadas–, los doctores suponen que hay muchos más sin reportar.

En este momento, la isla está donde estaba el noreste de Brasil a finales del 2014, cuando empezaron a presentarse casos de una “enfermedad misteriosa” con sarpullido, fiebre baja y ojos rojos. Para la primavera de 2015, los casos de infecciones por el virus Zika empezaron a sobrepasar a las salas de urgencias de los hospitales.

Hasta este momento en Puerto Rico, solo ha habido un caso de síndrome de Guillain-Barré vinculado al virus Zika. “Es probable que si aquí se presentan casos de microcefalia, sucederá recién en otoño”, señaló Rullán.

En cierto sentido, Puerto Rico tiene suerte. Se ha alertado a prácticamente cada doctor y cada enfermera, y saben qué es lo que hay que buscar.

Los CDC tienen un laboratorio permanente en la isla y están trayendo personal y equipo para hacer 100.000 exámenes sanguíneos al año, cinco veces más los que pueden hacer ahora.

La dependencia prometió 25 millones de dólares para combatir el virus Zika y solicitó al Congreso de Estados Unidos 225 millones de dólares más como parte del paquete del virus Zika del presidente Barack Hussein Obama II por 1.800 millones de dólares que hoy está atascado en esa misma instancia.

La respuesta de emergencia y de los sistemas de atención de la salud de la isla han sido deficientes, pero están bien organizados. Ahora se está capacitando a los equipos que por lo general están de guardia en los huracanes para hacer visitas domiciliarias, vaciar el agua estancada y rociar insecticidas contra los mosquitos.

Quizá lo más importante sea que el gobierno opera docenas de clínicas de nutrición materna infantil, a las que va más de 90% de las embarazadas de esta ciudad.



Charla sobre los peligros que el virus Zika representa para mujeres embarazadas, en el Hospital Auxilio Mutuo en San Juan, Puerto Rico.

Charla sobre los peligros que el virus Zika representa para mujeres embarazadas, en el Hospital Auxilio Mutuo en San Juan, Puerto Rico.

El personal de las clínicas está llamando a sus pacientes embarazadas, las están invitando a asistir a conferencias sobre el virus Zika, las que duran 20 minutos. Ya asistieron unas 5.000 mujeres.

“Damas, la fragancia de este año es el DEET” (N,N-Dietil-meta-toluamida), dijo Ismarie Morales, la jefa de nutriólogas de la clínica Mujeres, Infantes y Niños, en Carolina, un suburbio de San Juan, mientras sostenía un envase verde de repelente en una clase reciente. “Todos deberíamos oler a esto”.

### **Chatarrerías y neumáticos viejos**

Para detener la propagación del virus, los funcionarios deben controlar al mosquito *Aedes aegypti*. Sin embargo, la isla no pudo con dos epidemias previas ocasionadas por mosquitos.

“Hay una cantidad justa de pesimismo sobre esto entre las personas que trataron de combatir al dengue y la fiebre chikungunya. Los esfuerzos realmente intensos por controlar a los mosquitos han tenido muy poco impacto”, dijo Frieden.

“El mosquito se puede reproducir en muy poca agua, como la que cabe en la tapa de una botella. Simplemente, no se puede quitar toda el agua estancada de Puerto Rico”, notó Frieden.

Hace poco, la oficina del gobernador anunció planes detallados para atacar los sitios álgidos del mosquito: los cementerios, las casas abandonadas, las chatarrerías, los tanques sépticos sin sellar y las pilas de neumáticos viejos.

Cada una de las 78 municipalidades de la isla tiene hasta el uno de abril para “limpiar sus cosas”, dijo Rullán.

Hasta el 25 de marzo se habían recogido 900.000 del aproximadamente millón de llantas tiradas y se habían llevado a depósitos alejados de las zonas residenciales.

“Drogadictos condenados, que viven en una red de casas de medio camino y pueden obtener la libertad antes de tiempo si realizan servicios públicos, hicieron gran parte del trabajo”, explicó.

Muchas de las cientos de escuelas de la isla no tienen mosquiteros, ni aire acondicionado. Dado que las chicas de secundaria representan 20% de todos los embarazos en Puerto Rico, los funcionarios planean colocar mosquiteros a todas las ventanas para mantener fuera a los mosquitos.

Tan solo eso es un trabajo enorme. “Eso significa medir cada ventana. ¿Y qué se hace con las puertas cuando hay 50 niños entrando y saliendo?”, dijo Rullán.

Como un primer paso, se cambió el código sobre cómo ir vestido a la escuela pública para que las niñas usen pantalones, y se supone que los maestros les den repelente contra mosquitos a todas ellas.

En los 109 cementerios de la isla, y sus muchas chatarrerías y basureros públicos, los equipos para el control de mosquitos empezaron a rociar pesticidas para matar las larvas del insecto. Sin embargo, el trabajo nunca termina porque se los lleva la lluvia.

“Los equipos no pueden entrar a las propiedades abandonadas, ni revisar un tanque séptico cuando el dueño no está, así es que estamos pidiendo una nueva ley que nos permita entrar”, contó Rullán.

“Lo ideal sería rociar cada propiedad en 150 metros a la redonda –la distancia que normalmente recorre el mosquito– de la casa de cada embarazada”, dijo.

La tasa de nacimientos en la isla es de alrededor de 10 cada mil mujeres, y casi 100 quedan embarazadas cada día. Solo encontrarla es una tarea colosal.

### **A la búsqueda de soluciones**

Otras campañas para controlar a los mosquitos son todavía menos efectivas.

Las muy visibles nebulizaciones que hacen los camiones es lo que la gente asocia más cómo combate el gobierno al mosquito. Sin embargo, es posible que, de hecho, la permetrina, el insecticida en nebulizador usado durante años, sea inútil.

Se ha encontrado en pruebas realizadas en varios sitios que su potencia para matar mosquitos ha disminuido significativamente, así que se tendrá que seleccionar un nuevo pesticida y capacitar a los trabajadores para utilizarlo.

Aun con el químico correcto, el impacto de la nebulización es dudoso. El mosquito *Aedes* incuba en los jardines y se mete en las casas para ocultarse en los armarios y debajo de las camas. Cuando pasan los camiones rociadores, muchas personas cierran las ventanas, encerrándose con el enemigo.

El mosquito *Aedes* pica varias veces durante cada comida de sangre. Se requieren solo tres mosquitos para que sea posible que un solo miembro de un hogar esté infectado, han concluido los expertos.

“Peor aún, en una coincidencia muy inconveniente, la Agencia de Protección Ambiental (EPA) de Estados Unidos prohibió efectivamente el químico utilizado para matar a los mosquitos jóvenes. El temefós se utilizó desde 1965, y definitivamente funciona. Sin embargo, no es muy rentable, así que cuando la dependencia exigió datos sobre su seguridad, cuya recopilación costaba unos tres millones de dólares, los fabricantes decidieron mejor dejar de fabricarlo”, notó Audrey Lenhart, entomóloga de los CDC.

“Puerto Rico todavía tiene inventario para nueve meses, y la EPA podría emitir un permiso para su uso por emergencia para obtener más”, dijo Lenhart.

No obstante, los mosquitos no son la única forma de transmisión del virus Zika. Las autoridades de salud también se han visto obligadas a confrontar un giro inesperado: el descubrimiento de que el virus se propaga con las relaciones sexuales.



El gobierno congeló el precio de los condones y amenazó a las tiendas con multas de hasta 10.000 dólares si lo aumentan. Hizo lo mismo con los repelentes y los mosquiteros.

En las clínicas de nutrición, maestros como Morales han batallado para explicar, al distribuir los condones, por qué hasta las parejas de las embarazadas deberían usarlos.

En enero, la Dra. Ana Ríos Armendáriz, secretaria de salud de Puerto Rico, aconsejó a las mujeres que retrasaran el embarazo totalmente, de ser posible, hasta que concluya la epidemia.

Los medios la acusaron de alarmismo y Roberto González, el arzobispo de la Iglesia católica, criticó públicamente los planes gubernamentales de distribuir condones. Aconsejó a la gente, más bien, a “practicar la autodisciplina, que creemos es la única actitud racional y de fe”.

Pasarán muchos meses antes que los funcionarios sepan si sus esfuerzos han retrasado el avance relámpago del virus Zika.

“Cuando llegue octubre, y empiecen a nacer los bebés, sabremos si actuamos a tiempo o no”, dijo Rullán.

## El mundo



### Alemania reporta dos casos de fiebre hemorrágica de Lassa

23 de marzo de 2016 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

Entre el 10 y el 16 de marzo de 2016, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Alemania notificó a la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud dos casos de fiebre hemorrágica de Lassa.

El primer caso fue el de un trabajador de la salud evacuado a Köln, Alemania, desde Togo, el 25 de febrero para brindarle tratamiento para malaria por *Plasmodium falciparum* complicada. El paciente falleció el 26 de febrero después de presentar un fallo multiorgánico. Los resultados de la autopsia sugerían una fiebre hemorrágica, y el diagnóstico confirmó fiebre hemorrágica de Lassa, el 9 de marzo en el Instituto Bernhard Nocht de Medicina Tropical de Hamburg, Alemania.

El caso secundario es un empleado de la funeraria que se encargó el cadáver del caso primario el 2 de marzo. El paciente informó haber usado guantes y no recordaba haber estado expuesto a los fluidos corporales. Tras el diagnóstico del caso primario, estuvo bajo cuarentena domiciliaria desde el 9 de marzo. Ya presentaba síntomas de una infección respiratoria superior cuando estuvo en contacto con el cadáver. Los síntomas mejoraron y empeoraron durante los siguientes días. La primera prueba de laboratorio para fiebre de Lassa, realizada el 10 de marzo, fue negativa para reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Al persistir los síntomas, se repitieron los diagnósticos y se confirmó la fiebre hemorrágica de Lassa mediante PCR el 15 de marzo. El paciente ha sido trasladado a una unidad de aislamiento especial en Frankfurt am Main. El caso no tiene antecedentes de viaje en los 21 días previos al inicio de los síntomas. Cuatro de los miembros de su familia han aceptado voluntariamente ser puestos en cuarentena en la misma unidad de aislamiento. Otras investigaciones están en curso.

#### Respuesta de salud pública

Tras la confirmación de laboratorio de fiebre hemorrágica de Lassa en el caso índice, han sido identificados 52 contactos, que se encuentran actualmente en seguimiento. Todos los contactos son personal sanitario o empleados de la funeraria. Para 38 de estos contactos, el período máximo de incubación (21 días) expiró el 19 de marzo. Todos los contactos del caso secundario también son objeto de seguimiento.

#### Evaluación de riesgos de la OMS

Ya se han registrado casos importados de fiebre hemorrágica de Lassa desde África Occidental a Europa. Sin embargo, es la primera vez que se reporta en Europa la transmisión secundaria de la infección. El riesgo de una posterior transmisión de la fiebre hemorrágica de Lassa en Alemania se considera bajo y se limita a los entornos hospitalarios que brindan atención a los casos, estando actualmente todos los contactos identificados y bajo supervisión. La OMS continúa monitoreando la situación epidemiológica y conduciendo la evaluación del riesgo con base en la última información disponible.

#### Advertencia de la OMS

El caso secundario identificado en Alemania pone de manifiesto la necesidad de que todos los países aseguren la aplicación de las precauciones estándar de prevención y control de infecciones en el cuidado de los pacientes, independientemente de su diagnóstico presunto. Estos incluyen la higiene básica de manos, la higiene respiratoria, el uso de equipo de protección personal (para bloquear proyecciones o de otro tipo de contacto con material infectado), las prácticas de inyección seguras y las prácticas de enterramiento seguras.

La OMS no recomienda ninguna restricción a los viajes y el comercio con Alemania sobre la base de la información disponible.



### Angola: Desde diciembre han muerto 168 personas por fiebre amarilla

22 de marzo de 2016 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

El 21 de marzo, el Ministerio de Salud de Angola proporcionó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) información actualizada sobre el brote en curso de fiebre amarilla, que comenzó el 5 de diciembre de 2015 en el municipio de Viana, provincia de Luanda.

Hasta el 21 de marzo, 16 de las 18 provincias del país han reportado casos sospechosos de fiebre amarilla; 13 de estas provincias han reportado casos importados vinculados a Luanda. La transmisión local de la enfermedad se ha documentado en dos de los 11 municipios de la provincia de Huambo. Otras provincias han reportado casos autóctonos sospechosos sin vínculos epidemiológicos con Luanda. Estos casos están siendo investigados y los resultados se darán a conocer en los próximos días.

Hasta la fecha, han sido reportados al menos 1.132 casos sospechosos y confirmados a nivel nacional, incluyendo 168 muertes. Un total de 375 casos han sido confirmados por laboratorio. Luanda, el epicentro del brote, sigue siendo la principal provincia afectada, con 818 casos (281 confirmados), incluyendo 129 muertes. Sin embargo, el número de casos notificados en otras provincias parece estar incrementándose.

### Respuesta de salud pública

Se ha activado un grupo de trabajo nacional que ahora está liderando la respuesta al brote. La OMS está proporcionando apoyo a la coordinación de las operaciones de respuesta. El 12 de febrero, la OMS declaró a este brote como una "emergencia de grado 2", de conformidad con el Marco de Respuesta a Emergencias (ERF). Desde entonces, 65 expertos multidisciplinares de la OMS han sido desplegados para proporcionar al país apoyo técnico de alto nivel.

La campaña de vacunación en Luanda, que comenzó el 2 de febrero en Viana, todavía está en curso y hasta el momento se ha implementado en seis municipios de los 12 programados. Tres municipios están reportando tasas de cobertura elevada (mayores o iguales a 90%), mientras que otros municipios están reportando incluso tasas más altas (136% en Viana y 113% en Bela), probablemente debido a personas provenientes de otros distritos de Luanda, así como de otras provincias.

Están en curso la vigilancia y las investigaciones en áreas recientemente afectadas, así como las actividades de movilización social. Hasta ahora, las actividades de control de vectores están orientadas principalmente al control de los sitios de cría de mosquitos.

### Evaluación de riesgos de la OMS

La evolución de la situación en Angola es preocupante y necesita ser monitoreada de cerca en toda la Región Africana. En parte, el drástico aumento reportado en el número de casos confirmados podría atribuirse al atraso en las pruebas. Sin embargo, las fechas de inicio de los síntomas de los casos recientemente confirmados indican que la transmisión aún está activa en Luanda, sobre todo en los distritos no inmunizados y probablemente en otras provincias. Se ha informado que la vigilancia no es óptima, especialmente en las zonas fronterizas, y no se puede descartar que sea mayor el número de casos sospechosos.

De particular preocupación es el riesgo de que la enfermedad supere las fronteras y se produzca la propagación internacional, que ya ha sido documentada, ante los rumores de casos recientemente exportados a China, Kenya y la República Democrática del Congo. La OMS continúa monitoreando la situación epidemiológica y realizando la evaluación de riesgos con base en la última información disponible. Es importante saber que los casos importados no representan un brote. A pesar de que existe la amenaza de un brote, esta se considera leve cuando no están presentes los factores de riesgo (vectores y las poblaciones humanas susceptibles).

### Advertencia de la OMS

La OMS insta a los Estados Miembros, especialmente aquellos en los que es posible el establecimiento de un ciclo local de transmisión (es decir, donde está presente el vector competente, el mosquito *Aedes aegypti*), a reforzar el control del estatus inmunitario de los viajeros a todas las áreas epidémicas potencialmente endémicas.

En el contexto del brote activo de fiebre amarilla en Angola, también se debe prestar especial atención a los viajeros que regresan de Angola y otras áreas potencialmente epidémicas. Los viajeros, en particular los que lleguen a Asia provenientes de África o América Latina deben tener un certificado de vacunación contra la fiebre amarilla. Si existen razones médicas para no vacunarse, el Reglamento Sanitario Internacional establece que éstas deben ser certificadas por las autoridades competentes.

La OMS no recomienda ninguna restricción a los viajes y el comercio con Angola sobre la base de la información disponible sobre este brote. La vacunación de todas las personas antes de ir a las zonas afectadas, así como las medidas para evitar las picaduras de mosquitos son suficientes para la prevención de la enfermedad.



### Arabia Saudí: Nuevos casos de infección por el MERS-CoV

23 de marzo de 2016 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

Entre el 13 y el 16 de marzo de 2016, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) del Reino de Arabia Saudí notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) ocho nuevos casos confirmados por laboratorio de infección por el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS-CoV), incluyendo una muerte.

Los casos se produjeron en las localidades de Al-Kharj (2), Al-Riyad (1), Al-Taif (1), Buraydah (3) y Ha'il (1). Seis casos son varones. Dos pacientes no son ciudadanos saudíes. Seis casos presentan comorbilidades. El promedio de edad es de 56 años (rango 33-84 años).

Dos casos tienen antecedentes de contacto frecuente con dromedarios (*Camelus dromedarius*) y consumo de su leche sin pasteurizar. Un paciente es contacto de un caso de MERS-CoV previamente confirmado por laboratorio. En dos casos se sospecha que puede tratarse de infecciones intra-hospitalarias, pero la investigación está en curso. En

tres casos está en curso la investigación del historial de exposición a cualquiera de los factores de riesgo conocidos en los 14 días previos al inicio de los síntomas.

Cuatro casos se encuentran en estado crítico, ingresados en unidades de terapia intensiva. Tres pacientes se encuentran estables, en salas de aislamiento con presión negativa. El paciente fallecido es un varón de 84 años de edad.

Está en curso el rastreo de los contactos familiares y de los trabajadores de la salud.

El Centro Nacional de Enlace para el RSI del Reino de Arabia Saudí también notificó a la OMS la muerte de cinco casos previamente notificados de infección por el MERS-CoV.

A nivel mundial, la OMS ha sido notificada desde septiembre de 2012 de 1.698 casos confirmados por laboratorio de infección por el MERS-CoV, incluyendo al menos 609 muertes relacionadas.

### Evaluación de riesgos de la OMS

El MERS-CoV causa infecciones humanas graves que resultan en una elevada mortalidad y ha demostrado la capacidad de transmitirse entre humanos. Hasta ahora, la transmisión observada de humano a humano ha ocurrido principalmente en centros sanitarios.

La notificación de casos adicionales no cambia la evaluación general de riesgos. La OMS espera que se reporten nuevos casos de infección por MERS-CoV en Medio Oriente, y que continuarán exportándose casos a otros países por parte de personas que podrían adquirir la infección después de la exposición a animales o productos de origen animal (por ejemplo, después del contacto con dromedarios) o de origen humano (por ejemplo, en un entorno de atención de la salud). La OMS continúa monitoreando la situación epidemiológica y conduce la evaluación del riesgo con base en la última información disponible.

### Advertencia de la OMS

Considerando la situación actual y la información disponible, la OMS alienta a todos sus Estados Miembros a que mantengan la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas y examinen detenidamente cualquier patrón inusual.

Las medidas de prevención y control de infecciones son esenciales para evitar la posible propagación del MERS-CoV en los centros sanitarios. No siempre es posible identificar tempranamente a los pacientes con infección por el MERS-CoV porque, como ocurre con otras infecciones respiratorias, los síntomas iniciales son inespecíficos. Así, los profesionales sanitarios deben aplicar sistemáticamente las medidas preventivas habituales con todos los pacientes, con independencia del diagnóstico. Al atender a pacientes con síntomas de infección respiratoria aguda se adoptarán medidas para prevenir la transmisión por gotitas de Flügge; cuando se trate de un caso probable o confirmado de infección por el MERS-CoV, hay que añadir precauciones contra el contacto y protección ocular; se aplicarán medidas para prevenir la transmisión por vía aérea cuando se realicen procedimientos que generen aerosoles.

Hasta que se sepa más acerca del MERS-CoV, se considera que las personas con diabetes, insuficiencia renal, neumopatía crónica o inmunodepresión corren un gran riesgo de padecer una enfermedad grave en caso de infección por el MERS-CoV. Por consiguiente, dichas personas evitarán el contacto estrecho con animales, en particular con dromedarios, cuando visiten granjas, mercados o establos donde se sabe que el virus puede circular. Se adoptarán medidas higiénicas generales, tales como lavarse sistemáticamente las manos antes y después de tocar animales y evitar el contacto con animales enfermos.

También se deben adoptar medidas de higiene alimentaria. Se evitará beber leche de dromedario cruda u orina de dromedario, así como consumir carne que no esté adecuadamente cocida.

Dada la falta de evidencia de transmisión sostenida de humano a humano en la comunidad, la OMS no recomienda restricciones de viaje o de comercio respecto de este evento. El reforzamiento de la sensibilización sobre el MERS entre los viajeros hacia y desde los países afectados es una buena práctica de salud pública.



### Kenya, Kitui: Nyumbani Village, el pueblo de los mil huérfanos del sida

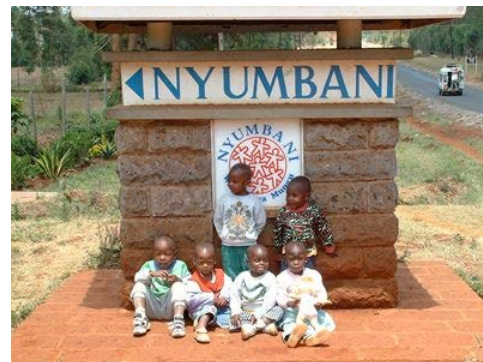
24 de febrero de 2016 – Fuente: EFE

A simple vista, Nyumbani Village parece un pueblo como otro cualquiera. Casas, caminos y cultivos con ese aire de "estamos trabajando en ello" que rezuman las aldeas kenianas, pero su demografía es inusual: mil niños y un centenar de abuelos, todos afectados por la tragedia del sida.

Unos perdieron a sus padres y otros se quedaron sin hijos por culpa de la enfermedad, en algunos casos dentro de la misma familia. Ahora viven juntos en una aldea sostenible creada hace diez años por la ONG Children of God Relief Fund, en Kitui, en el centro del país.

"Todos han pasado por situaciones terribles y muchos han sido maltratados, no tanto por la enfermedad, ya que solo 81 niños están infectados, sino por su condición de huérfanos o por haber perdido la seguridad económica que les ofrecían sus hijos", explicó el director de Nyumbani, Rafael Nganga.

El pueblo cuenta con dos escuelas, un centro politécnico, una modesta clínica y varios pozos de agua. Todo gira alrededor de una premisa: ser lo más autosuficientes posibles para reducir costos e integrarse en el entorno.



Los niños viven en grupos de diez acompañados por una abuela –en realidad son 93 abuelas y seis abuelos–, que solo tiene lazos de sangre con algunos de ellos, pero que los cuida a todos como si fueran suyos. Es importante que se sientan parte de una familia y, al mismo tiempo, mantengan los valores de su comunidad.

Cada una de las casas, agrupadas de cuatro en cuatro, dispone de una pequeña parcela de tierra en la que las abuelas cultivan maíz, legumbres y otros vegetales con la ayuda de los niños, igual que harían si no estuvieran en Nyumbani. Y, desde hace unas semanas, también tienen electricidad.

Antes, cuando los nietos adoptivos de Agnes Kilawa volvían a casa después de un largo día de colegio, ya casi de noche, una lámpara de querosén era todo lo que tenían para alumbrar el pequeño salón donde hacen los deberes y cenan, pero la llegada de la energía solar lo ha cambiado todo.

La iniciativa “Luz en los hogares”, promovida por Amigos de Nyumbani y diseñada y ejecutada por Energía Sin Fronteras (ESF), permitió instalar paneles solares que suministran electricidad a las 161 viviendas de Nyumbani Village.

“Antes estábamos casi a oscuras; no teníamos ni una bombilla en el salón. La energía solar nos da luz en cada habitación y es muy diferente para los niños”, comenta Agnes, que reconoce que a ella también le ha venido bien tener más luz cuando cocina o cuando teje cestos de mimbre que luego vende para obtener un dinero extra.

Angie de Hoyos, que trabaja en el departamento de servicios sociales de la aldea, recuerda como “algunos niños se levantaban a las 03:00 o a las 04:00 horas para llegar antes al colegio y hacer los deberes”, ya que las escuelas ya disponían de electricidad gracias a un proyecto anterior impulsado también por ESF.

Además, el cambio a la energía solar ahorra más de 200 dólares mensuales a la organización solo por no tener que comprar el querosén para las lámparas y evita que los niños inhalen los gases del combustible, por lo que la ventaja es doble.

Como todas las iniciativas en Nyumbani, el centro politécnico busca contribuir a la autosuficiencia del pueblo y ofrece cursos de formación profesional –electricidad, carpintería y, cómo no, energía solar– tanto a los chicos del orfanato como a los de las comunidades vecinas.

De hecho, en la vida diaria intentan tener mucho contacto con las aldeas cercanas –las escuelas son públicas, comercian con los excedentes agrícolas, compran productos que no pueden producir como el azúcar o el arroz– y así Nyumbani se convierte, casi sin quererlo, en un pueblo como cualquier otro.



## **Pakistán, Sindh: Al menos 45 muertos por beber alcohol adulterado**

24 de marzo de 2016 – Fuente: Reuters

El número de personas fallecidas tras consumir alcohol producido clandestinamente en la sureña provincia paquistaní de Sindh llegó a 45, mientras que otros 30 afectados continúan hospitalizados, informó el 24 de marzo una fuente oficial.

“Más de cien personas resultaron afectadas con licor destilado ilegalmente, de ellas 45 han muerto y 30 siguen en hospitales”, dijo Ghulam Mohamed, portavoz policial del distrito de Tando Muhammad Khan, donde ocurrieron los hechos.

El envenenamiento se produjo el 21 de marzo por la noche cuando miembros de la minoría hindú celebraba Holi, una festividad conocida como ‘la Fiesta de los Colores’, y desde ese día pacientes ingresados por beber el licor han ido muriendo.

Mohamed indicó que la Policía presentó una denuncia contra cinco personas implicadas en la producción del alcohol, de las que tres fallecieron al consumir el producto y las otras dos se dieron a la fuga.

El Dr. Pehlaaj Ram, médico del hospital del distrito que ha realizado las autopsias de once de los muertos, dijo que los estómagos de algunos de los fallecidos habían explotado por los productos químicos que había en el licor.

“Para producir la bebida usan vegetales, molidura de caña de azúcar y sacarosa. Para que emborrache más rápido incluyen productos que pueden ser mortales, como químicos”, explicó Ram.

Este tipo de tragedias ocurren periódicamente en el país asiático. En octubre de 2014 murieron 47 personas en dos incidentes de este tipo en la misma provincia de Sindh.

Pakistán es oficialmente una república islámica en la que la ley solo permite comprar y consumir alcohol a los no musulmanes, que constituyen poco más de 3% de la población del país.

El licor puede ser conseguido en el mercado negro a altos precios o en destilerías clandestinas de dudosa fiabilidad.



Familiares de unas de las víctimas del alcohol adulterado.



## **Solo 2% de los casos más graves de tuberculosis resistente a los medicamentos tienen acceso a los nuevos tratamientos**

22 de marzo de 2016 – Fuente: Médicos sin Fronteras

Médicos Sin Fronteras (MSF) denunció que dos años después de la aprobación para su empleo condicionado de dos nuevos fármacos para tratar la tuberculosis, el primer avance en el tratamiento en más de 50 años, sólo 2% de las 150.000 personas que los requieren han podido acceder a los mismos.



Mamasaly Mamatbakiev, paciente de TB-MDR en Kirguistán.

MSF y otras instituciones que brindan tratamiento contra la enfermedad observan que regímenes de tratamiento reforzados que contienen uno de los nuevos fármacos, como la bedaquilina (comercializado por Johnson & Johnson) o delamanida (comercializado por Otsuka), junto con fármacos 'reposicionados' –medicamentos ya conocidos que no habían sido desarrollados específicamente para la tuberculosis pero que han demostrado eficacia en el tratamiento de la misma– pueden mejorar la salud de los pacientes de tuberculosis multirresistente (TB-MDR). MSF destaca la necesidad urgente de aumentar el acceso de las personas a estos tratamientos más efectivos, haciéndolos asequibles y disponibles.

“El potencial de estos nuevos medicamentos se traduce en que estamos viendo a personas con tuberculosis extremadamente resistente salir por su propio pie del hospital cuando de otra manera habrían muerto. Es frustrante que después de medio siglo y cuando por fin tenemos nuevos medicamentos que pueden salvar las vidas de los pacientes más enfermos, no podemos ofrecer esta esperanza a todas las personas que podrían beneficiarse inmediatamente de ellos. MSF es la única organización médica capaz de ofrecer tratamiento con delamanida a enfermos en Rusia; siete pacientes están en tratamiento en estos momentos. Es vital que las compañías farmacéuticas y los países trabajen para asegurar que un gran número de enfermos puedan tener acceso y beneficiarse de estos medicamentos”, explicó el Dr. Yoseph Tassew, coordinador médico de MSF para Rusia.

En los proyectos de MSF en Rusia y Armenia, 75% y 80% de los pacientes, respectivamente, que siguen un régimen de tratamiento reforzado con bedaquilina no tenían signos de tuberculosis en los cultivos seis meses después de iniciar el tratamiento. Esto muestra que más pacientes pueden completar con éxito el tratamiento que con los regímenes actuales que sólo funcionan con 50% de las personas con TB-MDR.

La propia Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el empleo de estos fármacos. Para incrementar el acceso a los mismos, Janssen y Otsuka deben priorizar el registro de los medicamentos en los países con una alta prevalencia de tuberculosis de forma que los fármacos se puedan utilizar fácilmente. Además, las compañías farmacéuticas deben ofrecer unos precios asequibles a todos los países en desarrollo con altas cargas de tuberculosis. Los países deben incluir urgentemente los dos nuevos medicamentos en sus guías de tratamiento y levantar de forma temporal las restricciones sobre las importaciones hasta que los fármacos sean registrados.

“MSF brinda tratamiento a algunos afortunados pacientes en Sudáfrica y en otros países para que reciban regímenes de tratamientos reforzados que incluyan bedaquilina y delamanida. Sudáfrica ha sido líder en el acceso a nuevos medicamentos para personas con tuberculosis resistente a los medicamentos (TB-DR). Así, más de 1.750 pacientes han recibido tratamiento con bedaquilina desde 2013 en Sudáfrica. Solo algunas organizaciones, entre ellas MSF, proporcionan delamanida como uso compasivo a algunos pacientes con TB-DR y que tienen muy pocas opciones de tratamiento. Sin embargo, la delamanida no estará ampliamente disponible en el país hasta que pase el proceso de registro. A pesar del progreso y de que es probable que los pacientes con TB-DR puedan beneficiarse de mejores tratamientos, el acceso a nuevos fármacos a gran escala no está ni mucho menos cercano”, explicó Jennifer Hughes, doctora de MSF en Sudáfrica.

MSF publicó la cuarta edición del informe *Medicamentos para la tuberculosis resistente: bajo el microscopio*, un estudio que analiza las barreras y los factores que condicionan el acceso a los regímenes de tratamiento para la tuberculosis resistente<sup>3</sup>. El informe revela que los regímenes preferidos para el tratamiento de TB-DR cuestan entre 1.800 y 4.600 dólares por persona y curso de tratamiento, sin incluir los nuevos medicamentos para la tuberculosis o los fármacos reposicionados que pueden incrementar drásticamente su eficacia. Esto representa una rebaja importante del precio desde el primer informe de 2011, cuando el costo de los mismos regímenes oscilaba entre los 4.400 y 9.000 dólares por persona. Sin embargo, si se añadiesen los nuevos medicamentos y los llamados reposicionados que podrían hacer el tratamiento mucho más tolerable y aumentar las tasas de éxito, el precio aumentaría.

Otsuka fijó el precio de un tratamiento completo de delamanida en 1.700 dólares por persona para los países en desarrollo. Mientras que una parte de los pacientes en los países sin recursos reciben bedaquilina a través del programa de donaciones que Johnson & Johnson ha implementado, otros países pueden tener que pagar más de 3.000 dólares por ciclo de tratamiento; ese es el precio fijado para los países de ingresos medios que quedan fuera del alcance del programa de donaciones.

“La tuberculosis es curable, sin embargo, en este momento se trata de la enfermedad infecciosa que mata a más gente en el mundo. Necesitamos desesperadamente un tratamiento mucho más tolerable para los pacientes, que cure a más personas y que sea más accesible y asequible. De otra forma, solo estaremos, como de costumbre, ante otro negocio mortífero”, afirmó la Dra. Grania Brigden, asesora de tuberculosis de la Campaña de Acceso a Medicamentos de MSF.

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



Chile

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](mailto:reporteepidemiologicocba@gmail.com), aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.