



# Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente  
Córdoba - Argentina

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

## Noticias

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

### Argentina

- Vigilancia de secreción genital en mujeres
- Los planes sociales implementados entre 2005 y 2013 provocaron una importante mejora nutricional en la infancia

### América

- Estados Unidos: Los casos de varicela se han reducido en 85% desde la introducción de la vacuna de dos dosis
- Guatemala: Cuatro niños mueren a causa de *Serratia marcescens* en un hospital infantil
- Honduras registra 47 casos de niños con microcefalia y 141 casos de síndrome de Guillain-Barré
- México, Baja California: Aumentan los casos de rickettsiosis

- Venezuela, Bolívar: Murieron 46 personas por malaria en el estado durante 2016

### El mundo

- África: Estado de situación de los brotes de fiebre amarilla
- Arabia Saudí: No se reportaron eventos de salud pública de importancia durante el Hajj
- España, Catalunya: Muere el primer bebé por enterovirus
- Sudán del Sur: La OMS y sus aliados luchan contra varios brotes de enfermedades
- Suecia: El primer país en alcanzar el objetivo 90-90-90 del ONUSIDA y la OMS en la respuesta frente al VIH
- Las caídas provocan la muerte de más de 424.000 personas en todo el mundo
- Un estudio con monos muestra cómo el virus Zika podría dañar el desarrollo cerebral del bebé



**Número 1.814**

16 de septiembre 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 Farías

##### 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.)

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.)

#### 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/)

**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/)



Asociación Parasitológica Argentina

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



**SLAMVI** Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

## IV CONGRESO LATINOAMERICANO DE MEDICINA DEL VIAJERO

6 Y 7 DE OCTUBRE, HOTEL PANAMERICANO, BUENOS AIRES, ARGENTINA

LATINOAMÉRICA CON LA MIRADA EN LOS VIAJEROS

<http://www.congresoslamvi.org/>

### Argentina



#### Vigilancia de secreción genital en mujeres

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

**Tabla 1.** Casos notificados y tasa de notificación cada 100.000 mujeres, según provincia y región. Argentina. Años 2015/16, hasta semana epidemiológica 31. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.

Provincia/Región	2015		2016	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	197	6,82	209	14,17
Buenos Aires	832	5,32	904	11,34
Córdoba	753	22,76	1.093	64,75
Entre Ríos	1.165	94,26	1.466	232,48
Santa Fe	194	6,07	188	11,54
<b>Centro</b>	<b>3.141</b>	<b>11,96</b>	<b>3.860</b>	<b>28,82</b>
Mendoza	—	—	1.020	114,96
San Juan	971	142,57	1.054	303,34
San Luis	14	3,24	200	90,68
<b>Cuyo</b>	<b>985</b>	<b>34,53</b>	<b>2.274</b>	<b>156,26</b>
Corrientes	554	55,81	445	87,87
Chaco	3.590	340,20	3.362	624,47
Formosa	231	43,57	254	93,91
Misiones	17	1,54	72	12,81
<b>NEA</b>	<b>4.392</b>	<b>119,36</b>	<b>4.133</b>	<b>220,16</b>
Catamarca	8	2,17	3	1,60
Jujuy	272	40,40	14	4,08
La Rioja	1	0,30	80	47,00
Salta	4.483	369,14	4.951	799,07
Santiago del Estero	892	102,06	1.125	252,29
Tucumán	624	43,09	682	92,31
<b>NOA</b>	<b>6.280</b>	<b>127,87</b>	<b>6.855</b>	<b>273,57</b>
Chubut	27	5,30	119	45,81
La Pampa	311	97,22	289	177,08
Neuquén	177	32,11	134	47,64
Río Negro	235	36,79	499	153,14
Santa Cruz	18	6,57	148	105,89
Tierra del Fuego	320	251,56	419	645,63
<b>Sur</b>	<b>1.088</b>	<b>44,96</b>	<b>1.608</b>	<b>130,23</b>
<b>Total Argentina</b>	<b>15.886</b>	<b>39,60</b>	<b>18.730</b>	<b>91,51</b>



#### Los planes sociales implementados entre 2005 y 2013 provocaron una importante mejora nutricional en la infancia

9 de marzo de 2016 – Fuente: *American Journal of Public Health*

Un minucioso estudio efectuado por investigadores del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) sobre la mejora nutricional infantil en Argentina entre 2005 y 2013, reveló una mejora en los determinantes sociales de la salud, del Plan Nacer y su sucesor, el Programa SUMAR, impulsados por los Gobiernos de Néstor Carlos Kirchner Ostoic y Cristina Elisabet Fernández Wilhelm.

“En la década pasada, la mayoría de los países de América Latina implementaron innovadores programas para mejorar los resultados sanitarios de la población y para reducir las desigualdades en el acceso a la salud, enfocándose en la cobertura universal de salud destinada a las poblaciones más vulnerables”, afirman los autores del estudio.

El estudio analizó los resultados y el impacto sobre el crecimiento y el desarrollo infantil del fortalecimiento de la atención primaria como estrategia de salud en el periodo citado. Entre los principales resultados se observó que la prevalencia del retraso en el crecimiento (baja talla) se redujo 45% (de 20,6 a 11,3%). La prevalencia del retraso en el crecimiento disminuyó en casi cinco de cada diez niños. La prevalencia de bajo peso disminuyó 38% (de 4 a 2,5%).

Tendencias similares decrecientes se observaron en las cinco regiones del país. Esto, en términos absolutos, significa por ejemplo un aumento de un centímetro en la estatura de niños de tres años de edad.

El estudio comprende una enorme muestra de 1,4 millones de niños a lo largo de ocho años, y 13 millones de mediciones, lo que le da una gran confiabilidad. El aumento en la talla de la población es un indicador duro del impacto de políticas públicas que mejoraron la calidad de vida de modo estructural y, por ende, sostenido en el tiempo.

El retraso en el crecimiento (baja talla) y el bajo peso (bajo peso para la edad) afectan el potencial de los niños para lograr un crecimiento y desarrollo completo, y son una de las principales formas en que la desigualdad y la inequidad se expresan. El retraso en el crecimiento es la forma más frecuente de desnutrición en el mundo y es el mejor indicador de desigualdad en salud infantil.

El retraso en el crecimiento durante la gestación y la infancia es considerado uno de los principales problemas de salud pública por afectar de forma penetrante y continua el potencial de desarrollo de los individuos y las sociedades.

A partir de 2005, el Gobierno del entonces presidente Néstor Kirchner impulsó una serie de programas, como la Asignación Universal por Hijo (AUH) y la Asignación Universal por Embarazo (AE), a los que podía accederse con el requisito obligatorio de inscribirse en el Plan Nacer y en su continuador, el Programa SUMAR.

De esa forma, la población accedía a cobertura efectiva en materia de salud, seguimiento de embarazos y atención primaria de la salud. Tal es así que en dicho periodo (2005-2013) se registraron controles de salud de más de 1,4 millones de niños menores de cinco años en unos 6.500 centros de salud de todo el país. Ello posibilitó un gran volumen de información sobre la situación sanitaria de la población, a partir de la cual se estimó la evolución de la prevalencia del retraso en el crecimiento y el bajo peso en los niños con cobertura pública de salud.

Los planes sociales AUH y AE y los programas Nacer y SUMAR reforzaron la cobertura pública de salud partiendo de la base de reforzar la estrategia de atención primaria en un sentido inclusivo. Entre los objetivos del Programa SUMAR se destacaban la disminución de la mortalidad materna e infantil; profundizar el cuidado de la salud de los niños en toda la etapa escolar y durante la adolescencia; mejorar el cuidado integral de la salud de la mujer, promoviendo controles preventivos y buscando reducir la muerte por cáncer de útero y de mama.

Inicialmente, el programa estaba destinado a mujeres embarazadas y a niños de hasta cinco años de edad. Luego fue ampliado a niños de hasta nueve años, a jóvenes y mujeres de hasta 64 años. En 2015, fue ampliado a varones de hasta 64 años. Todos ellos sin otra cobertura social. Más de 9 millones de personas pudieron acceder al Programa impulsado por el Gobierno anterior.

La mortalidad materna se redujo en 24%; se creó la Red Federal de diagnóstico y tratamiento para Cardiopatías congénitas con máximos estándares de calidad; se incrementaron los controles prenatales; más mujeres embarazadas ingresaron en el sistema de salud antes de la semana veinte de gestación y así se redujo la probabilidad de nacimientos de bebés con bajo peso.

Argentina se convirtió en esa década en un modelo para otros países, al punto de que representantes sanitarios de 32 naciones visitaron el país para conocer de cerca la aplicación de esta política pública sanitaria que fue elogiada por organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

“El Programa SUMAR ha contribuido a mejorar la salud de los grupos más vulnerables sin cobertura gracias a un esquema innovador y exitoso basado en resultados, sobre metas previamente fijadas”, aseguró la responsable de la OPS, Carissa Faustina Etienne, en octubre de 2014, antes de considerar que se trataba de una “herramienta destinada a corregir las desigualdades en el acceso a la salud”.

“Argentina ha logrado reducir la mortalidad infantil en 22,9% entre 2004 y 2012, mientras que en los últimos tres años se registra una tendencia decreciente en la tasa de mortalidad materna: desde la OPS celebramos estos resultados”, enfatizaba por entonces la responsable de la OPS.<sup>1</sup>

## América



### Estados Unidos: Los casos de varicela se han reducido en 85% desde la introducción de la vacuna de dos dosis

2 de septiembre de 2016 – Fuente: *Morbidity and Mortality Weekly Report*

La varicela ha seguido en declive en Estados Unidos desde 2006, cuando los médicos comenzaron a recomendar de forma rutinaria una segunda dosis de la vacuna contra la enfermedad, comentaron el 1 de septiembre las autoridades de salud de Estados Unidos.

Los estados que han reportado datos sobre las vacunas notaron una reducción de 85% en la enfermedad, que es altamente contagiosa, entre 2005-2006 y 2013-2014, según un informe de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos.

La mayor reducción fue entre los niños de 5 a 14 años, dijeron las autoridades de salud. Ese grupo de edad también es el más propenso a haber recibido la segunda dosis de la vacuna contra la varicela.

<sup>1</sup> Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).



Antes de la vacunación, la varicela era común: a principios de la década de 1990, cada año en promedio 4 millones de estadounidenses contraían el virus. De ellos, hasta 13.500 eran hospitalizados y de 100 a 150 morían en un año dado, según el informe de los CDC.

Los CDC atribuyen a la vacuna la prevención de más de 3,5 millones de casos de varicela, 9.000 hospitalizaciones y 100 muertes cada año.

La vacuna no previene la varicela en toda la población, pero cuando hay casos entre los vacunados, la enfermedad por lo general es más leve que entre los que no se han vacunado, señaló el informe. Por ejemplo, las personas que se han vacunado tienden a tener menos lesiones.

Ahora, con menos casos por monitorizar, las autoridades estatales de salud pueden estudiar mejor las características de los nuevos brotes, como la gravedad de los síntomas, la cantidad de hospitalizaciones y si los pacientes fueron vacunados o no, según la agencia.

Los científicos plantean que es esencial comprender por qué siguen ocurriendo casos graves, y si ocurren entre las personas vacunadas.

“Las reducciones posteriores en la cantidad de casos de varicela ofrecerán a los estados más oportunidades para mejorar la vigilancia de la varicela y la integridad de los informes, para monitorizar el impacto del programa de vacunación”, escribie-

ron Adriana López, autora del estudio, y sus colaboradores.

Cuando se introdujo la vacuna de una sola dosis en Estados Unidos en 1996, durante los 10 años siguientes hubo una reducción de 90% en los casos. Pero debido a que seguía habiendo brotes, los CDC implementaron un calendario de dos dosis a partir de 2006.

Los CDC recomiendan que los niños se pongan la primera dosis a los 12 a 15 meses de edad, y la segunda entre los 4 y los 6 años.

En 2014, 40 estados reportaban datos sobre la varicela. Solo cuatro (Illinois, Michigan, Texas y Western Virginia) han estado presentando datos cada año desde antes del inicio del programa de vacunación contra la varicela.<sup>2</sup>



### **Guatemala: Cuatro niños mueren a causa de *Serratia marcescens* en un hospital infantil**

9 de septiembre de 2016 – Fuente: EFE

Una infección bacteriana, cuyo origen se está investigando, causó la muerte de cuatro menores y afectó a otros 25 entre junio y agosto en un hospital de Guatemala, informó el 9 de septiembre la jefa de supervisión hospitalaria de la Procuraduría de los Derechos Humanos (PDH), Zulma Calderón.

Una denuncia anónima alertó a la PDH de un incremento de la mortalidad en el Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación, ubicado en la capital del país centroamericano.

La bacteria *Serratia marcescens* estaba presente en las soluciones salinas y mixtas aplicadas a los pacientes, expandiéndose así por el torrente sanguíneo provocando o agudizando los daños que causaron la muerte de los cuatro menores.

Los otros 25 ya han sido dados de alta del centro hospitalario, que retiró alrededor de 7.000 productos ante el temor de que también pudieran estar contaminados.

Estos llevaban almacenados 18 meses en las bodegas, en una maniobra extraña dada la crisis de insumos que sufre desde hace meses el sistema sanitario del país.

“Los médicos del centro informaron a sus superiores de lo ocurrido, pero estos no tomaron medidas, lo que demuestra que la línea de supervisión es muy débil”, explicó Calderón.

El caso fue puesto en conocimiento del Ministerio Público (MP-Fiscalía) el pasado 30 de agosto para determinar cualquier responsabilidad judicial en los hechos.

El sistema sanitario de Guatemala sufre una grave crisis de suministros que ha provocado incluso el cierre de algunas unidades asistenciales.



### **Honduras registra 47 casos de niños con microcefalia y 141 casos de síndrome de Guillain-Barré**

9 de septiembre de 2016 – Fuente: EFE

Autoridades sanitarias de Honduras informaron el 9 de septiembre que 47 niños han nacido con microcefalia este año, posiblemente asociada al virus Zika, mientras que los afectados por el síndrome Guillain Barré ascienden a 141 personas.

El viceministro hondureño de Salud, Francis Rafael Contreras Rivera, dijo que en los últimos días nacieron seis bebés con microcefalia, lo que elevó a 47 los casos de esta enfermedad en el país. Agregó que hasta ahora en solo uno de los 47 casos está confirmada la relación con el virus Zika.

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

Contreras indicó además que las autoridades investigan si la microcefalia de dos bebés que murieron a inicios de agosto estuvo asociada a este virus.

La mayoría de los niños nacidos con microcefalia se concentran en las regiones sur y norte del país centroamericano, según las autoridades locales.

En Honduras, las autoridades han reportado más de 31.000 casos de fiebre zika, incluyendo los de más de 600 embarazadas, según cifras divulgadas por el funcionario.

Señaló que el país también registra 141 casos de pacientes con el síndrome de Guillain-Barré, que se ha asociado con el virus Zika, y que seis personas fallecieron por este motivo entre marzo y julio.

Contreras reiteró su llamado a la población a mantener aseadas las casas y eliminar los criaderos del mosquito *Aedes aegypti*.

"Hay que continuar luchando contra el mosquito, eliminando los criaderos, fumigando, porque siempre existe el riesgo de enfermarse de fiebre zika", subrayó el funcionario.<sup>3</sup>



## México, Baja California: Aumentan los casos de rickettsiosis

13 de septiembre de 2016 – Fuente: La Crónica (México)

En los últimos 17 días se han detectado ocho casos nuevos de rickettsiosis en Mexicali, por lo que las autoridades de Salud advirtieron de esta problemática, que si bien son menos que en años pasados, el objetivo es que no haya más víctimas.

El secretario general de Salud, Guillermo Trejo Dozal, mencionó que hay 214 casos estudiados, mientras que los casos confirmados de rickettsiosis asciende a 35 personas.

De esta cifra se mantiene el número de nueve muertos en lo que va del año, en contraste con las 27 personas que perdieron la vida en el año 2015; la mayor parte de las víctimas habitaban en las zonas de mayor pobreza de la región.

"Esto es lamentable porque, aunque las muertes son sólo un tercio de las del año previo, lo que queremos es que ya no haya más muertes por rickettsiosis: no queremos ni un solo caso", reiteró el gobernador Francisco Vega de Lamadrid.

Para paliar la situación, en la que incluso se ha considerado una alerta sanitaria, el Gobernador detalló que siguen buscando recursos, además de exacerbar las políticas de prevención entre los ciudadanos.

"Hemos llevado a cabo fumigaciones en la entidad, por lo que se destinaron 470.000 dólares en equipo para combatir a los vectores, con recurso estatal", explicó el Gobernador.

"Las fumigaciones se realizan para combatir los vectores que transmiten enfermedades como la rickettsiosis, el dengue, la fiebre zika y la fiebre chikungunya, es decir, contra las garrapatas y el mosquito *Aedes aegypti*", detalló Vega de Lamadrid.



Labores de fumigación en la periferia de Mexicali, en la Colonia Luis Donaldo Colosio.



## Venezuela, Bolívar: Murieron 46 personas por malaria en el estado durante 2016

14 de septiembre de 2016 – Fuente: El Nacional (Venezuela)

El Boletín Epidemiológico del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) dejó de publicar las cifras de mortalidad, pero de forma extraoficial se conoció que solo este año en el estado Bolívar murieron 46 personas por malaria. La enfermedad abarca 146.670 casos acumulados hasta el 27 de agosto, lo que representa un aumento de 72% con respecto al mismo periodo del año anterior y supera a los casos registrados en los 12 meses de 2015, cuando se notificaron 136.402.

De los 21 países de la región, solo Venezuela y Haití fracasaron en su política para disminuir la propagación de la malaria, con lo que se comprometieron como plan de acción sobre la enfermedad para la Región de las Américas en el período 2011-2015. Por el contrario, Venezuela registró un alza de 205%, y luego le sigue Haití en segundo lugar. En la sesión del comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, que se celebrará en Washington desde el 26 hasta el 30 de septiembre, el Gobierno nacional deberá rendir cuentas.

El informe de la Organización Panamericana de la Salud de julio de este año cita que en 14 de los 21 países de la región donde la malaria es endémica se observó que en 2014 hubo una disminución de 75% en el número de casos. Colombia y República Dominicana notificaron disminuciones de entre 50% y 75%, mientras otros tres países – Guyana, Panamá y Perú – registraron reducciones menores a 50% y "están logrando avances". "Por otro lado, dos países –Haití y Venezuela– siguen notificando aumentos en el número total de casos", precisa el texto.

<sup>3</sup> El 22 de agosto de 2016, el número de casos de microcefalia relacionados con la infección por el virus Zika era de 34; en cerca de un mes la cifra ha aumentado cerca de 30%. Mientras persistan las condiciones que favorezcan la diseminación y persistencia del vector, y ante la ausencia de un tratamiento efectivo y de vacunas, la infección por el virus Zika ha llegado para quedarse. Por otro lado, tampoco se debe soslayar la transmisión por la vía sexual, especialmente si se ha documentado la persistencia del virus en el semen por periodos bastante prolongados. Ante esta complicada situación, los esfuerzos de control, vigilancia y seguimiento deberán redoblar.

José Félix Oletta, integrante de la Red Defendamos la Epidemiología y ex ministro de Salud, precisó que este año Venezuela aumentará 357% su incidencia de malaria, mientras que en el continente se redujo 67%. El total de casos de malaria que comprende el país es de 46,54% de lo reportado en toda la región.

Los datos epidemiológicos no divulgados por el MPPS indican que la enfermedad está propagada en 16 de los 24 estados del país y 78 municipios. La Red estima que este año cerrará con 348.285 casos de malaria entre autóctonos y recaídas; es decir, un incremento de 11,65 veces más de los reportados en 2000, cuando se notificaron 29.887 casos. Los ex ministros de Salud, Carlos Antonio Walter Valecillos y Ángel Rafael Orihuela, junto con Oletta, califican de récord histórico el incremento de las estadísticas, lo cual hace que la nación retroceda 75 años. "En los últimos cuatro años hemos estado en una situación epidémica", denunció Oletta.

### Sin inventarios

Los ex ministros denunciaron que se está agotando el inventario de tratamientos antimaláricos para tratar la enfermedad. Aseguran que el gobierno nacional no informó a tiempo al Fondo Estratégico de la Organización Panamericana de Salud (OPS) el estimado de inventario necesario de los 14 tratamientos esenciales que existen en sus diferentes presentaciones para tratar la malaria. Además, Sefar dejó de producir los tratamientos en el país desde hace año y medio. "La malaria es una enfermedad potencialmente mortal", alerta Oletta.

La Red, junto al Observatorio Venezolano de Salud, el Centro de Estudios del Desarrollo de la Universidad Central de Venezuela (UCV), el Instituto de Medicina Tropical de la UCV, la Academia Nacional de Medicina, la Red Venezolana de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela, la Sociedad Venezolana de Salud Pública, la Sociedad Venezolana de Infectología y la Sociedad Venezolana de Puericultura, hará una carta pública en la que planteará la necesidad de recibir donaciones para evitar un alza en la mortalidad por la insolencia comercial con los proveedores.

"Esto es más importante que la Cumbre de los Países No Alineados que cuesta 200 millones de dólares, y con 20 millones podemos resolver esta situación. Estos millones de dólares que se gastarán no salvarán a ningún venezolano. Ahora tendremos más de 400.000 venezolanos en riesgo y no hay dinero para la importación. Se trata de un problema de ética política. Se deben tomar decisiones en una situación de austeridad, aunque es una palabra que borraron del diccionario", acotó Oletta.

## El mundo



### África: Estado de situación de los brotes de fiebre amarilla

9 de septiembre de 2016 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

#### Análisis

- La evaluación general del riesgo se mantiene sin cambios.
- No hay casos confirmados vinculados al brote actual en República Democrática del Congo desde julio. Esta semana no ha habido nuevas zonas sanitarias que reportaran casos sospechosos. Sin embargo, es importante tener en cuenta las dificultades inherentes a las capacidades para la vigilancia y la confirmación de laboratorio.
- La supervisión independiente de los esfuerzos de vacunación en Kinshasa han demostrado una excelente cobertura, proporcionando un alto nivel de inmunidad de la población contra la fiebre amarilla en esta zona.
- Las reservas de vacunas a nivel global son los adecuados para completar todas las campañas de vacunación previstas y para responder a nuevos casos y/o brotes en otros países, en caso de producirse.

#### Situación epidemiológica

- Angola
  - No ha habido casos confirmados desde el 23 de junio. La situación se mantiene estable, con un escaso número de casos sospechosos reportados en el último mes.
  - Entre el 5 de diciembre de 2015 y el 1 de septiembre de 2016, se han registrado 4.065 casos sospechosos, incluyendo 372 muertes (tasa de letalidad de 9,15%); 884 casos han sido confirmados por laboratorio, incluyendo 121 muertes (tasa de letalidad: 13,69%).
  - Desde el inicio del brote, se han registrado casos sospechosos en las 18 provincias del país; los casos confirmados se han registrado en 80 distritos de 16 provincias; se ha reportado transmisión autóctona en 45 distritos de 12 provincias.
  - Las provincias de Luanda y Huambo han reportado el mayor número de casos totales. Hasta el 1 de septiembre se han informado 2.063 casos (incluyendo 488 confirmados) en Luanda, y 636 casos (128 confirmados) en Huambo.
- República Democrática del Congo
  - Entre el 1 de enero y el 8 de septiembre de 2016 se reportaron 2.603 casos sospechosos en las 26 provincias del país. Se confirmaron 75 casos entre 2.253 casos sospechosos estudiados en laboratorio, incluyendo 16 muertes (tasa de letalidad: 21,33%); de los 75 casos confirmados, reportados por siete provincias, 57 adquirieron la infección en Angola, 13 son autóctonos<sup>4</sup>, y cinco son casos de transmisión selvática (no relacionados con el brote).

<sup>4</sup> Se considera que una infección es autóctona cuando es adquirida por pacientes sin antecedentes de viaje durante el período de incubación, excluyendo los casos clasificados como selváticos.

- La provincia de Sud Ubangui, que limita con la República del Congo y la República Centroafricana, informó un caso en la Zona Sanitaria de Bominenge por primera vez en la semana del 25 de agosto. La investigación sigue en curso para confirmar o descartar el caso, identificar si es importado o autóctono, y determinar si está relacionado con el brote actual o es un caso selvático. Un segundo caso fue reportado en la semana del 8 de septiembre en la Zona Sanitaria de Budjala, también en la provincia de Sud Ubangui, y también está bajo investigación.
  - Ha concluido la investigación de dos casos selváticos informados en la semana del 25 de agosto en la Zona Sanitaria de Yalifafu, en la provincia de Tshuapa, determinándose que se trató de casos aislados.
  - Los 13 casos autóctonos fueron reportados en 10 Zonas Sanitarias de tres provincias: Kinshasa (seis casos), Kongo Central (dos casos) y Kwango (cinco casos).
  - La fecha de inicio del caso confirmado más reciente en Kinshasa es el 22 de junio. La fecha de inicio del caso confirmado más reciente en la República Democrática del Congo es el 12 de julio, en la Zona Sanitaria de Kahemba, provincia de Kwango.
- Uganda
    - El país declaró el fin de su brote de fiebre amarilla el 6 de septiembre de 2016. Este brote no estaba relacionado con el brote en Angola y la República Democrática del Congo.

## Respuesta

- Se han completado campañas de vacunación en 73 municipios de Angola, que alcanzaron a 15.962.052 personas (65% de la población de Angola). Una campaña de vacunación preventiva se inició el 15 de agosto. La fase I de la campaña ya fue completada y, hasta el 1 de septiembre habían sido vacunadas 2.807.628 personas. Esto representa 94% de la población objetivo. Quince de los 22 distritos seleccionados en la fase I alcanzaron al menos 90% de cobertura administrativa de vacunación. Actividades de vacunación suplementarias están en curso en tres distritos (Dirico, Namacunde y Sumbe), donde las coberturas de vacunación no llegaron a 80%. Se está preparando la fase II de la campaña, destinada a más de tres millones de personas en 21 distritos de 12 provincias.
- La campaña de vacunación preventiva en la República Democrática del Congo ha concluido. Los resultados preliminares indican que las coberturas administrativas de inmunización alcanzaron a 103,1% en Kinshasa, 101% en Kasai Central, 98,3% en Kongo Central, 101% en Kasai, 101% en Kwango, y 100,8% en Lualaba. Un monitoreo independiente evaluó que la cobertura de la vacunación es ahora de 98,2% en Kinshasa. Hasta el 8 de septiembre, más de diez millones de personas habían sido vacunadas en las zonas sanitarias que habían reportado. Una campaña de vacunación reactiva se está planificando para la Zona Sanitaria de Feshi (provincia de Kwango) y la Zona Sanitaria de Mushenge (provincia de Kwango).
- La OMS ha enviado cerca de 27 millones de dosis de vacunas a Angola y la República Democrática del Congo a través del Grupo Internacional de Coordinación (ICG) de la reserva mundial, con vacunas adicionales de Bio-Manguinhos, de Brasil.
- Hasta el 7 de septiembre de 2016, se habían aprobado 18,1 millones de dosis de vacunas para Angola y 9,4 millones para la República Democrática del Congo.
- El número de vacunas actualmente disponible para la respuesta de emergencia es de 4,0 millones, a través del ICG. La cantidad de dosis ya asignados para responder al brote no está incluido en esta cifra.<sup>5</sup>



## Arabia Saudí: No se reportaron eventos de salud pública de importancia durante el Hajj

14 de septiembre de 2016 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) concluyó el 14 de septiembre su misión en Arabia Saudí para apoyar al Ministerio de Salud en sus esfuerzos de lograr una temporada de peregrinación (Hajj) segura. Hasta ahora no ha habido ninguna amenaza o evento de interés importante para la salud, no ha habido brotes de enfermedades importantes reportados entre los casi dos millones de peregrinos que asistieron a los lugares sagrados.

En la preparación para el Hajj, el Ministerio de Salud, junto con la OMS, llevó a cabo una evaluación de riesgos de salud estratégica sobre las amenazas para la salud que podrían presentarse durante la peregrinación. Sobre la base de los requisitos del Reglamento Sanitario Internacional (2005), el Ministerio puso en marcha una serie de medidas de mitigación de salud pública, cubriendo áreas tales como prevención y control de infecciones, puntos de ingreso, laboratorios, coordinación, comunicación de riesgos y empoderamiento de la comunidad. Además, se implementaron diversas medidas para reducir los efectos de las altas temperaturas sobre los peregrinos, incluidas campañas de sensibilización sobre la prevención de los golpes de calor y la insolación.

La información preliminar indica una disminución de la morbilidad y la mortalidad de la influenza estacional en comparación con el año previo. Esto podría estar relacionado con la decisión del Ministerio de Salud de hacer obliga-



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

toria la vacuna contra la influenza estacional para todos los peregrinos internos. Algunos países también vacunaron a sus peregrinos contra la influenza estacional, en concordancia con los requisitos de salud de Arabia Saudí para el Hajj.

Hasta el momento no se han reportado casos de síndrome respiratorio de Medio Oriente por coronavirus (MERS-CoV) entre los peregrinos. De 344 muestras recogidas y analizadas por el laboratorio nacional de salud pública, ninguna ha sido positiva para el MERS-CoV.

La OMS ha compartido sus conclusiones y recomendaciones de la misión con el Ministerio de Salud, señalando la importancia de documentar y compartir las experiencias y buenas prácticas para la mejora de la preparación de la salud pública, para las futuras temporadas de Hajj.

## **EL PAÍS** España, Catalunya: Muere el primer bebé por enterovirus

13 de septiembre de 2016 – Fuente: El País (España)

Una niña infectada por enterovirus falleció el 12 de septiembre en la Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell. Se trata de la primera muerte causada por el virus, que ya ha afectado a 110 niños en Catalunya desde abril de este año. Aunque se trata de un microorganismo común –suele provocar gastroenteritis leves–, la cepa concreta que generó el brote (la A71) provoca afectaciones neurológicas más graves como la rombencefalitis, el mismo cuadro clínico que sufrió la pequeña fallecida.

El subdirector del Servicio Catalán de la Salud (CatSalut), Josep Maria Argimon, confirmó el fallecimiento de la menor, que tenía menos de un año de edad. La niña entró el pasado 30 de julio a las urgencias del Hospital General de Granollers con “un cuadro viral con fiebre y vómitos”. Al tratarse de una sintomatología “inespecífica”, según los expertos, volvió a su casa hasta que, al día siguiente, acudió de nuevo a su centro de atención primaria (CAP) con un cuadro clínico más complejo. “Presentaba somnolencia y estaba decaída e hipotónica, una clínica propia de la rombencefalitis”, explicó Argimon. Los médicos del CAP derivaron a la niña al hospital de Granollers. Sin embargo, ante la gravedad de su estado, los facultativos del complejo sanitario decidieron trasladarla a la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Parc Taulí de Sabadell.

La pequeña permaneció ingresada en la UCI hasta el 12 de septiembre, cuando falleció a consecuencia de la infección por enterovirus A71. “Este es un ejemplo de cómo puede llegar a funcionar la infección. Se ha hecho todo lo que se podía hacer y el desenlace fue fatal”, manifestó el Dr. Carlos Rodrigo, jefe del servicio de pediatría del Hospital Universitari ‘Vall d’Hebron’, el mismo equipo médico que detectó el brote. El facultativo aseguró que se trata de “un caso fulminante” porque en cuestión de horas pasó de tener una sintomatología inespecífica a desarrollar una rombencefalitis grave. Rodrigo insistió en que no se podía haber prevenido. “La sospecha se tuvo desde el principio. Todo el mundo estaba atento, por eso cuando fue al ambulatorio con síntomas de alarma se derivó al hospital. Cuando hay manifestaciones, podemos tratarlas, pero no podemos evitar que progrese la enfermedad cuando no hay síntomas”, señaló el médico.

El Departamento de Salud mantuvo ayer que el brote está cerrado, pero no descartó que sigan surgiendo casos “esporádicos” como el de la menor fallecida. “El brote, si entendemos brote por concentración de casos, fue desde mediados de abril a mediados de julio. En los dos últimos meses, se detectaron cinco casos”, apuntó el secretario de la Agencia de Salud Pública de Catalunya, Joan Guix i Oliver.

Con todo, Salud insistió en mantener las medidas preventivas para evitar el contagio, sobre todo entre los niños, que es el colectivo más vulnerable. El virus se transmite por vía oral-fecal o a través de secreciones respiratorias (tos, mocos y estornudos), por lo que el Departamento recomienda reforzar medidas higiénicas como el lavado de manos frecuente, especialmente después de ir al baño o cambiar pañales.

### **Las otras dos muertes bajo sospecha**

El fallecimiento de la niña de Granollers es el primero que Salud vincula directamente al enterovirus, pero no es la única muerte que rodea al brote. El pasado mayo, el Departamento descartó que el deceso de un menor en Tarragona con la misma sintomatología que los casos del brote esté relacionado con una infección por enterovirus. “Aunque clínicamente entraría en este conjunto, no hemos conseguido detectar el enterovirus en las muestras del menor. Es un caso probable pero no tenemos la certeza”, reconoció Argimon en su momento.

El subdirector del CatSalut también rechazó ayer otro fallecimiento bajo sospecha. En junio, un niño infectado con enterovirus moría en el Hospital de Mataró, aunque su sintomatología no concordaba con la del brote. Argimon confirmó el 12 de septiembre que, pese a encontrar enterovirus en su organismo, la causa de la muerte no fue la infección por el virus.



## **Sudán del Sur: La OMS y sus aliados luchan contra varios brotes de enfermedades**

14 de septiembre de 2016 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

Las enfermedades infecciosas siguen siendo una importante amenaza para la salud pública en Sudán del Sur. Además de la carga de las enfermedades crónicas, los frecuentes brotes amenazan aún más la salud de las personas.

En una situación de conflicto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus asociados están respondiendo a múltiples brotes, tales como cólera, malaria, sarampión, sospecha de fiebre hemorrágica y leishmaniosis visceral.





Llegan a Mingkaman los kits 'SARR en una caja', gracias a un helicóptero de la Organización de Naciones Unidas (ONU). Debido al mal estado de las carreteras, acceder a las zonas más remotas o aquellas en conflicto sólo es posible por vía aérea, especialmente durante la temporada de lluvias.

alrededor de 88.000 familias con mensajes de prevención y artículos tales como tabletas de purificación de agua, soluciones de rehidratación oral y jabón. Además, la OMS ha participado en una amplia campaña de promoción de la salud que ha llegado a más de dos millones de personas en todo el país con mensajes de prevención del cólera a través de programas de radio, spots radiales y entrevistas en 17 estaciones de radio.

### **Aumento de la malaria**

Más de 1,3 millones de casos de malaria han sido reportados desde comienzos de 2016. Los casos de malaria comenzaron a aumentar a principios de mayo, y durante la semana del 30 de mayo de 2016, se declaró un brote en Bentiu, un campamento para desplazados internos. Para el 28 de agosto de 2016, 31 condados de 8 estados habían superado el umbral de epidemia de malaria. Desde mayo, más de 800.000 personas han recibido tratamiento para la malaria a través de equipos sanitarios fijos o móviles. La OMS ha enviado por vía aérea medicamentos contra la malaria y mercaderías y kits de desnutrición a Shamal Bahr al-Gazal, uno de los estados más afectados, y ha donado medicamentos contra la malaria y mercaderías a zonas afectadas de otros seis estados.

### **La vacunación es la mejor protección contra el sarampión**

Desde comienzos de 2016, se han reportado en todo el país más de 1.600 casos de sarampión, incluyendo al menos 19 muertes. La OMS ha confirmado y ha respondido a brotes de sarampión en 12 condados. Desde que la lucha se intensificó a mediados de 2016, alrededor de 182.000 niños han sido vacunados contra el sarampión. Una campaña de seguimiento está prevista para octubre de 2016. Asegurar que la mayoría de los niños reciba la vacunación es la mejor protección contra esta enfermedad altamente contagiosa.

### **Enfermedad mortal transmitida por flebotomos**

En 2016 se han reportado en Sudán del Sur más de 1.000 casos de leishmaniosis visceral –conocida localmente como kala-azar–, incluyendo 42 muertes. La enfermedad es endémica en algunas regiones del país. La OMS dirige el grupo de trabajo de kala-azar y está apoyando la implementación de equipos de respuesta rápida en las zonas afectadas. La OMS también está ayudando a capacitar a los trabajadores sanitarios en los lugares de tratamiento, en la elaboración de análisis semanales de los datos y la utilización de materiales tales como kits de diagnóstico rápido y medicamentos para los centros de tratamiento.

### **La detección de enfermedades es importante para una respuesta rápida**

La mayoría de estas enfermedades infecciosas han sido controladas o erradicadas de la mayor parte de África, pero todavía están causando epidemias en Sudán del Sur debido a las deficientes condiciones socioeconómicas. Cuando los países son golpeados por conflictos o desastres naturales, son más vulnerables a los brotes de enfermedades infecciosas, lo que se ve exacerbado por sistemas de salud deficientes, hacinamiento y desplazamiento de la población.

A esto se agrega la debilidad de los sistemas de vigilancia epidemiológica, lo que hace más difícil medir el verdadero alcance del problema, e impide la detección temprana de brotes y la respuesta apropiada.

La OMS apoya el sistema de alerta y respuesta rápida (SARR), una red de sitios de información fijos y móviles apoyados por los asociados, para mejorar la detección de brotes de enfermedades en las poblaciones de preocupación humanitaria. En la actualidad hay 58 sitios SARR informando en Sudán del Sur, y este número se seguirá ampliando para complementar el sistema de vigilancia existente en las zonas afectadas por la crisis.

### **Apoyo de la OMS para detectar y controlar los brotes**

A pesar de la frágil situación de seguridad y las difíciles condiciones para prestar servicios de salud, la OMS, junto con sus asociados, está proporcionando un apoyo vital a la población de Sudán del Sur.

La OMS está capacitando equipos de respuesta rápida para investigar y responder a los brotes emergentes y ha posicionado previamente kits de investigación y respuesta a brotes para varias enfermedades infecciosas, así como para las complicaciones médicas de la desnutrición aguda, en nueve centros estatales. Estos suministros se han utilizado para responder con rapidez a los brotes emergentes y emergencias humanitarias en todo el país.

“A pesar de la inseguridad, la OMS está tomando cada oportunidad para llegar a las personas con los servicios de salud para protegerlos en este momento que el sistema de salud se ha derrumbado”, dijo el Dr. Abdulmumini Usman, representante de la OMS en Sudán del Sur.

### **Los desplazados y el riesgo del cólera**

El cólera se confirmó en Juba el 21 de julio de 2016, en el corolario de la reciente escalada de violencia en la ciudad, donde los enfrentamientos entre los militares y las fuerzas de oposición provocaron cientos de muertes y miles de desplazados. Hasta el 6 de septiembre de 2016 se había notificado un total de 1.762 casos de cólera, incluyendo 26 muertes, en cinco estados: Jubek, Terekeka, Jonglei, Eastern Lakes e Imatong.

La OMS está trabajando con sus asociados para responder al brote de cólera, incluyendo el tratamiento de aproximadamente 1700 pacientes de cólera y el envío de promotores de salud para visitar

La OMS sigue apoyando el sistema de referencia de muestras a nivel nacional para la confirmación oportuna de brotes de enfermedades. Trabajando con los equipos de respuesta rápida estatales, el Servicio Aéreo Humanitario de las Naciones Unidas (UNHAS) y sus asociados, la OMS facilita y apoya el envío de muestras biológicas al laboratorio nacional de salud pública y los laboratorios colaboradores internacionales para pruebas confirmatorias. La OMS continúa apoyando al laboratorio nacional de salud pública en el análisis de muestras de cólera, sarampión y otras enfermedades prioritarias, para permitir una respuesta rápida que, en última instancia, sirve para salvar vidas.

## HIV MEDICINE

### **Suecia: El primer país en alcanzar el objetivo 90-90-90 del ONUSIDA y la OMS en la respuesta frente al VIH**

15 de septiembre de 2016 – Fuente: *HIV Medicine*

Suecia se ha convertido en el primer país en alcanzar el objetivo 90-90-90 del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). A fines de 2015, habían sido diagnosticados en Suecia 90% de los casos de VIH; 99,8% de los pacientes diagnosticados habían sido vinculados con la atención especializada; 95,1% de los pacientes que estaban recibiendo atención sanitaria estaban tomando tratamiento antirretroviral; y 94,7% de los que estaban en tratamiento tenían la carga viral indetectable.

El uso de la terapia antirretroviral ha reducido de forma espectacular las tasas de morbimortalidad en personas con el VIH. Además de tener un beneficio para la salud individual, el tratamiento antirretroviral disminuye notablemente la capacidad de transmitir el virus a personas sin el VIH.

Para que los pacientes puedan sacar el máximo beneficio al tratamiento es necesario que pasen por cada uno de los diferentes pasos de los que consta la cascada de servicios del VIH: diagnóstico, derivación a la atención especializada, retención en la atención, inicio del tratamiento antirretroviral y alcanzar la indetectabilidad viral.

Sin embargo, en muchos contextos –incluso en países de ingresos elevados–, se registran tasas bajas de vinculación y retención en la atención especializada del VIH. Esto significa que muchos pacientes no están beneficiándose del tratamiento antirretroviral y que, por lo tanto podrían evitarse muertes asociadas al VIH/sida y nuevas infecciones.

En octubre de 2014, el ONUSIDA y la OMS lanzaron el objetivo 90-90-90. Esta meta se basa en conseguir, para el año 2020, que 90% de las personas con el VIH conozca su diagnóstico; que 90% de las personas diagnosticadas reciban tratamiento antirretroviral; y que 90% de los pacientes en tratamiento alcancen la indetectabilidad viral. A diferencia de otros objetivos previos, enfocados únicamente en el número de personas que iniciaban el tratamiento del VIH, la meta 90-90-90 centra su atención en el objetivo final del tratamiento: la indetectabilidad viral. Conseguir el objetivo 90-90-90 significará que, como mínimo, 73% de todas las personas con el VIH tendrán la carga viral indetectable, una tasa lo suficientemente amplia como para que tenga un impacto importante sobre las tasas de morbimortalidad asociadas al VIH/sida y nuevas infecciones.

Los investigadores suecos utilizaron los datos recopilados a escala nacional para determinar el progreso del país en la consecución del objetivo 90-90-90. La información sobre los pacientes en la atención clínica se obtuvo de estudio de cohorte sueco InfCare HIV. A fines de 2015, la base de datos recogía información de 6.946 pacientes diagnosticados del VIH.

Los datos de los sistemas de vigilancia de la Agencia Sueca de Salud Pública indican que se ha diagnosticado a 90% de las personas con el VIH que viven en Suecia. Todos los nuevos diagnósticos de VIH son notificados a la Agencia de Salud Pública tanto por los laboratorios clínicos como por los médicos especialistas. Con el fin de estimar la vinculación con la atención especializada, los investigadores examinaron todos los nuevos diagnósticos de VIH notificados en 2014. Los investigadores pudieron comprobar que de entre los 471 casos notificados, 469 habían sido derivados a la atención especializada, lo que supone 99,8% de los nuevos diagnósticos de VIH notificados en 2014.

Por lo que respecta a la retención de los pacientes en el seguimiento clínico, los investigadores revisaron los historiales de los 661 pacientes que habían sido dados de alta en la atención especializada en 2013 y 2014. A fines de 2015, 612 de estos pacientes todavía continuaban en la atención médica. El análisis de los 49 pacientes que habían abandonado aparentemente el seguimiento médico reveló que 29 se habían trasladado al extranjero; 11 habían fallecido; y 9 fueron pérdidas del seguimiento. A otros nueve pacientes no se les había realizado controles de laboratorio los nueve meses previos por lo que se les consideró también pérdidas de seguimiento. Por consiguiente, 603 de 621 pacientes (97,1%) fueron derivados y retenidos en la atención clínica.

A fines de 2015, 6.605 de los 6.946 pacientes (95,1%) incluidos en la cohorte InfCare HIV estaban recibiendo tratamiento antirretroviral. Un total de 6.395 pacientes habían estado tomando tratamiento antirretroviral durante, como mínimo, seis meses y 94,7% de estas personas había alcanzado la indetectabilidad viral (<50 copias/mL). El porcentaje se elevó a 98% cuando se utilizó el umbral de las 200 copias/mL para la indetectabilidad viral.

En sus conclusiones, los investigadores señalan que el objetivo 90-90-90 del ONUSIDA y la OMS dirigido a que 73% del total de personas con el VIH alcancen la indetectabilidad viral se ha logrado en Suecia (90-95-94). Esto significa que, del total de personas con el VIH en Suecia, 90% ha sido diagnosticado; 83% está tomando tratamiento antirretroviral; y 78% tiene la carga viral indetectable. Con todo, consideran que no deberían contentarse con estos buenos resultados sino que deberían continuar mejorando las estrategias de prevención e incrementar sus esfuerzos por diagnosticar a todas aquellas personas que tienen el VIH y no lo saben.

Según los investigadores, entre los factores clave que han facilitado la consecución del objetivo del ONUSIDA y la OMS, figuran el reducido tamaño de la epidemia en Suecia; la legislación sueca que obliga a médicos y laboratorios a

notificar los nuevos diagnósticos, y a los pacientes a no abandonar el seguimiento médico; la derivación a centros de atención especializada con equipos multidisciplinarios; el acceso gratuito al tratamiento; el elevado nivel de seguimiento de los profesionales sanitarios a las guías clínicas nacionales que, desde 2014, recomiendan el tratamiento antirretroviral a todos los pacientes.<sup>6</sup>



## Las caídas provocan la muerte de más de 424.000 personas en todo el mundo

14 de septiembre de 2016 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

Las caídas se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga. Las lesiones relacionadas con las caídas pueden ser mortales, aunque la mayoría de ellas no lo son<sup>7</sup>. Por ejemplo, en la población infantil de la República Popular de China, por cada muerte debida a caídas hay cuatro casos de discapacidad permanente, 13 que necesitan más de 10 días de hospitalización, 24 que necesitan de 1 a 9 días de hospitalización, y 690 que buscan atención médica o faltan al trabajo o a la escuela.

### El problema

Las caídas son un importante problema mundial de salud pública. Se calcula que anualmente se producen 424.000 caídas mortales, lo que convierte a las caídas en la segunda causa mundial de muerte por lesiones no intencionales, por detrás de los traumatismos causados por el tránsito. Más de 80% de las muertes relacionadas con caídas se registran en países de bajos y medianos ingresos, y más de dos terceras partes de esas muertes se producen en las Regiones del Pacífico Occidental y Asia Sudoriental. Las mayores tasas de mortalidad por esta causa corresponden en todas las regiones del mundo a los mayores de 60 años.

Cada año se producen 37,3 millones de caídas que, aunque no sean mortales, requieren atención médica y suponen la pérdida de más de 17 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD)<sup>8</sup>. La mayor morbilidad corresponde a los mayores de 65 años, a los jóvenes de 15 a 29 años y a los menores de 15 años.

Cerca de 40% de los AVAD perdidos en todo el mundo debido a las caídas corresponden a los niños, pero es posible que este parámetro no refleje con exactitud el impacto de las discapacidades relacionadas con las caídas en las personas mayores, que tienen menos años de vida que perder. Además, quienes padecen discapacidad a causa de las caídas, y en particular los ancianos, corren más riesgo de necesitar atención a largo plazo e ingreso en alguna institución.



### Datos y cifras

- Las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales.
- Se calcula que anualmente mueren en todo el mundo unas 424.000 personas debido a caídas, y más de 80% de esas muertes se registran en países de bajos y medianos ingresos.
- Los mayores de 65 años son quienes sufren más caídas mortales.
- Cada año se producen 37,3 millones de caídas cuya gravedad requiere atención médica.
- Las estrategias preventivas deben hacer hincapié en la educación, la capacitación, la creación de entornos más seguros, la priorización de la investigación relacionada con las caídas y el establecimiento de políticas eficaces para reducir los riesgos.

Las lesiones relacionadas con las caídas tienen un costo económico considerable. El costo medio para el sistema sanitario por cada lesión relacionada con caídas en mayores de 65 años es de 3.611 dólares en Finlandia y de 1.049 dólares en Australia. Los datos procedentes de Canadá indican que la aplicación de estrategias preventivas eficaces y la consiguiente reducción de las caídas de los menores de 10 años en 20% supondría un ahorro neto de más de 120 millones de dólares al año.

### Grupos de riesgo

Aunque las caídas conllevan un riesgo de lesión en todas las personas, su edad, sexo y estado de salud pueden influir en el tipo de lesión y su gravedad.

### Edad

La edad es uno de los principales factores de riesgo de las caídas. Los ancianos son quienes corren mayor riesgo de muerte o lesión grave por caídas, y el riesgo aumenta con la edad. Por ejemplo, en Estados Unidos 20 a 30% de las personas mayores que se caen sufren lesiones moderadas o graves, tales como hematomas, fracturas de cadera o traumatismos craneoencefálicos. La magnitud del riesgo puede deberse, al menos en parte, a los trastornos físicos, sensoriales y cognitivos relacionados con el envejecimiento, así como a la falta de adaptación del entorno a las necesidades de la población de edad avanzada.

Otro grupo de riesgo es el formado por los niños, cuyas caídas se deben en gran parte a su estado de desarrollo, a su curiosidad innata y al aumento de su nivel de independencia, que les lleva a adoptar conductas de más riesgo. Aunque la supervisión insuficiente de los adultos es un factor citado frecuentemente, las circunstancias suelen ser complejas y hay interacciones con la pobreza, la monoparentalidad y los entornos particularmente peligrosos.

<sup>6</sup> Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#) (requiere suscripción).

<sup>7</sup> En la base de datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la Carga Mundial de Morbilidad, las muertes y las lesiones no mortales relacionadas con caídas excluyen las caídas debidas a agresiones y lesiones autoprovocadas, las caídas desde animales, edificios en llamas o vehículos de transporte y las caídas en fuegos, agua o máquinas.

<sup>8</sup> Los AVAD amplían el concepto de años de vida potenciales perdidos por muerte prematura, incluyendo los años de vida "saludable" perdidos en virtud de encontrarse en un estado de mala salud o discapacidad.

## Sexo

Ambos sexos corren el riesgo de sufrir caídas en todos los grupos de edad y todas las regiones. Sin embargo, en algunos países se ha observado que los hombres tienen mayor probabilidad de sufrir caídas mortales, mientras que las mujeres sufren más caídas no mortales. Las ancianas y los niños pequeños son especialmente propensos a las caídas y a una mayor gravedad de las lesiones consiguientes. Las tasas de mortalidad y los AVAD perdidos son sistemáticamente mayores en los varones en todo el mundo. Entre las posibles explicaciones de este hecho se encuentran los mayores niveles de comportamientos de riesgo y la mayor peligrosidad de las actividades laborales.

Otros factores de riesgo son:

- actividad laboral en las alturas y otras condiciones de trabajo peligrosas;
- consumo de alcohol y drogas;
- factores socioeconómicos tales como pobreza, hacinamiento en el hogar, monoparentalidad, y corta edad de la madre;
- trastornos médicos subyacentes, tales como trastornos neurológicos, cardíacos u otras afecciones discapacitantes;
- efectos colaterales de los medicamentos, inactividad física y pérdida de equilibrio, sobre todo en las personas mayores;
- problemas cognitivos, visuales y de movilidad, especialmente entre quienes viven en instituciones tales como las residencias de ancianos o los centros de atención a pacientes crónicos;
- falta de seguridad del entorno, especialmente en el caso de las personas con problemas de equilibrio o de visión.

## Prevención

Las estrategias de prevención de las caídas deben ser integrales y polifacéticas; dar prioridad a la investigación y a las iniciativas de salud pública para definir mejor la carga, explorar los factores de riesgo y utilizar estrategias preventivas eficaces; apoyar políticas que creen entornos más seguros y reduzcan los factores de riesgo; fomentar medidas técnicas que eliminen los factores que posibilitan las caídas; impulsar la formación de los profesionales sanitarios en materia de estrategias preventivas basadas en datos científicos, y promover la educación individual y comunitaria para aumentar la concienciación.

Los programas eficaces de prevención de las caídas tienen como objetivo reducir el número de personas que las sufren, disminuir su frecuencia y reducir la gravedad de las lesiones que producen. Los programas de prevención de las caídas en los ancianos pueden incluir varios componentes para identificar y modificar los riesgos, tales como:

- examen del entorno donde vive la persona para detectar riesgos;
- intervenciones clínicas para identificar factores de riesgo, tales como el examen y modificación de la medicación, el tratamiento de la hipotensión, la administración de suplementos de calcio y vitamina D o el tratamiento de los trastornos visuales corregibles;
- evaluación del domicilio y modificación del entorno en casos con factores de riesgo conocidos o antecedentes de caídas;
- prescripción de dispositivos asistenciales apropiados para paliar los problemas físicos y sensoriales;
- fortalecimiento muscular y ejercicios de equilibrio prescritos por profesionales sanitarios con formación adecuada;
- programas grupales comunitarios que pueden incorporar componentes como la educación para prevenir las caídas y ejercicios del tipo del tai-chi o de equilibrio dinámico y fortalecimiento muscular;
- uso de protectores de la cadera en personas con riesgo de fractura de la cadera en caso de caída.

En los niños, las intervenciones eficaces incluyen programas comunitarios polifacéticos; modificaciones técnicas del mobiliario, de los equipos de las zonas de recreo y de otros productos; y leyes sobre la instalación de protecciones en las ventanas. Otras estrategias preventivas prometedoras son el uso de raíles o barreras de protección, los programas de visitas a domicilio, las campañas educativas públicas masivas y la formación de las personas y las comunidades en materia de atención médica pediátrica aguda en caso de caída.

**nature  
medicine**

## Un estudio con monos muestra cómo el virus Zika podría dañar el desarrollo cerebral del bebé

12 de septiembre de 2016 – Fuente: *Nature Medicine*

El virus Zika puede cruzar rápidamente a la placenta durante el embarazo y afectar al desarrollo del cerebro del feto, según un nuevo estudio con monos.

“Nuestros resultados eliminan cualquier duda restante de que el virus Zika es increíblemente peligroso para el feto en desarrollo, y ofrece detalles sobre cómo se desarrolla la lesión cerebral”, afirmó la autora del estudio, la Dra. Kristina Adams Waldorf, profesora de obstetricia y ginecología de la Universidad de Washington, en Seattle.

“Este estudio nos acerca a determinar si una vacuna o terapia para el virus Zika prevendría la lesión cerebral fetal, pero también si sería seguro tomarla en el embarazo”, comentó Adams Waldorf.



Sin embargo, con frecuencia los estudios con animales no producen resultados similares en los humanos.

Desde el inicio del brote de fiebre zika en Brasil en 2015, miles de bebés en ese país han nacido con microcefalia. Las autoridades de salud de Estados Unidos han predicho que la propagación del virus en Estados Unidos y sus territorios este verano probablemente resulte en casos futuros de microcefalia en el país.

El desarrollo del cerebro en los primates no humanos, como los macacos cola de cerdo (*Macaca nemestrina*) utilizados en este estudio, presenta similitudes clave con el de los humanos. Esas similitudes incluyen la estructura de la placenta, el momento en que se desarrollan los nervios y el cerebro, y las proporciones de materia blanca y gris, apuntaron los autores del estudio.

El estudio con monos imitó de cerca una infección con el virus Zika durante el tercer trimestre del embarazo, permitiendo a los investigadores estudiar las relaciones causales entre el virus y la lesión cerebral en un feto en desarrollo.

Las monas embarazadas no desarrollaron fiebre, sarpullido ni ningún otro síntoma importante de infección. Pero en un plazo de tres semanas tras la infección, la materia blanca de los cerebros de los fetos, que coordina la comunicación entre varias partes del cerebro, dejó de crecer, hallaron los investigadores.

Si esa tendencia hubiera continuado otro mes, apuntaron los investigadores, hubiera resultado una microcefalia.

“Nos chocó cuando vimos la primera imagen por resonancia magnética (IRM) del cerebro fetal 10 días tras la inoculación viral. No habíamos predicho que un área tan grande del cerebro fetal se dañaría tan rápido”, dijo la Dra. Lakshmi Rajagopal, investigadora y profesora asociada de pediatría de la Universidad de Washington.

Los autores del estudio apuntaron que una vez una mujer embarazada desarrolla síntomas, quizá el cerebro del feto ya esté dañado.

“Nuestros resultados sugieren que una terapia para prevenir la lesión cerebral fetal debe ser una vacuna o un fármaco profiláctico que se tome en el momento de la picadura del mosquito para neutralizar al virus”, planteó Rajagopal.

Los investigadores observaron otros problemas con el desarrollo del cerebro, incluyendo unas cavidades cerebrales anómalamente grandes y llenas de líquido, y una parte del cerebro que controla el movimiento y otras funciones más pequeña de lo normal. Dijeron que también detectaron problemas de la vista y material genético del virus Zika en los ojos, hígado y riñones.

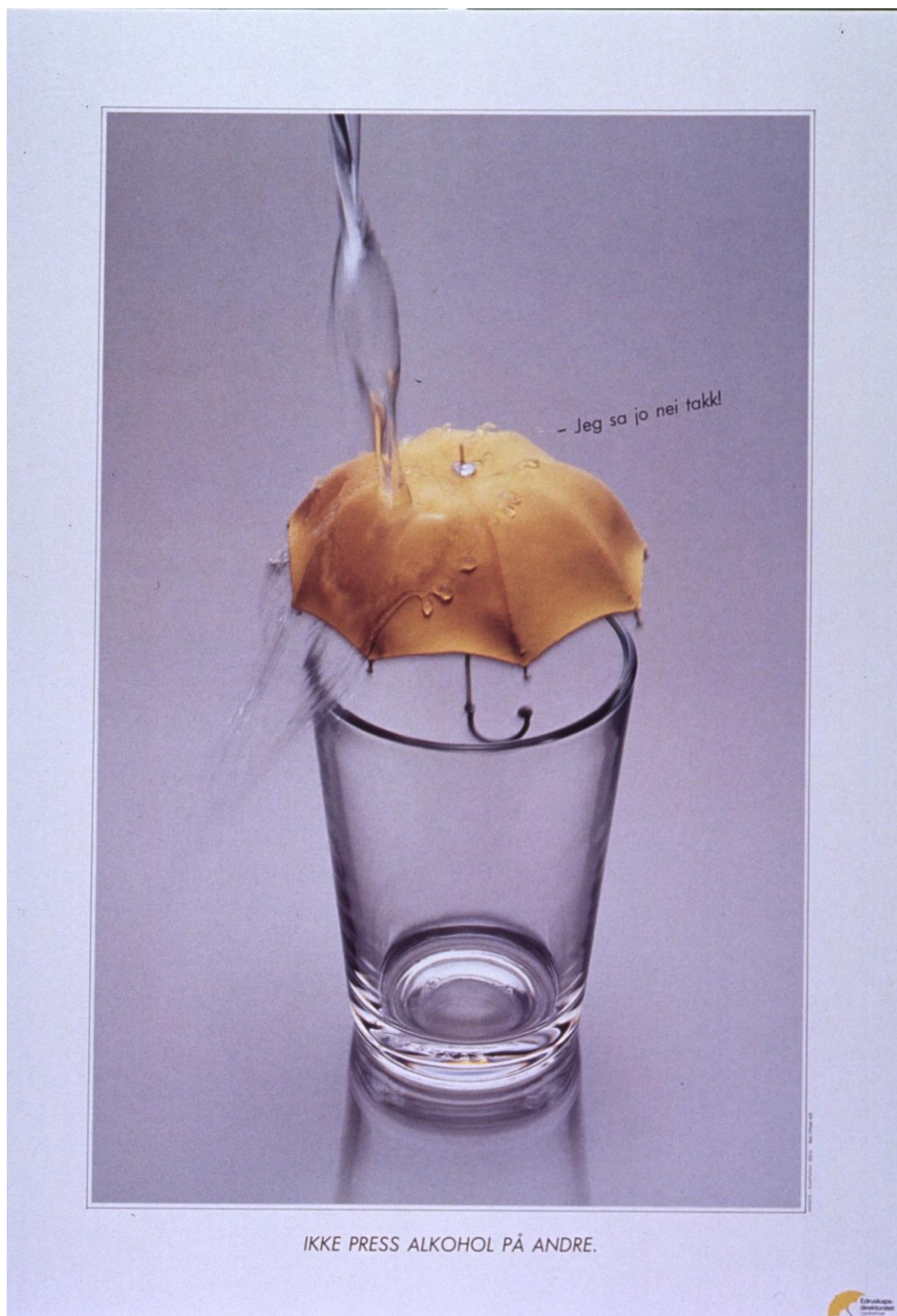
Añadieron que sus hallazgos cumplen con los criterios establecidos sobre cómo los científicos determinan si un microorganismo es la causa específica de una enfermedad o afección.

Los investigadores también dijeron que sus hallazgos prueban sin duda que el virus Zika cruza la placenta de una madre al cerebro del feto. De hecho, el estudio mostró que los niveles del virus eran más altos en los cerebros de los fetos que en los cerebros de las madres.

“Todo nuestro equipo está muy comprometido con el desarrollo de un modelo animal en que podamos evaluar rápidamente una vacuna o terapia para determinar si podemos prevenir la lesión cerebral fetal provocada por el virus Zika”, enfatizó Adams Waldorf.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).



Edruskapsdirektorat (Noruega).

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.