



# 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 infecciones por *Ureaplasma sp.* en mujeres

### América

- El ejemplo de Sri Lanka demuestra que América Latina también puede librarse de la malaria
- Brasil: La epidemia de fiebre zika podría estar subestimada
- Estados Unidos, Connecticut: Detectan circulación del virus de la encefalitis equina del este
- Estados Unidos, Texas: Alerta por carbunco en el sur del Estado

- Haití: Una coalición internacional manifiesta apoyo al plan a mediano plazo para luchar contra el cólera

### El mundo

- Austria: Segundo caso de infección por el MERS-CoV

- Gambia: Un tipo de azúcar de la leche materna protegería a los bebés del estreptococo del grupo B
- Irak, Kurdistán: Un comienzo saludable para los bebés nacidos en el campamento para desplazados de Debaga
- Níger: Mueren 21 personas a causa de la fiebre del Valle del Rift
- Nigeria, Borno: La desnutrición es el problema más acuciante en Bama
- Rumania: Declaran epidemia de sarampión tras la muerte de tres bebés
- Sudeste Asiático: El virus Zika se expande por la región
- Compromiso mundial para luchar contra la resistencia a los antibióticos



**Número 1.817**

23 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/)

**CM  
PC** Consejo de Médicas  
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.fcmed.unc.edu.ar/](http://www.biblioteca.fcmed.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/)

## Argentina



### Vigilancia de infecciones por *Ureaplasma sp.* en mujeres

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

**Tabla 1.** Estudios de laboratorio realizados, según provincia y región. Argentina. Años 2015/2016, hasta semana epidemiológica 32. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo SIVILA.

Provincia/Región	2015	2016
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	39	7
Buenos Aires	2	14
Córdoba	1	—
Entre Ríos	—	—
Santa Fe	2	—
<b>Centro</b>	<b>44</b>	<b>21</b>
Mendoza	—	3
San Juan	—	—
San Luis	1	—
<b>Cuyo</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
Corrientes	—	—
Chaco	37	56
Formosa	—	—
Misiones	3	—
<b>NEA</b>	<b>40</b>	<b>56</b>
Catamarca	—	—
Jujuy	—	—
La Rioja	—	—
Salta	39	2
Santiago del Estero	—	—
Tucumán	31	45
<b>NOA</b>	<b>70</b>	<b>47</b>
Chubut	45	13
La Pampa	10	6
Neuquén	—	—
Río Negro	1	4
Santa Cruz	5	16
Tierra del Fuego	—	—
<b>Sur</b>	<b>61</b>	<b>39</b>
<b>Total Argentina</b>	<b>216</b>	<b>166</b>

## América



### El ejemplo de Sri Lanka demuestra que América Latina también puede librarse de la malaria

20 de septiembre de 2016 – Fuente: British Broadcasting Corporation (Gran Bretaña)

La malaria se esparce por el continente americano desde México hasta Argentina. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2015 provocó 438.000 muertes en el mundo.

Pero en Sri Lanka no hubo ni un sólo caso en los últimos tres años.

Después de una batalla de décadas, finalmente la isla ubicada al sur de India fue declarada libre de malaria por la OMS. Y pensar que en 1950 el país reportaba un millón de casos de malaria al año cuando su población no llegaba ni a diez millones.

¿Cuál es el secreto de este éxito impresionante en la lucha contra esta enfermedad?

#### Pandemia global

La historia latinoamericana registra cientos de miles de muertes producto de las fiebres y convulsiones características de la malaria.

Aún hoy, las intrincadas selvas y ciénagas que surcan el continente son hogar de enjambres bíblicos del mosquito *Anopheles*, cuya hembra transmite el parásito que provoca la enfermedad.

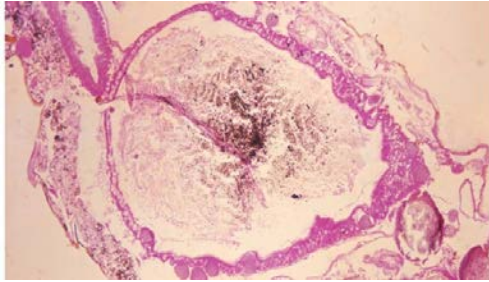
Según la Organización Panamericana de la Salud, durante el último año se han registrado 660.000 casos de malaria en América Latina y 500 muertes.

Esta cifra está lejos de los casi 400.000 fallecidos en África, donde se produce 90% de las víctimas en el mundo.

Sin embargo, sería un grave error pensar que estamos libres de una epidemia.

“La erradicación total es la única solución sostenible contra la malaria”, dijo Bill Gates cuando presentó el plan de su fundación Bill y Melinda Gates para erradicar esta enfermedad definitivamente para el año 2040.

Y la OMS le da la razón.



Esta microfotografía muestra el estómago de un mosquito *Anopheles* con gametos de *Plasmodium vivax*, el parásito que causa la malaria.

### Rebote explosivo

Con la misma ilusión que tienen hoy países como México, Paraguay, Costa Rica y Ecuador, Sri Lanka estuvo también a punto de eliminar la malaria en 1963.

Luego vino el desastre.

El gobierno de la isla dejó de financiar las campañas contra la malaria, el mosquito desarrolló resistencia a los pesticidas y así también el fármaco cloroquina dejó de afectar al parásito.

De registrar apenas 17 casos anuales, en menos de 7 años Sri Lanka pasó a tener medio millón de infectados por año.

“Ellos no terminaron el trabajo y la malaria regresó con mucha fuerza”, señala Alonso.

Sri Lanka, sin embargo, aprendió de sus errores.

Pese al conflicto armado interno que vivió durante la última década, el gobierno se propuso financiar la lucha contra la malaria hasta erradicarlo.

“En un mundo lleno de declaraciones, la mejor manera de trasladar los compromisos hacia acciones reales es poniendo recursos reales en ellas”, apunta Alonso.



Si en zonas tropicales es casi imposible erradicar al mosquito transmisor debido a su sorprendente abundancia ¿Cuál fue la estrategia que aplicó Sri Lanka?

“Hasta que no se llegue a cero casos, jamás se deben relajar los esfuerzos ni quitar el pie del acelerador”, señaló Pedro Alonso, director del Programa Contra la Malaria de la Organización Mundial de la Salud.

Más de un tercio de la población del planeta corre el riesgo de infectarse y 95 países están expuestos a brotes masivos de la enfermedad, entre ellos casi todos los latinoamericanos.

Y aunque la región ha tenido avances significativos en la lucha contra la enfermedad, si no está erradicada completamente puede resurgir de manera descontrolada.

Este último drama es justamente la experiencia de Sri Lanka que puede ser útil para América Latina.



Las culturas pueden ser distintas, pero la geografía de Sri Lanka se asemeja a las zonas húmedas y tropicales de América Latina. Este es el ambiente ideal para el mosquito transmisor.



Niños menores de cinco años, y especialmente bebés, son las principales víctimas mortales de la malaria a nivel mundial.

### Erradicación definitiva

Sri Lanka no se limitó a repartir mosquiteros y fármacos a su población. Durante años ejecutó una estrategia pensada en las particularidades del país.

Ya que resultaba muy difícil eliminar el mosquito de las selvas, el gobierno se enfocó en romper la cadena de reproducción del parásito que causa la enfermedad.

A través de un sistema de diagnóstico rápido, se trató a las personas infectadas para impedir que un nuevo mosquito los picara y luego contagiara a alguien más.

Esto fue posible gracias a un sistema de clínicas móviles que se destinó a las zonas rurales más afectadas.

“Eliminar la malaria de todos los países es posible. Esa es la lección que he aprendido. Sólo hay que trabajar fuerte”, señaló Palitha Mahipala, director general de los Servicios de Salud de Sri Lanka.

### Malaria en América Latina

La OMS considera que una enfermedad ha sido erradicada si durante tres años no se reporta ningún caso.

Según el director del Programa Contra la Malaria de la OMS, si sus gobiernos siguen comprometidos en la lucha contra la enfermedad, es muy probable que para el año 2020 México, Paraguay, Surinam, Belice, Costa Rica, Ecuador y El Salvador sean países libres de la enfermedad.

Argentina ya sumó su tercer año sin registrar ningún caso de malaria y aunque aún no se le otorga la certificación ya se puede considerar un país libre de la enfermedad.

En el caso de Colombia y Perú, la presencia de la enfermedad ha disminuido considerablemente aunque hubo un incremento en las costas del océano Pacífico de ambos países debido a factores climáticos.

Lo que sucede en Venezuela, en cambio, es preocupante.

Doce organizaciones vinculadas a la salud, entre ellas la Sociedad Venezolana de Parasitología y el Instituto de Medicina Tropical de la Universidad Central de Venezuela advirtieron que se han registrado 148.000 casos de malaria sólo entre enero y agosto de 2016.

“Si se tienen los recursos y la decisión política se puede avanzar rápido en el combate de la enfermedad”, dice Alonso.

Pese al drama venezolano, los indicadores globales generan expectativa.

Durante los últimos 15 años, las muertes ocasionadas por la malaria se han reducido en 60%.

De seguir a este ritmo (y si se mantiene la decisión política) es posible que en dos décadas la malaria acompañe a la viruela en el panteón de enfermedades erradicadas del mundo.



Des de México hasta Argentina, la malaria es endémica de Latinoamérica, especialmente en las zonas rurales y boscosas.

## **EurekaAlert!** Brasil: La epidemia de fiebre zika podría estar subestimada

12 de septiembre de 2016 – Fuente: EurekaAlert!

La epidemia de fiebre zika es más grave de lo que las estadísticas oficiales sugieren. Es la conclusión a la que ha llegado un estudio coordinado por científicos de la Facultad de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), que alerta de que hay casos contabilizados como dengue que en realidad pertenecen a infecciones por el virus Zika.

El equipo, coordinado por el profesor Maurício Lacerda Nogueira, integrante de la Red Zika, analizó mediante test moleculares muestras sanguíneas de 800 pacientes con sospecha de dengue atendidos entre enero y agosto de 2016. El material fue suministrado por el Hospital de Base, dependientemente de la FAMERP, y por la Secretaría Municipal de Salud de São José do Rio Preto.

El diagnóstico inicial –basado en los síntomas clínicos y en los test serológicos– fue confirmado tan sólo en 400 muestras. Más de 100 de los casos analizados dieron resultado positivo para el virus Zika, y en una de las muestras se detectó el virus Chikungunya.

En las otras casi 300 muestras restantes no se detectó ninguno de los tres arbovirus transmitidos por el mosquito *Aedes aegypti*, y los investigadores sospechan que, en realidad, puede tratarse de casos de gripe o de otras virosis.

“Estos resultados indican que esa división clásica que suele hacerse entre los síntomas –la asociación de la conjuntivitis con la fiebre zika y el dolor en las articulaciones con la fiebre chikungunya, por ejemplo– sirve únicamente a la hora de dar clases. En la práctica, los síntomas se confunden. Y también se confunden los resultados de los test serológicos que actualmente se utilizan en la rutina de los laboratorios y en los servicios de emergencia”, afirmó Lacerda Nogueira.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) preconiza que todos los casos en que, por cualquier motivo, no haya seguridad en el diagnóstico, deben tratarse como si fueran de dengue, pues, entre las enfermedades que transmite *Ae. aegypti*, ésta la que reviste mayor riesgo de muerte.

A juicio de Lacerda Nogueira, un resultado falso positivo de dengue no ocasiona perjuicios en el tratamiento de los pacientes, pero sí genera los costos innecesarios al sistema de salud.

“A una persona con fiebre zika, siempre y cuando no esté embarazada, se le recomienda únicamente reposo e hidratación en casa. En tanto, un paciente con dengue debe regresar al servicio de salud para que se le administre suero y se le hagan análisis más complejos, como así también para someterse a un seguimiento de su nivel de plaquetas, pues existe el riesgo de hemorragias”, recuerda Lacerda Nogueira.

Con todo, para el investigador, uno de los problemas principales reside en la incertidumbre que los resultados falsos positivos generan con relación a los datos epidemiológicos oficiales, una circunstancia que puede perjudicar a largo plazo el desarrollo de políticas públicas de prevención y el desarrollo de estudios de una vacuna.<sup>1</sup>



Pruebas realizadas a un paciente sospechoso de padecer fiebre zika.

<sup>1</sup> La diferenciación entre dengue, fiebre zika y fiebre chikungunya desde el punto de vista meramente clínico es muy difícil, dado lo común de los síntomas y signos; y no siempre se pueden diferenciar cualitativamente la intensidad de ciertas manifestaciones. Es un hallazgo muy interesante lo reportado en el análisis de las muestras de los pacientes febriles, al verificarse que al final los diagnósticos no concordaban. La pregunta pendiente es si hay realmente un seguimiento de los pacientes y si los resultados de las pruebas en los institutos especializados llegan a tiempo a los establecimientos de salud, no solo para que las estadísticas sean confiables, sino para verificar el estado posterior de los pacientes, particularmente de aquellos que llegan a la consulta externa o los que llegan a los servicios de urgencias y no son hospitalizados.

Los mosquitos recolectados en la ciudad de Voluntown, Connecticut, el 12 de septiembre dieron positivo para el virus de la encefalitis equina del este (EEE) de acuerdo con los resultados en la Estación Experimental Agrícola de Connecticut (CAES).

“A pesar de que las poblaciones de mosquitos están disminuyendo, la detección del virus EEE requiere una vigilancia continua,” comentó el 21 de septiembre el Dr. Philip Armstrong, entomólogo médico en la CAES. “Esta es la primera detección del virus EEE en mosquitos desde 2013, cuando una fatalidad humana se produjo en la misma región de Connecticut”.

La EEE es “una enfermedad viral rara, pero grave en las personas”, dijeron autoridades de la CAES. Se reporta un promedio de seis casos humanos cada año en Estados Unidos.

Los mosquitos en 20 ciudades de Connecticut dieron positivo al virus del Nilo Occidental, que “es la enfermedad viral transmitida por mosquitos más común en los Estados Unidos.” Esas ciudades son: Bridgeport, Cromwell, Darien, East Haven, Easton, Fairfield, Hartford, Manchester, Milford, New Britain, New Haven, Newington, Stamford, Stratford, Wallingford, Waterford, West Hartford, West Haven, Westport y Wethersfield.

“Los mosquitos están todavía activos, los virus EEE y del Nilo Occidental se siguen detectando en el estado. Animo a los residentes a tomar medidas para evitar las picaduras de mosquitos, tales como el uso de repelente de insectos y cubrir la piel desnuda, sobre todo durante el anochecer y el amanecer cuando los mosquitos están más activos”, dijo el Dr. Theodore Andreadis, Director de la CAES.

El Departamento de Servicios de Salud de Texas ha emitido un alerta para siete condados del sur de Texas, ante la muerte de 30 venados por carbunco en un rancho del condado de Kinney, donde se ha activado un periodo de cuarentena por tiempo indeterminado.

El comunicado señala que el alerta de salud abarca las áreas de Crockett, Edwards, Kinney, Sutton, Uvalde, Val Verde y por supuesto Maverick y lo hace extensivo para quienes cuentan con este tipo de animales en sus ranchos y también para quienes realizan la cacería.

En esta situación ha intervenido el Texas Animal Health Commission y ha entablado diálogo y se ha puesto a trabajar con el propietario del rancho, donde murieron los 30 ejemplares, en un intento por solucionar el problema.

Existen otras especies de ciervos que están en alto riesgo de contagiarse el carbunco, y por ello ha pedido a los rancheros extremar las medidas pertinentes hasta que se pueda tener una solución y permita que este tipo de contagios en los animales, no se extienda a otras zonas de Texas.

Por lo pronto, las actividades en los ranchos como la realizada por los peones, los curtidores y los que procesan carne, son de alto riesgo de contagio, establece el comunicado.

Detalla que distintos ganados como el caprino, bovino, y los antílopes son otras de las especies que podrían adquirir la enfermedad, y aunque el informe del Departamento de Salud Estatal no determina la causa por las que se adquirió la enfermedad, todo hace suponer según expertos, que se debe a alimento contaminado.



En vista de que el cólera sigue teniendo graves consecuencias para las personas de Haití, representantes de organizaciones internacionales asociadas instan a brindar sólido apoyo político y financiero a un plan a mediano plazo para combatir la enfermedad, cuya versión preliminar fue dada a conocer recientemente por el gobierno haitiano.

El plan previsto para el período 2016/2018 se basa en las enseñanzas extraídas desde que la epidemia de cólera empezó en Haití en el año 2010. En él se hace un llamamiento a invertir 178 millones de dólares para mejorar la coordinación entre los asociados nacionales e internacionales, garantizar que se dé una respuesta rápida a los brotes y llevar adelante la vacunación contra el cólera, la cloración del agua y mejoras en el saneamiento, en especial en las zonas que se consideran “puntos críticos” en la epidemia del cólera.

La semana pasada se dio a conocer el proyecto de plan a los representantes de la comunidad internacional en Haití, que fue el punto central de una reunión de la Coalición Regional sobre Agua y Saneamiento para Eliminar la Transmisión del Cólera en la Española, celebrada el 8 de septiembre en la sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Washington DC.

Además de la OPS, que actúa como secretaría de la Coalición, otros miembros y los defensores son el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la

Media Luna Roja, el Banco Mundial, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, el Grupo Haitiano para el Estudio del Sarcoma de Kaposi y las Infecciones Oportunistas (GHESKIO), el programa Zanmi Lasante, World Vision y otros organismos bilaterales y organizaciones no gubernamentales.

Algunos datos epidemiológicos recientes indican que 26.799 personas aparentemente contrajeron cólera en Haití entre el 1 de enero y el 27 de agosto de 2016, es decir un promedio de 788 casos por semana. Este número es mayor que los promedios semanales de los años 2014 (559 casos por semana) y 2015 (693 casos por semana), pero considerablemente menor que el promedio de 6.766 casos notificados por semana en 2011.

El número de muertes por cólera notificadas descendió de 3.951 en 2010 a 322 en 2015 y, hasta la fecha, se han registrado 242 muertes en 2016. Esto es resultado, en parte, de una disminución en la tasa de letalidad (el número de muertes en relación con el número total de casos) de 2,08% en 2010 a 0,9% en 2016, lo que significa que ha mejorado el acceso y la calidad de tratamiento.

Los miembros de la Coalición señalaron que la evidencia indica que el cólera posiblemente seguirá siendo una carga importante para la salud pública durante años, o que incluso podría empeorar, a menos que Haití reciba apoyo suficiente para combatir la enfermedad de manera eficaz.

“Después de seis años de intervenciones dirigidas al cólera, Haití presenta aún un número inadmisiblemente alto de casos de transmisión continua de cólera. A menos que el número de nuevos casos se reduzca considerablemente, el cólera continuará siendo una importante carga para las personas de Haití”, indicó Isabella Danel, Directora Adjunta de la OPS.

### Medidas a mediano y largo plazo

En la versión actual del plan se siguen los lineamientos de un plan a corto plazo que se llevó a cabo entre 2012 y 2015 y que forma parte de un plan nacional decenal que se extiende hasta 2022. En el proyecto de plan a mediano plazo (de mediados de 2016 hasta 2018) se propone un conjunto de intervenciones integradas en cuatro áreas prioritarias: coordinación de los actores nacionales e internacionales, prevención del cólera, atención a los pacientes y reducción de la transmisión del cólera. En el área de la prevención, en el plan se propone vacunar a casi 2,5 millones de personas que viven en comunidades de alto riesgo y mejorar el acceso al agua clorada ya sea desde el sistema de agua corriente o usando la cloración doméstica.

Otros componentes clave del plan propuesto son las campañas de comunicación y movilización social, el establecimiento de sistemas de saneamiento colectivos e individuales para ayudar a las comunidades a eliminar el hábito de defecar al aire libre, y las medidas para mejorar el abastecimiento de agua y saneamiento en las escuelas y los establecimientos de salud. En este proyecto también se requiere un aumento en la contratación y capacitación del personal de salud para brindar atención a pacientes con cólera y a otros pacientes con enfermedades diarreicas.

“El cólera puede detenerse e incluso eliminarse. Pero sabemos que esto requiere un esfuerzo concertado para curar a los enfermos, detener las vías de transmisión y desinfectar los sitios donde los agentes patógenos del cólera prosperan y se multiplican. En este esfuerzo se debe involucrar al gobierno como líder y a los organismos humanitarios bilaterales y multilaterales, las organizaciones del sector privado, los grupos de beneficencia y, sobre todo, la población de Haití”, indicó Isabella Danel.

Además de instar a que se brinde apoyo al proyecto de plan a mediano plazo, los miembros de la Coalición Regional hicieron hincapié en la necesidad de que haya inversiones a más largo plazo para ampliar la infraestructura de agua y saneamiento y para velar por la calidad, el acceso y la sostenibilidad de los servicios de agua y saneamiento.

La Coalición invitó a que el gobierno haitiano, con el apoyo de asociados técnicos y financieros, se involucre especialmente en el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) número 6, el cual requiere garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible de agua y saneamiento para todos. “Esta es la mejor manera para combatir todas las enfermedades diarreicas e impulsar la economía del país”, señaló Jean-Luc Poncelet, Representante de la OPS en Haití.

“Las medidas a largo plazo son clave para mejorar la infraestructura de agua y saneamiento. Hasta que cada haitiano tenga acceso al agua potable y al saneamiento, no desaparecerá la amenaza del cólera, ni desaparecerá tampoco la amenaza de su reintroducción en el país”, indicó Danel.

## El mundo



### Austria: Segundo caso de infección por el MERS-CoV

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

El 8 de septiembre de 2016, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Austria notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un nuevo caso confirmado por laboratorio de infección por el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS-CoV). Este es el segundo caso de MERS-CoV en Austria. (El primer caso fue notificado el 30 de septiembre de 2014).<sup>2</sup>

El paciente es un visitante masculino de 67 años proveniente de Arabia Saudí (ciudadano y residente) que llegó a Wien, Austria, el 4 de septiembre de 2016. Los síntomas (fiebre y tos) se iniciaron el 6 de septiembre. El paciente,

<sup>2</sup> Ver ‘Austria, Viena: Primer caso de síndrome respiratorio de Medio Oriente por coronavirus en el país’ en el Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 1.451, de fecha 3 de octubre de 2014, haciendo clic [aquí](#).

que tiene una condición subyacente, fue hospitalizado con neumonía grave el 7 de septiembre, y actualmente se encuentra en aislamiento, en estado crítico.

El laboratorio de referencia en Wien confirmó el 8 de septiembre el MERS-CoV mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en tiempo real (upE y ORF1b y N).

El paciente, que es un criador de dromedarios (*Camelus dromedarius*), confirmó el contacto con estos animales en Arabia Saudí en los 14 días previos al inicio de los síntomas. El caso no tuvo contacto con centros de salud en Arabia Saudí en los 14 días previos al inicio de los síntomas.

### Respuesta de salud pública

El Centro Nacional de Enlace para el RSI del Reino de Arabia Saudí ha sido informado por la OMS. Los Centros Nacionales de Enlace para el RSI de Austria y el Reino de Arabia Saudí han iniciado una investigación y el rastreo de contactos en ambos países. Además, en Arabia Saudí, el Ministerio de Agricultura ha sido informado y la investigación de los dromedarios está en curso. Se han tomado muestras de los animales y se encuentran bajo cuarentena.

### Evaluación de riesgos de la OMS

En base a la información disponible actualmente sobre este único caso reportado en Austria, existe el riesgo de un grave impacto en la salud pública, dado que el MERS ha causado infecciones humanas graves con una alta tasa de letalidad, y ha demostrado la capacidad de transmitirse entre humanos, especialmente en el ámbito sanitario, con el potencial de causar brotes a gran escala. Esta evaluación de riesgos se revisará a medida que se disponga de mayor información complementaria.

### 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 precozmente a los pacientes infectados por el MERS-CoV, dado que los síntomas iniciales son inespecíficos, como ocurre en otras infecciones respiratorias. Por consiguiente, los profesionales sanitarios deben aplicar sistemáticamente las medidas preventivas habituales con todos los pacientes, con independencia de su diagnóstico. Además, se deben adoptar precauciones para evitar la transmisión a través de gotículas al atender a pacientes con síntomas de infección respiratoria aguda; cuando se trate de un caso probable o confirmado de infección por el MERS-CoV, se deben añadir precauciones contra el contacto y protección ocular. Las precauciones para prevenir la transmisión por vía aérea deben aplicarse cuando se realicen procedimientos que generen aerosoles.

Mientras no haya conocimientos más profundos acerca del MERS-CoV, debe considerarse que las personas con diabetes, insuficiencia renal, neumopatías crónicas o inmunodepresión corren gran riesgo de contraer una enfermedad grave en caso de infección por el MERS-CoV. Por consiguiente, dichas personas deben evitar el contacto estrecho con animales, en particular con dromedarios, cuando visiten granjas, mercados o establos donde se sospeche que el virus puede estar circulando. Se deben adoptar medidas higiénicas generales, tales como lavarse sistemáticamente las manos antes y después de tocar animales y evitar el contacto con animales enfermos.

También deben adoptarse medidas de higiene alimentaria. Se debe evitar el consumo de leche sin pasteurizar u orina de dromedario, así como de carne que no esté adecuadamente cocida.

La OMS no aconseja cribados especiales en los puntos de ingreso en relación con este evento, ni recomienda actualmente la aplicación de restricciones a los viajes o al comercio.

Clinical & Translational Immunology

### Gambia: Un tipo de azúcar de la leche materna protegería a los bebés del estreptococo del grupo B

26 de agosto de 2016 – Fuente: *Clinical & Translational Immunology*

Investigadores del Imperial College de Londres, en Gran Bretaña, han descubierto que un tipo de azúcar de origen natural en la leche materna puede tener efectos protectores en el bebé contra el estreptococo del grupo B, una infección bacteriana que puede encontrarse en la vagina o en el recto de una mujer embarazada y que puede ser mortal para el recién nacido.

Esta es la principal conclusión del estudio, que demuestra que la leche materna de cada mujer contiene una mezcla de muchos tipos diferentes de azúcar, llamados oligosacáridos de la leche humana. Estos no son digeridos en el abdomen del bebé y actúan como alimento para las "bacterias amistosas" del intestino de un bebé.

El estreptococo del grupo B es una causa común de meningitis en los recién nacidos y la principal causa de infección en los tres primeros meses de vida en Gran Bretaña. Esta bacteria se encuentra de forma natural en la vagina y en los intestinos de la mujer, y se cree que una de cada tres puede transferirla al bebé durante el parto o posteriormente.

La investigación, realizada en 183 mujeres en Gambia, podría conducir a nuevos tratamientos para proteger a las madres y los bebés de infecciones. Los investigadores plantean la posibilidad de dar suplementos específicos de azúcar en la leche materna de las mujeres embarazadas. Esto puede ayudar a prevenir las bacterias dañinas que consiguen en el intestino del bebé durante el parto y en las primeras semanas de vida.

## Depende de un gen

El tipo de azúcares que produce una mujer en su leche está dictado en parte por su composición genética. Un tipo de sistema genético en particular, llamado el sistema antígeno Lewis, juega un papel importante en la determinación de los azúcares de la leche materna.

En el estudio, el equipo analizó la leche de las madres con azúcares controlados por estos genes. Las mujeres que produjeron los azúcares de la leche materna ligados al gen Lewis eran menos propensas a tener las bacterias en sus intestinos, y sus bebés también eran menos propensos a adquirir las bacterias de sus madres al nacer.

Además, entre los bebés que tenían las bacterias en sus intestinos al nacer, los bebés cuyas madres producen un azúcar específico en la leche materna, llamado lacto-N-difucohexaose I, tenían más probabilidades de haber limpiado las bacterias de su cuerpo a los 60-89 días después del nacimiento. Por eso los investigadores plantean que este azúcar de la leche materna, que está vinculado al gen de Lewis, puede tener un efecto protector.

Mucho más cuando los investigadores demostraron en el laboratorio que la leche materna que contiene este azúcar en particular –lacto-N-difucohexaose I– era mejor para matar las bacterias estreptococos del grupo B en comparación con la leche materna sin este azúcar específico.

“A pesar de que es una investigación en fase inicial, se demuestra la complejidad de la leche materna y los beneficios que puede tener para el bebé. Cada vez más, la investigación sugiere que estos azúcares de la leche materna (oligosacáridos de la leche humana) pueden proteger contra las infecciones en el recién nacido, tales como el rotavirus y el estreptococo del grupo B, así como impulsar las bacterias amistosas del intestino de un niño”, señaló Nicholas Andreas, autor principal de la investigación del Departamento de Medicina del Imperial College.

Los investigadores creen que los azúcares actúan como señuelos. Las bacterias se adhieren al azúcar y luego se excreta por el cuerpo. Este ayuda a proteger al bebé de la infección hasta que su propio sistema inmune es más maduro para luchar contra las bacterias, algo que ocurre alrededor de los seis meses.

Algunas empresas ya están explorando la adición de tales azúcares en la leche de fórmula, pero Andreas advierte que será difícil replicar la mezcla.<sup>3</sup>



## Irak, Kurdistán: Un comienzo saludable para los bebés nacidos en el campamento para desplazados de Debaga

16 de septiembre de 2016 – Fuente: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Al final de una jornada de verano, el campamento de Debaga está atestado de gente. Este asentamiento se construyó para acoger a unas 5.000 personas, pero la población ha crecido hasta superar las 36.000 en menos de seis meses con el aumento de los desplazamientos procedentes de pueblos y ciudades cercanas a la ciudad de Mosul.

Entre la colorida multitud del campamento, se distingue a tres mujeres jóvenes que visten abrigo de un blanco immaculado y llevan una carpeta entre las manos.

Maisaa, Suha y Muntaha, que viven en el campamento, son voluntarias de la salud gracias a la ayuda del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Departamento de Salud. Se detienen frente al refugio temporal de una familia desplazada de Mosul y se quitan los zapatos antes de entrar al salón. El interior es frío y unos colchones hacen de paredes. En el centro de la habitación está Ruqayya, un bebé recién nacido que duerme bien tapado en una cuna de madera. Maisa habla con la madre de Ruqayya acerca de la salud del bebé y le entrega un folleto que explica los beneficios del amamantamiento. A continuación, le quita al bebé las mantas y le toma la temperatura.

Ruqayya, que solo tiene siete días, es la viva imagen de la salud.



De izquierda a derecha, Suha, Maisaa y Muntaha, en el campamento para desplazados de Debaga. Las tres trabajan en una iniciativa emprendida por el UNICEF para garantizar la salud de las mujeres embarazadas, las madres primerizas y los niños del campamento.



Ruqayya, de siete días, duerme en una cuna en el refugio de su familia, en el campamento para desplazados de Debaga.

## Atender a los residentes más jóvenes de Debaga

Cada mes nacen alrededor de 75 bebés en el campamento, y la labor de estas voluntarias de la salud consiste en identificar a las mujeres embarazadas para garantizar que tengan la información que necesitan para mantener sanos a sus bebés.

La financiación del programa procede de la Dirección General de la Oficina de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea (ECHO). Las voluntarias realizan un máximo de seis visitas a las madres embarazadas y a los bebés de hasta 28 días. Además, animan a las madres a visitar la “caseta para bebés” del campamento, establecida con la ayuda del UNICEF y donde se controla el peso y el crecimiento de los niños. Aquellos que están por debajo su peso ideal, reciben suplementos nutritivos.

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



## Vacunas

Antes de escapar de sus hogares, muchas de las familias del campamento de Debaga vivían en zonas que llevaban más de dos años controladas por grupos armados y carecían de acceso a servicios básicos de atención médica. Muchos de los bebés y los niños que llegaron al campamento nunca habían sido vacunados.

Con la financiación de la ECHO, el UNICEF colabora con cuatro equipos de vacunación del campamento para garantizar que todos los niños estén al día con sus vacunas y desarrolla campañas especiales contra el sarampión y la poliomielitis. Una de estas campañas, dirigida a todos los niños menores de 15 años, acaba de concluir.

### Un servicio valioso

Las voluntarias prosiguen su ronda y visitan al bebé Muhannad, que tiene 14 días. Se trata de la segunda visita que hacen a la familia, y se nota que se alegran al darse cuenta de que Muhannad está visiblemente más grande que la última vez.

“Es difícil vivir en un campamento con niños pequeños”, dice Suha. “Las madres no saben qué hacer, así que nosotras prestamos un servicio valioso”.



Las madres llevan a sus hijos a una unidad de supervisión del crecimiento y la nutrición establecida con la ayuda del UNICEF en el campamento de Debaga.



### Níger: Mueren 21 personas a causa de la fiebre del Valle del Rift

21 de septiembre de 2016 – Fuente: EFE

La fiebre del Valle del Rift ha causado la muerte de 21 personas en Níger, de un total de 50 que han resultado infectadas en la región de Tahoua, en el centro del país, informaron hoy las autoridades sanitarias.

El secretario general del Ministerio de Sanidad Pública nigerino, Idrissa Mamoudou, explicó que las autoridades decretaron la alerta después de registrar numerosos casos de personas que presentan los síntomas de la enfermedad: fiebre, dolores musculares y articulares, dolores de estómago y de cabeza y falta de apetito.

“En los casos graves, los enfermos presentaron ictericia o sangrado de nariz o en las heces”, explicó el responsable, que añadió que desde el pasado 31 de agosto las autoridades mandaron un equipo nacional de intervención rápida a las localidades de Tchintabaraden y Tassara (donde más casos de fiebre se registraron) en coordinación con expertos de la Organización Mundial de Salud (OMS) y el Ministerio de Ganadería.

Esta delegación detectó casos humanos y de animales infectados por este virus y dedujo también que las personas enfermas fueron probablemente contagiadas por contacto directo con los animales infectados.

“La fiebre del Valle del Rift es una enfermedad viral de origen animal que afecta al ser humano. Esta enfermedad es transmitida al animal por la picadura de un insecto y, a su vez, el animal contagia al hombre que lo ha manipulado o sacrificado”, subrayó Amadou, que añadió que la otra forma de infección es el consumo de leche fresca del animal enfermo o por picadura de insectos infectados.

Como medidas para controlar la epidemia, el Gobierno de Níger puso en marcha una serie de medidas destinadas a limitar los desplazamientos de los animales, tomar precauciones a la hora de matar y enterrar los animales enfermos y hacer hervir la leche animal.

Hasta el momento, la mayoría de los casos se han registrado en el continente africano, según la OMS.<sup>4</sup>



### Nigeria, Borno: La desnutrición es el problema más acuciante en Bama

13 de septiembre de 2016 – Fuente: Médicos Sin Fronteras

Bama, una localidad situada a 75 kilómetros de Maiduguri, es la capital del estado de Borno. Está en la primera de frente del conflicto que enfrenta al ejército nigeriano y Boko Haram.

En Bama, más de 15% de los niños presenta desnutrición. Además, hay casos de malaria, diarreas e infecciones de la piel.

Bama solía ser una localidad próspera gracias a su condición de centro comercial en plena ruta hacia Camerún, pero ahora es una ciudad fantasma. Hace varios meses, sus habitantes se vieron obligados a huir y buscar refugio

<sup>4</sup> La fiebre del Valle del Rift es una enfermedad zoonótica hiperaguda o aguda de los rumiantes domésticos. El virus está confinado al continente africano y la Península Arábiga. La enfermedad es causada por un único serotipo de un virus transmitido por mosquitos de la familia *Bunyaviridae* (género *Phlebovirus*). La enfermedad se presenta cuando las condiciones climáticas favorecen la reproducción de los mosquitos vectores y se caracteriza por aborto, mortalidad neonatal y daño hepático. La enfermedad es más severa en ovejas, cabras y ganado vacuno. Los animales mayores no preñados, aunque susceptibles a la infección, son más resistentes a la enfermedad clínica. Existe una considerable variación en la susceptibilidad a la fiebre del Valle del Rift en animales de diferentes especies. Los dromedarios presentan generalmente una infección asintomática por el virus de la fiebre del Valle del Rift (RVFV), pero presentan mortalidad súbita, mortalidad neonatal y abortos, y las tasas de aborto pueden ser tan altas como en el ganado bovino.

Los seres humanos son susceptibles al RVFV y se infectan mediante el contacto con material animal infectado (fluidos o tejidos corporales) o a través de la picadura de mosquitos infectados. El RVFV también ha causado infecciones graves en trabajadores de laboratorio, y debe ser manejado con medidas de bioseguridad y contención biológica. Se recomienda que los trabajadores de laboratorio sean vacunados, si es posible.



en Maiduguri a causa del conflicto entre Boko Haram y el ejército nigeriano. Los combatientes de Boko Haram no están muy lejos, a tan solo unos kilómetros de Bama.

Todas las personas que se pueden ver ahora en Bama son desplazados que se han visto forzados a abandonar los pueblos cercanos y viven en un campo de desplazados bajo control militar, ya que el ejército de Nigeria tiene una base en la ciudad. Se estima que el campo acoge a unas 15.000 personas, la mayoría mujeres y niños menores de cinco años. Viven en refugios improvisados fabricados a partir de láminas de metal extraídas de las casas. Estas personas no pueden valer-

se por sí mismas, son totalmente dependientes de la ayuda externa para su alimentación.

El 17 de agosto Médicos Sin Fronteras (MSF) regresó a Bama para realizar una intervención de emergencia. El objetivo era reducir la morbilidad y la mortalidad en niños menores de cinco años, proporcionando tratamiento y comida suficiente para un mes, por lo que llevaron alimentos terapéuticos para niños desnutridos (PlumpyNut®), y raciones de comida (habas, aceite y galletas BP5).

Durante los cuatro días que duró la operación en la ciudad, estaba vigente un toque de queda desde las 18:00 horas hasta las 07:00 horas. El primer día, la cola de gente esperando era tan larga que no se alcanzaba a ver el final. Había enormes colas de mujeres y niños. Se examinaron y trataron a niños que sufrían desnutrición y se distribuyeron alimentos a las familias con hijos menores de cinco años.

MSF volverá a Bama dos veces en los próximos dos meses para proporcionar tratamiento y distribuir nuevas raciones mensuales, pero este tipo de operación no resulta fácil de gestionar. Sería imposible sin coordinar con el ejército de Nigeria. Los equipos no pueden moverse con libertad. Por razones de seguridad, deben viajar en helicóptero desde Maiduguri a Bama, y es necesario que una escolta del ejército acompañe a los camiones que transportan alimentos y medicamentos.

### Principales problemas médicos

La desnutrición es el problema más acuciante. Durante la operación se examinó un total de 3.293 niños menores de 5 años y se trataron 513 niños por desnutrición. En otras palabras, 15,1% de los niños presenta desnutrición, y 4,2% de estos últimos presenta desnutrición aguda severa. A pesar de todo, esto representa una ligera mejora respecto a la visita realizada el 13 de julio, cuando se distribuyeron alimentos terapéuticos. En ese momento, la situación era realmente alarmante, ya que se registró una tasa de desnutrición aguda severa de 15%.

Dejando a un lado la desnutrición, las tres principales patologías que se observan durante las consultas médicas fueron malaria, infecciones de la piel y diarreas. El número de mosquitos portadores de malaria está aumentando con la llegada de la temporada de lluvias.

Existe una clínica dirigida por el Ministerio de Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en Bama, pero muy pocos pacientes acuden a ella porque no dispone de suficientes medicamentos. Además, la fuerza aérea nigeriana abrió hace un par de semanas un pequeño hospital en la entrada del campo, aunque la gente tampoco se apresura a ir.

MSF distribuyó mosquiteros para prevenir el riesgo de malaria, pero el problema de la vivienda no está ni mucho menos resuelto. La mayoría de las familias vive en refugios construidos a partir de láminas de metal oxidadas donde se filtra el agua de la lluvia. Algunas han conseguido lonas de plástico y tiendas de campaña, pero la ausencia de ventanas hace que resulten demasiado calurosas. En el transcurso de la operación, llegaron alrededor de 40 mujeres y niños, que no pudieron encontrar ningún refugio libre en el campo, por lo que tuvieron que conformarse con colchones dispuestos directamente sobre el suelo.

En vista de las precarias condiciones de vida, MSF ha presentado una solicitud a las autoridades sanitarias del estado de Borno para vacunar a los habitantes del campo contra el sarampión, la neumonía y el cólera. Cuando cualquiera de estas enfermedades se presenta en un contexto de desnutrición, las consecuencias pueden ser fatales.

El acceso al agua constituye otro de los problemas del campo. Solo siete de los nueve pozos funcionan realmente, así que no hay agua suficiente para todos. Varias organizaciones están prestando asistencia a los desplazados en Bama, pero esta ayuda sigue siendo desigual y no resulta suficiente para cubrir todas las necesidades.



### Rumania: Declaran epidemia de sarampión tras la muerte de tres bebés

22 de septiembre de 2016 – Fuente: EFE

Rumania declaró el 22 de septiembre una epidemia de sarampión tras registrarse 675 casos de la enfermedad y la muerte de tres bebés en los primeros ocho meses del año.

“En comparación con 2015, el aumento es mucho más que alarmante. En todo el año pasado se registraron siete casos confirmados de sarampión y ningún fallecido”, informó el Ministerio de Sanidad rumano.

Los niños fallecidos tenían menos de un año, con lo que aún no habían sido vacunados por no haber alcanzado la edad aconsejada para hacerlo, pero el ministerio considera que si todos los demás hubiesen estado vacunados, también los bebés hubiesen estado protegidos.

“En una comunidad con la cobertura óptima de vacunación, todos los niños están protegidos por lo que se denomina ‘protección de rebaño’; es decir, los tres niños habrían sido protegidos mediante la no aparición del sarampión

en los niños más grandes, que han pasado la edad de vacunación, si estos hubieran sido vacunados”, indicó Sanidad.

En este contexto, condenó firmemente las “campañas irresponsables” contra la vacunación de los niños en el país, a las que atribuye el brote de la epidemia.

El número de padres que rechazan vacunar a sus hijos ha crecido en Rumania año tras año, aparentemente debido a diversas campañas masivas de organizaciones ortodoxas y de personalidades mediáticas contrarias a la medicina tradicional y en especial a la vacunación.

## **EL PAÍS** Sudeste Asiático: El virus Zika se expande por la región

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

Un nuevo brote de fiebre Zika en el Sudeste Asiático, cuyo epicentro es Singapur, hace temer una propagación masiva del virus en la región a las puertas del comienzo de la temporada de lluvias. La mala noticia es que la zona es el caldo de cultivo perfecto para la transmisión de la enfermedad, que por ahora ha afectado a centenares de personas. La buena es que los primeros análisis indican que la mayoría de los enfermos ha contraído una cepa del virus de origen asiático que circula desde hace décadas en el continente y a la que muchos ciudadanos podrían ser inmunes.

Los países más afectados por el brote son Singapur y Tailandia, que han registrado numerosos casos autóctonos. A pesar de los esfuerzos de las autoridades, la ciudad-estado ha registrado de cero a más de 300 casos en apenas dos semanas, sin que por ahora se sepa cuál es la causa de este aumento repentino. En Vietnam, Malasia y Filipinas se han detectado contagios esporádicos. Los Gobiernos de Indonesia, Camboya y Laos han reconocido la presencia del virus en sus países en anteriores ocasiones, pero no durante los últimos tres meses. China, Japón y Corea del Sur han informado de algunos casos, pero todos en personas que han viajado a Latinoamérica.

Estas cifras, sin embargo, podrían ser mucho más altas. Algunas de estas naciones no han establecido aún sistemas de detección de la enfermedad mínimamente fiables. Por ejemplo, en Indonesia –país de 250 millones de habitantes que no ha informado de ningún caso–, el director general de prevención de enfermedades, Muhammad Subuh, aseguró que el país no podía hacer las pruebas a todos los enfermos sospechosos de haber contraído el virus por la falta de recursos. “Tenemos otras prioridades como el dengue, que es más frecuente y más peligroso”, justificó.

Con la llegada de las lluvias entre octubre y diciembre, la posibilidad de una mayor propagación del virus Zika en la región aumenta. El clima tropical y las características de las ciudades de la zona, generalmente muy pobladas y con recursos limitados para tratar los residuos y eliminar los criaderos, son el hábitat idóneo para el mosquito *Aedes aegypti*, que además del Zika puede transmitir otros virus como el Dengue, el Chikungunya o el de la fiebre amarilla.

Los expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aseguran que el virus detectado en Singapur es distinto del que se ha propagado de forma explosiva por Latinoamérica. La cepa que está detrás de los casos en Brasil, Estados Unidos y el resto del continente procede del brote del año 2013 en la Polinesia Francesa, mientras que el de Singapur se remite al que sucedió en Micronesia en 2007. Los síntomas son prácticamente los mismos, pero en este último caso nunca se ha informado de que la fiebre haya derivado en enfermedades neurológicas o en bebés con microcefalia.

Pero la falta de pruebas no significa que no pueda ocurrir: “no ha habido un número suficiente de casos investigados en el Sudeste Asiático para descartar definitivamente la posibilidad de microcefalia u otras malformaciones congénitas”, asegura la OMS en su último informe sobre la enfermedad. Entre los infectados en Singapur hay ocho mujeres embarazadas.

Pero, si el virus ha circulado por la región durante décadas, ¿cómo es posible que no se haya detectado ningún brote significativo de la enfermedad hasta ahora? Paul Ananth Tambyah, secretario general de la Sociedad de Microbiología e Infección de Asia Pacífico, lo atribuye a dos factores: uno, la posibilidad de que el virus esté tan extendido que la mayoría de personas hayan contraído la enfermedad durante la niñez y ahora sean inmunes a ella; y dos, que debido a sus síntomas poco específicos se haya confundido con el dengue o la rubéola.

Singapur, el único país desarrollado de la zona y con unos estándares de higiene altísimos, podría haberse visto perjudicado porque su población se ha expuesto menos al virus y, por lo tanto, es menos inmune. El hecho de ser uno de los países más densamente poblados del planeta, la facilidad del mosquito *Aedes* para adaptarse a entornos urbanos y el elevado porcentaje de trabajadores migrantes y viajeros habrían convertido a la ciudad en el blanco perfecto.

Los investigadores tratan ahora de determinar hasta qué grado la población de la región –más de 600 millones–, es inmune al virus Zika. También si el hecho de haber contraído el dengue puede ser un cortafuegos para la enfermedad. “Es muy difícil predecir lo que pasará en los próximos meses, pero si se logra confirmar que la mayoría de la población de los países del Sudeste Asiático es inmune a la infección, entonces es poco probable que haya un aumento significativo de los casos”, asegura Tambyah.



Un trabajador fumiga una zona residencial de Singapur en la que se ha detectado la presencia del virus Zika.

Los líderes mundiales asistentes a la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas abordaron el 21 de septiembre la necesidad de abordar y frenar de forma coordinada la propagación de infecciones resistentes a los antibióticos convencionales, tras constatar que supone un desafío para la salud, la seguridad alimentaria y el desarrollo.

Así lo acordaron con motivo de la 71ª edición de la Asamblea General que se celebra en New York (Estados Unidos), donde por cuarta vez en la historia se ha analizado una cuestión relacionada con la salud después del VIH, las enfermedades no transmisibles y la enfermedad por el virus del Ébola.

Este problema se produce cuando bacterias, virus, parásitos u hongos desarrollan resistencia frente a los medicamentos que anteriormente eran capaces de curarlos. Y los jefes de Estado se han comprometido a adoptar una estrategia coordinada para analizar las causas fundamentales de estas resistencias.

“La resistencia a los antibióticos es una amenaza para la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y requiere una respuesta global”, defendió Peter Thomson, presidente de la Asamblea General, que insistió en que “ningún país, sector u organización puede abordar este problema por sí solo”. Esta resistencia hace que infecciones comunes y potencialmente mortales como la neumonía, la gonorrea, el VIH, la tuberculosis o la malaria, sean cada vez más difíciles de tratar. Además, el aumento de este problema se ha producido como consecuencia del abuso o mal uso de los antibióticos u otros agentes antimicrobianos.

Los países reafirmaron su compromiso de desarrollar planes nacionales de acción frente a este problema basándose en el Plan de acción mundial de resistencia a antibióticos impulsado en 2015 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en colaboración con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE).

Estos planes, coincidieron, resultan necesarios para comprender toda la magnitud del problema y acabar con el mal uso de los antibióticos tanto en el tratamiento de enfermedades como en la agricultura y en la sanidad animal.

Asimismo, los líderes reconocieron la necesidad de contar con sistemas más fiables para controlar las infecciones resistentes a antibióticos y el uso de estos medicamentos, así como para intensificar la cooperación internacional y disponer de más financiación.

### **Endurecer la legislación sobre antibióticos**

Por ello, se comprometieron a endurecer la regulación de los antibióticos, mejorar el conocimiento y la concienciación, promover las mejores prácticas, además de fomentar enfoques innovadores utilizando alternativas a estos fármacos.

“La resistencia a los antibióticos supone una amenaza fundamental para la salud humana, el desarrollo y la seguridad. Los compromisos asumidos hoy deben traducirse ahora en medidas inmediatas y eficaces para salvar vidas en los sectores de la salud humana, animal y ambiental. Se acaba el tiempo”, alertó la directora general de la OMS, Margaret Chan Fung Fu-chun.

Por su parte, el director general de la FAO, José Graziano da Silva, reconoció que esta resistencia “no es un problema que sólo afecta a los hospitales”, ya que también depende de las explotaciones agrícolas y los alimentos. “La agricultura debe asumir su cuota de responsabilidad, utilizando los antimicrobianos de manera más responsable y reduciendo la necesidad de usarlos, y manteniendo una buena higiene en las granjas”.

Los líderes presentes en la reunión de las Naciones Unidas hicieron un llamamiento a la OMS, la FAO y la OIE, en colaboración con bancos de desarrollo como el Banco Mundial y otras partes interesadas, para que coordinen su planificación y acciones e informen a la Asamblea General de las Naciones Unidas en septiembre de 2018.

Los países reclamaron una mejor utilización de las herramientas asequibles ya existentes para la prevención de infecciones en seres humanos y animales. Entre ellas la vacunación, la potabilización del agua y una buena higiene en los hospitales y la cría de animales.

Además, pusieron de relieve las deficiencias del mercado y solicitaron nuevos incentivos para la inversión en investigación y desarrollo de medicamentos nuevos, eficaces y asequibles, pruebas de diagnóstico rápido, y otras terapias importantes para sustituir a aquéllas que están perdiendo fuerza.





Ministry of Health (Fiji, Suva).

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