



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina

www.reporteepidemiologico.com

Noticias

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

Argentina

- Vigilancia de infecciones por *Trichomonas vaginalis* en varones
- Corrientes: Detectan un caso importado de malaria

América

- La región de las Américas es declarada libre de sarampión
- Estados Unidos: Las ideas políticas influirían en la vacunación de los adolescentes
- Estados Unidos, California: Detectan un caso de lepra en una escuela de Jurupa Valley
- Guatemala es el cuarto país del mundo en eliminar la oncocercosis
- México, Baja California: Mueren de tuberculosis 260 personas al año
- Venezuela, Bolívar: Habrían muerto 17 niños a causa de la difteria

El mundo

- Australia, Western Australia: Las tres cuartas partes de los casos de enfermedad meningocócica del año han sido causadas por la cepa W
- Bangladesh, Rajshahi: Un brote de carbunco afecta a 20 personas
- Europa: Cómo era la malaria, que fue erradicada de la región hace más de 50 años
- Nigeria: Las nefastas condiciones de vida matan más que la violencia
- Urgen programas que acerquen la profilaxis preexposición a las personas transexuales
- Alcanzar el objetivo de cero vidas humanas víctimas de la rabia transmitida por perros para 2030



Número 1.820

30 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/

**CIRCULO
MÉDICO DE
CÓRDOBA**

www.circulomedicocba.org/

CMPC
Consejo de Médicos
de la Provincia
de Córdoba

www.consejomedico.org.ar/



Biblioteca de la Facultad
de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Córdoba

www.biblioteca.fcm.unc.edu.ar/



S.A.D.I.

www.said.org.ar/

**Comité Nacional de
Infectología**

Sociedad Argentina de Pediatría

www.sap.org.ar/



www.apinfectologia.org/

**Sociedad Argentina de Infectología
Pediatría**

www.sadip.net/



Asociación
Parasitológica
Argentina

www.apargentina.org.ar/

Argentina

Vigilancia de infecciones por *Trichomonas vaginalis* en varones

20 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, 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	—	—
Buenos Aires	—	3
Córdoba	1	—
Entre Ríos	—	—
Santa Fe	—	—
Centro	1	3
Mendoza	2	—
San Juan	—	—
San Luis	—	—
Cuyo	2	—
Corrientes	—	—
Chaco	7	3
Formosa	—	—
Misiones	—	—
NEA	7	3
Catamarca	—	—
Jujuy	1	—
La Rioja	—	—
Salta	1	11
Santiago del Estero	—	—
Tucumán	1	4
NOA	3	15
Chubut	—	1
La Pampa	—	1
Neuquén	—	—
Río Negro	4	6
Santa Cruz	—	—
Tierra del Fuego	—	—
Sur	4	8
Total Argentina	17	29

Mirada Profesional

Corrientes: Detectan un caso importado de malaria

28 de septiembre de 2016 – Fuente: Mirada Profesional (Argentina)

El 28 de septiembre el Hospital 'Dr. Ricardo Billingham' de Ituzaingó notificó a la Dirección de Epidemiología de la Provincia un caso de malaria. Se trata de un hombre de 46 años de nacionalidad colombiana, que trabajó en una represa en Nigeria durante dos meses y volvió a Argentina a pasar una estadía con su familia. El paciente presentó los síntomas el viernes 23 de septiembre y el lunes 26 realizó la consulta en una institución privada de Posadas, donde se tomó una muestra para la confirmación del caso. Luego ingresó por sus propios medios al Hospital 'Dr. Ricardo Billingham', en el que se decidió su rápida derivación a la ciudad de Corrientes.

Una vez notificado el caso se le inició la medicación inmediatamente y se realizaron las medidas de prevención necesarias en estos



casos, que consisten en la utilización de telas mosquiteras, repelentes y se ordenó el bloqueo vectorial en el Hospital donde permanece internado y en el Barrio San Martín de Ituzaingó, donde reside el paciente con su familia. Si bien la provincia no tiene registrada la presencia del vector como medida preventiva, se realizó la fumigación ante la posibilidad de aparición de casos.

Según informó la Dirección de Epidemiología, el caso es importado ya que el paciente habría contraído la enfermedad en África donde trabaja, e inició los síntomas a los pocos días de llegar a Argentina. Se tomaron todas las medidas indicadas por protocolo; ahora sólo resta esperar la evolución del paciente.

Cabe destacar que en la Provincia fueron capacitados a principio de año los bioquímicos para detectar malaria. La capacitación se realizó en conjunto con la Dirección de Epidemiología de la Provincia y la Dirección Nacional de Vectores.

El bloqueo se inició el 28 de septiembre, en el barrio San Martín, en 18 manzanas a la redonda del domicilio donde se registró el caso, con la utilización de maquinaria liviana con fumigación intra y peridomiciliaria, la tarea está a cargo de técnicos municipales y técnicos nacionales de Control de Vectores con base en Corrientes.

En las primeras horas del 29 de septiembre, el equipo de técnicos provinciales realizará la fumigación espacial con un cierre ampliado de 40 manzanas con la utilización de maquinaria pesada, con el objetivo de disminuir al mínimo la población adulta de mosquitos; además se completará la tarea con tratamiento focal en el mismo radio con la utilización de larvicidas.

El Ministerio de Salud Pública ha considerado llevar a cabo todas las acciones de control y bloqueo de la enfermedad de acuerdo a las normas del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, además de llevar tranquilidad a la comunidad informando que se trata de un caso importado, con una especie que no es la que provoca brotes autóctonos en Argentina, y aclarando que en el último relevamiento vectorial del año 2011 no se detectó la presencia del vector de la malaria en la zona urbana.

América



La región de las Américas es declarada libre de sarampión

27 de septiembre de 2016 – Fuente: Organización Panamericana de la Salud

La región de las Américas es la primera del mundo en ser declarada libre de sarampión, una enfermedad viral que puede causar severos problemas de salud, incluyendo neumonía, ceguera, inflamación del cerebro e inclusive la muerte. Este logro culmina un esfuerzo de 22 años, que involucró una amplia administración de la vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola en el continente.

La declaración de la eliminación del sarampión fue entregada hoy por el Comité Internacional de Expertos (CIE) de Documentación y Verificación de la Eliminación del Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita en las Américas, durante el 55° Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), a la que esta semana están asistiendo los ministros de Salud de la región.

El sarampión se convierte así en la quinta enfermedad prevenible por vacunación en ser eliminada en las Américas, tras la erradicación regional de la viruela en 1971, la poliomielitis en 1994, y en 2015 de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita.

“Hoy es un día histórico para nuestra región y sin duda para el mundo. Es la prueba del notable éxito que se puede lograr cuando los países trabajan juntos en solidaridad para alcanzar una meta común”, subrayó Carissa Faustina Etienne, Directora de la OPS/OMS. “Es el resultado de un compromiso que se hizo más de dos décadas atrás, en 1994, cuando los países de las Américas se comprometieron a terminar con el sarampión al comienzo del siglo XXI”, añadió.

Antes de comenzar la vacunación masiva en 1980, el sarampión causaba cerca de 2,6 millones de muertes al año en el mundo. En las Américas entre 1971 y 1979 ocasionó cerca de 101.800 defunciones. Un estudio sobre la efectividad de la eliminación del sarampión en América Latina y el Caribe ha estimado que con la vacunación, 3,2 millones de casos de sarampión y 16.000 muertes habrán sido prevenidos en la región entre 2000 y 2020.

“Este hito histórico nunca habría sido posible sin el firme compromiso político de nuestros Estados Miembros de garantizar que todos los niños tengan acceso a las vacunas que salvan vidas. No habría sido posible sin la generosidad y el compromiso de los trabajadores de salud y los voluntarios que han trabajado arduamente para llevar los beneficios de las vacunas a todas las personas, incluidas las comunidades vulnerables y de difícil acceso. Tampoco habría sido posible sin el fuerte liderazgo y la coordinación de la OPS, oficina regional de la OMS para las Américas”, afirmó Etienne.

Desde 2002, cuando en las Américas se notificó el último caso endémico de sarampión, la región había interrumpido la transmisión del virus. Como el sarampión sigue circulando a nivel mundial, en algunos países se habían notificado casos importados de otras partes del mundo. El Comité Internacional de Expertos (CIE) de Documentación y Verificación de la Eliminación del Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita en las Américas recibió en-



tre el año pasado y agosto de este año, las evidencias presentadas por todos los países de la región de la eliminación de esta enfermedad y las consideró satisfactorias para brindar esta declaración. El proceso tomó seis años de trabajo con los países para documentar las evidencias de la eliminación.

El sarampión es una de las enfermedades más contagiosas y afecta en particular a los niños. Se transmite por gotitas que se transmite por aire o contacto directo de secreciones procedentes de la nariz, boca y garganta de personas infectadas. Los síntomas consisten en fiebre alta, erupción generalizada en todo el cuerpo, congestión nasal, ojos enrojecidos. Puede causar complicaciones graves, tales como ceguera, encefalitis, diarrea intensa, infecciones del oído y neumonía, sobre todo en niños con problemas de nutrición y pacientes inmunodeprimidos.

Como resultado de los esfuerzos de eliminación global del sarampión, en 2015 sólo se reportaron 244.704 casos a nivel mundial, lo que significó un descenso importante respecto a años anteriores. Sin embargo, más de la mitad se registraron en África y Asia.

Para mantener la eliminación del sarampión, la OPS/OMS y el Comité Internacional de Expertos para la Eliminación del Sarampión y la Rubéola ha recomendado a todos los países de las Américas que fortalezcan la vigilancia activa y mantengan la inmunidad de su población a través de la vacunación.

“Quisiera destacar que nuestro trabajo en este frente aún no termina. No podemos caer en la complacencia con este logro, sino que más bien debemos protegerlo cuidadosamente. El sarampión sigue circulando ampliamente en otras partes del mundo, por lo que debemos estar preparados para responder a los casos importados. Es fundamental que sigamos manteniendo las altas tasas de cobertura de vacunación y es crucial que los casos sospechosos de sarampión sean reportados de inmediato a las autoridades para que le hagan seguimiento”, advirtió Etienne.

Proceso para eliminar el sarampión

En la década de 1990, se registró un descenso de casos, pero la disminución más notoria se dio luego de que la región lanzara su iniciativa de eliminar el sarampión en 1994. Ese año, los países de las Américas establecieron el objetivo de eliminar la transmisión endémica del sarampión de manera colectiva para el año 2000, a través de la implementación de estrategias de vigilancia y vacunación recomendadas por la OPS/OMS.

La estrategia de eliminación de la OPS/OMS para terminar con el sarampión se basó en tres pasos:

1. hacer por única vez una campaña nacional para ponerse al día con la vacuna contra el sarampión, dirigida a niños de entre 1 y 14 años;
2. fortalecer la vacunación de rutina para alcanzar un mínimo de 95% de los niños cada año; y
3. hacer campañas masivas de seguimiento cada cuatro años, con el fin de vacunar a un mínimo del 95% de los niños de 1 a 4 años con una segunda dosis de vacuna.

Siguiendo esta estrategia, el último brote endémico se registró en Venezuela en 2002. Sin embargo, algunos países de la región siguieron notificando casos importados. Entre 2003 y 2014, el número total de casos de sarampión importados o relacionados a una importación llegó a 5.077 en las Américas.

Tras declarar la eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en 2015, el Comité Internacional de Expertos esperó a que se presentaran las evidencias de la interrupción de un brote de sarampión en Brasil, que había comenzado en 2013 y duró más de un año. Después de un año de acciones dirigidas y extrema vigilancia, el último caso de sarampión en Brasil fue registrado en julio de 2015.

Con este logro y ante el hecho de que la región ha sostenido la eliminación por más de 12 años, el Comité Internacional de Expertos aceptó las evidencias presentadas por los países y declaró la eliminación del sarampión en las Américas.

Los socios claves involucrados en la eliminación del sarampión al igual que la rubéola incluyen a los ministerios de salud de los países miembros de la OPS/OMS, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC), el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, Salud Canadá, la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA), la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), el Instituto de Vacunas Sabin, el Instituto Serum de India, March of Dimes, la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días, y la Iniciativa Sarampión-Rubéola, una coalición de socios globales, incluyendo la Federación Internacional de la Cruz Roja/Media Luna Roja, la Fundación ONU, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la OMS.



Estados Unidos: Las ideas políticas influirían en la vacunación de los adolescentes

14 de septiembre de 2016 – Fuente: *American Journal of Public Health*

Las ideas políticas de los padres podrían influir en la vacunación de los adolescentes, de acuerdo con un nuevo estudio de Estados Unidos.

Al organizar a los estados en colores rojo y azul de acuerdo con los resultados de la votación presidencial de 2012, los autores observaron que ese año los adolescentes de los estados “azules” eran significativamente más propensos a haber recibido tres vacunas importantes recomendadas entre los 11 y 12 años.

“Estas asociaciones son importantes porque demuestran que existen fuerzas más amplias relacionadas con la afiliación política que podría influir en la aceptación de la vacunación de los adolescentes”, dijo la autora principal, Linda M. Niccolai, de la Facultad de Salud Pública de Yale, en New Haven.

Actualmente, se recomienda inmunizar a los adolescentes de 11 y 12 años contra el virus del papiloma humano (VPH), el tétanos, la difteria y la tos convulsa con la vacuna acelular (Tdap) y el meningococo con la vacuna conjugada (MCV4).

El equipo utilizó la Encuesta Nacional de Inmunización Adolescente de 2012 para estimar cuántos adolescentes de cada estado habían recibido por lo menos una dosis de esas vacunas.

“Las vacunas contra el VPH, Tdap y MCV4 disponibles en Estados Unidos son muy seguras y previenen de manera efectiva varias enfermedades importantes”, aseguró Niccolai.

“Están recomendadas para todos los adolescentes, de modo que no tienen contraindicaciones y las cubren los seguros o el programa federal de vacunación en casi todos los casos”, agregó.

Tras considerar factores que podrían influir en los patrones de vacunación (ingresos, educación, etnia y cobertura médica), el equipo calculó la tasa de inmunización promedio en los estados azules y rojos. La mitad de los estados registraba tasas por encima del promedio para su grupo.

En 2012, los estados “azules” que votaron al Partido Demócrata registraron una cobertura promedio de inmunización adolescente de 63% en las niñas y de 47% en los varones para la vacuna contra el VPH, comparado con, respectivamente, 56% en niñas y 34% en varones en los estados “rojos” que votaron al Partido Republicano.

La cobertura promedio con la vacuna Tdap fue de 90% en los estados “azules” y de 85% en los estados “rojos”. Con la vacuna MCV4, los valores fueron, respectivamente, de casi 80% en los estados azules y 73% en los estados rojos, según publica el equipo.

La autora aclaró que este estudio por sí solo no explica el motivo de las diferencias entre los estados.¹



Estados Unidos, California: Detectan un caso de lepra en una escuela de Jurupa Valley

23 de septiembre de 2016 – Fuente: The Associated Press

Un caso de lepra, una enfermedad extremadamente rara en Estados Unidos, fue diagnosticado en un alumno de primaria en California, forzando a las autoridades de salud a asegurar a padres y el público que la infección es difícil de transmitir y fácil de tratar.

Dos alumnos de la Indian Hills Elementary School en Jurupa Valley fueron diagnosticados inicialmente con la enfermedad, dijeron el 22 de septiembre funcionarios de salud del condado Riverside. Pero esta semana las autoridades recibieron resultados del laboratorio del Programa Nacional de Estudios de Hansen en Baton Rouge, Louisiana, los que mostraron que solamente uno de los niños estaba enfermo.

Se enviaron mensajes electrónicos a padres en la escuela, donde las aulas han sido esterilizadas desde el diagnóstico inicial, enfatizando lo difícil que es contraer lepra y que no hay peligro para los otros alumnos.

“Es increíblemente difícil contraer lepra. La escuela era segura antes de surgir el caso y sigue siéndolo”, dijo el Dr. Cameron Kaiser, funcionario de salud pública del condado Riverside.

Estados Unidos registra solamente 150 casos de lepra al año y más de 95% de la población es inmune.

Pese a su reputación como una enfermedad sumamente infecciosa que hace que los enfermos pierdan pedazos del cuerpo, la lepra solamente puede contagiarse por contacto prolongado y es fácilmente tratable con antibióticos.

No se disemina por medio de contactos breves, como apretones de manos, ni siquiera relaciones sexuales.

El mayor riesgo lo corren personas que están en contacto constante con un enfermo no tratado y la enfermedad es usualmente contraída por gente que ha viajado a lugares como India, Brasil y Angola.

Funcionarios de salud del condado se limitaron a decir que el niño contrajo lepra a través de contacto prolongado con otra persona que no está en el país.

No revelaron la identidad de los dos niños.

“La única forma de proteger a los dos estudiantes es que nadie sepa quiénes son”, dijo el superintendente del distrito escolar, Elliot Duchon.

Duchon estuvo en la escuela el 22 de septiembre para responder a preguntas de los padres.

La lepra es un problema persistente en lugares tropicales, con 250.000 infecciones nuevas cada año. Al igual que la tuberculosis, puede permanecer latente durante años antes de atacar la piel y los nervios.

Un tratamiento con antibióticos usualmente mata la bacteria en unos días y hace al enfermo no contagioso. Usualmente toma de uno a dos años para eliminar completamente el germen del cuerpo.²



Guatemala es el cuarto país del mundo en eliminar la oncocercosis

26 de septiembre de 2016 – Fuente: Organización Panamericana de la Salud

Tras al menos 20 años de esfuerzos, Guatemala se convirtió en el cuarto país en las Américas y en el mundo en ser declarado libre de la oncocercosis, una enfermedad que puede causar ceguera y discapacidad, y afecta principalmente a personas en situación de pobreza.

¹ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#) (requiere suscripción).

² La lepra ha pasado de ser una condición frecuente y discapacitante a una enfermedad infecciosa relativamente inusual, salvo en ciertas áreas geográficas, tal como se describe en la noticia. No se cuenta con los detalles clínicos del paciente afectado, los cuales deberán haber orientado a los profesionales que evaluaron al paciente a plantear primero y luego confirmar el diagnóstico. Además de brindar el tratamiento adecuado al paciente, deberá hacerse una detallada campaña educacional a los familiares, compañeros y personal de la escuela, así como al entorno en la comunidad, puesto que si bien la lepra es una infección rara y curable, aún no ha podido desprenderse del estigma que la rodea, empleándose aún el calificativo de ‘leproso’ hasta en la política.

El anuncio lo hizo el 26 de septiembre la Dra. Carissa Faustina Etienne, Directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), durante la sesión de apertura del 55° Consejo Directivo de la OPS en Washington DC.

“La OPS felicita a Guatemala por este logro importante para la salud pública regional y global”, afirmó Etienne.

Guatemala se suma así a Colombia, Ecuador y México que alcanzaron la eliminación entre 2013 y 2015, tras el compromiso asumido en 1991 en la OPS de interrumpir la transmisión de esta enfermedad. Para eliminarla de la región, solo resta poner fin a un foco que afecta a una comunidad indígena del Amazonas, en la frontera entre Brasil y Venezuela.

La oncocercosis es una enfermedad parasitaria causada por lombrices largas y muy delgadas, llamadas filarias. Se transmite por la picadura de moscas negras, conocidas en Guatemala con el nombre popular de “mosca canche”, infectadas que se crían en los ríos y arroyos de corriente rápida, sobre todo en pueblos que dependen de la agricultura, razón por la que la enfermedad es llamada también “ceguera de los ríos”.

El logro de Guatemala

De los seis países que tenían transmisión de la enfermedad en la región en la década de 1990, Guatemala contaba con el mayor número de focos de transmisión (cuatro) y la mayor población en riesgo de padecer oncocercosis: 41% del total de 568.000 personas en riesgo en las Américas.

“Esta eliminación ha sido posible gracias al fuerte compromiso de nuestro país, al esfuerzo de nuestros trabajadores de salud y voluntarios, y a la alta participación y empoderamiento de las comunidades afectadas. La salud para todos es una prioridad. Por eso, seguiremos trabajando para eliminar otras enfermedades infecciosas desatendidas que afectan a nuestra población más vulnerable”, sostuvo la ministra de Salud de Guatemala, Lucrecia Hernández Mack.

La principal estrategia de Guatemala para lograr la eliminación fue la distribución masiva y periódica de una dosis semestral del medicamento Mectizan® (ivermectina), de acuerdo con el peso o la talla de la persona, durante 7 a 12 años. El país consiguió coberturas de tratamiento para al menos 85% de la población elegible cada vez que ofreció el tratamiento.

La OPS/OMS, el Programa de Eliminación para la Oncocercosis de las Américas (OEPA) del Centro Carter y el Programa de Donación de Mectizan® de Merck han brindado asistencia técnica, financiera y medicamentos a los programas nacionales de eliminación de la oncocercosis para apoyar los esfuerzos de los países afectados de la región.

Un médico e investigador guatemalteco también ha jugado un rol importante en la lucha contra esta enfermedad. El Dr. Rodolfo Robles tiene el mérito de ser quien estableció en 1915 en las Américas, y luego de haber sido descrita en África, la relación causal entre esta infección parasitaria y la ceguera y otras alteraciones visuales ocasionadas por ella. En su homenaje, la oncocercosis es conocida en Guatemala como “enfermedad de Robles”.



México, Baja California: Mueren de tuberculosis 260 personas al año

5 de septiembre de 2016 – Fuente: Uniradio (México)

“Con un promedio de 260 fallecimientos por año, la tuberculosis es la vergüenza de Baja California”, reconoció el titular de la Secretaría de Salud en el estado, Guillermo Trejo Dozal.

El también director del Instituto de Servicios de Salud Pública (ISESALUD), dijo que Baja California ocupa el primer lugar en enfermos de tuberculosis de todo el país, siendo el municipio de Tijuana el de mayor prevalencia.

“Donde más tuberculosis existe en el país es en Tijuana. Es nuestra vergüenza, en esta época de 2016, seguir con tanto casos de tuberculosis”, comentó el secretario.

En este año ya son más de 100 las personas que han fallecido de tuberculosis en Baja California, mencionó el funcionario estatal, quien dijo que anualmente son detectados 1.700 nuevos casos.

“La gran movilidad por la migración y la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), son dos explicaciones de la prevalencia de tuberculosis en el estado”, aclaró Trejo Dozal.

Otra de las posibles razones que enumeró el secretario, fue que por ser un tratamiento muy largo, los pacientes abandonan el mismo y no se ha tenido la capacidad de darles seguimiento.

Dijo que el combate a esta enfermedad es la asignatura número uno de su gestión, aunque reconoció “que tenemos que ser más eficientes. Tenemos protocolos completamente bien diseñados de lo que se debe de hacer en tuberculosis, pero a veces le aflojamos, porque los tratamientos son prolongados, cansadores, la gente se mueve, se nos pierde, pero tenemos que encontrar la forma”, aseveró Trejo Dozal.



Venezuela, Bolívar: Habrían muerto 17 niños a causa de la difteria

28 de septiembre de 2016 – Fuente: El Diario de Guayana (Venezuela)

Diecisiete niños habrían muerto víctimas de la difteria en el estado Bolívar: 12 en Sifontes y cinco en Caroní. De los fallecidos en este último municipio, tres lo hicieron en el Hospital Docente Asistencial ‘Dr. Raúl Leoni Otero’, en San Félix, y dos en el Hospital ‘Uyapar’, en Puerto Ordaz. Médicos del Hospital Raúl Leoni denunciaron que el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) los obligó a mantener en silencio el brote de la enfermedad. El MPPS y el Instituto de Salud Pública ampliaron la jornada de vacunación en escuelas y centros de salud de la región para frenar una epidemia que había sido erradicada de Venezuela hace dos décadas.

La orden de la coordinadora del Programa Ampliado de Inmunización del Ministerio del Poder Popular para la Salud, Marisol Escalona, fue tajante: “No se puede informar nada porque eso va contra la revolución”.

Lo dijo en una reunión el 22 de septiembre ante un grupo de médicos de hospitales públicos del municipio Caroní, en la que también había representantes del Distrito Sanitario 2 y del Instituto de Salud Pública. Su orden partía de una lógica: si lo que se dice ante el país a través de todos los medios que controla el gobierno es que si la cantidad de vacunas y jornadas de vacunación han aumentado, ¿cómo se explica lo que ocurre ahora en Bolívar?

Se refería a ese ruido que atemoriza al estado Bolívar desde hace una semana, a raíz de la publicación de un documento conjunto entre la Sociedad Venezolana de Salud Pública y la Red Defendamos la Epidemiología, en la que refieren a tres muertes con cuadro clínico de difteria. El detalle es que el gobierno ocultó hasta ahora que, desde abril, la enfermedad ha matado no a tres, sino a 17 niños.

Posibles causas

La reaparición de la difteria, según la teoría que sostienen médicos del Hospital Raúl Leoni, puede tener su origen en Brasil: desde allí, a raíz de la movilización constante de venezolanos que van a comprar comida, pudo venir algún contagiado, que luego se quedó en una mina de Sifontes. Una vez en ella, transmitió la enfermedad a algún niño. Y, a continuación, se desencadenó el brote.

“El MPPS comenzó a sospechar en abril. Ya en junio había casos confirmados y en julio hicieron pruebas de reacción en cadena de polimerasa (PCR) para difteria a tres muertos de Tumeremo. Los tres dieron positivo. Todo fue porque iban a hacer el cerco epidemiológico en Sifontes y se toparon con eso, pero no dijeron nada para que no hubiera escándalo. Esto es meramente política: mal manejo por causas meramente políticas”, insisten.

Enfatizan en que las zonas mineras son las más vulnerables por las faltas de control sanitario y por la imposibilidad de llevar jornadas médicas hasta ellas. “El problema es que Sifontes es parte del Arco Minero y mucha gente entra y sale. Además, para esas zonas hay menos de 20% de cobertura de vacunación en niños de hasta tres años. Por eso, los niños mueren ahora”, dice una de las voces médicas que, al igual que todas, prefirió el anonimato.

Los primeros casos provienen del kilómetro 88. Pero también en El Dorado y en San Antonio hay focos de contagio. En esos pueblos es donde ha habido muertos. “Por eso no podemos seguir callados”, añade. Al respecto advierte que todos los adultos contagiados que acuden por trabajo a las zonas mineras y regresan a sus ciudades de origen para estar con sus familias no solo llevan dinero y comida: también, la enfermedad.

En emergencia

Se conoció además que en la noche del 27 de septiembre, se confirmó el ingreso a terapia intensiva de una niña de 6 años de Brisas del Sur. Los médicos recomendaron desplegar un plan urgente de vacunación.

Ahondan en un detalle: sobre estas 17 muertes tienen certezas, pero en el Complejo Hospitalario Universitario ‘Dres. José Ángel Ruiz y Félix Rafael Páez’, de Ciudad Bolívar, hay casos sospechosos que aún se mantienen soterrados por el silencio oficial.

El 27 de septiembre, el mismo gobernador de Bolívar, Francisco Rangel Gómez, habló sobre la difteria como una realidad y ordenó la continuación del plan de vacunación (en este caso, con toxoide tetánico y diftérico), aunque una semana después de la denuncia de la Sociedad de Salud Pública.

El alcalde de Sifontes, Carlos Chancellor, también se refirió a 13 casos confirmados en la población de San Antonio. Los médicos del Hospital Raúl Leoni, por su parte, apuntan a más de cinco enfermos sospechosos. El número real de contagios sigue siendo un enigma, gracias al cerco informativo del Gobierno, que no solo impide el libre acceso a información pública como esta, sino que, con semejante bloqueo, pone en riesgo la salud del colectivo.

Rangel dijo que ante el brote que se está propagando se dio inicio a un operativo de vacunación en los 139 ambulatorios de la región. Además informó que a través del plan 100% Barrio Adentro, que consiste en una campaña casa por casa por los sectores, se garantiza la vacuna como modo de prevención.

El mandatario regional fue tajante al decir que cuentan con los insumos y todo el material necesario para prevenir y combatir la enfermedad.

Las jornadas de vacunación continuarán esta semana tanto en las escuelas como en módulo asistenciales. Todo sea por atacar una enfermedad erradicada hace 24 años pero que, por omisiones y bloqueos informativos, además de fallas en los programas de salud, resucitó en el estado Bolívar: una resurrección que ha matado a 17 pequeños.³

³ La situación descrita en la nota de prensa refleja en forma dramática algunos de las facetas que caracterizan la grave crisis de salud que atraviesa Venezuela. A la carencia generalizada de medicamentos, serias limitaciones en la disponibilidad de pruebas diagnósticas y de laboratorio clínico, se suma el secretismo y manejo inadecuado de la información epidemiológica por parte de las autoridades de salud. Es inconcebible y ciertamente inaceptable, que la identificación inicial de casos desde abril del presente año no haya sido divulgada y no se hubieran tomado las medidas correspondientes de cerco epidemiológico y reforzamiento de la cobertura vacunal de la población susceptible. Más grave aún es la aparente ocurrencia de amenazas o medidas de amedrentamiento contra los médicos o voceros que se han atrevido a denunciar la situación, en vez de procurar su cooperación. Ante la ausencia de información oficial y en vista de las exigencias impuestas por el Reglamento Sanitario Internacional, del cual es signataria Venezuela, es fundamental el papel que pueden jugar los organismos de salud internacionales tales como la Organización Panamericana de Salud (OPS). Debe destacarse que la tasa de letalidad de la difteria a nivel mundial se ha mantenido inalterable durante los últimos 50 años, ubicándose entre 5 y 10%, con tasas de hasta 20% en menores de 5 años y en mayores de 40 años. Antes del advenimiento del tratamiento efectivo de la enfermedad o cuando el manejo de la misma es inadecuado, aproximadamente la mitad de los niños afectados pueden morir a consecuencia de sus múltiples complicaciones.

Hace 24 años (1992), fue notificado y confirmado el último caso en Venezuela, en un niño sin antecedentes de vacunación. La Red Defendamos la Epidemiología, formada por profesionales especialistas nacionales en Salud Pública y Epidemiología, había advertido el año pasado que la escasez de vacunas podía ocasionar el resurgimiento de enfermedades ya erradicadas. Ese mismo año, la Red denunció que desde enero hasta agosto solo se habría inmunizado 24 % de las embarazadas con la vacuna contra esta enfermedad.

The West Australian

Australia, Western Australia: Las tres cuartas partes de los casos de enfermedad meningocócica del año han sido causadas por la cepa W

24 de septiembre de 2016 – Fuente: The West Australian (Australia)

Las tres cuartas partes de los casos de enfermedad meningocócica en Western Australia en lo que va de año han sido causadas por *Neisseria meningitidis* del serogrupo W, contra el que muy pocas personas están vacunadas.

Las estadísticas indican que nueve de los 12 casos de la enfermedad este año se han relacionado con la cepa W. Los otros tres casos fueron causados por el serogrupo B.

Un niño pequeño –el 12º caso de este año– murió a causa de la enfermedad la semana pasada. En el pasado, prácticamente no se han registrado casos locales causados por la cepa W: hubo dos casos en 2014, cuatro el año pasado y nueve este año.

El Departamento de Salud de Western Australia informó esta semana que estaba monitoreando la tendencia, que también se estaba registrando en otros Estados, incluyendo Victoria, y podría tener implicaciones en las recomendaciones de vacunación.

Las autoridades de Victoria han registrado un fuerte aumento de la cepa W-ST11, que fue responsable de 4% de los casos de enfermedad meningocócica en 2013, y de 30% de los casos del año pasado.

En la actualidad, una vacuna que protege contra *N. meningitidis* del serogrupo C, históricamente el más común en Australia, es gratuita para los niños y se aplica a los 12 meses de edad. Está disponible una vacuna contra el serogrupo B, el más común en Western Australia, pero que no es financiada por el gobierno. Existe una vacuna contra el serogrupo W, de financiación privada, pero por lo general sólo se recomienda para los viajeros de ultramar.

El portavoz del Departamento de Salud dijo que, aunque que la cifra global de casos de enfermedad meningocócica invasiva en Western Australia había estado disminuyendo desde el año 2000, ha habido un aumento reciente en los casos vinculados a las cepas W.

El Telethon Kids Institute está realizando el ensayo de una vacuna contra las cepas A, C, W e Y en niños pequeños.⁴

The Daily Star

Bangladesh, Rajshahi: Un brote de carbunco afecta a 20 personas

27 de septiembre de 2016 – Fuente: The Daily Star (Bangladesh)

Al menos 20 personas, incluidos algunos niños, han sido infectadas por el carbunco después de manipular y comer la carne de un búfalo en la aldea de Makranda, en Rajshahi.

Esto fue confirmado por Saiful Islam, Oficial de Ganadería de la upazila de Godagari, quien informó además que los infectados fueron ingresados en Hospital Universitario de Rajshahi y en clínicas privadas en el último par de días.

“Estamos vacunando todos los bovinos de la aldea, por lo que esperamos que el riesgo desaparezca”, dijo. Informó que unos 600 vacunos y 400 búfalos hasta el momento han sido vacunados en Pakri desde que se detectó la enfermedad.

⁴ *Neisseria meningitidis* infecta únicamente a los humanos; no existen reservorios animales, y el organismo muere rápidamente fuera del huésped humano. *N. meningitidis* coloniza las membranas mucosas de la nariz y la garganta; hasta 5-10% de una población puede ser portador nasofaríngeo asintomático, pero la tasa de portación puede ser mayor en situaciones epidémicas. Las gotitas de secreciones nasofaríngeas de estos portadores son responsables de la propagación de la enfermedad. El contacto cercano y prolongado con una persona infectada o un vehículo facilita la propagación de la enfermedad. El período de incubación promedio es de 4 días, pero puede variar entre 2 y 10 días.

La inmunidad posterior al uso de una vacuna antimeningocócica polisacárida es específica para el tipo de polisacárido capsular que contiene la vacuna, y no brinda protección cruzada contra la infección causada por otros grupos de polisacáridos meningocócicos. Aunque existen al menos 13 serogrupos de *N. meningitidis*, con base en la especificidad antigénica de sus polisacáridos capsulares, las enfermedades causadas por los serogrupos A, B, C, Y y W135 son las más comunes.

Hay vacunas que contienen polisacárido capsular (A, C, Y, W135), ya sea solo o conjugado con la proteína. Las vacunas conjugadas son preferibles, ya que, a diferencia de las vacunas polisacáridas, inmunizan a los lactantes, reducen la portación de meningococos en la garganta y por lo tanto su transmisión, así como también confieren una respuesta inmune más sostenida, y, por lo tanto, la protección a largo plazo es mayor que con las vacunas polisacáridas. Las vacunas contra el serogrupo B se basan en los antígenos de proteínas del meningococo B, porque el polisacárido de este grupo B es muy poco inmunogénico en humanos y es un auto-antígeno potencial.

Después de la introducción masiva en la población de una vacuna específica para un serogrupo particular, se observa un descenso drástico de la incidencia de la enfermedad debido a ese serogrupo específico, como ocurrió con el serogrupo C en Gran Bretaña, y del serogrupo A en el ‘cinturón africano de la meningitis’, sólo para ser reemplazado por la aparición de la enfermedad a causa de meningococos de otros serogrupos.

Lo mismo se ha observado en la sustitución de serotipos posterior a la implementación de programas de vacunación antineumocócica, lo que obligó a la inclusión de otros serotipos en la vacuna.

Debido a la sustitución del serogrupo C por el W-ST11 como causa de enfermedad meningocócica invasiva en Gran Bretaña, el país ofrece ahora una vacuna conjugada que incluye más serogrupos, MenACWY®, para los adolescentes, que son el grupo etario más propenso a portar la bacteria meningocócica, para detener la propagación del serogrupo W. Esto se está haciendo mediante la sustitución del refuerzo de rutina en los adolescentes de la vacuna MenC® por la MenACWY®.

Western Australia, que abarca el tercio occidental de Australia, es en su mayor parte árido, y su población se concentra en el fértil extremo sudoeste y en su capital, Perth.

“No hay razón para el pánico, ya que las personas infectadas están siendo tratados por médicos especializados”, dijo el Dr. Towhidul Islam, del complejo sanitario.

Los aldeanos dijeron que un agricultor compró el animal, traído desde India, en la ciudad de Rajshahi el 9 de septiembre, lo sacrificó al día siguiente después que cayera enfermo y vendió su carne. Uno de los habitantes de la aldea dijo que las personas afectadas presentaron fiebre y erupciones en partes del cuerpo. Un campamento médico se ha instalado en la aldea de Pakri para proporcionar tratamiento gratuito, mientras que el Departamento de Servicios de Ganadería está proporcionando las vacunas necesarias.

En agosto, unas 20 personas fueron infectadas con carbunco en la aldea de Khirsintikor, en la upazila de Poba.⁵



Europa: Cómo era la malaria, que fue erradicada de la región hace más de 50 años

26 de septiembre de 2016 – Fuente: *Proceedings of the National Academy of Sciences*

Un estudio internacional liderado por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) ha recuperado ADN de dos cepas europeas de los parásitos *Plasmodium vivax* y *P. falciparum*, causantes principales de la malaria, para conocer cómo era esta enfermedad que fue erradicada en el continente hace más de 50 años.

Esto ha sido posible gracias a un conjunto de preparaciones de microscopio de la década de 1940 procedentes del Delta del Ebro que contenían gotas de sangre de pacientes afectados de malaria.

El análisis mediante secuenciación de segunda generación de tres de estas preparaciones ha permitido generar millones de secuencias de los parásitos causantes de la malaria y se ha podido reconstruir su genoma mitocondrial y compararlo con las cepas actuales en el resto de los continentes.

“La secuencia europea de *P. vivax* está estrechamente relacionada con la cepa más común encontrada hoy en Centro y Sudamérica, lo que sugiere que el patógeno fue introducido en este continente por colonizadores europeos después de Colón”, explicó Carles Lalueza-Fox, del Instituto de Biología Evolutiva del CSIC y la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona. En cambio, la secuencia europea de *P. falciparum* pertenece a una cepa que se ha descrito únicamente en India, lo que indica que el patógeno de la forma más severa de malaria fue introducido en Europa procedente del Subcontinente Indio, probablemente hace unos 2.500 años.

La cepa de malaria provocada por el parásito *P. vivax* es la más extendida fuera de África, mientras que la de *P. falciparum* es la predominante en el África Subsahariana y la responsable de 90% de las muertes por esta enfermedad.

“El análisis del genoma nuclear de estos patógenos permitirá conocer las mutaciones que han hecho resistentes las cepas actuales a diversos fármacos, ya que el *Plasmodium* europeo recuperado es anterior a todos estos tratamientos”, añade el investigador Pere Gelabert, también del Instituto de Biología Evolutiva.

Las muestras analizadas datan de la década de 1940 y proceden de un antiguo centro antimalárico inaugurado en 1925 en la localidad de Sant Jaume d'Enveja (Tarragona), en el Delta del Ebro. Su director, Ildefonso Canicio, trabajó durante décadas con pacientes infectados de malaria, que trabajaban en los campos de arroz de la zona, y acabó contrayendo él mismo la enfermedad.

Tras su muerte, en 1961, algunas de sus preparaciones, empleadas con fines diagnósticos, se salvaron de la destrucción al ser recogidas por sus descendientes, que ahora las han cedido para su estudio científico.

“En las preparaciones todavía pueden verse parásitos de la malaria cuando se observan bajo el microscopio. Sin embargo, la cantidad de ADN del patógeno disponible en una sola gota de sangre es muy limitada y los problemas de conservación al cabo de 70 años explican que nunca antes se hubiera llevado a cabo un estudio de este tipo”, reconoció Lalueza-Fox.

Este estudio, en el que también han colaborado científicos del Centre for GeoGenetics de Dinamarca, demuestra que otros especímenes históricos procedentes de colecciones médicas podrían ser una importante fuente de información de genética de patógenos extinguidos o erradicados.⁶



Nigeria: Las nefastas condiciones de vida matan más que la violencia

28 de septiembre de 2016 – Fuente: Médicos Sin Fronteras

La emergencia humanitaria en el noreste de Nigeria está alcanzando niveles catastróficos. Médicos Sin Fronteras (MSF) alerta de la necesidad de un despliegue inmediato y masivo de ayuda en las áreas remotas del estado de Borno, así como en su capital, Maiduguri.

Las penosas condiciones de vida en el estado de Borno muestran el impacto devastador que tiene sobre la población el actual conflicto entre Boko Haram y el ejército nigeriano. En varias localidades, la población ha buscado refugio en ciudades o campos controlados por los militares, y dependen totalmente de la ayuda externa que no llega. “A pesar de que se declaró el estado de emergencia nutricional hace tres meses, se ha fallado a la hora de ayudar a la

⁵ La moraleja de esta historia es que cuando vas a comprar un búfalo traído de India, y es la temporada de carbunco en la región, se debe realizar la cuarentena y vacunación del animal a su llegada. Un grave error que sólo empeoró cuando los vecinos y quienes participaron del sacrificio del animal cayeron enfermos.

Con base en los síntomas que presentaron los afectados, puede suponerse que se trata de carbunco cutáneo; la mortalidad es más probable en el carbunco gastrointestinal.

⁶ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).



gente de Borno”, explicó Hugues Robert, coordinador de emergencias de MSF. “Hacemos un nuevo llamamiento para que se despliegue inmediatamente un dispositivo de ayuda masivo”.

El 19 de septiembre, los equipos de MSF consiguieron llegar a la localidad de Ngala, donde 80.000 desplazados viven en un campo aislados del mundo exterior y sin alimentos ni atención médica. Están atrapados en el campo y no pueden salir. Una evaluación nutricional rápida a más de 2.000 niños menores de cinco años detectó que uno de cada diez sufría desnutrición aguda severa, que conlleva riesgo de muerte. La población del campo explicaba que sobrevivía con menos de medio litro de

agua por persona al día. Los equipos de MSF proporcionaron alimentos y atención médica, y están ampliando la asistencia.

En la cercana localidad de Gambaru, los equipos de MSF han detectado que más de uno de cada siete niños sufren desnutrición aguda severa. La ciudad, con 123.000 residentes, carece de suministros de alimentos básicos y no tiene acceso a la atención sanitaria después de que la única clínica fuese quemada. Las carreteras son demasiado peligrosas para que las personas busquen atención médica en otra zona.

La grave situación en Ngala y Gamburu coincide con la de Bama, Banki y Gwoza; todos los pueblos eran inaccesibles hasta hace muy poco debido a la inseguridad, y donde MSF está proporcionando alimentos y asistencia médica. Todavía es más preocupante la situación en Maiduguri, donde no hay combates y las organizaciones de ayuda han tenido acceso a la población en los últimos dos años. En algunas localidades de Maiduguri, MSF ha registrado tasas de desnutrición tan altas como las que se observan en zonas de conflicto. En la capital del estado –que alberga a 2,5 millones de personas, más de la mitad de los cuales son desplazados de otras áreas de Borno–, los equipos de MSF hicieron una evaluación nutricional a los niños en el campo de Custom House y encontraron que uno de cada cinco niños sufre de desnutrición aguda severa. La tasa de mortalidad es cinco veces mayor que el umbral considerado como emergencia, y la causa principal de muerte es el hambre.

“Hasta ahora la respuesta de ayuda ha sido insuficiente, descoordinada y mal adaptada a las necesidades de las personas que están sufriendo las consecuencias de esta crisis”, explicó Natalie Roberts, responsable de emergencias de MSF. “Para evitar un desastre humanitario aún mayor, hay que proveer con alimentos y atención médica de forma inmediata a las personas en las zonas remotas y accesibles del estado de Borno. Las autoridades de Nigeria tienen la responsabilidad de asegurarse de que esto sucede por el bien de miles de personas que están en riesgo de muerte inminente”.⁷



Urgen programas que acerquen la profilaxis preexposición a las personas transexuales

27 de septiembre de 2016 – Fuente: 21st International AIDS Conference

Durante la pasada Conferencia Internacional del Sida (AIDS 2016) celebrada en el mes de julio en Durban (Sudáfrica) se plantearon diferentes estrategias para promover el uso de la profilaxis preexposición (PrEP) entre las personas transexuales.

Un metaanálisis de 39 estudios realizados en 15 países reveló una prevalencia mundial del VIH en mujeres transexuales de 19%, con una probabilidad 49 veces mayor de infección por el VIH que la observada en población general adulta. La prevalencia más elevada (22%) se observó en países de recursos elevados, siendo las mujeres transexuales de color las más afectadas. Sobre los hombres transexuales hay pocos datos disponibles.

Diferentes estudios que evaluaron el uso de la PrEP en mujeres transexuales revelaron que esta herramienta resulta también eficaz en la prevención del VIH. No obstante, al igual que se ha observado en otros estudios, la eficacia de esta profilaxis depende de mantener un elevado nivel de adherencia, algo que no se observó en muchas transexuales en situación de mayor riesgo.

Alrededor de la mitad de las personas transexuales que toman PrEP tienen menos de 30 años. Dos terceras partes son mujeres transexuales (personas a las que se les asignó el sexo masculino al nacer y que actualmente se identifican como mujeres); 16% son hombres transexuales (personas a las que se les asignó el sexo femenino al nacer y que actualmente se identifican como hombres); y 17% no están conformes con la división de géneros (a la mayoría se les asignó el sexo masculino al nacer).

Algunas de las barreras con las que las personas transexuales se encuentran a la hora de acceder a la PrEP incluyen la escasez de materiales informativos sobre esta herramienta preventiva que sea ‘transinclusivo’; la ausencia de referencias sobre las posibles interacciones entre la PrEP y las terapias hormonales; y la desconfianza de la comunidad sanitaria como consecuencia de las experiencias negativas particulares de profesionales sanitarios que se muestran hostiles y desinformados sobre las necesidades de las personas transexuales.

⁷ Médicos Sin Fronteras (MSF) ha prestado atención sanitaria a las personas desplazadas por la violencia, así como en las comunidades de acogida, en el noreste de Nigeria desde mediados de 2014. En el resto del país, en lugares como Zamfara, Port Harcourt y Jahun, MSF continúa ejecutando proyectos de salud infantil y salud sexual y reproductiva, y también responde a las emergencias médicas como la meningitis y el sarampión. En 2015, los equipos de MSF realizaron 33.500 consultas externas, tratado 18.100 casos de malaria, asistido 9.200 partos y realizado 2.400 intervenciones quirúrgicas.

Según Asa Radix, del Centro de Salud Comunitaria Callen-Lorde de New York (Estados Unidos), resulta crucial crear un espacio de acogida y seguro a la hora de atender a las personas transexuales. Callen-Lorde es el mayor centro especializado que ofrece servicios de salud para lesbianas, gais, bisexuales y transexuales de New York. Actualmente se visitan en él alrededor de 15.000 personas, entre ellas 3.095 mujeres y hombres transexuales. Más de la mitad de las personas usuarias transexuales son de etnia negra o latina; una tercera no tiene seguro de salud; y 15% no tiene vivienda o tienen un alojamiento poco estable.

A pesar de que la disponibilidad y acceso a la PrEP ha aumentado considerablemente en Estados Unidos, entre las personas transexuales este incremento se ha producido con mayor lentitud. Durante los dos últimos años, Callen-Lorde ha pasado de tener de 1 a 2 personas transexuales que mensualmente se inician en el uso de la PrEP a atender a alrededor de 15. Actualmente, de los 2.324 usuarios a los que se les ha proporcionado el tratamiento preventivo desde el centro, solo 195 son transexuales.

Algunas de las políticas que se han desarrollado desde el centro para crear un entorno 'transinclusivo' y acercar el uso de la PrEP a estos pacientes ha sido crear un formulario de inscripción y registro online de pacientes donde se puede señalar el sexo que se les asignó al nacer, el sexo que aparece en los documentos de su seguro médico y el género con el que se identifican. También pueden indicar el nombre y pronombre con el que desean que se les dirijan.

Otras de las medidas adoptadas por el centro han sido contratar a personal transexual, incluir imágenes de personas transexuales en los folletos de promoción de la PrEP, en los vídeos de divulgación y en la página web de la clínica.

La alta prevalencia de personas transexuales con el VIH pone de manifiesto la necesidad de promover políticas de prevención del virus entre este grupo de población. A pesar de que la PrEP puede ser una buena estrategia para reducir el número de infecciones entre las personas transexuales, no hay que olvidar las dificultades y obstáculos con los que estas personas lidian en el día a día –como la pobreza, la falta de vivienda o la elevada prevalencia de trabajo sexual–, y que tendrán que ser tenidos en cuenta a la hora de diseñar programas de promoción de la PrEP dirigidos a este colectivo.

Alcanzar el objetivo de cero vidas humanas víctimas de la rabia transmitida por perros para 2030

28 de septiembre de 2016 – Fuente: Organización Mundial de Sanidad Animal

La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) reiteran su llamado por un mundo libre de rabia humana transmitida por perros para 2030. El tema de este año – Educar, Vacunar, Eliminar– presenta las etapas clave necesarias para alcanzar este objetivo en línea con la visión general aprobada en la Conferencia sobre la eliminación mundial de la rabia transmitida por perros que la OMS y la OIE, en colaboración con la FAO y la Alianza Mundial de Lucha contra la Rabia (GARC), organizaron en diciembre de 2015.



Los niños de las poblaciones rurales marginadas son particularmente vulnerables y enfrentan diariamente más que los demás miembros de sus comunidades la amenaza de la rabia. De todas las enfermedades tropicales desatendidas, la rabia es una de las más significativas, con un total de 59.000 muertes anuales en todo el mundo.

La rabia es una enfermedad 100% prevenible mediante vacunación tanto en animales como en seres humanos. La mayoría de los casos puede prevenirse vacunando a los perros, evitando las mordeduras de perro y sensibilizando a las comunidades. Una vez que los síntomas se desarrollan, la rabia no tiene cura, y, a menos que se administre inmediatamente un tratamiento post-mordedura, las víctimas de mordeduras mueren, inevitablemente, tras una agonía lenta y dolorosa.

Educar

La sensibilización de la población sobre el hecho de que la rabia es una enfermedad totalmente prevenible es un factor fundamental de su eliminación.

Las campañas de sensibilización sobre la rabia adaptadas a la situación de cada localidad son esenciales para fomentar la propiedad responsable de los perros, incluyendo la vacunación antirrábica, la prevención de mordeduras de perro y la administración de primeros auxilios para las víctimas de mordeduras, como el lavado de la herida y las inyecciones post-exposición. Estas campañas alientan a las comunidades a luchar contra la rabia y promueven el compromiso político a nivel local, nacional, regional e internacional para la atribución de los recursos necesarios.

Vacunar

La vacunación canina previene la rabia en su origen animal y evita que el virus de la rabia circule. La vacunación humana disminuye el número de víctimas de mordeduras de perros posiblemente infectados por la rabia.

Las comunidades en situación de riesgo deben tener la posibilidad de acceder fácilmente a vacunas e inmunoglobulinas caninas y humanas, seguras y eficaces. La vacunación canina masiva en las zonas de riesgo es indiscutiblemente la acción a largo plazo más económica para interrumpir la transmisión de la rabia humana transmitida por perros.

Desde 2012, el Banco de vacunas antirrábicas de la OIE ha garantizado un suministro seguro de vacunas de calidad y conformes con las normas internacionales de la OIE. Con el fin de complementar la labor de la OIE, la OMS planea crear una reserva de vacunas contra la rabia humana que será operacional a finales de 2017. Estas iniciativas buscan acelerar los programas de eliminación de la rabia en los países.

Eliminar

El objetivo de cero muertes humanas causadas por la rabia transmitida por perros para 2030 se puede lograr, pero depende del compromiso y del apoyo político. El Marco estratégico mundial para la eliminación de la rabia de 2015 promueve un enfoque progresivo para ayudar a los países a eliminar con éxito la rabia, dando prioridad a las acciones y la atribución de recursos.

La OMS, la OIE y la FAO, junto con los países y los socios, pretenden eliminar la rabia mediante la educación y la vacunación, contribuyendo a los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, para garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos, en todas las edades, en todas partes.

Publicidad relacionada con la salud

NADIE MÁS DEBE MORIR DE RABIA

© Campaign Against Rabia Project

» La rabia se puede eliminar vacunando a los perros
» Pero cada año, la rabia mata todavía a decenas de miles de personas, sobre todo a los niños
» ¡Cada muerto es una víctima innecesaria!

ACABEMOS JUNTOS CON LA RABIA
#ENDRABIESTOGETHER

Más información:
www.oie.int/rabia

Oie ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SANIDAD ANIMAL
Proteger a los animales. preservar nuestro futuro

DÍA MUNDIAL CONTRA LA RABIA
28 DE SEPTIEMBRE

Organización Mundial de Sanidad Animal (2016).

El Reporte Epidemiológico de Córdoba hace su mejor esfuerzo para verificar los informes que incluye en sus envíos, pero no garantiza la exactitud ni integridad de la información, ni de cualquier opinión basada en ella. El lector debe asumir todos los riesgos inherentes al utilizar la información incluida en estos reportes. No será responsable por errores u omisiones, ni estará sujeto a acción legal por daños o perjuicios incurridos como resultado del uso o confianza depositados en el material comunicado.

A todos aquellos cuyo interés sea el de difundir reportes breves, análisis de eventos de alguna de las estrategias de vigilancia epidemiológica o actividades de capacitación, les solicitamos nos envíen su documento para que sea considerada por el Comité Editorial su publicación en el Reporte Epidemiológico de Córdoba.

Toda aquella persona interesada en recibir este Reporte Epidemiológico de Córdoba en formato electrónico, por favor solicitarlo por correo electrónico a reporteepidemiologicocba@gmail.com, aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.