



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 botulismo
- Entre Ríos, Concordia: Detectan 40 animales con leishmaniosis

América

- Estados Unidos: Detectaron varios casos importados de leishmaniosis
- Estados Unidos: Cada vez más niños contraen infecciones resistentes a los medicamentos
- Jamaica: Preocupación por el aumento de casos de enfermedad de manos, pies y boca en niños
- México: ¿El fin del sida?
- Perú, Piura: Las restricciones de agua causan un aumento de casos de dengue

- Venezuela: Los casos de malaria ascienden a casi 200.000 en el año 2016

El mundo

- Burkina Faso: Brote de dengue
- China: Nuevos casos de influenza aviar A(H7N9)
- Ghana, Central Region: Un brote de cólera suma 268 casos
- Kenya, Murang'a: Doce personas hospitalizadas tras contraer carbunco
- Anuncian un estudio de fase III para evaluar una nueva formulación pediátrica de nifurtimox para el tratamiento de la enfermedad de Chagas
- La OMS ya no considera a la fiebre zika una emergencia de salud pública de importancia internacional



Número 1.842

21 de noviembre 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/



www.circulomedicocba.org/



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/



www.sadip.net/



Asociación
Parasitológica
Argentina

www.apargentina.org.ar/

Argentina

Vigilancia de botulismo



Ministerio de Salud

Presidencia de la Nación

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

Tabla 1. Casos notificados y confirmados, según provincia y región. Argentina. Años 2015/2016, hasta semana epidemiológica 40. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.¹

Provincia/Región	2015		2016	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	—	—	1	1
Buenos Aires	7	2	—	—
Córdoba	3	3	3	1
Entre Ríos	4	3	—	—
Santa Fe	3	—	2	—
Centro	17	8	6	2
Mendoza	6	4	3	2
San Juan	—	—	6	4
San Luis	—	—	2	—
Cuyo	6	4	11	6
Corrientes	—	—	1	—
Chaco	1	—	—	—
Formosa	—	—	—	—
Misiones	—	—	—	—
NEA	1	—	1	—
Catamarca	—	—	—	—
Jujuy	—	—	—	—
La Rioja	—	—	—	—
Salta	—	—	1	—
Santiago del Estero	3	2	5	1
Tucumán	—	—	—	—
NOA	3	2	6	1
Chubut	—	—	—	—
La Pampa	1	—	—	—
Neuquén	—	—	—	—
Río Negro	2	—	3	2
Santa Cruz	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—
Sur	3	—	3	2
Total Argentina	30	14	27	11



Entre Ríos, Concordia: Detectan 40 animales con leishmaniosis

16 de noviembre de 2016 – Fuente: Diario Junio (Argentina)

Con el objetivo de conocer la situación en la que se encuentra Concordia respecto a la leishmaniosis y establecer acciones, se realizó una pesquisa serológica de canes de manera conjunta entre el Programa Provincial de Zoonosis y Control Vectorial que depende de la Dirección de Epidemiología de Entre Ríos, el municipio, el Hospital 'Delicia Concepción Masvernat', alumnos de la Facultad de Ciencias Veterinaria con sede en Esperanza, y con la participación del Ejército y agentes sanitarios. Para tal fin, "la ciudad se dividió en cinco zonas, y a través de un software se eligieron tres y se realizó un total de 370 muestras", aseveró María Ester Aldaz, responsable del Programa de Zoonosis y Control Vectorial del Hospital Masvernat.



¹ Los casos notificados incluyen casos sospechosos, probables, confirmados y descartados.

“Apuntamos a la prevención de esta enfermedad y buscamos que el flebótomo vector no se reproduzca. Para este trabajo se solicitó la colaboración de los vecinos: concretamente, se les pidió que sostengan a los perros y, en caso de ser necesario, les coloquen bozales durante la extracción de sangre, que es mínima. Tenemos unos 40 animales con análisis positivo para leishmaniosis y este estudio de prevalencia canina determinará en qué condiciones se encuentra la ciudad”, expresó.

El protocolo de estudio fue diseñado por el Programa de Zoonosis y Vectores provincial bajo las normas del Programa Nacional de Leishmaniosis.

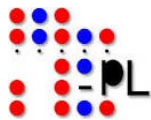
Néstor Hirschfeld, Secretario Técnico del Hospital Masvernat, dio detalles sobre de la acción conjunta y coordinada entre provincia y municipio: “El trabajo fue muy bueno y esperamos los resultados, para luego comenzar con una tarea de información, concienciación y toma de decisiones, para evitar el avance de la enfermedad”.

La información sobre la prevalencia de leishmaniosis canina contribuye al conocimiento de la situación de la enfermedad, lo que permite diseñar e implementar acciones con el fin de evitar la aparición de casos en humanos, dado que los perros son los principales reservorios de la enfermedad en el ámbito urbano.

Se trata de un estudio observacional descriptivo, de corte transversal. La muestra comprende la extracción de sangre de vena cefálica a unos 370 perros. Las manzanas se sortearon mediante tablas de números al azar.

A cada animal se le practica un examen clínico, para verificar el estado general y las manifestaciones específicas. Los propietarios de los caninos son informados del propósito del estudio y sus animales sólo son incluidos en la muestra con su consentimiento. Las muestras extraídas se procesarán en el Laboratorio Municipal de Concordia mediante la técnica de Inmuncromatografía con el antígeno rk39. Luego del análisis de la muestras de sangre, se informará a los propietarios de los perros positivos sobre los resultados y las recomendaciones correspondientes.

América



Estados Unidos: Detectaron varios casos importados de leishmaniosis

15 de noviembre de 2016 – Fuente: Prensa Latina (Cuba)

Expertos detectaron en Estados Unidos varios casos de leishmaniosis, una dolencia parasitaria proveniente de Medio Oriente.

En el mundo existen más de 20 variedades de la bacteria *Leishmania*, que causa la enfermedad, y que, además de la piel, puede afectar las mucosas o el resto de tejidos y órganos del cuerpo; esta última variedad de leishmaniosis, la visceral, es la que presenta riesgo de muerte.

Ahora la dolencia ha llegado al otro lado del Atlántico, y se han detectado casos de infección en Texas y Oklahoma, regiones en las que no se hallan los flebótomos que transmiten la bacteria.

Los análisis de tejidos y sangre realizados mostraron que los pacientes portadores de la bacteria en los citados estados la habían contraído de cepas distintas.

Los portadores de *Leishmania braziliensis* o *L. guyanensis* (variedades propias de América Central y del Sur) son turistas que se contagiaron en el transcurso de visitas a la naturaleza de la región.

Por su parte, los infectados por la variedad *L. tropica* son veteranos del Ejército de Estados Unidos que combatieron en Cercano Oriente.

“La leishmaniosis es una infección cada vez más común en los ecoturistas que viajan a América Central y del Sur. Los viajeros que visitan la selva del Amazonas tienen gran probabilidad de exponerse al contagio. Las infecciones cutáneas y de las mucosas causan cuantiosas cicatrices y la leishmaniosis visceral puede ser mortal, por lo que un diagnóstico a tiempo y un tratamiento supervisado por un especialista es vital”, explicó la experta Naomi Aronson.



Estados Unidos: Cada vez más niños contraen infecciones resistentes a los medicamentos

16 de noviembre de 2016 – Fuente: *Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society*

Las infecciones resistentes a los antibióticos están en aumento entre los niños estadounidenses, encuentra un nuevo estudio.

Los investigadores analizaron muestras de sangre recolectadas de niños de 1 a 17 años de edad que recibieron atención ambulatoria, atención como pacientes internos, atención en la unidad de cuidados intensivos y atención a largo plazo entre 1999 y 2012.

En ese periodo, las tasas de muestras de la bacteria *Pseudomonas aeruginosa* que eran resistentes a al menos tres tipos de antibióticos aumentaron de alrededor de 15% a 26%, encontraron los investigadores.

Por otra parte, la tasa de muestras de bacterias resistentes a los carbapanemes (una clase de antibiótico considerada como uno de los tratamientos de último recurso contra las infecciones altamente resistentes) aumentó de poco más de 9% a 20%.



La resistencia a los fármacos fue más común entre los niños en unidades de cuidados intensivos, los que tenían de 13 a 17 años de edad, y los del oeste medio del país, mostraron los hallazgos.

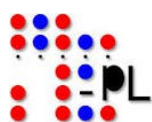
El estudio ofrece más evidencias de la necesidad de estrategias agresivas para rastrear, prevenir y tratar las infecciones resistentes a los antibióticos en los niños, apuntaron los investigadores.

“Las infecciones por *P. aeruginosa* pueden ser graves”, advirtió la autora del estudio, la Dra. Latania Logan, del Centro Médico de la Universidad de Rush, en Chicago.

“Esas infecciones pueden provocar una enfermedad prolongada, unas estadías más largas en el hospital y un aumento en el riesgo de muerte de los niños”, añadió.

Otro autor del estudio, el Dr. Sumanth Gandra, del Centro de Dinámicas, Economía y Políticas de la Enfermedad en Washington DC, dijo que “las infecciones por *P. aeruginosa* altamente resistente a los medicamentos dejan a los proveedores de atención de la salud con pocas (a veces ninguna) opciones de antibióticos disponibles, y esos antibióticos son menos seguros y más tóxicos para los niños”.

Cada año se producen unas 51.000 infecciones por *P. aeruginosa* asociadas con la atención de la salud en adultos y niños de Estados Unidos, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Más de 6.000 de esas infecciones son resistentes a múltiples clases de antibióticos, resultando en unas 400 muertes al año.²



Jamaica: Preocupación por el aumento de casos de enfermedad de manos, pies y boca en niños

1 de noviembre de 2016 – Fuente: Prensa Latina (Cuba)

El Ministerio de Salud de Jamaica expresó el 1 de noviembre su preocupación por el aumento en el número de casos de enfermedad de manos, pies y boca, que ya afectó a más de 300 niños en el país este año.

En un comunicado, la entidad reveló esa cifra y exhortó a los directivos de la cerca de 100 escuelas, donde estudian los menores, a tomar todas las medidas preventivas para manejar el brote y prevenir la propagación de la enfermedad altamente contagiosa entre la población escolar.

Además los instó a informar de cualquier nuevo contagiado a los departamentos de salud de su parroquia para solicitar asistencia.

Según el organismo, los funcionarios también proporcionan detalles sobre la afección los padres y las escuelas para reducir su transmisión, que en especial golpea a las parroquias de Saint Catherine, Kingston y Saint Andrew.

“No hay vacuna para prevenir la enfermedad. Sin embargo, pasos simples como lavarse las manos regularmente y practicar una buena higiene pueden ayudar a reducir el riesgo de infección”, precisó el ministerio.

El oficial médico principal interino de esa organización, Winston De La Haye, pidió a los padres mantener a los niños infectados en la casa durante al menos siete días.

“Los administradores escolares deben limpiar y desinfectar regularmente las áreas, especialmente los lugares donde los niños pequeños frecuentan”, subrayó.

De acuerdo con el funcionario, los menores pueden infectarse con el virus al tener contacto cercano con otros infantes, compartir vasos y utensilios de comer, tocar heces, así como otros objetos y superficies contaminados.

Esta nueva ola de la afección viral ocurre a poco más de un año del último brote en septiembre de 2015.

Sin embargo, el gobierno decidió no cerrar escuelas tan pronto como se detectaron los primeros casos, al considerarlo una acción drástica y prematura.

“Creemos que equilibrar la necesidad de tiempo escolar y seguir los requisitos del Ministerio de Salud es una respuesta razonable”, dijo entonces Ronald Thwaites, titular de la cartera de Educación. Más tarde y ante la propagación de la enfermedad una serie de centros docentes afectados sí fueron clausurados.³

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

³ La enfermedad de manos, pies y boca (también conocida como fiebre aftosa humana) es una leve dolencia viral, cuyos síntomas principales son dolor en la boca y presencia de pequeñas ampollas, úlceras o aftas. Los dos tipos de virus que la causan son los virus *Coxsackie* y *Enterovirus*.

Ataca especialmente a los niños que empiezan a caminar, aunque puede aparecer a cualquier edad. Esto ocurre particularmente cuando hace calor, normalmente en el verano o a principios del otoño. Las mujeres embarazadas deben evitar exponerse a la enfermedad de manos, pies y boca, ya que ésta puede causar una infección viral más grave en el niño que todavía no ha nacido y, con ella, posibles defectos de nacimiento. Sin embargo el riesgo es pequeño.

Los síntomas de la fiebre aftosa empiezan de tres a seis días después de estar expuesto a ella e, inicialmente, son fiebre baja (de 37,5 a 39°C), pérdida de apetito, dolor en la boca y sentimiento de enfermedad no localizada. Pasados un par de días, empiezan a aparecer ampollas pequeñas pero de aspecto normal. Estas pueden variar de tamaño, desde 2 a 4 mm. Dichas ampollas están rodeadas de un área pequeña de coloración rojiza. Aparecen generalmente: en la boca, formando algunas ulceraciones poco profundas y dolorosas; en las palmas de las manos y en las plantas de los pies, en la mayoría de los niños en edad preescolar y en 10% de los adultos; y con menos frecuencia, en las nalgas, en la parte superior de los brazos y de las piernas o en los genitales.

No existe tratamiento específico para la enfermedad de manos, pies y boca. Síntomas individuales, como la fiebre o el dolor de las ampollas pueden ser aliviados con el uso de medicamentos, aunque la mayoría de las ampollas desaparecen sin ulcerarse, romperse o dejar cicatrices. Se trata de una enfermedad viral que debe seguir su curso; muchos médicos no recetan medicamentos, a menos que la infección sea severa. Es usualmente recomendable que al niño afectado se le deje reposar en casa hasta que la infección ceda.

Sólo una pequeña minoría de los pacientes requiere hospitalización, principalmente producto de complicaciones neurológicas, tales como encefalitis, meningitis, edema agudo de pulmón o hemorragia pulmonar.

¿De verdad podremos acabar con la epidemia del sida en un futuro próximo? La pregunta no pone en duda la legitimidad del deseo y tampoco resulta novedosa; después de todo, se trata de la misma que muchas personas se han planteado desde hace años y que ha tenido como resultado una densa producción de planes gubernamentales, institucionales, políticas públicas, acciones individuales y colectivas, declaraciones políticas, y un largo etcétera. Pero, puede ser útil traerla al escenario como punto de aproximación para evaluar la pertinencia de las acciones que han alimentado y sustentan lo que se conoce como la respuesta al VIH/sida.

Como en 2001, 2006 y 2011, en junio de este año se llevó a cabo en New York la Reunión de Alto Nivel sobre el Sida de las Naciones Unidas, y como en las ocasiones anteriores, ésta tuvo como resultado una Declaración política sobre el VIH/sida que expresa las preocupaciones de los representantes de numerosos gobiernos, académicos, organizaciones sociales y organismos internacionales. En ella se reconoce la gravedad de la epidemia en el mundo y los avances para contenerla. No obstante, la declaración también incluye una larga serie de compromisos con los que, se asume, se generarán las condiciones para terminar con la epidemia en el no muy lejano año 2030.⁴

Durante la reunión, incluso algunos días antes, fue posible conocer opiniones acerca de que en ella se decidiría el futuro de la epidemia, lo que en cierto modo es acertado, pero siempre conviene –y en este caso concreto con más ahínco– dosificar el optimismo para asegurar firmeza en los pasos. No se trata de negar la importancia de la reunión, ni la complejidad que supuso redactar la declaración, sino, en todo caso, reflexionar sobre la posibilidad de que sus compromisos se concreten, considerando determinados factores que pueden matizar la perspectiva sobre la epidemia en México.

El primer aspecto relevante es el hecho de que, a pesar de que la percepción sobre el sida parece diluir su carácter de emergencia en la medida que se refuerza la idea de que la infección por VIH es sólo un padecimiento crónico, la situación continúa siendo un problema de salud pública cuya relevancia no puede soslayarse. El más reciente reporte sobre el estado de la epidemia en México⁵ indica que entre 2010 y 2015 el número de personas fallecidas por complicaciones asociadas al sida se mantiene en cerca de 5.000 cada año y que si bien el número de diagnósticos durante el mismo periodo presenta una reducción gradual, éste se mantiene por encima de los 5.000 anualmente. Y aunque en el mismo reporte no se precisa el número anual de nuevas infecciones por VIH (una cosa es la cantidad de personas que son diagnosticadas y otra la cantidad de personas que adquieren la infección), lo que dificulta la evaluación de los avances en la prevención, sí puede interpretarse como un fallo relevante el hecho de que el número de muertes no ha descendido sustancialmente en los años recientes, pese al sorprendente desarrollo de medicamentos antirretrovirales en la dos últimas décadas y al incremento en el acceso al tratamiento, que en México está garantizado sin costo para todas las personas que lo requieran.

Preguntar sobre la viabilidad de terminar con la epidemia en 2030 implica inquirir sobre las acciones que tendrán que realizarse, reconocer que deben ser urgentes y efectivas y, especialmente, reflexionar sobre los actores que deben ejecutarlas. Quizás todo simultáneamente y de modo sistemático.

Debe señalarse que la fecha y el objetivo no implica que después de 2030 no vaya a haber más infecciones por VIH, sin duda éstas seguirán presentándose. Pero sí que las estrategias de prevención debieran conducirnos a su reducción, y que las condiciones de diagnóstico, atención y tratamiento tendrán que implicar que las personas con VIH no desarrollen sida, que es una fase avanzada de la infección y puede conducir a la muerte.

En tal sentido, un segundo aspecto que debe considerarse para la erradicación del sida en la tercera década de este siglo es la necesidad de cumplir las metas establecidas mediante la estrategia denominada 90-90-90, impulsada por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y cuyo plazo es 2020. México se ha comprometido a lograrlas y esto quiere decir que para esa fecha 90% de las todas las personas con VIH en el país debe haber sido diagnosticada, y que del total de personas diagnosticadas, 90% debe estar recibiendo tratamiento con medicamentos antirretrovirales y, finalmente, también implica que en 90% de los casos de personas que reciben medicamentos, el tratamiento sea tan efectivo que prácticamente no puedan detectarse copias del virus en su sangre –condición conocida como carga viral indetectable, lo cual no significa una cura–. El problema es que 2020 sólo está a poco más de tres años de distancia y no parece que se haya avanzado lo suficiente.

Del total de las 190.000 personas con VIH en el país, según estimaciones presentadas en julio de 2015 por el Centro Nacional para la Prevención y el Control del Sida en México (CENSIDA) y el ONUSIDA, en marzo de 2016 sólo 127.823 (67% del estimado) habían sido diagnosticadas, y 75.785 recibían tratamiento antirretroviral por parte de la Secretaría de Salud. En este punto debe señalarse un desafío relevante para lograr las metas propuestas: además de la cantidad de diagnósticos que debe realizarse en los próximos años (14.000 cada año y que se dificulta porque no es sencillo encontrar a las personas y convencerlas de que se realicen la prueba de detección), parece complicado conocer el número preciso de personas que están bajo tratamiento, ya que la cifra antes mencionada solo se refiere a quienes reciben servicios de salud bajo el esquema del Seguro Popular y no contempla a las personas con VIH afiliadas al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). No será posible medir el avance si no se cuenta, de modo concentrado, con los datos sobre la epidemia. ¿Cómo hará la Secretaría de Salud para resolver esta carencia?

⁴ Puede consultar la *Declaración Política sobre el VIH/SIDA* haciendo clic [aquí](#).

⁵ Puede consultar el informe completo haciendo clic [aquí](#).

Por otra parte, la ejecución de la estrategia 90-90-90 requiere el cumplimiento de uno de los compromisos de la Declaración de New York: incrementar la inversión para el VIH/sida. No sólo para la prevención, diagnóstico y tratamiento antirretroviral, también para ampliar la cobertura de los servicios de salud a las personas con VIH. Esto último es fundamental porque en México el Seguro Popular no cubre gastos por infecciones oportunistas, ni hospitalización en los casos requeridos, ambos factores fundamentales para comprender la persistencia de la alta tasa de fallecimientos asociados al VIH/sida. La pregunta es ¿cómo se incrementará la inversión, si durante 2016 el recorte presupuestario en salud ha sido de 727,5 millones de dólares y para 2017 se prevé una reducción de 7,8% en el mismo rubro? Tal vez la Cámara de Diputados debiera estar trabajando para asegurar el presupuesto necesario para la salud, pero el sida no parece ser una prioridad para los diputados federales. Ejemplo de lo anterior es el hecho de que en el X Foro Legislativo sobre VIH, realizado el 27 de abril pasado, de legislativo sólo tuvo el nombre porque el único legislador que acudió fue José de Jesús Zambrano Grijalva, quien pronunció un breve discurso y se retiró. Desde luego, ratificó el compromiso de la actual legislatura para hacer lo necesario para contar con los recursos necesarios para atender la epidemia, quizás sea el momento para que el discurso político se traduzca en acciones concretas.

La lista de factores que deben considerarse para la erradicación de la epidemia puede extenderse más: la falta de transparencia sobre los presupuestos y acciones realizadas por los gobiernos estatales, el desinterés de instituciones académicas para impulsar investigaciones que lleven a entender por qué las personas se siguen infectando con el VIH, por ejemplo, o la necesidad de asegurar la eficiencia en el gasto federal. El problema es que el optimismo sobre las declaraciones políticas parece haber apaciguado la necesidad de contemplarlos con detalle y preguntar cómo se atenderán. Entretanto, conviene no olvidar que 5.000 fallecimientos anuales sigue siendo la distancia que nos aleja de la meta, no cuestionada, de acabar con la epidemia de VIH/sida en México.

El Comercio **Perú, Piura: Las restricciones de agua causan un aumento de casos de dengue**

14 de noviembre de 2016 – Fuente: El Comercio (Perú)

En lo que va del año, el dengue ha causado la muerte de 17 personas en Piura, y los casos de esta enfermedad se han incrementado debido a las restricciones de agua que padece esta región norteña. Así lo informó el jefe de Epidemiología de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Piura, Edward Pozo Súcuple, quien dijo que los casos han aumentado en Piura, Sullana y Catacaos.

“Las restricciones de agua, por déficit en la represa de Poechos, que abastece de agua a la ciudad, han causado que la gente almacene más agua en depósitos, que es justamente donde se reproduce el mosquito. Si las restricciones continúan, hay mucho riesgo de que los casos de dengue sigan aumentando”, dijo Pozo.

A la fecha, la DIRESA ha contabilizado 8.052 casos, de los cuales 3.701 han sido confirmados. No obstante, a los especialistas de la DIRESA les preocupa el aumento de casos en Catacaos, Piura y Sullana. “Ya estamos desplegando personal para que abatice y fumigue en esos sectores. Otra de las cosas que nos preocupa es que en verano el mosquito se reproduce más rápido”, explicó Pozo.



Personal de los centros de salud fumigan las viviendas de los sectores de Catacaos, Piura y Sullana debido al incremento de los casos de dengue.

Sin presupuesto

Una de las grandes falencias en la lucha contra el dengue en esta región es el presupuesto. “En septiembre se acabó el dinero que teníamos para control y combate de dengue, fiebre chikungunya y fiebre zika, así como el dinero de las emergencias sanitarias. Ahora estamos esperando que el Ministerio de Salud nos transfiera 105.000 dólares que hemos solicitado para seguir luchando contra estas enfermedades”, dijo Pozo.

Se conoció, además, que para evitar muertes por dengue –en 2015 murieron 22 personas y en 2016 ya van 17– la DIRESA requiere un presupuesto de 3,23 millones de dólares. Este dinero –según explicaron las autoridades de Salud– es solicitado anualmente al Ministerio de Salud. Sin embargo, nunca les entregan el monto. Todos los años la región Piura recibe cerca de 1,17 millones de dólares para la lucha contra estas enfermedades transmitidas por *Aedes aegypti*.

Venezuela: Los casos de malaria ascienden a casi 200.000 en el año 2016

18 de noviembre de 2016 – Fuente: 2001 (Venezuela)

Continúa sin control el aumento y la expansión acelerada de la epidemia de malaria en Venezuela; en 2015 alcanzó un record histórico de incidencia en 75 años, de 136.402 casos, (desde que se llevan registros confiables). En las primeras 44 semanas epidemiológicas (SE) del año 2016, hasta el 5 de noviembre, se notificaron 199.902 casos nuevos, autóctonos de malaria, lo que representa un aumento de 73,4% con respecto al período homólogo anterior (115.313 casos), según el Boletín Integral de la Dirección de Salud Ambiental.



El comunicado emitido por la Sociedad Venezolana de Salud Pública Red Defendamos la Epidemiología señala que en total, 3.202 nuevos casos autóctonos se identificaron en la SE 44 de 2016, del 29 de octubre al 5 de noviembre. Los casos hasta ahora acumulados, superaron ampliamente la cifra de incidencia acumulada durante todo el año 2015.

La incidencia parasitaria anual (IPA) acumulativa del país, ajustada a la población que reside en áreas de transmisión continua, ascendió a una cifra record de 22,9 cada 1.000 habitantes. De acuerdo a lo realizado hasta la presente fecha, el valor predictivo del índice de láminas tomadas para pesquisa de malaria durante el año (IAES), con respecto a la población expuesta a contagio por transmisión vectorial, fue de 8,2%. El índice de láminas positivas acumulativo (ILP) es de 28,04%. El índice epidémico acumulativo hasta la SE 19 fue de 282, lo que indica para ese momento un aumento de 182% respecto al observado en el quinquenio 2011-2015.

La fórmula parasitaria de la casuística acumulativa, originada en el territorio nacional es de 76,08% para *Plasmodium vivax* (152.087 casos); 18,61% para *P. falciparum* (37.203 casos); 6,12 % para infecciones mixtas (*P. vivax* + *P. falciparum*) (12.239 casos) y 0,001% (20 casos) para *P. malariae*.

De 24 entidades federales, 17 (70,83%) se encuentran en alerta o epidemia.

El estado Bolívar acumuló 150.797 casos notificados (75,43%), Amazonas 18.794 casos, (9,40%), Sucre 16.227 casos (8,11%), Delta Amacuro 7.486 casos (3,74%), Monagas 4.391 casos (2,19%), Zulia 1.538 casos (0,76%), Apure 175 casos (0,08%), Miranda 114 casos (0,05%), Vargas 104 casos (0,05%), Anzoátegui 179 casos (0,08%), Barinas 50 casos (0,02%), Guárico 40 casos (0,02%), Trujillo siete casos (0,003%), Táchira tres casos (0,001%).

Las últimas entidades federales sumadas a la lista de las 15 en epidemia fueron el estado Aragua (dos casos en las SE 20 y 21) y el Distrito Capital (dos casos en la SE 27, que se trataría de malaria inducida por transfusión y se identificaron en la parroquia Sucre, municipio Libertador del Distrito Capital).

Los casos autóctonos en el estado Aragua, (situación que no ocurría desde hace más de 20 años) se identificaron en la población costera de Chuao, municipio Santiago Mariño. Con toda seguridad, este nuevo foco activo es una extensión del foco activo del estado Vargas (parroquia Carayaca), como era de esperarse. No se han notificado nuevos casos en este foco en las últimas 22 semanas.

A los casos identificados previamente en el estado Miranda, en los municipios Brión (Higuerote, un caso) y Andrés Bello (San José de Río Chico, tres casos), de la región de Barlovento, se agregaron, a partir de la SE 30, 103 nuevos casos autóctonos en el Municipio Paz Castillo de los valles del Tuy (Santa Lucía). La tendencia ha sido decreciente, en las últimas 14 semanas, luego de aplicar medidas de control.

No obstante, la epidemia se ha extendido a otros municipios del estado Miranda: Municipio Independencia, seis casos (tres en El Cartanal y tres en Santa Teresa del Tuy); uno en el Municipio Cristóbal Rojas, (Charallave).

El brote epidémico en el estado Vargas aumentó a 104 casos autóctonos acumulados (tres casos más en las últimas 10 semanas); es el mayor número de casos autóctonos alcanzado en ese estado en 11 años. Los primeros casos se identificaron luego del asueto de Semana Santa, en la localidad de Puerto Cruz, Parroquia Carayaca, en la que se identificaron 94 casos autóctonos. La enfermedad se extendió a la Parroquia Catia La Mar (cinco casos), Maiquetía (un caso), La Guaira (dos casos) y Caraballeda (dos casos), luego de la introducción de casos en el mes de marzo, provenientes de las minas del estado Bolívar.

Desde hace décadas, no ocurría una situación similar, con casos autóctonos en Caracas y poblaciones circunvecinas de los estados Miranda, Aragua y Vargas.

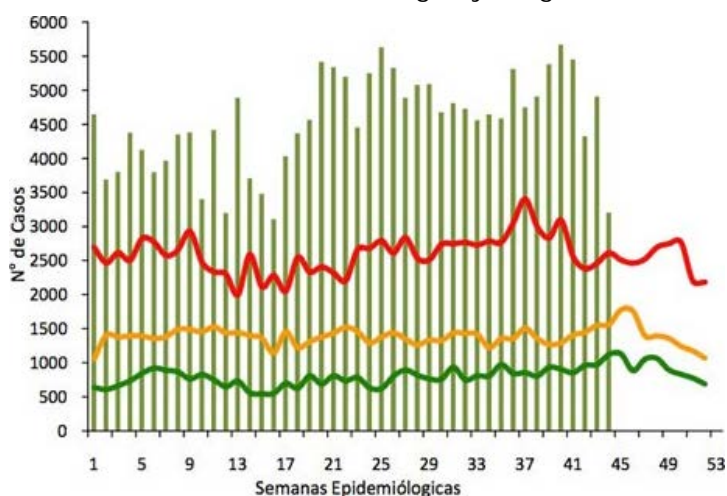


Gráfico 1. Corredor endémico de malaria. Venezuela. Año 2016. Fuente: Dirección General de Salud Ambiental.

Los casos acumulados en Machiques de Perijá, Jesús María Semprúm, Mara y más recientemente Colón (Estado Zulia) suman 1.528, un aumento de 56,7% respecto de 2015 (975 casos). El IPA en Zulia ascendió a 12,9 cada 1.000 habitantes. La parroquia más afectada del país es la de San Isidro (municipio Sifontes, estado Bolívar, 61.020 casos acumulados, 30,52% del país). El municipio Sifontes es el más afectado del país con 67.549 casos (33,79% de los casos del país).

El Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) debe darle extrema urgencia y prioridad a las acciones de control de la epidemia de malaria, ya que la medidas aplicadas en los últimos tres años y hasta este momento, entre ellas la Micromisión Malaria, han fracasado y se ha acentuado el riesgo de expansión a nuevos focos de transmisión continua como está ocurriendo actualmente en los estados Vargas (cinco parroquias), Miranda (cinco municipios, Monagas (ocho municipios), Anzoátegui (nueve

municipios (entre ellos Sotillo, Puerto La Cruz, con transmisión urbana), Apure (cinco municipios, entre ellos San Fernando), Barinas (siete municipios), Zulia (cuatro municipios). Las cifras antes mencionadas, no incluyen el elevado número de casos de malaria, producto de recaídas y subregistro, por lo que la magnitud del problema es mucho mayor.

Los datos más recientes están confirmando la extensión geográfica de la transmisión de la enfermedad, mediante la activación de nuevos focos o reactivación de focos inactivos en muchos años, en numerosas zonas que no corresponden a las áreas de transmisión continua de la enfermedad, razones que obligan a diseñar estrategias y planes para toda la Nación y no solo para los focos de transmisión del pasado, continuamente activos.

Información extraoficial indica que las reservas de medicamentos derivados de la artemisinina, indispensables para el tratamiento de la malaria por *P. falciparum* han sido parcialmente repuestas. Los inventarios aún son insuficientes. También son insuficientes, en el estado Bolívar, los colorantes para teñir las láminas para diagnóstico microscópico (tinción de Giemsa) y las pruebas rápidas para el diagnóstico inmunológico de la enfermedad.

De 106 países con transmisión continua de malaria, 102 redujeron en 37% la incidencia anual, entre 1990 y 2015. Venezuela forma parte del grupo de cuatro países que aumentaron la incidencia de malaria; este incremento fue de 356%.

El mundo



Burkina Faso: Brote de dengue

18 de noviembre de 2016 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

Desde agosto de 2016, se han reportado casos de dengue y muertes sospechosas en Ouagadougou, la capital de Burkina Faso.

Del 5 de agosto al 12 de noviembre de 2016, se reportó un total de 1.061 casos probables (positivos para la prueba de diagnóstico rápido, RDT, para dengue) de 1.266 casos sospechosos, con un total acumulado de 15 muertes (tasa de letalidad de 1,2%). Los casos se han registrado en los 12 distritos de Ouagadougou. Además, otras dos regiones han reportado casos: Sahel en el norte (12 casos positivos para RDT), y Hauts-Bassins en el oeste (6 casos positivos para RDT).

Entre los casos positivos para RDT, 273 casos en Ouagadougou están bien documentados. Los principales signos reportados por los pacientes incluyen dolor de cabeza (77%), dolor articular (51%), síntomas gastrointestinales (47%) y síntomas hemorrágicos (6%). El 70% de las personas afectadas son mayores de 25 años, con una edad media de 30 años. Además, las mujeres son más afectadas que los hombres. El 9 de noviembre fueron enviadas 61 muestras al Instituto Pasteur de Dakar (IPD), un Centro Colaborador para Arbovirus de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para pruebas de confirmación. Los resultados preliminares, recibidos el 14 de noviembre, muestran que 29 muestras (47,5%) fueron positivas para dengue, mediante reacción en cadena de la polimerasa cuantitativa en tiempo real (qRT-PCR). Se ha identificado el serotipo DENV-2, y se requieren más pruebas. Están pendientes los resultados de la secuenciación genética.

Respuesta de salud pública

- El Ministerio de Salud ha establecido un mecanismo de vigilancia y respuesta integrada de enfermedades (IDSR), pero la vigilancia del dengue no está incluido. Se proyecta incluir al dengue para aumentar la capacidad de vigilancia.
- Una investigación inicial se llevó a cabo del 24 al 28 de octubre en seis centros de salud y están en curso otras investigaciones.
- Se garantiza la coordinación a través de reuniones semanales del comité nacional de gestión de epidemias, junto con las autoridades sanitarias y otros departamentos ministeriales implicados en la respuesta.
- Ha sido desarrollado un plan de respuesta que incluye el control de vectores y la comunicación de riesgos.
- Se actualizaron las herramientas de vigilancia del dengue y las directrices para la detección y la gestión de los casos y fueron difundidas entre los individuos que actúan en la respuesta.
- El Ministerio de Salud tiene previsto reforzar la capacidad del laboratorio nacional de referencia para fiebres hemorrágicas virales, con apoyo adicional del IPD y la OMS.
- Distribución y difusión de mensajes que creen conciencia acerca del dengue, el manejo de casos y medidas preventivas, traducidos a las lenguas oficiales propias de cada país.
- Se han proporcionado mosquiteros a los principales hospitales de Ouagadougou para los pacientes afectados por dengue grave.
- Atención médica y tratamiento gratuitos para los casos graves de dengue.

Evaluación de riesgos de la OMS

El dengue se ha presentado en un contexto de escasa vigilancia de esta enfermedad en Burkina Faso. Muchos centros de salud no tienen acceso a la RDT para dengue. Las definiciones de caso y las directrices para el manejo de casos no están suficientemente difundidas, por lo que los trabajadores sanitarios no están bien entrenados en la vigilancia del dengue, específicamente en la detección y notificación de casos. La concienciación sobre la enfermedad entre los trabajadores sanitarios y la prevención es deficiente, y la vigilancia de esta enfermedad no está bien establecida a pesar de ser un mecanismo de IDSR.

A pesar de que la temporada de lluvias ha terminado, el potencial para una alta densidad de mosquitos todavía está presente, ya que son numerosos los sitios de reproducción de los vectores en los hogares y en la comunidad. Continúan las conversaciones entre las partes interesadas y los entomólogos acerca de las intervenciones de control de vectores en la comunidad. Las medidas de control de vectores deberían identificar los sitios de cría más productivos (donde se detecta la mayor densidad de larvas) e implementar las medidas de reducción con el apoyo activo de

la comunidad. Debe realizarse el monitoreo entomológico en sitios seleccionados para evaluar el impacto de todas las medidas de control. Debe considerarse el uso de mosquiteros para los pacientes virémicos hospitalizados. Además, deben implementarse medidas de prevención a nivel individual.

Por otra parte, es importante destacar que los trabajadores sanitarios y el público en general tienen el foco puesto en la malaria más que en el dengue. Por lo tanto, existe la necesidad de fortalecer la capacidad de diagnóstico precoz, la conciencia de la comunidad a través de la comunicación, la movilización social, las intervenciones de participación comunitaria, el control de vectores y la orientación de la gestión clínica para responder mejor a este brote.

Ouagadougou es la capital de Burkina Faso, con las principales carreteras y vías ferroviarias que conectan con los países vecinos, y un aeropuerto internacional. Además, existe un movimiento frecuente de población hacia y desde los países vecinos. Actualmente no hay evidencias que indiquen la existencia de brotes de dengue en las regiones circundantes; sin embargo, no se puede descartar que ya esté circulando en esas áreas el virus Dengue. La información disponible es insuficiente para evaluar este riesgo.

Advertencias de la OMS

La OMS recomienda que los países sólo deben considerar la introducción de la vacuna CYD-TDV contra el dengue en entornos geográficos (nacionales o subnacionales) donde los datos epidemiológicos indiquen una alta carga de la enfermedad. Actualmente no hay evidencia suficiente de una alta prevalencia de dengue en Burkina Faso. Se requieren más investigaciones.

Se recomienda la prevención del dengue a través de métodos de control de vectores, tales como la eliminación del hábitat de los mosquitos y el uso de insecticidas (fumigación en interiores y exteriores), y mediante medidas de prevención a nivel individual, como uso de repelente, uso de ropas de colores claros y de mangas largas, e instalación de telas mosquiteras en las habitaciones para evitar que los mosquitos ingresen.

La OMS no recomienda que se apliquen restricciones generales de viaje o comerciales con Burkina Faso, en base a la información disponible para este evento.



China: Nuevos casos de influenza aviar A(H7N9)

17 de noviembre de 2016 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

El 11 de noviembre de 2016, la Comisión Nacional de Salud y Planificación Familiar de China notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) dos nuevos casos confirmados por laboratorio de infección humana por el virus de la influenza aviar A(H7N9).

Uno de los casos es una mujer de 77 años de edad, de la provincia de Zhejiang, que desarrolló síntomas el 6 de octubre. Tenía un historial de exposición a aves de corral vivas antes de la aparición de los síntomas. Se encuentra en condición severa.

El otro caso es un hombre de 89 años de edad, de la provincia de Jiangsu, que desarrolló síntomas el 20 de octubre. No tenía antecedentes de exposición conocida a aves de corral vivas. También se encuentra en condición severa.

Desde principios de 2013, un total de 800 casos humanos de infección por el virus de la influenza aviar A(H7N9) confirmados por laboratorio ha sido informado a través de la notificación al Reglamento Sanitario Internacional.

Respuesta de salud pública

El gobierno chino ha implementado las siguientes medidas de vigilancia y control:

- fortalecimiento de la vigilancia y análisis de la situación;
- reforzamiento máximo del tratamiento de los casos; y
- comunicación pública del riesgo y difusión de la información.

Evaluación de riesgos de la OMS

La mayoría de los casos humanos se expusieron al virus A(H7N9) a través del contacto con aves de corral infectadas o ambientes contaminados, incluidos los mercados de aves vivas. Dado que el virus sigue siendo detectado en animales y en el ambiente, se pueden esperar casos humanos adicionales. A pesar de que se han informado previamente pequeños clústeres de casos humanos de influenza A(H7N9), incluyendo algunos que involucraban a trabajadores sanitarios, la evidencia epidemiológica y virológica actual sugiere que este virus no ha adquirido la capacidad de transmisión sostenida entre seres humanos. Por lo tanto, una mayor propagación a nivel de la comunidad se considera poco probable.

Las infecciones humanas por el virus A(H7N9) son inusuales y deben ser monitoreadas estrechamente con el fin de identificar los cambios en el virus y/o su capacidad de transmisión a los seres humanos, ya que esto puede tener un serio impacto en la salud pública.

Advertencias de la OMS

La OMS recomienda a quienes viajen a países donde haya brotes conocidos de influenza aviar que eviten, en lo posible, las granjas de aves de corral, el contacto con los animales en los mercados de aves vivas, el ingreso a instalaciones donde se sacrifiquen aves de corral y el contacto con cualquier superficie que parezca estar contaminada con heces de aves de corral o de otros animales. Los viajeros deben lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón, y prestar estricta atención a las medidas de seguridad e higiene de los alimentos.

La OMS no recomienda la realización de exámenes especiales en los puntos de entrada ni la aplicación de restricciones a los viajes ni al comercio en relación con este evento. Como siempre, debe considerarse el diagnóstico de infección por un virus de la influenza aviar en pacientes que presentan síntomas respiratorios agudos severos durante el viaje a un área afectada por la influenza aviar o poco después del regreso desde dichas áreas.

La OMS alienta a los países a continuar reforzando la vigilancia de la influenza, en particular la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas graves (IRAG), y examinar cuidadosamente todos los casos inusuales, con el fin de garantizar la notificación de las infecciones humanas en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (2005), y continuar las acciones nacionales de preparación sanitaria.



Ghana, Central Region: Un brote de cólera suma 268 casos

14 de noviembre de 2016 – Fuente: Citi FM Online (Ghana)

Los casos notificados de cólera en Central Region, Ghana, llegaron a 268 el 8 de noviembre por la tarde, sin haberse registrado muertes, según dio a conocer el Dr. Samuel Kwashie, Director de Servicios de Salud de Central Region. Agregó que los casos provenían predominantemente del Distrito Metropolitano de Cape Coast, en particular de los suburbios de Abura y Pedu.

El 10 de noviembre, en una reunión con el Consejo de Coordinación de Central Region para brindar un resumen sobre el estado del brote, Kwashie dijo que las autoridades de salud y los asociados habían intensificado la educación sobre la enfermedad en iglesias, escuelas, mezquitas y funerarias, en un esfuerzo por contener su propagación. Felicitó a las autoridades sanitarias de la región y sus asociados por la ausencia de víctimas mortales desde el brote de la enfermedad.

Central Region es la única región que ha registrado un brote de cólera este año. De los casos reportados, 261 corresponden al Distrito Metropolitano de Cape Coast, y cinco al Distrito Abura/Asebu/Kwamankese; el Distrito Asikuma/Odoben/Brakwa y el Distrito Municipal Komenda/Edina/Eguafo/Abirem informaron un caso cada uno.

Kwashie, sin embargo, dio a entender que casi todos los casos reportados fuera de Cape Coast estaban vinculados de alguna manera con este distrito metropolitano. “Casi todos los casos reportados fuera de Cape Coast habían estado en esta metrópoli, y pueden haber comido algo en la zona”, dijo. Instó a los residentes de la región a ser conscientes de lo que compran y comen.



Gestión del brote

Kwashie dijo que se han establecido seis comités para contener la situación. “Los comités incluyen todo lo relacionado con la logística, el agua, el saneamiento y la higiene, la vigilancia, y la comunicación y la coordinación en la gestión de casos”, dijo. Agradeció al Ministerio de Salud, el Consejo de Coordinación Regional y todos los asociados en salud por su apoyo.

Las estadísticas

En 2015 se registraron 18 casos de cólera en la región. Durante un brote nacional que tuvo lugar en 2014, la región registró 3.846 casos de la enfermedad, con 60 muertes. Fue el peor brote en una década. No hubo casos de la enfermedad en 2013. Sin embargo, en 2012 hubo 108 casos con 12 muertes, y en 2011 hubo 588 casos, con 11 muertes.



Kenya, Murang'a: Doce personas hospitalizadas tras contraer carbunco

9 de noviembre de 2016 – Fuente: Standard (Kenya)

Doce personas fueron ingresados en el Hospital de Distrito de Murang'a después de comer carne de una vaca afectada de carbunco.

Decenas de residentes de las aldeas de Karurumo y Kanyenyani, en Kangema, fueron trasladados al hospital el 7 de noviembre después de que desarrollaran síntomas compatibles con carbunco.

El primer grupo de nueve personas, que presentaban diarrea y vómitos, fueron trasladados al Centro de Salud de Kangema y derivados posteriormente al Hospital de Distrito Murang'a. Otras tres personas fueron posteriormente trasladadas al mismo establecimiento. Ellos afirmaron que la carne había sido provista por un aldeano, cuya esposa e hijos también han sido afectados.

El incidente se produjo apenas cuatro días después de que muriera un hombre en la aldea de Giatutu, en Gatanga, y otras 25 personas fueran hospitalizadas después de consumir carne de una vaca sin inspeccionar.



Los médicos informaron que las víctimas están en condición estable. Joseph Mbai, Oficial en Jefe de Salud del Condado de Murang'a, advirtió a la población local para que no consuma carne de origen desconocido.

Mbai dijo que el hombre que distribuyó la carne permanece oculto. Agregó que han sido movilizados funcionarios de salud pública para realizar educación sanitaria en Karurumo y pueblos vecinos, instando a los que podrían haber consumido la carne a que busquen tratamiento.

"El sospechoso se encuentra actualmente en libertad, pero en el futuro la población debe tener mucha precaución para asegurarse de comprar carne de vendedores autorizados, para evitar contraer enfermedades", dijo.

Al mismo tiempo, una de las víctimas que la semana pasada consumió carne de una vaca muerta en la aldea de Giatutu, en Gatanga, y contrajera carbunco, ha sido remitido al Hospital de Distrito de Murang'a para recibir tratamiento especializado. La víctima estuvo en el Hospital del Sub-distrito de Kirwara durante cuatro días antes de ser derivado, después de que su estado empeorara.



Anuncian un estudio de fase III para evaluar una nueva formulación pediátrica de nifurtimox para el tratamiento de la enfermedad de Chagas

15 de noviembre de 2016 – Fuente: PRNewswire

Bayer anunció el 15 de noviembre un estudio clínico de fase III que evalúa la eficacia y seguridad de una recientemente desarrollada formulación de nifurtimox⁶ para niños de todas las edades que han sido diagnosticados con la enfermedad de Chagas⁷. El nifurtimox no está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de Estados Unidos (FDA) y no existen tratamientos aprobados por la FDA para niños con enfermedad de Chagas.

La enfermedad de Chagas es una enfermedad potencialmente mortal causada por el parásito protozoario *Trypanosoma cruzi*. Se estima que más de 300.000 personas en Estados Unidos están infectadas con la enfermedad de Chagas. El patógeno se transmite a menudo por una madre infectada a su hijo durante el embarazo o el parto. Los niños, por lo tanto, representan la mayor parte de las nuevas infecciones. Además del tamizaje y el diagnóstico sistemáticos, el tratamiento de las mujeres infectadas en edad reproductiva y los niños es una herramienta eficaz en la lucha contra la propagación de la enfermedad.

"Como fabricante de nifurtimox, tenemos un compromiso a largo plazo en la lucha contra esta enfermedad. Los niños son el grupo de pacientes más vulnerable. Cada niño que pueda ser tratado es un paso hacia el control de la enfermedad", dijo Dieter Weinand, Miembro del Consejo de Dirección de Bayer AG y Presidente de la División Farmacéutica de Bayer.

Nifurtimox está en la lista de "medicamentos esenciales" de la Organización Mundial de la Salud (OMS) tanto para adultos como para niños. La OMS está distribuyendo nifurtimox en sus esfuerzos para controlar la enfermedad de Chagas para 2020. Desde el año 2004, como parte del compromiso de Bayer con las enfermedades tropicales desatendidas, la compañía ha entregado a la OMS un suministro permanente garantizado de nifurtimox y ha proporcionado asistencia financiera para apoyar la logística y la distribución de la droga.⁸

"Aunque los niños son especialmente vulnerables a la enfermedad, también tienen las mejores posibilidades de curarse por completo. Por lo tanto, hoy la investigación de un tratamiento es una prioridad absoluta, junto con la educación sanitaria y el diagnóstico precoz", dijo el Dr. Pedro Albajar Vinas, Oficial Médico para Enfermedades Tropicales Desatendidas de la OMS.

"Consideramos que la enfermedad de Chagas es una enfermedad infantil. Un adulto infectado es usualmente un niño que no recibió tratamiento. La mayoría de las infecciones son causadas en la infancia", dijo el Dr. Jaime Alt-

⁶ Bayer es el fabricante de nifurtimox. El producto se introdujo por primera vez en Argentina en 1970, y poco después en otros países de América del Sur.

⁷ La enfermedad de Chagas recibe este nombre por Carlos Ribeiro Justiniano Chagas, médico e investigador brasileño que descubrió la enfermedad en 1909. La enfermedad de Chagas es causada por parásitos unicelulares (*Trypanosoma cruzi*) que se transmiten a los seres humanos a través de las heces de insectos triatomínicos. La enfermedad de Chagas también puede transmitirse por transfusiones de sangre infectada, trasplante de órganos, o durante el embarazo o el nacimiento de la madre infectada a su hijo no nacido.

Durante la fase aguda –inmediatamente después que la víctima es picada por el triatómino– sólo un tercio de las víctimas sufren síntomas, que incluyen fiebre, fatiga, inflamación de los ganglios linfáticos y dolores cardíacos durante varias semanas. La mayoría de las personas infectadas no presentan síntomas.

Sin un exitoso tratamiento antiparasitario, la fase crónica posterior se extiende por el resto de la vida, durante la cual la persona infectada puede estar completamente libre de cualquier síntoma. Al momento que se presentan síntomas de la enfermedad, años o incluso décadas después, algunos órganos ya han sido dañados irreversiblemente por el parásito.

Un tercio de las personas afectadas desarrollan enfermedades cardíacas crónicas. Otros sufren un agrandamiento anormal de los órganos digestivos o incluso alteraciones neurológicas o mixtas. Muchos mueren como consecuencia de un paro cardíaco repentino o insuficiencia cardíaca.

La enfermedad ya ha sido reconocida como un problema global: los movimientos mundiales de población (principalmente la inmigración) han llevado el parásito principalmente a América del Norte y Europa. Puede transmitirse, ya sea por vía congénita, de madres infectadas a los hijos, u horizontalmente a través de donaciones de sangre u órganos.

⁸ Inspirado por la Hoja de Ruta Para las Enfermedades Tropicales Desatendidas 2020, de la Organización Mundial de la Salud, los líderes de varias prominentes organizaciones globales para la salud y el desarrollo, junto con socios de la industria, se reunieron en Londres en 2012, donde se comprometieron a unar sus esfuerzos contra las enfermedades tropicales desatendidas. El control de la enfermedad de Chagas es ahora uno de los objetivos de la Declaración de Londres sobre enfermedades tropicales desatendidas. Bayer y su compromiso para luchar contra la enfermedad de Chagas, la enfermedad del sueño y la ceguera de los ríos es parte de la Declaración de Londres.

cheg, jefe del Departamento de Parasitología y Enfermedad de Chagas del Hospital General de Niños 'Dr. Ricardo Gutiérrez' de Buenos Aires.

El ensayo clínico

El estudio CHICO (**Ch**agas disease **I**n **C**hildren treated with Nifurtim**O**x) es un estudio prospectivo, históricamente controlado para evaluar la eficacia, seguridad y farmacocinética de nifurtimox en los niños (hasta 17 años de edad) con enfermedad de Chagas. El estudio abarca 390 pacientes pediátricos, incluyendo recién nacidos.

Los investigadores tienen como objetivo desarrollar una dosis adecuada de nifurtimox, ajustada al peso, para recién nacidos y niños, utilizando comprimidos de 30 mg y 120 mg de desintegración rápida, que pueden dividirse para una dosificación ajustada al peso en todos los grupos de edad. El estudio fue diseñado en dos brazos con ciclos de tratamiento de 30 y 60 días en comparación con controles históricos no tratado; esto se debe a que un estudio controlado con placebo no es factible. El estudio se llevó a cabo en 25 localidades de Argentina, Colombia y Bolivia. El reclutamiento de pacientes comenzó en enero del año 2016.

La enfermedad de Chagas se está extendiendo más allá de América Latina, como resultado del aumento de la migración y los viajes. Después de la finalización exitosa del estudio, Bayer planea registrar nifurtimox tanto en países endémicos para la enfermedad de Chagas como en no endémicos con carga de la enfermedad.



La OMS ya no considera a la fiebre zika una emergencia de salud pública de importancia internacional

18 de noviembre de 2016 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

La quinta reunión del Comité de Emergencia para el virus Zika, convocada por la Directora General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005) en relación con la microcefalia, otros trastornos neurológicos y el virus Zika, se llevó a cabo mediante teleconferencia el 18 de noviembre de 2016.

Se informó al Comité sobre la aplicación de las Recomendaciones Temporales emitidas por la Directora General en los consejos de las cuatro reuniones anteriores del Comité de Emergencia. El Comité recibió información actualizada sobre las últimas novedades sobre el virus Zika: extensión geográfica, historia natural, epidemiología, microcefalia y otras complicaciones neonatales asociadas con el virus, el síndrome de Guillain-Barré (SGB) y transmisión sexual del virus.

Brasil, Tailandia y Estados Unidos proporcionaron información sobre microcefalia, SGB y otros trastornos neurológicos que se producen en presencia de transmisión del virus Zika, así como las medidas de control que se están aplicando.

La emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) declarada por la Directora General de la OMS ha llevado al mundo a una respuesta urgente y coordinada, proporcionando el entendimiento de que la infección por el virus Zika y sus consecuencias asociadas representan un problema muy importante a largo plazo que debe estar gestionado por la OMS, los Estados Partes y otros asociados, de la manera que se gestionan otras amenazas por enfermedades infecciosas.

El Comité de Emergencia recomendó originalmente la ESPII en febrero de 2016 con base en un clúster extraordinario de casos de microcefalia y otros trastornos neurológicos descritos en Brasil, siguiendo a un clúster similar en Polinesia Francesa y la asociación geográfica y temporal con la infección por el virus Zika, que requirió investigaciones urgentes y coordinadas. Dado que la investigación ha demostrado la relación entre la infección por el virus Zika y la microcefalia, el Comité de Emergencia considera que ahora se requiere un mecanismo técnico sólido a largo plazo para gestionar la respuesta global.

Como resultado, el Comité de Emergencia considera que el virus Zika y sus consecuencias asociadas siguen siendo un problema de salud pública significativo y permanente que requiere una acción intensa, pero ya no representan una ESPII tal como se definen en el RSI. Muchos aspectos de esta enfermedad y sus consecuencias asociadas aún no se han entendido, pero esto puede mejorarse mediante la investigación sostenida. El Comité de Emergencia recomienda que esto se extienda a un programa sostenido de trabajo con recursos dedicados para hacer frente a la naturaleza a largo plazo de la enfermedad y sus consecuencias asociadas.

El Comité examinó las recomendaciones formuladas en sus sesiones anteriores y acordó que la OMS y sus asociados habían seguido de manera sistemática sus consejos. Además, el Comité de Emergencia revisó y aceptó el plan de transición sobre virus Zika de la OMS, esbozado para establecer el mecanismo de respuesta a largo plazo que distribuye los objetivos estratégicos ya identificados en el Plan de Respuesta Estratégica al virus Zika.

Sobre la base de este consejo, la Directora General declaró el fin de la emergencia de salud pública de importancia internacional. La Directora General volvió a publicar las Recomendaciones Temporales de las reuniones anteriores del Comité, que se incorporarán en el mecanismo de respuesta a largo plazo. La Directora General dio las gracias a los miembros del comité y asesores por su asesoramiento durante el año pasado.⁹

⁹ Haciendo clic [aquí](#), puede consultar la *Agenda de Investigación para Virus Zika de la OMS*, en inglés. El objetivo de esta Agenda es el de apoyar la generación de la evidencia necesaria para fortalecer la orientación esencial de salud pública y las acciones para prevenir y limitar el impacto del virus Zika y sus complicaciones. La Agenda identifica áreas críticas de investigación en el que la OMS está en una posición única para poner en práctica o coordinar actividades globales. La investigación y las pruebas son la base de sólidas políticas de salud.

RESISTENCIA A LOS ANTIBIÓTICOS



La **resistencia a los antibióticos** ocurre cuando las bacterias cambian y se vuelven resistentes a los antibióticos que se usan para tratar las infecciones que estas bacterias causan. Esta resistencia está comprometiendo nuestra capacidad para tratar las enfermedades infecciosas y socavando muchos avances en la medicina.

Debemos manejar con cuidado los antibióticos para que continúen siendo eficaces por el mayor tiempo posible.

¿QUÉ PUEDEN HACER LOS TOMADORES DE DECISIONES?



- 1 Asegúrese de que tiene un **plan de acción nacional** sólido para hacer frente a la resistencia a los antibióticos
- 2 Mejore la **vigilancia** de las infecciones resistentes a los antibióticos
- 3 Fortalezca las **políticas y la implementación** de medidas de control y prevención de infecciones
- 4 Regule y promueva el uso adecuado de los medicamentos de calidad
- 5 Asegúrese de que la información sobre el **impacto** de la resistencia a los antibióticos esté disponible

www.who.int/drugresistance/es/

#AntibioticResistance



Organización Mundial de la Salud (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.