



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina

www.reporteepidemiologico.com

Noticias

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

Aclaración

- Sobre difteria en Venezuela y la OPS

Argentina

- Vigilancia de brucelosis

América

- La OPS insta a intensificar nueve medidas para poner fin al sida en 2030

- Brasil: El mosquito *Aedes aegypti* habría causado 734 muertes en 2016

- Brasil, Bahia: Nueve personas hospitalizadas por una virosis aún no identificada en Salvador

- Canadá, British Columbia: Nueve personas murieron en una noche por sobredosis de fentanilo

- Estados Unidos, Texas: Reportan más de 40 casos de parotiditis en el norte del estado

- Perú, Arequipa: Detectan cuatro casos de rabia canina en la ciudad de Arequipa

- Venezuela: El MPPS fortalece las capacidades institucionales para enfrentar la difteria

El mundo

- África: La OMS asegura que el control de la malaria está mejorando

- España, Extremadura: Cuatro pacientes contraen hepatitis C en un hospital de Cáceres

- Europa: En 2015 se notificaron 4.362 brotes por intoxicación alimentaria

- India, Uttar Pradesh: Las enseñanzas que dejó la poliomielitis en Agra

- Cuestionan la inmunidad vitalicia a la toxoplasmosis



Número 1.854

19 de diciembre 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/



www.apargentina.org.ar/

Aclaración

Sobre difteria en Venezuela y la OPS

En el Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 1.852, de fecha 14 de diciembre de 2016, fue reproducido el artículo 'Venezuela: Críticas contra la OPS por no haber emitido hasta el momento una alerta por el brote de difteria', publicado originalmente el 13 de diciembre de 2016 por *El Nacional*, un medio venezolano. A raíz de ese artículo, el 16 de diciembre se comunicó con nosotros el Dr. José G. Moya, Representante de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) para Venezuela, Aruba, Curaçao, Sint Maarten y los Territorios Insulares del Reino de Holanda. Reproducimos a continuación el texto de su correo electrónico:

Reporte Epidemiológico de Córdoba
Estimados señores:

Estoy suscrito al boletín desde hace años y es una fuente de información epidemiológica relevante para la región.

En el REC del 14 de diciembre pasado, apareció la noticia acerca del "silencio y complicidad de la OPS" por no emitir la alerta sobre el brote de difteria, declaración del Dr. Félix Oletta que circuló en un diario local en Venezuela.

Al respecto quisiéramos señalar que tan pronto se confirmaron los casos de difteria en el estado Bolívar de Venezuela –en setiembre pasado–, se realizó de inmediato la comunicación interna hacia los países fronterizos a través del Reglamento Sanitario Internacional (RSI). Luego, el Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela y la OPS informaron a los Centros Nacionales de Enlace (RSI) a través de la plataforma mundial de eventos emergentes de la OMS –de acceso restringido–, la situación de la difteria y las acciones de respuesta realizadas. Los procesos de emisión de alertas siguen normas ya definidas en el RSI.¹

Adicionalmente quiero comentarles que hay casos de difteria en otros países reportados en 2016, y que durante los últimos 10 años se han notificado 285 casos en países de la región, como podrá apreciar en la Tabla 1.

Tabla 1. Casos de difteria por país. Región de las Américas. Años 2006/2015. Fuente: Informes de país. Reporte conjunto de Organización Mundial de la Salud/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (OMS/UNICEF).

País	Año										Totales
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Brasil	9	—	85	4	32	5	—	4	5	12	156
Haití	5	5	3	—	16	2	—	—	3	32	66
República Dominicana	16	4	3	5	4	2	—	—	—	1	35
Canadá	—	5	4	2	—	1	1	—	1	3	17
Bolivia	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	5
Estados Unidos	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	2
Paraguay	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	2
Guatemala	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Perú	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Totales	30	14	95	11	57	12	2	5	10	49	285

Las acciones que realiza la OPS/OMS Venezuela se difunden en nuestro sitio web: www.paho.org/ven.

Consideré necesario responderles para un mejor conocimiento de la situación nacional en relación a los casos de difteria.

Atentamente

Dr. José Moya
Representación de OPS/OMS para
Venezuela, Aruba, Curaçao, Sint Maarten y
los Territorios Insulares del Reino de Holanda

¹ Nota de la redacción: Finalmente, el día 16 de diciembre, la Organización Panamericana de la Salud publicó un 'Alerta Epidemiológico por Difteria en las Américas', el que puede consultarse haciendo clic [aquí](#).

Vigilancia de brucelosis

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

Tabla 2. Casos notificados y confirmados, según provincia y región. Argentina. Años 2015/2016, hasta semana epidemiológica 43. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.²

Provincia/Región	2015		2016	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	14	8	4	3
Buenos Aires	55	30	39	20
Córdoba	17	13	18	12
Entre Ríos	25	11	23	3
Santa Fe	36	10	43	12
Centro	147	72	127	50
Mendoza	40	1	33	2
San Juan	24	3	11	1
San Luis	5	2	5	2
Cuyo	69	6	49	5
Corrientes	5	4	1	1
Chaco	17	5	11	1
Formosa	7	—	6	1
Misiones	10	1	1	—
NEA	39	10	19	3
Catamarca	130	39	48	28
Jujuy	2	—	2	1
La Rioja	11	1	3	3
Salta	21	8	29	4
Santiago del Estero	1	—	3	—
Tucumán	—	—	4	1
NOA	165	48	89	37
Chubut	1	1	1	—
La Pampa	48	22	43	18
Neuquén	1	1	—	—
Río Negro	2	2	1	—
Santa Cruz	—	—	—	—
Tierra del Fuego	1	—	4	—
Sur	53	26	49	18
Total Argentina	473	162	333	113

La OPS insta a intensificar nueve medidas para poner fin al sida en 2030

29 de noviembre de 2016 – Fuente: Organización Panamericana de la Salud

“Acepta el reto. Terminemos con el sida” fue el slogan de la campaña de este año de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el Día Mundial de la Lucha contra el Sida, que insta a los gobiernos y a toda la sociedad a intensificar nueve medidas para poner fin a la epidemia para 2030.

Suministrar y promover el uso de preservativos y lubricantes, ofrecer la prueba de VIH en los espacios que frecuentan las poblaciones clave, así como ampliar el acceso a las profilaxis pre-exposición (PrEP) y post-exposición (PEP) son algunas de las principales medidas que conforman la estrategia de prevención combinada y que, de reforzarse, podrían terminar con el sida como problema de salud pública en 15 años.

Las otras medidas incluyen testear y tratar a todas las embarazadas positivas y sus recién nacidos para eliminar la transmisión del virus de madre a hijo, brindar tratamiento para todos los que lo necesitan, poner fin al estigma y la discriminación, ofrecer las pruebas y tratamiento para otras infecciones de transmisión sexual e incrementar el financiamiento.

“El VIH sigue siendo una amenaza para la salud mundial y requiere una respuesta regional y global estratégica. Debemos intensificar los esfuerzos en prevención combinada, detección temprana y acceso a tratamiento, ejes fundamentales para detener la transmisión del virus en los próximos años”, afirmó Carissa Faustina Etienne, Directora de la OPS.


² Los casos notificados incluyen casos sospechosos, probables, confirmados y descartados.

Dos millones de personas viven con VIH en América Latina y el Caribe. Cada año, 100.000 personas adquieren el virus y 50.000 pierden la vida por causas relacionadas con el sida. Entre 2000 y 2015, las nuevas infecciones se redujeron 25% y las muertes 23%. Sin embargo, en los últimos cinco años, se registró un leve incremento de casos (0,7%), en particular, entre los hombres.

Acelerar la respuesta al VIH/sida en las Américas tiene la meta ambiciosa de reducir en 74% los casos nuevos de VIH para 2020 y disminuir en 62% las muertes relacionadas con el sida en la región, lo que allanaría el camino para el fin de la epidemia en 2030. La OPS y sus países miembros acordaron este año un nuevo plan para avanzar en ese camino.

“Hoy, contamos con más herramientas para prevenir las nuevas infecciones, diagnosticar a todos los que viven con el virus y no lo saben, y tratar a todos lo más pronto posible para preservar su salud. La acción acelerada de estas y otras medidas puede llevar a la epidemia al nivel más bajo que se pueda alcanzar”, sostuvo Marcos Espinal, director del Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de la Salud de la OPS.

La campaña de la OPS está en línea con la Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la declaración de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas para poner fin al sida, así como con los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la campaña del Día Mundial 2016 del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), que pone el acento en la prevención, una de las medidas para terminar con el sida en 2030.

Nueve medidas que pueden ayudar a poner el fin al sida para el 2030

1. Suministrar y promover el uso de preservativos: Los condones masculinos y femeninos, y los lubricantes, son una de las opciones de prevención del VIH disponibles, accesibles y más efectivas.
2. Ofrecer la prueba de VIH: Una de cada cuatro personas con VIH en América Latina y el Caribe no sabe que está infectada. Resulta fundamental ofrecer la prueba en los servicios de salud, pero también en los espacios que frecuentan las poblaciones clave para favorecer el diagnóstico temprano.
3. Ofrecer pruebas y tratamiento para otras infecciones de transmisión sexual (ITS): Clamidiosis, gonorrea y sífilis están asociadas al VIH y afectan cada año a unas 36 millones de personas en las Américas. Se recomiendan esfuerzos de prevención conjuntos para todas las ITS y reducir su prevalencia e impacto.
4. Ofrecer profilaxis pre-exposición (PrEP): La OMS recomienda que se ofrezca la PrEP (el uso de antirretrovirales como prevención) a las personas en riesgo sustancial de infección por VIH como una opción de prevención adicional.
5. Ofrecer profilaxis post-exposición (PEP): Hasta 72 horas después de una exposición al VIH, la PEP (toma de antirretrovirales por 28 días) puede reducir el riesgo de infección en al menos 80%.
6. Eliminar la transmisión de madre a hijo: Las nuevas infecciones en niños se han reducido de 11.000 a 2.100 entre 2000 y 2015 en América Latina y el Caribe. Ofrecer la prueba a las embarazadas, tratar a las positivas y a su bebé es clave para reducir del 8% actual a 2% o menos el porcentaje de niños de madres positivas que nacen con el virus para 2030.
7. Brindar tratamiento para todos. El 55% de las personas con VIH está bajo tratamiento antirretroviral en las Américas. La OMS recomienda brindar tratamiento antirretroviral lo más tempranamente posible a todas las personas con VIH. La meta para 2030 es alcanzar a 95%. Tomar correctamente los medicamentos permite llevar una vida sana y reduce el riesgo de transmisión.
8. Poner fin al estigma y la discriminación: Muchas de las personas más vulnerables al VIH sufren estigma y discriminación, y enfrentan barreras de acceso a los servicios de salud, a información clave, a la prueba de detección, los métodos de prevención y al tratamiento. Las personas con VIH también son víctimas de estigma y discriminación.
9. Incrementar el financiamiento: Un mundo sin sida requerirá más financiamiento, así como programas y servicios más eficientes y mejor enfocados.



Brasil: El mosquito *Aedes aegypti* habría causado 734 muertes en 2016

18 de diciembre de 2016 – Fuente: Ministério da Saúde (Brasil)

El mosquito *Aedes aegypti*, transmisor de los virus Zika, Dengue y Chikungunya, es el principal sospechoso de la muerte de 734 personas en Brasil en los primeros 11 meses de 2016, informaron el 18 de diciembre fuentes del Ministerio de Salud.

Esta cifra representaría a los fallecidos en el país como consecuencia de alguna de las tres enfermedades transmitidas por este mosquito, según el boletín sobre estas dolencias publicado por la cartera de Salud y que incluye datos actualizados hasta el pasado 28 de noviembre.

Según el informe, el dengue provocó 590 muertes en un año, la fiebre chikungunya 138 y la fiebre zika seis en el periodo.

Solo este año, Brasil lleva registrados 1.475.940 casos de dengue, 259.928 casos de fiebre chikungunya y 210.897 casos de fiebre zika.

Incluso antes de terminar, el año 2016 ya es el segundo con más casos de dengue registrados en la historia del país, solo por detrás de 2015, cuando se notificaron 1.649.008 casos.

El estado más afectado por esta enfermedad fue Minas Gerais, con 526.064 casos registrados, lo que supone casi un tercio del total de las notificaciones efectuadas en todo el país.

En términos económicos, el dengue cuesta a Brasil 1.200 millones de dólares cada año, una media de 448 dólares por individuo hospitalizado y 173 dólares por persona atendida en ambulatorio.

La fiebre zika, enfermedad cuya aparición en Brasil en 2015 llevó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a decretar el 1 de febrero pasado una emergencia sanitaria de interés internacional por su rápida propagación, se cobró la vida de seis personas en los once primeros meses del año.

El estado más afectado por este virus fue el de Rio de Janeiro, donde 66.925 personas resultaron infectadas. Del total de 210.897 casos notificados, 10.608 fueron mujeres embarazadas que podrían transmitir la enfermedad a sus bebés, lo que podría provocarles microcefalia, según mostraron algunos estudios.

La propagación del virus Chikungunya sufrió un fuerte crecimiento en lo que va de 2016, con un aumento de 27,3% en relación con el año anterior.

En total se detectaron 259.928 casos de infección por Chikungunya y se registraron 138 muertes debido a este virus.

El estado brasileño más afectado por esta enfermedad fue Bahia, en el nordeste del país, con 50.236 casos notificados.

Los síntomas de la fiebre chikungunya, que aparecen normalmente después de un período de incubación de entre tres a siete días, son fiebre, dolor fuerte en las articulaciones, dolor de cabeza y erupciones cutáneas, que se pueden agravar con vómitos y diarrea.³



Brasil, Bahia: Nueve personas hospitalizadas por una virosis aún no identificada en Salvador

15 de diciembre de 2016 – Fuente: G1 (Brasil)

Dolor muscular extremo y orina de color oscuro son los principales síntomas de una enfermedad que ha causado que al menos nueve personas sean hospitalizadas en Salvador en los últimos días y que, en los casos más graves, puede provocar insuficiencia renal. Al frente de la investigación sobre la enfermedad, el Dr. Gúbio Soares, investigador del laboratorio de virología de la Universidad Federal de Bahía (UFBA) y doctor en virología, afirmó que la enfermedad es causada por un virus aún no identificado.

“Ya sabemos que es un virus el que causa la enfermedad, pero aún no hemos determinado qué tipo”, dijo Soares, que agregó que ya se han tomado muestras de los pacientes, para tratar de identificar el virus. “Necesitamos de 10 a 15 días para llegar a la identificación”.

El experto considera que la transmisión es por vía oral, a través del tracto respiratorio. Señaló que otro síntoma de la enfermedad es el aumento en el organismo de la enzima creatina fosfoquinasa (CPK), que actúa en la regulación del metabolismo de los tejidos contráctiles, como los músculos esqueléticos y cardíacos.

“Tuve un paciente con un índice de CPK de 100.000 unidades por litro de sangre, mientras que lo normal es 200 unidades por litro. Por lo tanto, ya que existe el riesgo de insuficiencia renal, los pacientes deben quedar internados hasta que la orina recupere su color normal,” dijo Soares.

Una estudiante de 24 años fue una de las personas que padeció la enfermedad en Salvador, y relató que su novio presentó los mismos síntomas al mismo tiempo que ella.

“El 9 de diciembre sentí un dolor muy fuerte en todo el cuerpo. Se inició en el cuello, se fue irradiando y me afectó el cuerpo entero. Tomé un relajante muscular y no funcionó, entonces tomé un segundo comprimido y sentí una leve mejoría. Cuando me desperté en la mañana del 10 de diciembre, el dolor aún persistía y concurrí al hospital”, relató la paciente, que informó de que el dolor era insoportable.

“Cuando se piensa en moverse, duelen todos los músculos que se usan para el movimiento que desea hacerse. Es un dolor que no le deseo ni a mi peor enemigo”, dijo la estudiante.

Estuvo internada en el hospital del 10 al 14 de diciembre, cuando recibió el alta. El infectólogo Antônio Bandeira dice que el tratamiento consistió en hidratación y analgésicos. “El paciente no debe, en ningún caso, tomar antiinflamatorios, ya que puede empeorar la función renal”, advirtió. La mejoría, en promedio, toma unos tres días.

El médico afirmó que la capital bahiana vive un brote de la enfermedad. “Es un brote. Anteriormente no teníamos ningún registro de la enfermedad, y ahora ya son nueve casos. Esto configura un brote”, dijo Bandeira.

Según él, de los nueve pacientes confirmados, tres presentaron orina de color muy oscura y, de éstas, uno progresó a insuficiencia renal. “A pesar del cuadro, la insuficiencia fue temporaria y ya fue superada”, dijo el médico.

³ En un sentido estricto, los causantes de las defunciones son las infecciones citadas; pero estas infecciones son transmitidas por un vector; y dicho insecto prolifera no solamente en la naturaleza, sino en las condiciones que crean la ausencia de servicios de agua y desagüe, con pobres o limitadas políticas de saneamiento ambiental, con un crecimiento desordenado de las ciudades, con la falta de decisión y articulación entre los buenos deseos y la acción en el terreno; y con un largo etcétera. Mientras no exista un tratamiento antiviral efectivo o una vacuna con un efecto protector plenamente demostrado, la lucha contra el vector, intentando limitar su diseminación, sigue siendo la única arma con ciertas posibilidades de éxito. La tarea es de todos, autoridades y comunidades.

Puede consultar el informe completo, en portugués, haciendo clic [aquí](#).

La carne de un pescado podría estar relacionada

Además de Salvador, el municipio de Valença también registró dos casos de esta enfermedad desconocida.

Bandeira dijo que el consumo de la carne del jurel (*Seriola lalandi*), también conocido como arabaiana podría estar relacionado con la enfermedad. Los 11 pacientes que requirieron asistencia médica dijeron haber consumido su carne antes o durante el inicio de los síntomas.

“Una familia de cuatro personas, que consumen mucho pescado, dijo que en los días previos al inicio de los síntomas, no lo habían comido. Pero tenemos al menos cinco personas que comieron este pescado en Guarajuba, que es la pareja de novios, una tía, una mujer que compró el alimento, y también una empleada de ella”, dijo Bandeira. A pesar de los estudios ya realizados, no hay certeza sobre las causas de la enfermedad.

A través de un comunicado, la Directoría de Vigilancia Epidemiológica (DIVEP) de la Secretaría de Salud del Estado (SESAB) dijo que ya ha sido notificada sobre la enfermedad y que está investigando los casos.



Canadá, British Columbia: Nueve personas murieron en una noche por sobredosis de fentanilo

16 de diciembre de 2016 – Fuente: Canadian Broadcasting Corporation (Canadá)

Nueve personas murieron por sobredosis de fentanilo en la ciudad canadiense de Vancouver durante la noche del 15 de diciembre, informaron autoridades de Canadá, donde esta semana se abrieron salas de consumo supervisado para intentar reducir los fallecimientos. El repunte de muertes llega mientras el país lucha por contener la crisis de sobredosis que el año pasado se cobró 2.000 vidas, y se esperan aún más en 2016.

Flanqueado por el jefe de policía de la ciudad y otros funcionarios del área de emergencia, Gregor Angus Bethune Robertson, alcalde de Vancouver, alabó que existan servicios como las salas para toxicómanos, pero dijo que se necesitan más opciones de tratamiento.

“Es una época dura en Vancouver y es difícil ser optimista cuando aún no hemos tocado fondo”, reconoció Robertson.

“¿Se pueden imaginar nueve personas muriendo por cualquier otra razón en nuestra ciudad?”, preguntó por su parte el jefe de policía, Adam Palmer, quien también instó a aumentar la ayuda a los adictos.

El gobierno ha destinado decenas de millones de dólares para impulsar soluciones para las emergencias de salud pública, sin que hayan tenido el efecto esperado.

Del otro lado de la frontera, en Estados Unidos, también se ha registrado un repunte de muertes relacionadas con el consumo de fentanilo, entre ellas la de la estrella del pop Prince, por una aparente sobredosis en abril.

Salas para inyección supervisada

En Vancouver, 15 personas han fallecido en promedio al mes por sobredosis y la policía investiga actualmente 160 muertes, según Palmer.

Las morgues han superado su capacidad, según la procuraduría local.

La mayoría de estas muertes han ocurrido en el barrio de Downtown Eastside, donde persisten una pobreza extrema y la venta abierta de drogas, pese a décadas de actuaciones.

El Ayuntamiento aprobó esta semana un alza de 0,5 puntos porcentuales del impuesto a las propiedades para ayudar a combatir la crisis de sobredosis de fentanilo.

Los fondos están destinados a apoyar a los trabajadores del sector de emergencias, de refugios y centros de ayuda.

Entretanto, y ante el aumento de la demanda, el gobierno federal eliminó los obstáculos para abrir nuevas salas de consumo de opiáceos y expandió su lucha contra los traficantes de drogas en la frontera.

Esta reforma de las leyes sobre drogas podría allanar el camino para la apertura de al menos nueve salas de consumo, conocidas en Canadá como ‘salas para inyección supervisada’, y para más búsquedas aduaneras de fentanilo.

Las primeras salas de consumo en América del Norte fueron abiertas en 2003 en una clínica de Downtown Eastside en Vancouver, bajo una excepción de las leyes de posesión y tráfico de drogas.

Ésta sigue siendo el único establecimiento del continente en el que los adictos reciben supervisión médica mientras se inyectan heroína comprada ilegalmente en las calles.

Ottawa también restringió recientemente seis químicos usados para fabricar fentanilo y se asoció con China para contener el flujo de esta sustancia desde fuera de su territorio.

Los expertos estiman que los analgésicos con fentanilo, sumamente potente y adictivo, son 100 veces más fuertes que la morfina. Pero el carfentanil, una droga relacionada, es 100 veces más potente que el fentanilo.

Dos miligramos de fentanilo puro –que tiene el tamaño de cuatro granos de sal–, son suficientes para matar a un adulto de tamaño promedio.⁴

⁴ Todo intento razonable por combatir las adicciones a productos tóxicos es bienvenido. Aquí se trata de cortar las cadenas de este ilícito comercio, de buscar rehabilitar a los adictos, de supervisar estrictamente la circulación de ciertos compuestos químicos, de educar a la comunidad y muchos otros aspectos. La apertura de salas de consumo supervisado puede sonar polémica; habría que ver sus efectos en el tiempo. Y necesariamente deberán estar acompañadas de programas de rehabilitación tanto para los pacientes como para su entorno. Realmente es un tema difícil.



Estados Unidos, Texas: Reportan más de 40 casos de parotiditis en el norte del estado

14 de diciembre de 2016 – Fuente: Univisión (Estados Unidos)

Un brote de parotiditis en el norte de Texas preocupa a las autoridades de salud, por lo cual han emitido una alerta para evitar que este virus se propague en toda la región.

En las últimas dos semanas en el condado Johnson se reportaron 48 casos y se han detectado otros afectados en los condados de Colín, Denton y Tarrant, sin que ninguno tenga relación con los casos del condado Johnson.

En Dallas se registraron ocho casos en adultos, seis de ellos vinculados a una fiesta de Halloween. Los otros dos casos se cree que están relacionados con personas que viajaron a otros estados.

“Cuarenta casos es demasiado”, dijo el Dr. Francisco Neira, de la clínica Nuestra Señora de Guadalupe Family Clinic quien reconoce que anteriormente estar enfermo de parotiditis era algo muy común en cualquier casa pero lo que se está viendo ahora en Texas es algo inusual porque hace mucho tiempo que no se presentaban casos.

La parotiditis es una infección viral que afecta a las glándulas parótidas. El periodo de incubación de esta infección es de 18 días después de la exposición. “Un 20% de las personas que tienen parotiditis es asintomático”, dijo Neira.

La República Perú, Arequipa: Detectan cuatro casos de rabia canina en la ciudad de Arequipa

15 de diciembre de 2016 – Fuente: La República (Perú)

La rabia canina sigue avanzando en la ciudad de Arequipa y en especial en el distrito de Cerro Colorado. El Área de Zoonosis de la Gerencia Regional de Salud (GERSA) detectó cuatro nuevos casos de esta enfermedad.

Los cuatro canes pertenecen a la jurisdicción de la red de salud de Zamácola. Días atrás se tomaron muestras y los resultados de los análisis salieron el 14 de diciembre, todos con resultado positivo para rabia, informó la GERSA.



Dos de los canes infectados fueron recogidos de la calle, días después mostraron los síntomas de la enfermedad.

Por este motivo recomiendan a la población en especial de Cerro Colorado no acercarse ni recoger a perros callejeros ya que estos podrían estar infectados. En lo que va del año se tiene registrado 54 casos de rabia canina, pese al esfuerzo de las autoridades.

También informaron que las personas que fueron mordidas por perros sospechosos de estar infectados, reciben suero antirrábico para evitar que desarrollen rabia humana.

Organización Panamericana de la Salud Venezuela: El MPPS fortalece las capacidades institucionales para enfrentar la difteria

1 de diciembre de 2016 – Fuente: Organización Panamericana de la Salud

En el Instituto Nacional de Higiene ‘Rafael Rangel’ (INHRR) se reunieron los coordinadores de la Red Ambulatoria y directores de Epidemiología de todos los estados de Venezuela. La actividad fue organizada por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), con el objetivo de ampliar conocimientos, compartir experiencias y fortalecer capacidades institucionales sobre la difteria en Venezuela.

Así lo dio a conocer la Dra. Tulia María Hernández Muñoz, viceministra de Salud Colectiva del MPPS, quien destacó que esta actividad contó con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el INHRR.

Hernández acotó que en el evento participaron más de 85 representantes de las direcciones y coordinadores de la Red Ambulatoria de los diferentes estados, Médicos Integrales Comunitarios y la Misión Médica Cubana, entre otros, para revisar el tema de la difteria, su prevención y control.

“Fundamentalmente el objetivo es hacer una actualización de conocimientos con la integración de los equipos de la Red Ambulatoria y de Epidemiología y, de esta manera, compartir experiencias y fortalecer capacidades institucionales”, indicó Hernández.

La Viceministra de Salud Colectiva expresó: “La idea es compartir las experiencias del estado Bolívar, que fue el foco de este brote en el país, y donde desde el mes de septiembre se vienen haciendo diferentes planes en el abordaje de acuerdo a las condiciones y situaciones de la región. Los brotes presentados en el estado Bolívar son atendidos por las Autoridades Sanitarias de esa entidad desde su aparición. Mientras que en las comunidades aledañas se mantiene la vigilancia y la vacunación constante dentro del esquema nacional por parte de las autoridades”.

El Dr. José Moya, representante de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) Venezuela compartió con los equipos de Epidemiología de los diferentes estados del país la situación de la difteria en la región de las Américas.

Asimismo, destacó Moya “la importancia del cumplimiento del esquema de vacunación en la población infantil, como único medio de prevención”. Subrayó también que la difteria sigue siendo una enfermedad presente en algunos de los países de la región, como Haití, República Dominicana y Brasil. En el caso de Brasil la incidencia ha disminuido significativamente por mejores coberturas vacunación en las zonas de riesgo.

Por su parte, la Lic. Nuris Salgado, jefe de Laboratorio de Aislamiento e Identificación Bacteriana del INHRR refirió en su intervención, la forma correcta y confiable de manejar las muestras para el diagnóstico de laboratorio de esta enfermedad.

África: La OMS asegura que el control de la malaria está mejorando

13 de diciembre de 2016 – Fuente: Europa Press

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha detectado mejoras en el control de los casos de malaria en África, especialmente entre la población más vulnerable, aunque advirtió que esta enfermedad sigue siendo un problema de salud pública en el continente.

Según el organismo, se están produciendo diferencias “sustanciales” en la cobertura del programa de prevención de la malaria, debido, entre otros motivos, a la escasez de fondos y a que los sistemas sanitarios en zonas del África Subsahariana son todavía “frágiles”.

En concreto, en esta parte del continente se produjo en 2015 el 90% de los casos de malaria y 92% de las muertes por esta enfermedad, siendo los niños menores de cinco años los más afectados. Esta incidencia se debe, según la OMS, a que los hogares de esta parte de África no suelen estar protegidos con mosquiteros tratados y no han sido fumigados, principales medidas de control de los vectores de la enfermedad.

Además, el organismo informó que 36% de los niños que padecieron fiebre en 2015 en muchos países africanos no fueron llevados a un centro de salud como consecuencia de la escasez de recursos suficientes y de las dificultades que tiene este colectivo para acceder a los sistemas sanitarios.

“Estamos viendo un progreso, pero el mundo sigue luchando para alcanzar los altos niveles de cobertura de los programas que se necesitan para luchar contra esta enfermedad”, aseveró el director del Programa Mundial contra la Malaria de la OMS, Pedro Luis Alonso Fernández.

Mejor diagnóstico y tratamiento

Ahora bien, la organización informó que en 2015 el 51% de los niños de 22 países africanos fueron diagnosticados de malaria, frente a 29% en 2010, y se multiplicó por cinco el número de mujeres que recibieron el tratamiento preventivo recomendado (sulfadoxina-pirimetamina), alcanzando la cobertura a 31% de las mujeres, frente a 6% de 2010.

Además, según informó la OMS, en 2015 más de la mitad (53%) de la población en riesgo de contraer malaria en África Subsahariana dormía con un mosquitero tratado, comparado con 30% en 2010.

Con todo ello, y con el objetivo de alcanzar el objetivo de eliminar la malaria en, al menos, 10 países africanos en 2020, reduciendo así 40% la incidencia de casos, el organismo ha destacado la necesidad de aumentar la financiación en los países donde la malaria es endémica.

**España, Extremadura: Cuatro pacientes contraen hepatitis C en un hospital de Cáceres**

15 de diciembre de 2016 – Fuente: El Mundo (España)

Cuatro pacientes de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital ‘San Pedro de Alcántara’ de Cáceres han sido contagiados de hepatitis C en el centro sanitario. Desde que se produjo la infección –hace aproximadamente un mes, aunque el caso se ha hecho público ahora– estas personas, además de otro paciente que ya había contraído la enfermedad con anterioridad y fuera del hospital, reciben diálisis en turnos especiales y al margen del resto de pacientes para evitar que el virus se propague.

Este brote de hepatitis C se descubrió tras realizarse unos análisis rutinarios que se realizan dos veces al año a los pacientes de la Unidad de Hemodiálisis, según señaló el Servicio Extremeño de Salud (SES).

El contagio del virus se produjo en uno de los turnos en la sala de crónicos de dicha unidad, que de forma regular ofrece un tratamiento a casi medio centenar de pacientes obligados a someterse a diálisis. Según el SES, no ha sido necesario interrumpir el tratamiento en ningún momento de los pacientes y se han seguido los protocolos de seguridad específicos para este tipo de casos.

Antecedentes

El funcionamiento del Hospital ‘San Pedro de Alcántara’ de Cáceres se encuentra bajo sospecha en los últimos tiempos. De hecho, hace dos semanas –durante el puente festivo– se cerraron seis quirófanos por una plaga de moscas. Eso produjo que el SES paralizara la actividad de los bloques quirúrgicos de la sexta y quinta planta tras haberse roto la cadena de bioseguridad al aparecer en uno de los quirófanos de la sexta planta varias moscas. A partir de ahí, se aplicaron los insecticidas autorizados y se hizo una búsqueda del posible foco o nido.



Se decidió fumigar la sexta planta, parar la ventilación del bloque, volver a sellarlo y suspender toda la actividad quirúrgica durante una semana.

Otro caso se produjo hace ahora algo más de un mes cuando se perdió todo el suministro de sangre almacenada debido a la "avería" de una de las neveras, lo que produjo que se reprogramaran algunas intervenciones quirúrgicas que estaban previstas.

Críticas

En un rueda de prensa, el secretario general del Partido Popular de Extremadura, Fernando Jesús Manzano Pedraza, señaló que existe una "alarma social en Cáceres con la gestión sanitaria" e instó a la Junta de Extremadura a "depurar responsabilidades" tras tildar de "grave negligencia" la aparición de este brote de hepatitis C. En este sentido, Manzano se preguntó que a qué espera el presidente de la Junta, Guillermo Fernández Vara, para tomar cartas en el asunto sobre "el grave problema del hospital", pero lamentó que "estaría entretenido vendiendo su libro de plató en plató".

La Central Sindical Independiente y de Funcionarios (CSIF) calificó de "preocupante" que se tuvieran que cerrar seis quirófanos del Hospital 'San Pedro de Alcántara' de Cáceres por la aparición de moscas debido al riesgo que entrañaba la posible transmisión a los pacientes de bacterias y agentes patógenos.

Al igual que lo ha venido haciendo los últimos meses, la CSIF reclamó la contratación de personal de mantenimiento especializado que palie las deficiencias por las que atraviesa esta plantilla.

En este sentido, el sindicato consideró prioritario un estudio urgente de las infraestructuras de los centros hospitalarios, ya que en muchos casos se encuentran "muy envejecidas", para evitar, así, riesgos innecesarios para los profesionales de la sanidad y de sus usuarios.



Europa: En 2015 se notificaron 4.362 brotes por intoxicación alimentaria

16 de diciembre de 2016 – Fuente: European Food Safety Authority

En 2015 se reportaron a los organismos sanitarios europeos 4.362 brotes de intoxicación alimentaria, que causaron 45.874 casos de enfermedad, según se desprende del último informe anual de la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) y el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC) sobre las enfermedades zoonóticas.

La causa más común de brotes fue *Salmonella* asociada con el consumo de huevos. Sin embargo, el número de brotes de salmonelosis ha disminuido 41% desde 2010, destaca el informe que se ha realizado con datos de los 26 Estados miembros, y que incluye, además de brotes de origen alimentario, los de origen hídrico. Además, se notificaron 50 brotes fuera de los Estados miembros de la Unión Europea (UE).

En cuanto a los casos de enfermedad (45.874), comparado con 2014, el pasado año se han producido 209 casos más, además de 3.892 hospitalizaciones (2.546 menos que 2014) y 17 muertes (10 menos que 2014). Mientras que la tasa global de notificación de brotes de origen alimentario en la UE fue de 0,95 cada 100.000 habitantes, lo que representa una ligera disminución en comparación con los datos proporcionados para 2014.

La mayoría de los brotes notificados en 2015 fueron causados por agentes bacterianos (33,7% de todos los brotes), en particular *Salmonella* (21,8% de todos los brotes) y *Campylobacter* (8,9% de todos los brotes).

Las toxinas bacterianas ocuparon el segundo lugar entre los agentes causantes de los brotes en los alimentos, y los relacionados con un origen hídrico fueron 19,5% de los brotes totales, mientras que los virus, los más frecuentemente reportados en 2014, representaron 9,2% de los brotes totales en 2015. Además, para un tercio de los brotes notificados (34%) el agente causal permaneció desconocido.

El origen de los brotes

En 422 brotes, que representan 9,7% del total de brotes transmitidos por alimentos reportados en 2015, el vínculo con el vehículo sospechoso implicado de producir el brote se establecía sobre la base de pruebas sólidas.

Así, el alimento implicado en la intoxicación era en su mayoría de origen animal, en particular huevos u ovoproductos y carne de cerdo (ambos representan 10% de todos los brotes con fuerte evidencia); le sigue la carne de pollo (9%) y el queso (8%), y luego pescado y productos de pescado (7%); leche y productos lácteos (5%), carne bovina (4%) y crustáceos (3%).

Por otro lado, el informe destaca que *Salmonella* en los huevos ha seguido siendo el pasado año un problema de salud pública. En 2015, *Salmonella* en los huevos se asoció con el mayor número de brotes transmitidos por alimentos y se encontraba entre las cinco combinaciones de alimentos patógenos, teniendo en cuenta el número total de casos de enfermedad y hospitalizaciones. No obstante, el número de brotes notificados causados por *Salmonella* asociados con el consumo de huevos y ovoproductos ha ido disminuyendo en los últimos cinco años.

Los hogares fueron los lugares de exposición más frecuente. En el caso de los brotes de origen alimentario, *Salmonella* fue el agente más frecuente notificado en los hogares privados, mientras que las toxinas bacterianas – distintas de las toxinas de *Clostridium botulinum*–, el calicivirus y otros agentes causales se notificaron más frecuentemente en lugares públicos como bares, restaurantes y pubs.⁵

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

Moscas y mosquitos revolotean sobre las heces y la basura que flotan en el agua que corre (o se estanca) por los conductos abiertos de canalización a los lados de las calles. Las sagradas vacas pasean y, si se cansan, bien pueden tumbarse en una montonera de desperdicios junto a una fuente mientras un grupo de mujeres y niñas esperan su turno para bombear agua y llenar sus bidones. Personas y animales, también dromedarios, ardillas, cabras y perros, comparten la vía pública con miles de coches y motos. El olor a basura entra por la nariz mezclado con el polvo de la densa contaminación que ha teñido las hojas de los árboles de marrón. Este paisaje de Agra (India) contrasta con la belleza de su afamado Taj Mahal y otros monumentos centenarios que convierten a este distrito indio, en el estado de Uttar Pradesh, en uno de los primeros destinos turísticos del país y el mundo.



Un niño es vacunado contra la poliomielitis, en Agra, India.

Las malas condiciones de higiene y saneamiento que no son exclusivas de Agra, sumadas a la extendida práctica de la defecación al aire libre –casi 600 millones de personas no tienen más remedio que hacerlo en este país– y la alta densidad de población –441 personas por kilómetro cuadrado– convertían a India en el entorno ideal para la expansión de la poliomielitis. El virus entra por la boca, normalmente cuando las manos han estado en contacto con heces de personas infectadas o, a veces, por agua o alimentos contaminados. Y Uttar Pradesh, con más de 200 millones de habitantes, de los que 40% vive con menos de 50 centavos de dólar al día, era el epicentro de la transmisión. Históricamente registraba más casos de niños paralizados por esta enfermedad –que afecta al sistema nervioso y, en ocasiones, deja sin movilidad las piernas de los afectados e incluso puede llegar a matarlos– que ningún otro Estado o provincia en el mundo. Hasta 2011.

En marzo de 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a India libre de poliomielitis, justo tres años después de que se reportase el último caso. “Una niña de cuatro años”, recuerda Jorge Caravotta, responsable de poliomielitis del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en el país. Pasó de 200.000 nuevos infectados (la mitad de los que se habían producido en el mundo) en 1985, cuando se introdujo la primera vacuna contra la enfermedad, a cero en menos de dos décadas. Así fue cómo India se convirtió en ejemplo y modelo en la lucha contra el virus. Había vencido una batalla en la que *a priori* el entorno estaba en contra. Parecía un milagro que, en realidad, no fue tal. El Gobierno, el UNICEF, la OMS y múltiples organizaciones con la Fundación Bill & Melinda Gates, el Grupo CORE y Rotary a la cabeza, se habían unido en un gran ejército para ganar. La contienda, sin embargo, no fue fácil y hubo que salvar grandes escollos en el proceso. ¿Cómo lo consiguieron?

India, en datos

- Población: más de 1.200 millones de personas
- Índice de desarrollo humano: posición 130 de 188 países
- Mortalidad infantil (menores de cinco años): 53 cada 1.000 nacidos vivos
- Desnutrición crónica: 48%
- Niños registrados al nacer: 83,6%
- Población que no tiene acceso a saneamiento y defeca al aire libre: 48% (más de 500 millones de personas)

En 1995, se lanzó el programa de inmunización Pulse Polio para vacunar masivamente a los niños de cero a cinco años en el país. Y los avances empezaron a producirse. Pero, pese a los esfuerzos del Gobierno y sus socios, los estados de Uttar Pradesh y Bihar se resistían. Solo en el primero se dieron 1.242 nuevos casos de los 1.600 en el mundo en 2002. Un repunte brutal respecto a los aproximadamente 200 del año anterior. Y saltaron las alarmas. ¿Qué había pasado? Una de las conclusiones a las que llegaron los analistas fue que una gran parte de la población, predominantemente la musulmana –que representaba

el 22,6%–, se estaba negando a vacunar a sus hijos. El UNICEF se puso manos a la obra. Misión: informar y convencer. Para ello crearon un proyecto de movilización social, una gran red de voluntarios, empleados de la organización y líderes locales y religiosos encargados de desmontar los mitos en torno a la malignidad de la vacuna que se habían propagado entre las comunidades. Así, cuando el Gobierno organizara jornadas de inmunización, la gente acudiría.

“Antes había rumores de que las fiebres que provoca la vacuna eran malas y que las niñas en el futuro no podrían quedar embarazadas; pero con la información auténtica, ya nadie cree esto. Es falso”. Habla Maulana Qamar, imán que imparte formación religiosa a un nutrido grupo de pupilos en una *madrassa* de Agra. Él mismo recibió un curso sobre el tema por parte del UNICEF, que además había elaborado un cuadernillo en el que diferentes instituciones musulmanas habían avalado la compatibilidad de la vacunación con los dictados del Corán. “Lo más importante es cambiar la creencia, porque puedes saber sobre la importancia de hacer algo, como vacunar a tus hijos, pero si no te lo crees, no lo harás”, explica Caravotta. Y para ello son fundamentales los líderes religiosos. “Lo que ellos dicen es sagrado y lo siguen ciegamente”, abunda el experto.

La estrategia de puerta a puerta también fue eficiente. Los llamados movilizadores, previamente formados por la organización, iban casa por casa con su librito de dibujos en mano para explicar a las familias con hijos los beneficios de la vacuna. Convocaban, además, a los padres a las reuniones informativas, unas para hombres y otras para mujeres, y les indicaban las fechas en las que habría campamento de salud en su zona para suministrar las dos gotitas que salvarían de la enfermedad y la discapacidad a sus niños. Aún hoy lo siguen haciendo. “Ahora sabemos que no le pasará nada y que la fiebre es normal”, dice Chand Bi, de 20 años, con su bebé de dos meses en su regazo, recién inmunizado. Una voluntaria del UNICEF acudió a su casa en Agra para hablar a la pareja de primerizos de la vacuna. La madre y su marido, Mohammad Yaqub, de 21 años, convencieron al resto de la familia para que llevaran

a sus pequeños al médico en la fecha señalada. Y allí estaban todos, en la sala de espera del puesto de salud esperando los 30 minutos de rigor tras recibir el medicamento, para cerciorarse de que nada grave les pasa a sus hijos antes de volver al hogar.

Una hora después, en otro punto de la ciudad, una algarabía rompe el silencio de un domingo con menos tráfico del habitual y bastantes comercios cerrados. Un grupo de niños se manifiesta pancarta en mano, gritan: “¡Dos gotas salvan vidas!” Y: “¡Niños a salvo si están vacunados!” Los chiquillos forman parte de la maratón que periódicamente organiza la red de movilizadores del UNICEF en la lucha contra con la enfermedad. “Además del liderazgo del Gobierno, coordinando el trabajo de los socios, es importante involucrar a padres, madres, líderes religiosos y, por supuesto, a los niños”, resume Caravotta.

Una estrategia que desde 2002 ha funcionado. No llegó a tiempo para Nagma, de 21 años y que a los nueve meses tuvo poliomielitis. Pronto sus piernas se quedaron paralizadas. Tal fue su grado de discapacidad que ni siquiera podía levantarse y se desplazaba por su humilde casa en un sucísimo barrio de Agra arrastrándose por el suelo. A los seis años la operaron y recuperó parte de la movilidad. “Ya no me veo como una persona enferma”, asegura sentada en un camastro de la vivienda familiar. Pudo terminar hasta décimo curso y hace unos meses encontró un trabajo como profesora en una escuela privada de su barrio. “Mi sueño se ha hecho realidad”, dice.

Entre clase de matemáticas y lengua hindi, habla a sus alumnos de la importancia de la vacunación. Ella es la prueba. Aunque es una superviviente atípica. En un país en el que la protección social es prácticamente inexistente, es fácil ver mendigar a quienes sufren las peores consecuencias del virus. El peor legado de la poliomielitis, pero no el único. Fue mucho lo que se aprendió de la lucha y... ¿por qué no replicar el modelo de combate en otras batallas?

Se venció a la poliomielitis. Y ahora, ¿qué?

“Cuando ya se veía que India se estaba librando de la poliomielitis, se generó un debate interno. ¿Qué iba a ocurrir con la gran red creada de más de 5.500 movilizadores del UNICEF, 35.000 voluntarios, 9.000 líderes religiosos y 10.500 informadores?”, recuerda Caravotta. Era una pena dismantelar un programa que había funcionado con tanto éxito y en el que la comunidad confiaba plenamente. “Concluimos que el sistema se podía usar para otros fines”. Por eso, en 2010 lanzaron Polio+, para seguir sensibilizando sobre la importancia de la vacunación, pero también sobre higiene, saneamiento, nutrición infantil, salud materna y... lograr la inmunización total.

Cuatro años después, sus mejores presagios se confirmaron. La OMS declaraba el país libre de poliomielitis. Empezaba una nueva fase: la transición. “Todo lo relacionado con la lucha contra la enfermedad, la estructura, instrumentos, materiales de seguimiento e incluso los recursos humanos serían utilizados para otros programas”, detalla el especialista. Lo que en la práctica significa que, poco a poco, el Gobierno se irá haciendo cargo del sistema, tanto logística como económicamente. “En Uttar Pradesh, el UNICEF ha invertido 6,4 millones de dólares al año para mantenerlo; ahora el Gobierno tiene que ir asumiendo paulatinamente el gasto y al equipo”, añade Caravotta. Este proceso está en curso. De momento, la mayoría de los movilizadores trabajan aún bajo el paraguas del organismo de la Organización de Naciones Unidas y no han abandonado su labor de sensibilización; no lo harán hasta que no haya sido eliminada del mundo y desaparezca el riesgo de tener casos importados de los países endémicos: Afganistán y Pakistán.

En una explanada de Agra, con el Taj Mahal de fondo, un grupo de hombres escucha atento a Subodh Kumar Chaturvedi. “Si los niños enferman, tenéis que llevarles al médico. Pero para prevenir, lo mejor es vacunar”. Señala un cartel con dibujos tras de sí y continúa: “Contra la tuberculosis, la hepatitis B, la tos convulsa, el sarampión, la difteria, el tétanos, la meningitis y la poliomielitis”. En 2011, Kumar Chaturvedi comenzó su labor como movilizador del UNICEF, pero fue hace un año cuando se especializó en reuniones de padres, organizadas replicando el ya existente y exitoso modelo de reuniones de madres. En las tres o cuatro que imparte Kumar Chaturvedi al mes, les informa del calendario de inmunizaciones y les da nociones básicas para el cuidado de sus hijos.

Dos nuevos objetivos interrelacionados se concretan en el horizonte: cobertura de inmunización total y reducir la mortalidad infantil (según los últimos datos: 53 fallecimientos de menores de cinco años por cada 1.000 nacidos). La primera de las metas ya se ve más cerca. Desde que la red de movilización comenzó a apoyar las rutinas de vacunación gubernamentales en los Estados en los que trabaja, la tasa de cobertura total ha aumentado: de 36% en 2009 a 79% a fines de 2014 en Uttar Pradesh; y de 58% a 85% en ese mismo período en Bihar. El plan es lograr 90% en 2020 en todo el país. “Me siento orgulloso de que lo estemos consiguiendo, pero aún es un reto llegar a la gente en las áreas remotas”, matiza M. M. Aggrawal, director adjunto de Salud y Bienestar del Estado de Agra.

“Hasta hace unos años, no nos traían a los niños a vacunarse. Ahora sí”. Lo dice Ariz Sherman, médico del Estado, mientras una marabunta de personas espera turno. Está sentado junto a una mesa llena de medicamentos y dosis de vacunas en una explanada, junto a un poblado de nómadas musulmanes en Agra. “El asentamiento es fijo, pero la gente va y viene”, aclara. Es una de las llamadas villas miseria que hacen triste honor a su nombre. Unos palos de madera sujetan unas lonas. Y ya está, eso es la casa habitual de una familia de las 63 que residen en este asentamiento. Sin agua, retrete, luz o suelo adecentado. Sólo acceso al sistema de salud. En este día de campamento sanitario (en términos del Gobierno indio), el doctor vacuna y chequea el estado general de salud de los vecinos, mientras una ayudante reparte comida; un cazo de gachas por persona. Estos equipos los completan habitualmente, una especialista en salud materna que aconseja a las embarazadas y recién paridas sobre cuidados ante y posnata-



Nagma, de 21 años, sufrió poliomielitis cuando tenía nueve meses.

les. “Cuando nazca el bebé, le tienes que dar pecho exclusivamente durante los primeros seis meses”, le dice una consejera a una mujer del poblado a la que poco le falta para visitar el paritorio, si es que sigue las indicaciones que le han dado y acude al empezar las contracciones.

En el horizonte de Caravotta, otro destino: Nigeria. El país africano fue sacado de la lista de países endémicos de poliomielitis en 2015. Pero el 11 de agosto de 2016, se reportaron dos nuevos casos de transmisión del virus. Concretamente, en el Estado de Borno, al nordeste del país, justo donde las campañas de vacunación no se habían podido llevar a cabo debido al conflicto con Boko Haram. Y hasta allí que se va el especialista del UNICEF. Cree que, con los matices que cada contexto requiere, algunas de las claves del éxito en India pueden servir de lección aprendida para rematar al virus en los países donde aún pervive. “Involucrar a los hombres y los líderes religiosos fue fundamental”. ¿Y qué le diría el imán responsable de la mezquita Royal de Agra a quienes se resisten a vacunar a sus niños en Nigeria? Maulan Irfan Ul-Ulluh responde: “Igual que en India los líderes religiosos apoyamos las campañas de inmunización, allí también deberían hacerlo. Los estudiosos del Islam lo han comprobado: las vacunas no están reñidas con nuestra religión”. Dicho queda. Así sea.

Trends in Parasitology

Cuestionan la inmunidad vitalicia a la toxoplasmosis

8 de diciembre de 2016 – Fuente: Trends in Parasitology

A los estudiantes de medicina se les enseña que las personas que resultan infectadas una vez con *Toxoplasma gondii* –el llamado “parásito del gato”– están protegidas contra la reinfección para el resto de su vida, pero este dogma debe cuestionarse, según argumentan varios investigadores.

Sus preocupaciones se derivan de un puñado de estudios de casos en los que mujeres embarazadas a fines de la década de 1950 y principios de la de 1960 que se sabe que fueron infectadas por *T. gondii* al nacer, se vio que carecían de protección inmunológica durante el cribado que se realiza a las gestantes.

También apuntan al misterio de la disminución global en el número de personas que resultan positivas respecto a la inmunidad a la toxoplasmosis. Por ejemplo, en la década de 1960, las evaluaciones de mujeres embarazadas en Francia encontraron que 80% o más tenían anticuerpos contra el parásito, una cifra que se redujo a 30% en 2010 y se espera que siga cayendo.

Este cambio, también observado en Estados Unidos, podría deberse a una mejor higiene de los alimentos (en particular, una mejor preparación y calidad de la carne –de vacuno, cordero y venado, que son especialmente propensos a portar el parásito–) y su transmisión de *T. gondii* a los seres humanos.

“Hemos presentado la hipótesis de que, en el pasado, las personas mantenían sus anticuerpos contra *T. gondii*, ya que era muy probable que volvieran a infectarse. Ahora que la presión parasitaria ha disminuido, creo que la gente está menos estimulada y pierde su inmunidad. Es exactamente lo que vemos con la malaria”, dice el autor principal François Peyron, parasitólogo del Hospital Croix-Rousse en Lyon, Francia.

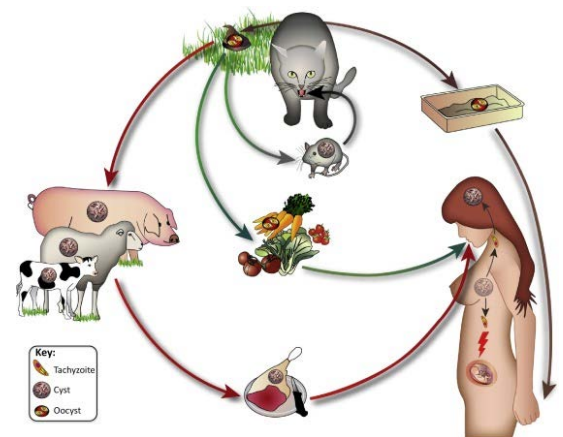
La incertidumbre alrededor de la tasa de infección por *Toxoplasma* se debe en parte a la poca frecuencia con la que se informa sobre ella. Aparte de los inmunocomprometidos, sólo una minoría de las personas experimentarán sus efectos secundarios, que normalmente consisten en síntomas similares a los de la influenza, después de entrar en contacto con el parásito.

Una vez dentro del cuerpo, el parásito unicelular viaja a través de la sangre hacia el cerebro y los músculos, donde forma quistes. Los investigadores creen que estos quistes permanecen en una persona infectada durante toda la vida y que su presencia vuelve a activar el sistema inmunológico, pero Peyron y sus coautores, Solène Rougier, del Hospital Croix-Rousse, en Lyon, Francia, y José Montoya, de la Escuela de Medicina de la Universidad de Stanford, Estados Unidos, están cambiando esta idea.

La toxoplasmosis es específicamente un problema cuando una madre está infectada durante el embarazo, ya que si no se detecta y no se trata, el parásito se extenderá al niño en desarrollo y puede terminar con el embarazo o hacer que el bebé desarrolle anomalías en el cerebro o los ojos.

Algunos países, como Francia, examinan con regularidad a las mujeres embarazadas que no han tenido ninguna exposición previa a *T. gondii* para asegurarse de que se detecta pronto cualquier infección. Este estándar de atención podría necesitar revisarse si hay evidencia suficiente que demuestre que la infección previa con *T. gondii* no es suficiente para prevenir la reinfección de las mujeres en gestación.

“Tenemos que estar preocupados por *T. gondii*, aunque se ha demostrado claramente que el tratamiento clínico es muy eficaz para prevenir la infección fetal y reducir las enfermedades asociadas. En nuestra opinión, este aspecto de la salud pública no ha sido bien investigado en muchos países, especialmente en Estados Unidos, y si mantene-mos bajo el precio de las pruebas, entonces el costo de la detección regular en las mujeres embarazadas de la toxo-



Ciclo de vida de *Toxoplasma gondii*. Los únicos huéspedes definitivos conocidos de *T. gondii* son miembros de la familia Felidae (gatos domésticos y sus parientes). Cuando están infectados por *T. gondii*, los felinos eliminan oocistos en sus heces al ambiente durante 7-15 días. Los oocistos pueden contaminar el agua, el suelo, las frutas y verduras de los jardines, o sus cajas de arena dentro de las casas. Los humanos pueden infectarse por ingestión de oocistos procedentes del entorno, por la ingestión de quistes en los tejidos de carne poco cocida, o por transmisión vertical de una madre con infección aguda al feto.

plasmosis resulta menos costoso que el precio de cuidar a un niño que desarrolla discapacidades como resultado de la infección”, subraya Peyron.

El grupo de investigación planea seguir a cientos de pacientes para identificar cuándo y para quién podría estar disminuyendo la inmunidad a *T. gondii*. Por el momento, recomiendan que las mujeres embarazadas continúen siguiendo las pautas para evitar la infección por el parásito, como practicar hábitos seguros con la comida y lavarse las manos. Los investigadores también advierten a las que están embarazadas que no se consideren protegidas y hablen con su médico acerca de si y con qué frecuencia deben hacerse la prueba del parásito.⁶

Publicidad relacionada con la salud



DR. REDDY'S

Don't **treat** Diabetes to your heart.

People with Diabetes are 2 to 4 times likely to get heart diseases than people without Diabetes. So, visit your doctor regularly and prevent Heart diseases.

Dr. Reddy's Laboratories (2010. India).

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

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.