



# Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente  
Córdoba - Argentina

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

## Noticias

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

### Argentina

- Vigilancia de malaria
- Chaco Argentino: Mejorar el acceso al diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad de Chagas en comunidades rurales aisladas
- Por primera vez se detecta en Argentina brucelosis en felinos

### América

- El aumento de la urbanización podría favorecer la aparición de enfermedades tropicales desatendidas
- Bolivia, Cochabamba: Se duplican los casos de leishmaniosis
- Brasil: Actualización de la situación del brote de fiebre amarilla
- Brasil, Rio de Janeiro: Registran cinco casos de malaria en Petrópolis

- Estados Unidos: La mortalidad es mayor entre los blancos de escasa formación
- Panamá, Los Santos: Alarma ante una muerte por hantaviriosis
- Perú, Lima: Detectan un caso humano de carbunco cutáneo en Cajatambo

### El mundo

- Ghana, Upper East Region: Reportan 31 casos de meningitis
- Italia: Notable aumento en los casos de sarampión
- Siria: Preocupación ante el deterioro de la situación sanitaria en Ghutat Dimashq
- La tuberculosis es la principal causa de muerte entre las personas que viven con el VIH



**Número 1.898**

29 de marzo de 2017

Publicación de:  
**Servicio de Infectología**  
**Hospital Nuestra Señora de la Misericordia**  
Ciudad de Córdoba  
República Argentina

#### Comité Editorial

##### Editor Jefe

Ángel Mínguez

##### Editores Adjuntos

Ílide Selene De Lisa

Enrique Farías

##### Editores Asociados

Hugues Aumaitre (Fra.)

Jorge Benetucci (Arg.)

Pablo Bonvehí (Arg.)

María Belén Bouzas (Arg.)

Isabel Cassetti (Arg.)

Arnaldo Casiró (Arg.)

Ana Ceballos (Arg.)

Sergio Cimerman (Bra.)

Milagros Ferreyra (Fra.)

Salvador García Jiménez (Gua.)

Ángela Gentile (Arg.)

Ezequiel Klimovsky (Arg.)

Gabriel Levy Hara (Arg.)

Susana Lloveras (Arg.)

Gustavo Lopardo (Arg.)

Eduardo López (Arg.)

Tomás Orduna (Arg.)

Dominique Peyramond (Fra.)

Daniel Pryluka (Arg.)

Charlotte Russ (Arg.)

Horacio Salomón (Arg.)

Eduardo Savio (Uru.)

Daniel Stecher (Arg.)

#### Adhieren:

**SLAMVI**

Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

[www.slamviweb.org/](http://www.slamviweb.org/)



[www.circulomedicocba.org/](http://www.circulomedicocba.org/)



Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba

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



Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad Nacional de Córdoba

[www.biblioteca.fcm.unc.edu.ar/](http://www.biblioteca.fcm.unc.edu.ar/)



S.A.D.I.  
[www.said.org.ar/](http://www.said.org.ar/)

Comité Nacional de Infectología

Sociedad Argentina de Pediatría

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



[www.apinfectologia.org/](http://www.apinfectologia.org/)



[www.sadip.net/](http://www.sadip.net/)



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



## La Declaración de Berlín

### La Declaración de Berlín sobre el Conocimiento en las Ciencias y Humanidades para el Desarrollo Sustentable

Un borrador de la Declaración de Berlín sobre el Conocimiento en las Ciencias y Humanidades para el Desarrollo Sustentable se distribuyó en las Publicaciones Académicas en la Conferencia Europea, celebrada en Berlín el 17 de enero de 2017. Aún no es un hito en el movimiento global para el Desarrollo Sustentable. Pero, con un poco de compromiso, tal vez podamos hacer algo más que la esperanza de lo que podría ser.

Lo invitamos a leer el texto completo, en inglés, de la Declaración de Berlín, y a firmar la misma haciendo clic [aquí](#).



## Argentina

### Ministerio de Salud Presidencia de la Nación

### Vigilancia de malaria

27 de marzo de 2017 – 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 2016/2017, hasta semana epidemiológica 6. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.<sup>1</sup>

Provincia/Región	2016		2017	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	—	—	—	—
Buenos Aires	—	—	2	2
Córdoba	—	—	—	—
Entre Ríos	—	—	—	—
Santa Fe	8	—	3	—
<b>Centro</b>	<b>8</b>	<b>—</b>	<b>5</b>	<b>2</b>
Mendoza	—	—	—	—
San Juan	—	—	—	—
San Luis	—	—	—	—
<b>Cuyo</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>—</b>
Corrientes	—	—	—	—
Chaco	—	—	1	—
Formosa	—	—	—	—
Misiones	—	—	—	—
<b>NEA</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>1</b>	<b>—</b>
Catamarca	—	—	—	—
Jujuy	5	—	1	—
La Rioja	—	—	—	—
Salta	1	—	2	—
Santiago del Estero	—	—	—	—
Tucumán	—	—	—	—
<b>NOA</b>	<b>6</b>	<b>—</b>	<b>3</b>	<b>—</b>
Chubut	—	—	—	—
La Pampa	—	—	—	—
Neuquén	—	—	1	1
Río Negro	—	—	—	—
Santa Cruz	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—
<b>Sur</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Total Argentina</b>	<b>14</b>	<b>—</b>	<b>10</b>	<b>3</b>

<sup>1</sup> No hay registrados casos autóctonos de malaria en Argentina. Los casos notificados para este evento son todos importados, y se consiguen por provincia de residencia o consulta. Los casos notificados incluyen casos sospechosos, probables, confirmados y descartados.

13 de febrero de 2017 – Fuente: *Public Library of Science – Neglected Tropical Diseases*

Las poblaciones rurales de la región del Gran Chaco tienen grandes tasas de prevalencia de infección por *Trypanosoma cruzi* y un acceso muy limitado al diagnóstico y tratamiento. Menos de 1% de los pacientes infectados tienen acceso al tratamiento antiparasitario con los dos fármacos disponibles, incluyendo millones de pacientes en la fase crónica temprana, que se beneficiarían enormemente del tratamiento.

Las poblaciones rurales que viven en condiciones de pobreza y marginación por lo general tienen poco o ningún acceso a los programas quimioterapéuticos para la enfermedad de Chagas y otras enfermedades tropicales desatendidas. Las barreras para el tratamiento incluyen desde conceptos erróneos sobre los riesgos relacionados con la medicación hasta aspectos socioculturales, entre otros.

Este estudio abordó el desafío del diagnóstico y el tratamiento de la infección por *T. cruzi* en entornos rurales de escasos recursos y aislados del Chaco Argentino. La premisa subyacente era que los métodos participativos y la cooperación multisectorial aumentarían la efectividad del programa. Los resultados muestran que el diagnóstico y tratamiento de la infección pueden abordarse de manera efectiva a través del fortalecimiento de la atención primaria de la salud y una amplia participación social con un apoyo externo adecuado, tras una fase inicial de intensificación del control y la vigilancia vectoriales en todo el municipio.

Esta estrategia asegura una elevada cobertura de diagnóstico y tratamiento y de adherencia; eficaz manejo de las reacciones adversas relacionadas con las drogas; evidencia oportuna de una respuesta terapéutica positiva, y la posibilidad de estimular los servicios de salud en las regiones afectadas para subsanar agresivamente las brechas en el tratamiento.

Se ha puesto en marcha esta estrategia innovadora para cerrar estas brechas en 13 comunidades rurales de Pampa del Indio apoyando un régimen sostenido de vigilancia y control de vectores.

El programa de tratamiento no aleatorizado incluyó talleres participativos, el fortalecimiento de la capacidad del personal local de salud, el diagnóstico serológico, tests de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) cualitativos y cuantitativos, un curso de tratamiento de 60 días con benznidazol y el seguimiento. Los padres y los agentes de salud fueron instruidos en la administración del fármaco y la detección y notificación precoces de reacciones adversas relacionadas con las drogas (ADR). Los agentes sanitarios controlaron la adherencia a la medicación y las ADR a nivel de las comunidades.

La seroprevalencia de la infección por *T. cruzi* fue del 24,1% entre 395 residentes examinados de hasta 18 años de edad. El serodiagnóstico (70%) y la cobertura de tratamiento (82%) superan en gran medida los niveles históricos locales. Unos 66 (85%) de 78 pacientes elegibles completaron el tratamiento, con una adherencia a la medicación de 97%.

Se produjeron ADRs en 32% de los pacientes, pero la mayoría fueron leves y manejables. Cuatro pacientes que presentaron ADRs graves o moderadas requirieron el retiro del tratamiento. Se detectó ADN de *T. cruzi* mediante PCR cuantitativa en 47 pacientes (76%) antes del tratamiento, y la persistencia tuvo lugar en un único paciente durante 20-180 días después del tratamiento.<sup>2</sup>

23 de marzo de 2017 – Fuente: *Telenoticiosa Americana (Argentina)*

El Ministerio de Agroindustria bonaerense alertó sobre la presencia de brucelosis en felinos y se los esterilizó para evitar la propagación de la enfermedad.

La acción se dio dentro de un plan de colaboración interinstitucional entre la cartera agroindustrial, a través de su Dirección Provincial de Carnes; la Facultad de Ciencias Veterinarias de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP); y la municipalidad de La Plata, con el objetivo de trabajar sobre las enfermedades de los animales, con eje en la salud pública.

Como parte de la agenda dispuesta por los tres organismos, se coordinó el análisis serológico de los caninos y felinos que concurrieran a la Dirección de Zoonosis municipal para su castración –con autorización de sus propietarios– y se tomaron muestras de sangre a 53 animales asintomáticos.

Según precisó el ministerio bonaerense, se hallaron en tres felinos microorganismos compatibles con el género *Brucella*, que fueron confirmados como *Brucella abortus* tipo 1 por la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán'.

Dado que es el tratamiento indicado para evitar la diseminación de la enfermedad, se procedió a la esterilización de los animales afectados.

Esta acción conjunta se desarrolló en el marco de la intensificación en las tareas para mejorar la sanidad animal de la Provincia de Buenos Aires, dispuesta por el Ministerio de Agroindustria.



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

23 de febrero de 2017 – Fuente: *Public Library of Science – Neglected Tropical Diseases*

La creciente urbanización que experimentan los países desarrollados y en desarrollo plantea nuevos retos para el control, tratamiento y abordaje de las enfermedades infecciosas desatendidas (EID) y para entender mejor cómo surgen en contextos de pobreza.

Para ello se requieren nuevas iniciativas, como el diálogo entre especialistas de las diversas disciplinas involucradas en la expansión urbana y los científicos biomédicos.

El surgimiento de nuevas ‘megaciudades’, lugares con más de 10 millones de habitantes, conllevará la aparición de enfermedades relacionadas con la pobreza como las infecciones por arbovirus, leptospirosis, cólera y fiebre tifoidea; e infecciones parasitarias transmitidas por vectores como la esquistosomosis, la enfermedad de Chagas, la leishmaniosis y la malaria por *Plasmodium vivax*, que actualmente son más propias de entornos rurales y periurbanos.



### Enfermedades infecciosas desatendidas de alta prevalencia e incidencia emergentes en entornos urbanos

- Infecciones por arbovirus transmitidos por *Aedes aegypti* (dengue, fiebre chikungunya, fiebre zika)
- Rabia canina
- Leptospirosis
- Cólera
- Fiebre tifoidea
- Esquistosomosis
- Helmintosis transmitidas por el suelo
- Enfermedad de Chagas
- Leishmaniosis
- Infecciones por protozoos intestinales.

Fuente: Hotez PJ (2017) Global urbanization and the neglected tropical diseases. *Public Library of Science – Neglected Tropical Diseases* 469 11(2): e0005308.

Estimaciones de la Organización de Naciones Unidas indican que para 2030 existirán en el mundo 41 megaciudades, la mayoría en Asia y África, pero también en América Latina, como Bogotá y Lima.

Hay escasez de información sobre la transmisión urbana de las EID y muy pocas estimaciones de la carga de las enfermedades que distinguen modos de transmisión urbana y rural.

Por ejemplo, actualmente en Venezuela se está registrando transmisión oral de la enfermedad de Chagas, además de la transmisión vectorial, lo que sugiere cambios en las cepas o subpoblaciones locales como también en los reservorios de las zoonosis, lo que causa diferentes tipos de enfermedad y modos de transmisión.

Otro reto de la expansión urbana en términos sanitarios lo constituye la superposición que se evidencia en algunos países de menores ingresos entre las EID y las enfermedades no transmisibles.

Recién se está empezando a entender la co-morbilidad –la presencia de enfermedades coexistentes o adicionales en relación con el diagnóstico inicial– entre ambas en los entornos urbanos. Se sabe ya que la diabetes o la hipertensión son una mala combinación para la tuberculosis y el dengue, por ejemplo en India; pero esto se convertirá en un tema dominante para las EID en las Américas en los próximos años.

Es necesario un mejor diálogo entre epidemiólogos y planificadores urbanos. De hecho, este diálogo se debe extenderse a diferentes disciplinas, incluyendo expertos en migración humana, cambio climático y economía, para entender la expansión urbana de estas enfermedades. Quizá no sea un diálogo confortable para los científicos biomédicos, pero es necesario.

Las EID imponen una gran carga social y económica a los grupos marginados, que contribuyen a perpetuar el ciclo de la pobreza, pero para 2022 el continente busca eliminar ocho de ellas y controlar otras cinco, contenidas en el plan de acción aprobado en setiembre pasado por los ministros de Salud de los estados miembros.

Los esfuerzos para el control y vigilancia de las EID son constantes, especialmente frente a las nuevas amenazas globales de crecimiento demográfico y urbano, cambio climático, migración y deforestación.

La región de las Américas enfrenta a las EID mediante intervenciones integrales de salud, con colaboraciones intersectoriales y transversales que permiten atender las necesidades de salud de los grupos desatendidos: personas pobres que viven en zonas rurales de difícil acceso, habitantes de barrios pobres y marginales periurbanos, comunidades indígenas y asentamientos de personas de ascendencia africana, personas encarceladas e inmigrantes y refugiados.<sup>3</sup>

### Enfermedades que se procura interrumpir su transmisión o eliminar para 2022 en las Américas

- Tracoma
- Enfermedad de Chagas
- Rabia humana transmitida por el perro
- Lepra
- Teniosis y cisticercosis humanas
- Filariosis linfática
- Oncocercosis
- Esquistosomosis.

### Enfermedades que se procura prevenir, controlar y reducir su carga para 2022 en las Américas

- Equinococosis quística (hidatidosis)
- Fasciolosis
- Peste humana
- Leishmaniosis (cutánea y visceral)
- Geohelmintosis (lombrices intestinales).

Fuente: *Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022*, aprobado por el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud.

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

La amputación de la oreja, nariz u otra parte del cuerpo es una consecuencia de la picadura del insecto portador del parásito causante de la leishmaniosis.

Este insecto abunda en zonas tropicales como el Chapare cochabambino, por lo que la población de ese sector del departamento es la que más sufre las consecuencias de su picadura. De acuerdo a Epidemiología del Servicio Departamental de Salud (SEDES) de Cochabamba, en lo que va de 2017, se confirmaron 63 casos de esta enfermedad.

Según estimaciones del responsable de esa repartición, Rubén Castillo Cuino, esa cifra es el doble de la registrada durante ese mismo período en 2016. El año pasado había algo más de 30 casos hasta marzo.

La transmisión tiene que ver con diversos factores, que pasan por lo económico y social. Existen pobladores de escasos recursos que se internan en campos de cultivo a costa de exponerse a la picadura del insecto. Además, viven en malas condiciones. Sus viviendas, por ejemplo, carecen de sistemas de gestión de residuos, tienen alcantarillado abierto, entre otras carencias. Esos factores provocan la proliferación de los insectos.

Considerando que el efecto de la picadura no es inmediato, gran parte de las víctimas solicita atención médica cuando su cuadro ya está avanzado.

La leishmaniosis se manifiesta en tres variantes: la visceral, la cutánea y la mucocutánea. La segunda es la que tiene más incidencia en los pobladores del Trópico de Cochabamba.

Para prevenir la leishmaniosis, el SEDES iniciará campañas informativas en zonas vulnerables como el Trópico. Entre tanto, recomienda a la población que, ante cualquier lesión provocada por un insecto, acuda a un centro de salud, así tendrá un diagnóstico temprano.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) también sugiere que se controle al vector, a través del uso de insecticidas en aerosol, mosquiteros, y no dormir a la intemperie, entre otros cuidados.



**Brasil: Actualización de la situación del brote de fiebre amarilla**

24 de marzo de 2017 – Fuente: Ministério da Saúde (Brasil)

Hasta el 23 de marzo, fueron registrados 2.104 casos sospechosos de fiebre amarilla en Brasil. De ese total, 492 casos (23,38%) fueron confirmados, 1.101 casos (52,32%) siguen bajo investigación, y 511 casos (24,30%) fueron descartados. De las 277 muertes registradas, 162 (58,48%) fueron confirmadas, 95 (34,30%) aún se investigan y 20 (7,22%) fueron descartadas; la tasa de letalidad en base a los casos confirmados es de 32,92%. El mes de enero fue el que registró más casos de esta enfermedad.

**Tabla 2.** Casos y muertes notificados, según unidad federativa y situación. Brasil. Año 2017, hasta el 23 de marzo. Fuente: Ministerio de Salud de Brasil.

Unidad Federativa	Casos					Muertes				
	Notificados	En investigación	Confirmados	Descartados	Municipios afectados	Notificadas	En investigación	Confirmadas	Descartadas	Municipios afectados
Minas Gerais	1.497	828	375	294	154	197	68	124	5	49
Espírito Santo	316	140	109	67	49	57	18	33	6	24
São Paulo	95	44	5	46	55	10	1	4	5	7
Goiás	30	10	—	20	17	—	—	—	—	—
Rio de Janeiro	25	20	3	2	2	1	—	1	—	1
Bahía	22	11	—	11	15	1	1	—	—	1
Maranhão	13	12	—	1	2	—	—	—	—	—
Paraná	11	9	—	2	8	—	—	—	—	—
Rio Grande do Sul	11	4	—	7	9	—	—	—	—	—
Distrito Federal	9	1	—	8	1	—	—	—	—	—
Pará	8	4	—	4	7	1	1	—	—	1
Santa Catarina	8	6	—	2	7	1	1	—	—	1
Tocantins	8	5	—	3	7	1	1	—	—	1
Ceará	3	1	—	2	2	—	—	—	—	—
Mato Grosso	2	1	—	1	2	—	—	—	—	—
Amapá	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—
Rio Grande do Norte	1	—	—	1	1	—	—	—	—	—
En investigación	15	4	—	11	—	5	4	—	1	—
Otras	29	—	—	29	—	3	—	—	3	—
<b>Total</b>	<b>2.104</b>	<b>1.101</b>	<b>492</b>	<b>511</b>	<b>339</b>	<b>277</b>	<b>95</b>	<b>162</b>	<b>20</b>	<b>85</b>

La vacunación de rutina contra la fiebre amarilla se ofrece en 19 estados (Acre, Amapá, Amazonas, Bahia, Distrito Federal, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraná, Piauí, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima, Santa Catarina, São Paulo y Tocantins) con la recomendación para la inmunización. En Bahia, Paraná, Piauí, Rio Grande do Sul, Santa Catarina y São Paulo, la vacunación no ocurre en todos los municipios. Además de las áreas con recomendación, en este momento también se está vacunando de forma escalonada la población de Rio de Janeiro y Espirito Santo. Todas las personas que viven en estos lugares deben recibir dos dosis de la vacuna a lo largo de su vida.

Desde principios de este año, el Ministerio de Salud ha enviado dosis adicionales de la vacuna contra la fiebre amarilla a los estados que están reportando casos sospechosos de la enfermedad, así como otros situados en la frontera con las zonas que han reportado casos. En total, 18,88 millones de dosis adicionales fueron enviados a cinco estados: Minas Gerais (7,5 millones), São Paulo (3,93 millones), Espirito Santo (3,65 millones), Rio de Janeiro (2,40 millones) y Bahia (1,4 millones). Estas cantidades son adicionales a las dosis de rutina del Calendario Nacional de Vacunación, enviadas mensualmente a los estados.

Además, se han distribuido desde enero de este año, 3 millones de dosis de vacunas de rutina para todas las unidades de la federación. Otras 324.000 dosis fueron enviadas para intensificar las acciones en los estados de Mato Grosso do Sul, Goiás, Rio Grande do Sul, Piauí, Pará, Paraíba y el Distrito Federal.



### **Brasil, Rio de Janeiro: Registran cinco casos de malaria en Petrópolis**

27 de marzo de 2017 – Fuente: EFE

Al menos cinco habitantes de Petrópolis, turística ciudad a unos 70 kilómetros de Rio de Janeiro, fueron diagnosticados con malaria, informaron hoy fuentes municipales.

Según la Alcaldía de Petrópolis, las cinco víctimas son hombres de entre 16 y 54 años que están siendo medicados y continúan bajo tratamiento contra la enfermedad, que transmite el mosquito de la especie *Anopheles*.

En 2016 hubo dos casos de malaria en Petrópolis, ciudad que se encuentra en la región serrana de Rio de Janeiro y destino turístico habitual debido a los vestigios que posee de la época imperial.

La Alcaldía informó que la vigilancia sanitaria hizo una inspección y limpieza en las residencias y locales frecuentados habitualmente por los cinco hombres para identificar posibles focos del mosquito transmisor, comunes en las regiones de mata cerrada.



### **Estados Unidos: La mortalidad es mayor entre los blancos de escasa formación**

24 de marzo de 2017 – Fuente: Brookings Papers on Economic Activity

En Estados Unidos, los hombres blancos de mediana edad y con menos educación se están muriendo a un ritmo inusitado. De hecho, su tasa de mortalidad es mayor que la de los hispanos o los negros de su misma edad y de su mismo nivel educativo. La mortalidad de los blancos menos educados es también mucho más alta ahora de lo que había sido hasta comienzos de este siglo. Este es un fenómeno exclusivamente estadounidense. En otros países desarrollados no sucede.

Esta es una de las conclusiones de un importante estudio que acaban de presentar en Washington el Premio Nobel de Economía Angus Stewart Deaton y Anne Catherine Case, una destacada economista de la Universidad de Princeton (y esposa de Deaton).

Ya en 2015, estos dos economistas habían causado revuelo con un estudio que por primera vez documentaba el trágico aumento de las muertes entre los estadounidenses blancos sin estudios universitarios. Mientras que en 1999 su tasa de mortalidad era 30% más baja que la de los negros de sus mismas características, para el año 2015 la mortalidad de los blancos era 30% más alta que la de los afroamericanos. Estos cambios en Estados Unidos revierten décadas de progreso. Durante el siglo pasado, y aun hoy, la mortalidad a nivel mundial ha venido cayendo 2% cada año, en todos los países y en todas las categorías demográficas. Pero los estadounidenses blancos sin mucha preparación académica son la excepción. ¿Qué pasó? Pues que, en este grupo, los suicidios y las muertes por sobredosis de drogas y por alcoholismo aumentaron drásticamente. El cáncer y las enfermedades cardíacas también se agudizaron, así como la obesidad. Desde el año 2000, las muertes por estas causas entre los blancos no-hispanos, entre 50 y 54 años de edad, se han duplicado. Y para 2015 morían a una tasa dos veces mayor que la de las mujeres blancas con las mismas características (y cuatro veces más que la de los hombres blancos que alcanzaron a ir a la universidad).

Una explicación común para esta tragedia es el desempleo que afectó duramente a este grupo de trabajadores, tanto a causa de la crisis como por la globalización y la automatización de la producción, que están haciendo desaparecer los puestos de trabajo de baja cualificación.

Deaton y Case no dudan de que el desempleo y la consecuente caída en los ingresos son factores importantes. Pero según ellos no son suficiente explicación y mantienen que la mayor mortalidad de los blancos en Estados Unidos tiene "causas más profundas". ¿Cómo se explica, si no, que los hispanos y negros que también perdieron sus empleos e ingresos aumentarían su longevidad? ¿Y por qué entre los trabajadores europeos que fueron víctimas de



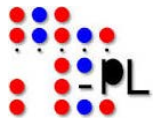
los embates de la gran recesión de 2008 y las políticas de austeridad no se dan las letales tendencias que afectan a los trabajadores blancos estadounidenses? Es más, en Europa la longevidad de quienes tienen menos años de estudio (y menos ingresos) ha seguido subiendo –y a más velocidad– que la de los europeos con mayor nivel educativo.

Según los dos economistas, las causas más profundas de este fenómeno tienen que ver con lo que ellos llaman “desventajas acumulativas”. Estas son condiciones debilitantes y hábitos disfuncionales que este grupo humano ha ido acumulando durante toda su vida como reacción a profundas transformaciones económicas y sociales. Con frecuencia comenzó con el abandono de los estudios secundarios y la entrada temprana en el mercado de trabajo en épocas de empleos abundantes y salarios atractivos. Pero esta “bonanza laboral” se fue extinguiendo y otros cambios en la sociedad –el papel de las mujeres, el aumento de los divorcios y la fragmentación familiar, la movilidad geográfica– dificultaron la vida a los hombres blancos, y los hicieron más vulnerables a lo que Deaton y Case describen como “muertes por desesperanza”. Son hombres que no ven un futuro mejor ni para ellos ni para su familia.

Esta desesperanza causa gran sufrimiento. En Estados Unidos la mitad de los hombres desempleados toma medicinas contra el dolor y dos tercios consume opioides. El abuso de estas drogas se ha convertido en una gravísima epidemia. En 2015, más estadounidenses fallecieron por sobredosis de drogas que por armas de fuego y accidentes de tránsito. ¿La abrumadora mayoría de las víctimas? Hombres blancos.

Dos preguntas finales: Primera: ¿Por qué los hombres blancos de origen hispano, poca educación formal y mala situación económica mueren menos? Porque tienen más esperanzas de lo que les depara el futuro. Ellos no están añorando una mejor situación económica que tuvieron en el pasado. Nunca los tuvieron. Para ellos el futuro solo puede ser mejor. Y para sus hijos aún más.

Segunda: ¿Cuál es la reacción política de los blancos estadounidenses con altas tasas de mortalidad? Votar por Donald John Trump. Más de 60% de ellos así lo hizo.<sup>4</sup>



### **Panamá, Los Santos: Alarma ante una muerte por hantavirus**

27 de marzo de 2017 – Fuente: Prensa Latina (Cuba)

Alarma en la sociedad panameña provocó la confirmación del fallecimiento de un paciente por hantavirus, en la central provincia de Los Santos, donde anteriormente se reportaron brotes estacionarios de la enfermedad.

La víctima fue un paciente de 27 años de edad, que falleció el 26 de marzo, según confirmó la Caja de Seguro Social (CSS). El paciente era procedente de Pedasí, provincia de Los Santos, e ingresó al Hospital ‘Dr. Gustavo Nelson Collado Ríos’ de la ciudad de Chitré el 15 de marzo. Desde el 20 de marzo el paciente se mantenía entubado, sin embargo, su condición se vio agravada desde el 23 de marzo, confirmándose posteriormente su deceso.

Este es el segundo caso de 2017, porque anteriormente un anciano de 75 años de edad contrajo la enfermedad, pero el sistema de salud no informó hasta el momento el estado de ese paciente.

Desde principios del presente siglo se detectaron los primeros casos de hantavirus en la región de la Península de Azuero, donde se encuentra Los Santos, y como regla se hace presente durante la temporada seca, como sucede actualmente, lo que obligó en el pasado a decretar alertas epidemiológicas.

En otras ocasiones la enfermedad causó epidemias con muertes de pacientes, sin distinguir grupo etario u otras características, lo que confirma a las medidas de precaución como barrera natural para evitar la infección.

Estos virus, un género dentro de la familia *Bunyaviridae*, son transmitidos por roedores a través de su orina y heces, e incluso la inoculación puede producirse con la aspiración de partículas aerosolizadas de tales desechos.

En el caso de Panamá, el roedor reservorio es el ratón arrocero enano (*Oligoryzomys fulvescens*), que en épocas de recolección de los granos viaja hasta los lugares de acopio cerca de las residencias, lo que propicia la infestación.

En el año 2016, se reportaron en Los Santos tres casos de hantavirus y 15 casos en 2015.<sup>5</sup>



### **Perú, Lima: Detectan un caso humano de carbunco cutáneo en Cajatambo**

24 de marzo de 2017 – Fuente: Ojo (Perú)

Tras un primer barrido epidemiológico luego del azote de huaicos en la Provincia de Cajatambo, se detectó un caso de carbunco cutáneo en un hombre de 30 años, lo que ha alertado al personal del Hospital Barranca-Cajatambo y Servicios Básicos de Salud (SBS).

Esto fue confirmado por los médicos Javier Sayán, jefe del Centro de Operaciones de Emergencia (COE) Salud, y Jorge Morón Ochoa, director del Hospital Barranca-Cajatambo, quienes dispusieron inicialmente aislar al paciente, medicarlo e iniciar el tratamiento epidemiológico para controlar el avance de la enfermedad.

<sup>4</sup> Puede consultar el informe completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

<sup>5</sup> El síndrome pulmonar por hantavirus puede desarrollarse rápidamente y tiene una tasa de mortalidad de alrededor de 30%. Este informe no brinda ningún detalle acerca de las circunstancias que dieron lugar a la infección, ni especifica el hantavirus implicado en este caso. Sin embargo, Los Santos y las provincias colindantes son endémicas para el hantavirus Choclo. Este virus en particular, es el único de los tres hantavirus conocidos como endémicos en Panamá que causa síndrome pulmonar por hantavirus.

El informe tampoco hace mención del entorno ecológico en el que se produjo la infección. Las tierras de cultivo y las fuentes de alimentos de la zona, tales como los granos almacenados, atraen el roedor reservorio del virus Choclo, el ratón arrocero enano (*Oligoryzomys fulvescens*). Este roedor está presente en y alrededor de las áreas agrícolas y casas y edificios adyacentes.

Las medidas preventivas incluyen la eliminación de los sitios atractivos para los roedores. No hay vacuna disponible para el virus Choclo.

La alerta sanitaria se registró en la zona conocida como Cajamarquilla, que es parte de la provincia de Cajatambo.

Los médicos ahora buscan detectar el foco de la infección para determinar si existen más personas contaminadas con carbunco. Algunos médicos creen que el paciente habría sido contaminado tras entrar en contacto con ganado infectado.

Los profesionales informaron que están realizando barridos epidemiológicos en las zonas altoandinas de Cajatambo y rigurosas pruebas que permitan ubicar el foco de infección.

La provincia de Cajatambo, ubicada a seis horas de Barranca, está incomunicada desde hace 12 días cuando los primeros huaicos bloquearon la ruta Pativilca-Cajatambo.

## El mundo



### Ghana, Upper East Region: Reportan 31 casos de meningitis

28 de marzo de 2017 – Fuente: Xinhua (China)

Ghana registró 31 casos de meningitis este año en la Upper East Region. El Dr. Kofi Issah, Director Regional de Servicios de Salud, confirmó que el Presbyterian Hospital de Bawku registró los 31 casos entre enero y marzo.

Sin embargo, negó que dos estudiantes de Bawku hayan muerto a causa de la enfermedad, que es más frecuente en las regiones de Brong-Ahafo, Northern, Upper East y Upper West durante los meses más calurosos del año (enero-marzo).

Issah afirmó que una persona había muerto en su hogar y otra en el hospital. “A la que murió en el hospital se le tomaron muestras que han sido enviadas a Tamale para una prueba confirmatoria. Pero de la persona que murió en su hogar no se tienen muestras para analizar, ya que fue enterrado antes que se le pudieran tomar para determinar la causa de muerte”, agregó.

Issah informó que las Direcciones de Salud de Navrongo y Bawku se contactarían con el personal carcelario y los detenidos en las prisiones para proponer medidas alternativas para mejorar la ventilación y las prácticas sanitarias durante la temporada de la meningitis, para evitar cualquier epidemia.

“Sólo podemos mitigar los efectos de la meningitis hasta el momento en que, como sociedad, decidamos cambiar nuestras viviendas, modificar nuestras reuniones sociales y culturales, conociendo cómo se propagan los organismos que causan la meningitis”, finalizó diciendo.



### Italia: Notable aumento en los casos de sarampión

24 de marzo de 2017 – Fuente: Informasalus (Italia)

El número de casos de sarampión registrados en Italia desde inicios de este año ha aumentado en forma considerable, fenómeno que preocupa a las autoridades sanitarias debido a la resistencia de los padres a aplicar la vacuna.

Según el Ministerio de Salud, en los primeros tres meses de 2017 se registraron 700 casos, mientras que en todo 2016 los infectados fueron 844.

La mayoría de los pacientes son adultos jóvenes (15-39 años) y residen en ciudades desarrolladas como Torino, Roma, Milano y Firenze.

Para el ministerio, el virus se propaga más fácilmente entre la población que no ha sido vacunada.

En las últimas décadas, el número de padres contrarios a la vacunación ha crecido, pese a la evidencia científica, afirman las autoridades.

El ministerio considera que es la única medida eficaz para prevenir la enfermedad. Tanto los servicios públicos como gubernamentales facilitan el acceso a la vacuna, que aunque gratuita no es obligatoria.

Después de haber cubierto a más de 90% de la población, la tasa de niños vacunados en la península hace dos años se redujo a 85,3%, mientras que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda un umbral de 95% para evitar la circulación de este virus altamente contagioso.

El último brote importante registrado en Italia fue en 2002 y causó la muerte de 15 personas sobre 18.000 infectados.

De acuerdo con el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC), Italia es uno de los seis países de la Unión Europea donde el sarampión es endémico, junto con Alemania, Bélgica, Francia, Polonia y Rumania.



### Siria: Preocupación ante el deterioro de la situación sanitaria en Ghutat Dimashq

27 de marzo de 2017 – Fuente: EFE

La Organización Mundial de la Salud (OMS) expresó hoy su “profunda preocupación” ante el deterioro de la situación sanitaria en la zona de Ghutat Dimashq, región siria al noreste de Dimashq donde más de 300.000 personas se encuentran asediadas.

“El tiempo se está acabando para la gente de Ghutat Dimashq. A medida que aumentan las necesidades sanitarias, los recursos disponibles se agotan día tras día”, aseguró la representante de la OMS en Siria, Elizabeth Hoff.



Asimismo, arguyó que el principal objetivo ahora mismo es el “acceso inmediato de ayuda humanitaria para miles de hombres, mujeres y niños” que se encuentran en situación de vulnerabilidad.

Según la OMS, los tres hospitales públicos y 17 centros de salud que hay en la región son inaccesibles para la población.

Igualmente, estimó que 30% de los niños de la zona menores de 15 años sufren lesiones y traumas relacionados con la guerra, “un número alarmantemente alto”.

La OMS adujo además que existe un brote de sarampión en la zona, y la situación de tuberculosis “va deteriorándose” por la falta de medicamentos.

La OMS exigió que “todas las partes en el conflicto cumplan con sus obligaciones”, así como facilitar “el acceso humanitario seguro e ininterrumpido” a Ghutat Dimashq, el principal bastión opositor en las afueras de Dimashq.



## La tuberculosis es la principal causa de muerte entre las personas que viven con el VIH

24 de marzo de 2017 – Fuente: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) instó a los países a adoptar muchas más medidas para reducir el número de muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH. La tuberculosis es la causa más común de ingreso hospitalario y muerte entre estas personas. En 2015, 1,1 millones de personas murieron por enfermedades relacionadas con el sida y, de ellas, en torno a 400.000 personas, de las cuales 40.000 eran niños, murieron de tuberculosis.

“Resulta inaceptable que tantas personas que viven con el VIH mueran de tuberculosis y que la mayoría de los casos no se diagnostiquen ni se traten. Solo si se fomenta la colaboración entre los programas de VIH y tuberculosis para acelerar la acción conjunta podrán alcanzarse las importantes metas en materia de VIH y tuberculosis a nivel mundial”, dijo Michel Sidibé, Director Ejecutivo del ONUSIDA.

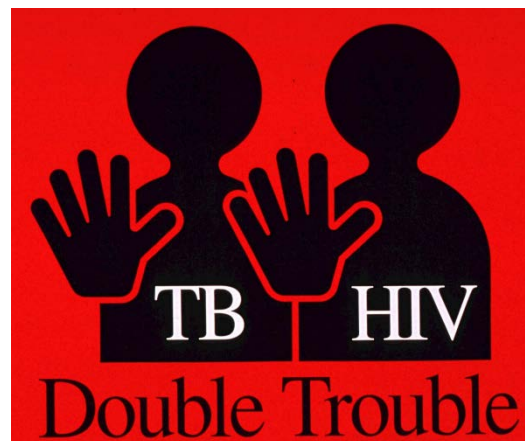
Ocho países –República Democrática del Congo, India, Indonesia, Mozambique, Sudáfrica, Tanzania y Zambia–, representan alrededor de 70% de todas las muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH. La intensificación de las acciones en estos ocho países situaría al mundo en la vía adecuada para alcanzar la ambiciosa meta establecida en la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida de 2016 de reducir las muertes relacionadas con la tuberculosis entre las personas que viven con el VIH en 75% para 2020.

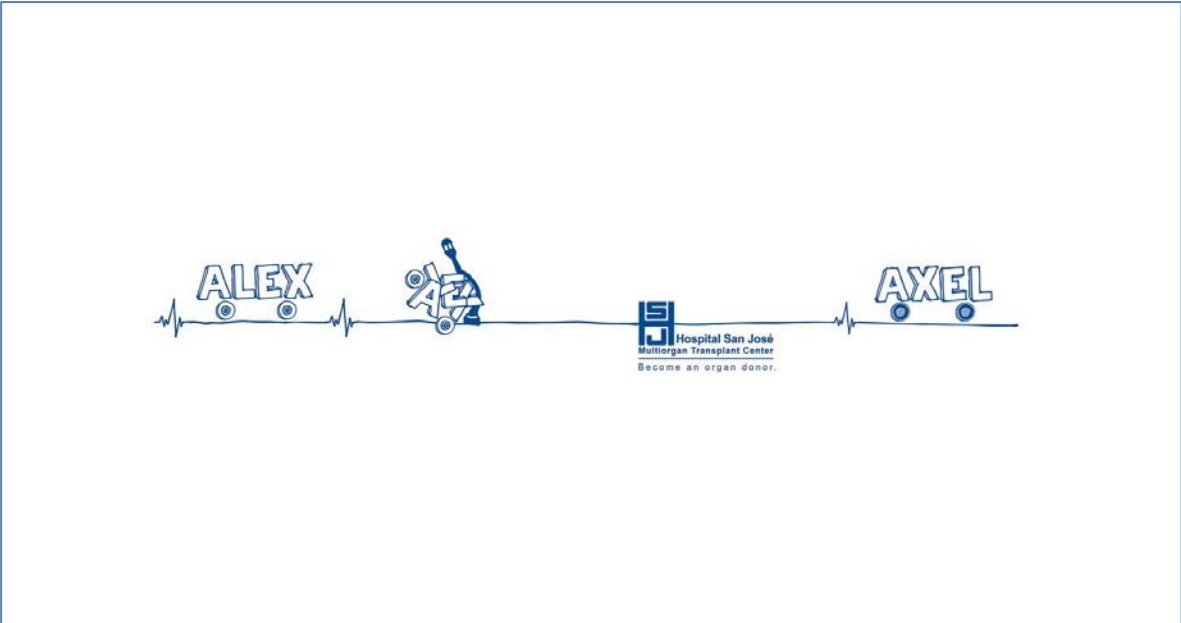
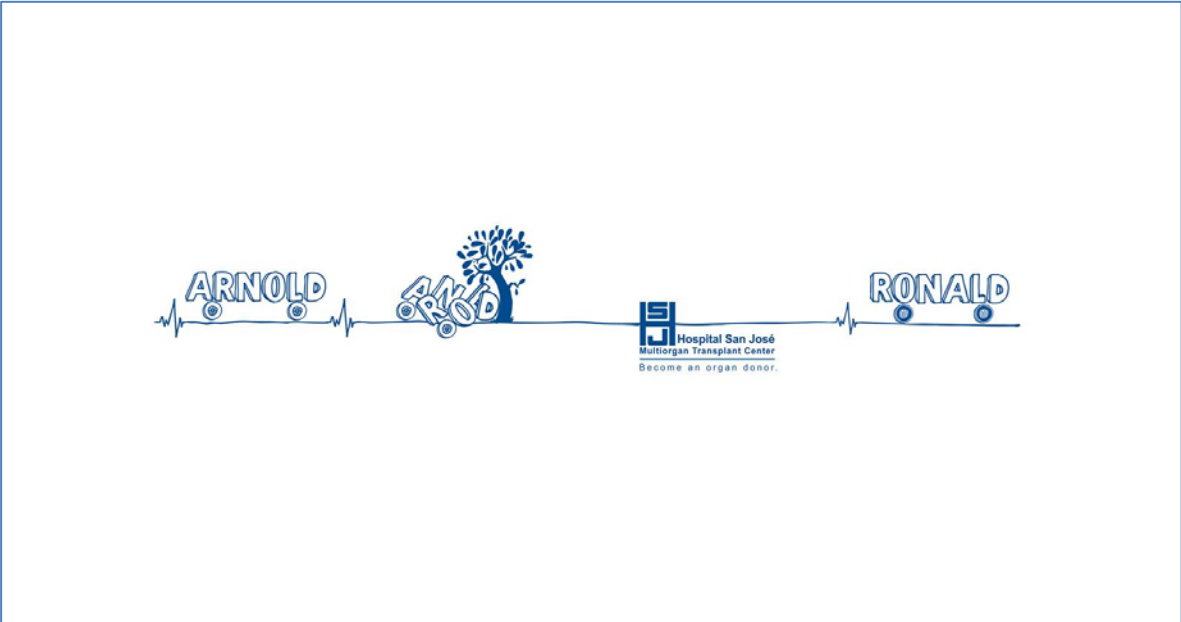
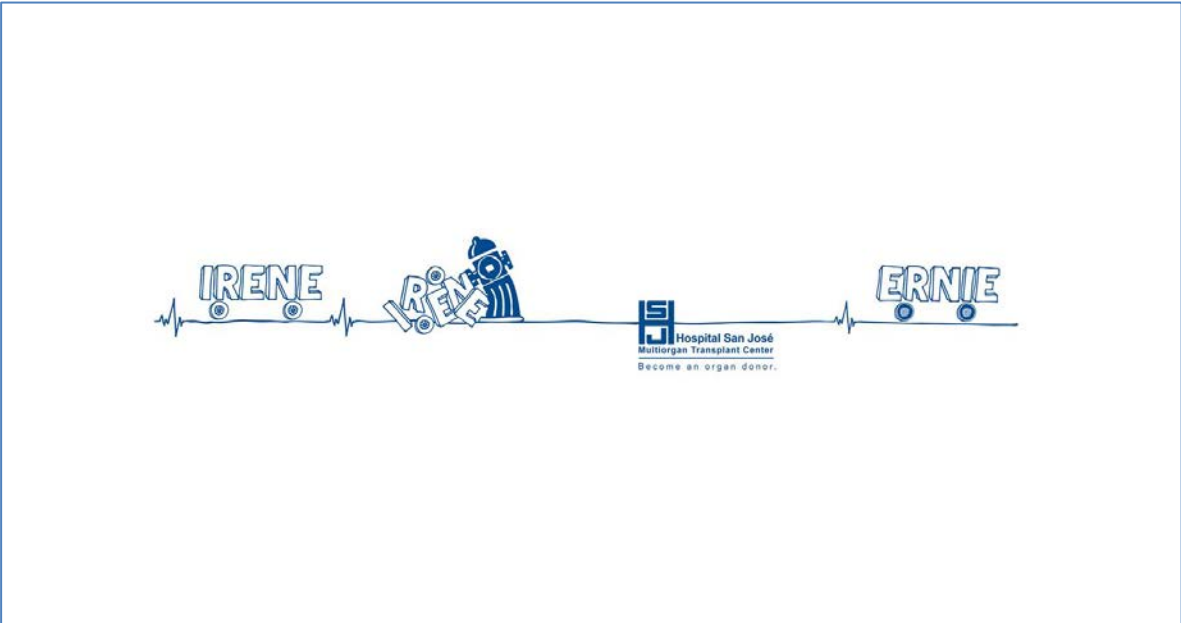
Las actuales debilidades de los sistemas sanitarios siguen produciendo deficiencias en los diagnósticos de tuberculosis de estas personas, pues en 2015, en torno a 57% de los casos de tuberculosis relacionados con el VIH seguían sin tratarse. Otros factores que no ayudan: los vínculos inadecuados con la atención médica tras el diagnóstico, un escaso acompañamiento de las personas, la falta de seguimiento y la incapacidad para llegar a las personas con más riesgo de contraer la enfermedad, en particular, las poblaciones marginadas, entre ellas las personas que se inyectan drogas, presos y trabajadores migrantes, así como los resultados poco satisfactorios de los tratamientos. En 2014, alrededor de 11% de los pacientes de tuberculosis seropositivos murieron, frente a 3% de los pacientes seronegativos. La detección temprana y el tratamiento efectivo son esenciales para prevenir las muertes relacionadas con la tuberculosis, especialmente entre las personas que viven con el VIH.

La farmacorresistencia constituye también una preocupación importante; se estima que en 2015 aparecieron unos 480.000 nuevos casos de tuberculosis multirresistente. La reciente aprobación de dos nuevos medicamentos para tratar la tuberculosis, la primera en más de 60 años, está mejorando las perspectivas para las personas con tuberculosis resistente.

El ONUSIDA insta a eliminar las muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH, fortalecer los sistemas de salud e integrar los servicios para permitir una cobertura más amplia y rápida en las áreas del VIH y la tuberculosis. Los países deben aumentar los programas de prevención y tratamiento del VIH para que incluyan pruebas de detección periódicas de la tuberculosis, tratamiento preventivo y tratamiento temprano, pues se trata de programas simples, asequibles y efectivos en la prevención de las muertes por tuberculosis.

El ONUSIDA sigue apoyando a los países en la aceleración de sus esfuerzos por alcanzar las importantes metas fijadas para 2020 de la Declaración Política de 2016. Como parte de esto, el ONUSIDA insta a que intensifiquen las medidas en los 35 países de alta prioridad para acelerar los resultados mediante la aplicación de programas específicos de gran impacto a fin de fomentar los progresos en la erradicación de la epidemia del sida.





Hospital San José (2011. México).

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

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

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