



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina

www.reporteepidemiologico.com

Noticias

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

Argentina

- Vigilancia de brucelosis

América

- Estados Unidos: El aumento del uso de drogas inyectables hace temer un repunte de las infecciones por el VIH

- Estados Unidos: La mayoría de los fumadores que quedan son pobres y con un nivel educativo más bajo

- República Dominicana: Al menos 17 personas han fallecido por leptospirosis en lo que va del año

El mundo

- Arabia Saudí: Nuevos casos de infección por el MERS-CoV

- China: Nuevos casos humanos de influenza aviar A(H7N9)

- España, Catalunya: Las infecciones de transmisión sexual crecen 30% en un año

- España, Comunidad Valenciana: Brote de parotiditis en el campus universitario de Alcoi

- Europa: Brote de hepatitis A entre la población de HSH

- Nueva Zelanda, Auckland: Brote de fiebre tifoidea

- Portugal: Dos casos aislados de sarampión

- República de las Islas Marshall eliminó la filariosis linfática como problema de salud pública

- El test de Papanicolau puede salvar vidas en los países en desarrollo

- Siete razones por las que hoy existe más riesgo que nunca de que ocurra una pandemia global



Número 1.901

5 de abril 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/



www.circulomedicocba.org/



www.consejomedico.org.ar/



Biblioteca de la Facultad
de Ciencias Médicas

Universidad Nacional de Córdoba

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



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/



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

Vigilancia de brucelosis

Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación
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.¹

Provincia/Región	2016		2017	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1	—	—	—
Buenos Aires	5	2	10	2
Córdoba	6	3	3	3
Entre Ríos	1	1	3	—
Santa Fe	5	1	1	—
Centro	18	7	17	5
Mendoza	4	—	4	—
San Juan	2	—	2	1
San Luis	1	—	—	—
Cuyo	7	—	6	1
Corrientes	—	—	—	—
Chaco	1	—	—	—
Formosa	3	—	—	—
Misiones	—	—	—	—
NEA	4	—	—	—
Catamarca	16	11	4	3
Jujuy	—	—	—	—
La Rioja	—	—	—	—
Salta	4	2	3	—
Santiago del Estero	—	—	—	—
Tucumán	1	—	—	—
NOA	21	13	7	3
Chubut	—	—	1	—
La Pampa	8	5	1	—
Neuquén	—	—	—	—
Río Negro	—	—	—	—
Santa Cruz	—	—	—	—
Tierra del Fuego	1	—	—	—
Sur	9	5	2	—
Total Argentina	59	25	32	9

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



Estados Unidos: El aumento del uso de drogas inyectables hace temer un repunte de las infecciones por el VIH

16 de febrero de 2017 – Fuente: 24th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections 2017

Existe gran preocupación en Estados Unidos por un nuevo repunte de las infecciones por el VIH a través del uso de drogas inyectables.

Aunque todavía son pocas las evidencias científicas que apoyan la transmisión del VIH de hombres que practican sexo con hombres (HSH) a heterosexuales a través de compartir materiales para el uso de drogas, existen indicios de que ello podría estar teniendo lugar. Se trataría de una nueva generación de usuarios de drogas intravenosas (UDI) que comparten material de inyección y que no se encuentran vinculados a los servicios asistenciales convencionales (con sus correspondientes programas de apoyo e intercambio de jeringas), con un interés creciente en el uso inyectado de metanfetamina.

Entre los HSH usuarios de drogas inyectables estadounidenses, el uso de metanfetamina inyectada está disminuyendo entre aquellos de etnia blanca y aumentando entre aquellos de etnia negra. Datos de un condado del Estado de Washington muestran que se están dando las condiciones para la transmisión del VIH de HSH a heterosexuales a través de compartir material de inyección.

Actualmente la prevalencia de la infección por el VIH entre HSH usuarios de drogas intravenosas es muy alta (de entre 35 y 40%), pero que esta es muy baja en usuarios de drogas intravenosas heterosexuales.

Dos programas públicos del área de Seattle analizaron la proporción de usuarios de drogas intravenosas que habían consumido metanfetamina en el año anterior. Solo se incluyó a aquellas personas que habían sido sexualmente activas el año anterior.

Entre los HSH, la metanfetamina fue la principal droga consumida, que pasó de 55% en el año 2005 a más de 80% en 2009, y se mantuvo por encima de 80% desde entonces.

Entre usuarios de drogas intravenosas heterosexuales, que en el pasado usaban principalmente opiáceos, el consumo de metanfetamina ascendió desde el año 2009 (cuando era consumida por entre 16 y 24% de los hombres y por entre 25 y 26% de las mujeres) hasta el año 2015 (hasta entre 57 y 69% en hombres y entre 61 y 65% en mujeres).

La pauta de consumo varió en función de la orientación sexual. Los HSH eran más proclives a inyectarse la metanfetamina sola, mientras que los heterosexuales la solían tomar combinada con heroína (*goofball*). Así, en 2015, entre 43 y 47% de los usuarios de drogas intravenosas heterosexuales consumían la metanfetamina combinada con heroína y entre 10 y 17% se inyectaban únicamente metanfetamina.

Entre HSH la inyección combinada aumentó, aunque no tanto como entre heterosexuales: esta modalidad pasó de ser consumida por 18% de los inyectores en 2009 (24% de los usuarios de metanfetamina) hasta 34% en 2015 (41% de los usuarios de metanfetamina).

Por lo que respecta a compartir jeringas o material de inyección en general, 31% de los HSH que admitieron compartir material de inyección lo habían hecho por última vez con una mujer y 14%, con un hombre heterosexual.

Entre las mujeres que compartían material de inyección, la última persona con la cual lo habían hecho había sido un HSH en 15% de los casos y un hombre heterosexual en 7% de las ocasiones.

También existen datos sobre un incremento masivo desde el año 2000 en el número de personas con adicciones a analgésicos opioides, lo que conlleva una nueva generación de usuarios de drogas intravenosas.

Las muertes por sobredosis de opiáceos en Estados Unidos se han incrementado desde 3 casos cada 100.000 habitantes en 2001 hasta 10,4 en 2015. El incremento más importante ha tenido lugar entre opioides médicos menos convencionales tales como fentanilo (el número de casos anuales se ha multiplicado por 10). Los otros opioides más convencionales (incluida la metadona) son responsables de 4,7 casos cada 100.000 habitantes al año.

En un estudio llevado a cabo al respecto en 16 ciudades estadounidenses, se observó un amplio incremento en el uso de opioides de prescripción médica durante los últimos 25 años. Entre quienes habían comenzado a inyectarse opioides antes de 1995, solo 12% consumían opioides orales antes de pasar a su uso inyectado. Entre quienes empezaron a inyectarse tras el año 2005, dicho porcentaje se había incrementado hasta 50%.

El 30,5% de los UDI que habían consumido previamente opioides orales afirmaron haberlos consumido bajo prescripción médica. El 40% los obtuvo de un familiar o amigo (la mitad pagando, la otra mitad los habían obtenido sin pagar). El 6,7% los había robado.

La prescripción médica de analgésicos opioides fue 2,9 veces más frecuente entre personas que comenzaron a inyectarse tras el año 2000 que entre quienes comenzaron antes. También se relacionó la adicción a estos analgésicos con ser más joven (menor de 30 años), de etnia blanca, ser mujer o no tener residencia fija.

La infección por el VIH fue menos frecuente entre quienes comenzaron el uso de drogas inyectables tras el año 2000 que entre quienes lo empezaron antes (2 y 6% de estas personas, respectivamente).

Dos sondeos adicionales, que evaluaron las tendencias en el uso de metanfetamina (inyectada o no inyectada) entre HSH de Estados Unidos hallaron que las tendencias se han mantenido estables, pero que los usuarios han cambiado: el uso entre hombres de etnia negra ha ido aumentando en la medida en la que ha ido disminuyendo entre aquellos de etnia blanca.

El uso de opioides no prescritos entre HSH era de 7,7% en 2008, 2011 y 2014 y prácticamente la misma proporción manifestó utilizar metanfetamina en 2014 (8%). Una mayor proporción de HSH manifestó consumir cocaína (18,6% en 2008 y 19% en 2014).

Más HSH de etnia blanca que de etnia negra reportaron uso de opioides bajo prescripción médica, pero mientras en aquellos de etnia blanca su uso va disminuyendo (10,2% en 2008 y 9,5% en 2014) entre los de etnia negra esta pauta va en aumento (4,2% en 2008 y 5,9% en 2014).

El uso de opioides bajo prescripción médica entre HSH que ganaban menos de 20.000 dólares anuales aumentó de 6,7 a 9,3%; mientras que entre quienes ganaban más de 75.000 dólares anuales disminuyó de 8,5 a 6,4%.

La misma tendencia se observó en Washington DC, donde se observan tendencias complementarias entre el uso de metanfetamina entre HSH de etnia blanca y de etnia negra. Así, mientras que en HSH blancos el consumo de metanfetamina disminuye (de 9,5 a 4,7% entre 2008 y 2014), entre HSH de etnia negra aumentó de 4,4 a 9,9% durante dicho período.

Entre los datos positivos hallados entre los HSH de etnia blanca destacó que los mayores de 30 años presentaban una probabilidad 2,5 veces superior de consumir metanfetamina que los menores de esa edad.

Los HSH blancos que ganaban menos de 20.000 dólares anuales presentaban una probabilidad de consumir metanfetamina 8,45 veces superior a la de quienes tenían unos ingresos superiores a 50.000 dólares al año.

Los HSH con el VIH presentaron una probabilidad 10,6 veces superior de consumir metanfetamina si eran de etnia blanca y 4,2 veces superior si eran de etnia negra (respecto a los HSH sin el VIH con dichas características). Entre estas personas no se observó una relación significativa entre el uso de metanfetamina y el uso de condones.

Otro estudio llevado a cabo en San Diego (California) observó los conocidos como "efectos terciarios" de la terapia de sustitución con opiáceos, es decir, que dicha terapia, además de reducir las recaídas (efecto primario) y disminuir la transmisión de infecciones a otras personas (efecto secundario) también reduciría el número de personas a las que esta persona iniciaría en el uso de drogas inyectables (efecto terciario).

A la pregunta: "¿Has ayudado alguna vez a alguien a inyectarse que nunca se había inyectado antes?", las personas en terapia de sustitución con opiáceos respondieron que sí en una proporción inferior en 38% a la de aquellas personas UDI que no siguen dicha terapia.

*Journal of
Health Care for the
Poor and Underserved*

Estados Unidos: La mayoría de los fumadores que quedan son pobres y con un nivel educativo más bajo

3 de abril de 2017 – Fuente: *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*

Las tasas de tabaquismo en Estados Unidos se han reducido durante décadas. Sin embargo, en torno a 15% de los adultos (más de 36 millones) siguen fumando cigarrillos.

Y de estos fumadores, entre la mitad y tres cuartas partes presentan al menos una de las siguientes desventajas: tienen bajos ingresos, no han estudiado en la universidad, carecen de seguro médico o tienen una discapacidad.

Los hallazgos proceden de una encuesta nacional realizada en 2012. Los datos muestran que el hábito de fumar se concentra entre los estadounidenses con una situación menos privilegiada.

En los últimos 50 años, los esfuerzos de salud pública ayudaron a reducir la tasa de tabaquismo en más de la mitad, pero probablemente es necesario cambiar las estrategias para ayudar a los fumadores a dejar el hábito. Los métodos que funcionaron para la mitad de la sociedad más privilegiada no parecen funcionar bien para la otra mitad.

Los estadounidenses con un estatus socioeconómico más bajo están sufriendo hoy en día de tasas epidémicas de tabaquismo, y conforman casi tres cuartas partes de todos los fumadores que hay en la actualidad.

Ahora el sistema de salud pública del país tiene una doble obligación moral con respecto a los fumadores de la clase socioeconómica baja: debe eliminar la disparidad en las tasas de tabaquismo, y proporcionar servicios de ayuda para dejar de fumar a la nueva mayoría de fumadores.²



Primera Plana
SALUD Y BIENESTAR

República Dominicana: Al menos 17 personas han fallecido por leptospirosis en lo que va del año

2 de abril de 2017 – Fuente: *Primera Plana* (Estados Unidos)

Un hombre con leptospirosis se encuentra en estado delicado en el Hospital General 'Dr. José Vinicio Calventi Gaviño'. El paciente, de 38 años de edad, lleva cinco días en la unidad de cuidados intensivos del centro de salud.

Los médicos del hospital indicaron que el hombre llegó con síntomas similares a los del dengue y la malaria: fiebre, malestar general, artralgia y mialgia.

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

Debido al estado crítico en que se encuentra el paciente, y al presentar una insuficiencia renal aguda, está siendo dializado.

Residentes en el municipio de Los Alcarrizos pidieron a las autoridades de salud acudir al lugar a fumigar y tomar medidas preventivas.

En lo que va del año han fallecido 17 personas a causa de la leptospirosis. El número de personas afectadas por la enfermedad aumentó 109% en lo que va del año, pues para la fecha el año pasado se habían registrado 69 casos y este año ya van 144.

La mortalidad se incrementó 183%, al pasar de seis defunciones para el año 2016 a 17 este año, según información registrada en el Boletín de la Dirección de Epidemiología correspondiente a la semana epidemiológica 8.

El mundo



Arabia Saudí: Nuevos casos de infección por el MERS-CoV

3 de abril de 2017 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

Entre el 23 de febrero y el 16 de marzo de 2017, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) del Reino de Arabia Saudí notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) 18 nuevos casos confirmados por laboratorio de infección por el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS-CoV), incluyendo dos casos fatales.

Los casos se registraron en las localidades de Wadi Al-Dawasir (10), Al-Madinah Al-Munawwarah (1), Al-Qunfudhah (1), Al-Riyadh (1), Al-Zulfi (1), Badr Hunayn (1), Bishah (1), Hail (1) y Uryirah (1). Diez casos son varones. Ocho casos presentan comorbilidades. La media de edad de los casos es de 50 años (rango: 17 a 79 años).

Dos casos son trabajadores sanitarios. Seis casos estuvieron en contacto con casos de MERS-CoV confirmados por laboratorio. Seis casos tienen antecedentes de contacto frecuente con dromedarios (*Camelus dromedarius*) y consumo de su leche sin pasteurizar (se ha informado al Ministerio de Agricultura, que está investigando a los animales).

Los casos fallecidos son un hombre de 79 años y una mujer de 76 años de edad.

Un brote de la enfermedad ocurrió en una unidad de hemodiálisis de un hospital en Al-Riyadh. El seguimiento de contactos reveló que ocho casos sintomáticos y dos asintomáticos están asociados con este brote.

El Centro Nacional de Enlace para el RSI del Reino de Arabia Saudí también notificó a la OMS la muerte de cuatro casos de infección por el MERS-CoV previamente reportados.

A nivel mundial, la OMS ha sido notificada desde septiembre de 2012 de 1.935 casos confirmados por laboratorio de infección por el MERS-CoV, incluyendo al menos 690 muertes relacionadas.³

Pais/Región	Casos	%
Arabia Saudí	1.576	81,45
Emiratos Árabes Unidos	80	4,13
Jordania	26	1,34
Qatar	16	0,83
Omán	8	0,41
Irán	6	0,31
Kuwait	4	0,21
El Líbano	1	0,05
Yemen	1	0,05
Bahrein	1	0,05
Medio Oriente	1.719	88,84
Gran Bretaña	4	0,21
Alemania	2	0,10
Países Bajos	2	0,10
Francia	2	0,10
Austria	2	0,10
Turquía	1	0,05
Italia	1	0,05
Grecia	1	0,05
Europa	15	0,78
República de Corea	185	9,56
Filipinas	3	0,16
Tailandia	3	0,16
China	1	0,05
Malasia	1	0,05
Asia	193	9,97
Estados Unidos	2	0,10
América	2	0,10
Túnez	3	0,16
Argelia	2	0,10
Egipto	1	0,05
África	6	0,31
Total mundial	1.935	100,00

Tabla 2. Casos notificados a la OMS, por país y región. Datos al 16 de marzo de 2017.

Respuesta de salud pública

En respuesta a este brote, el Ministerio de Salud envió un equipo de respuesta rápida que, junto con la Dirección Regional de Salud, activaron a continuación un equipo de gestión del brote.

- Se implementaron las siguientes medidas:
- Se brindó una capacitación intensiva en control de infecciones a todo el personal del hospital, incluyendo el estricto monitoreo de las medidas de control de infecciones en la unidad de diálisis.
- Se activó un triage para todos los pacientes de hemodiálisis antes del inicio de la terapia. Las personas con síntomas fueron dirigidas a áreas designadas y tratados como casos sospechosos.
- Se limpió la unidad de hemodiálisis con desinfectantes de uso hospitalario y fumigación con peróxido de hidrógeno.
- Se contactó diariamente a todos los pacientes asintomáticos (o sus cuidadores) atendidos por la unidad para asegurarse de que no concurren a otra unidad de hemodiálisis o requieran servicios de asistencia sanitaria en otro establecimiento sin coordinación.

Evaluación de riesgos de la OMS

El MERS-CoV causa infecciones graves en humanos, con una elevada mortalidad, y se ha demostrado su capacidad de transmisión de persona a persona. Hasta la fecha, la transmisión observada de persona a persona se ha producido principalmente en centros sanitarios.

La notificación de nuevos casos no modifica la evaluación general del riesgo. La OMS prevé que se reporten nuevos casos de infección por MERS-CoV en Medio Oriente, y que continuarán exportándose casos a otros países a través de personas infectadas después de la exposición a animales o productos de origen animal (por ejemplo, tras el

³ Tasa de letalidad de 35,66%.

contacto con dromedarios) o de origen humano (por ejemplo, en un centro sanitario). La OMS continúa monitoreando la situación epidemiológica y lleva a cabo evaluaciones del riesgo sobre la base de la última información disponible.

Advertencia de la OMS

Considerando la situación actual y la información disponible, la OMS alienta a todos sus Estados Miembros a que mantengan la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas y examinen detenidamente cualquier patrón inusual.

Las medidas de prevención y control de infecciones son esenciales para evitar la posible propagación del MERS-CoV en los centros sanitarios. No siempre es posible identificar precozmente a los pacientes infectados por el MERS-CoV, dado que los síntomas iniciales son inespecíficos, como ocurre en otras infecciones respiratorias. Por consiguiente, los profesionales sanitarios deben aplicar sistemáticamente las medidas preventivas habituales con todos los pacientes, con independencia de su diagnóstico. Además, se deben adoptar precauciones para evitar la transmisión a través de gotículas al atender a pacientes con síntomas de infección respiratoria aguda; cuando se trate de un caso probable o confirmado de infección por el MERS-CoV, se deben añadir precauciones contra el contacto y protección ocular. Las precauciones para prevenir la transmisión por vía aérea deben aplicarse cuando se realicen procedimientos que generen aerosoles.

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

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

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



China: Nuevos casos humanos de influenza aviar A(H7N9)

23 de marzo de 2017 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

El 24 de marzo de 2017, la Comisión Nacional de Salud y Planificación Familiar (CNSPF) de China notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) 18 nuevos casos confirmados de infección humana por el virus de la influenza aviar A(H7N9).

Detalles de los casos

En los casos notificados, los síntomas aparecieron entre el 9 y el 15 de marzo. De estos 18 casos, siete eran de sexo femenino. Las edades oscilaron entre 37 y 86 años (mediana de 68 años). Los casos se registraron en Anhui (1), Fujian (1) Guangxi (5), Guizhou (1), Henan (1), Hubei (2), Hunan (4), Jiangxi (1), y Zhejiang (2).

Al momento de la notificación, 2 casos habían fallecido y 16 habían sido diagnosticados de neumonía (2) o neumonía grave (14). En 16 casos se refieren antecedentes de exposición a aves de corral o a mercados de aves de corral vivas; en los casos restantes todavía se están investigando los antecedentes de exposición. No se reportaron clústeres.

Desde principios de 2013 hasta la fecha se han notificado, en virtud del Reglamento Sanitario Internacional, 1.347 casos confirmados de infección humana por el virus de la influenza aviar A(H7N9).

Respuesta de salud pública

Considerando el aumento del número de infecciones humanas por virus de la influenza aviar A(H7N9) que ha tenido lugar desde diciembre de 2016, el Gobierno de China ha adoptado varias medidas:

- Continuar fortaleciendo las medidas de control con el foco puesto en la gestión higiénica de los mercados de aves vivas y el transporte transregional.
- Evaluar y analizar la tendencia epidémica de la influenza aviar A(H7N9) para orientar las medidas de control en las provincias.
- Aumentar la atención y la orientación en las provincias que reportan más casos acerca del control y prevención de epidemias.
- Llevar a cabo la comunicación pública de riesgo y aumentar la publicidad de la información para proporcionar al público orientaciones sobre la autoprotección.

Evaluación del riesgo por la OMS

El número de casos humanos de influenza aviar A(H7N9) en esta quinta ola epidémica (con fecha de inicio el 1 de octubre de 2016) es ya mayor que el número total de casos reportados en oleadas anteriores.

Las infecciones humanas por virus de la influenza aviar A(H7N9) siguen siendo infrecuentes. Para evaluar el riesgo y ajustar a tiempo las medidas destinadas a gestionarlo es fundamental una observación estrecha de la situación epidemiológica y una caracterización de los virus humanos más recientes.

En la mayoría de los casos humanos la exposición al virus de la influenza aviar A(H7N9) se produce por contacto con aves de corral infectadas o entornos contaminados, incluyendo los mercados de aves de corral vivas. Como se

sigue detectando el virus en animales y en los ambientes y continúa la venta de aves de corral vivas, son de prevenir nuevos casos humanos. Aunque ha habido pequeños clústeres de casos de infección humana por virus de la influenza aviar A(H7N9), algunos de ellos en pacientes que han compartido habitación, los datos epidemiológicos y virológicos actuales indican que el virus no ha adquirido la capacidad de transmitirse de forma sostenida entre los seres humanos. Así pues, por el momento se considera improbable la propagación del virus a nivel comunitario.

Consejos de la OMS

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

La OMS no recomienda la realización de exámenes especiales en los puntos de entrada ni la aplicación de restricciones a los viajes ni al comercio en relación con este evento. Como siempre, habrá que pensar en el diagnóstico de infección por virus de la influenza aviar en pacientes que presenten síntomas respiratorios agudos graves durante viajes a zonas donde haya influenza aviar, o poco después de la vuelta de dichos viajes.

La OMS alienta a los países a que sigan reforzando la vigilancia de la influenza, en particular la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas graves; examinen cuidadosamente todos los casos inusuales para garantizar la notificación de las infecciones humanas de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005) y sigan con sus medidas nacionales de preparación sanitaria.

EL PAÍS **España, Catalunya: Las infecciones de transmisión sexual crecen 30% en un año**

31 de marzo de 2017 – Fuente: El País (España)

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) se han convertido en una piedra en el zapato para la salud pública de Catalunya. La tendencia sigue al alza y sin visos de frenar. Los ambulatorios del Instituto Catalán de la Salud (ICS), la empresa pública que aglutina ocho hospitales y 80% de los centros de atención primaria (CAP), detectaron el año pasado 10.519 nuevos casos de ITS, 29,75% más que en 2015.

“El entorno más natural de diagnósticos está en la atención primaria comunitaria. Es donde se concentra el gran volumen de detecciones, así que esto es representativo del total de Catalunya”, explicó Mireia Alberny Iglesias, responsable corporativa de ITS y VIH de la dirección asistencial de atención primaria del ICS. El Departamento de Salud también dispone de unidades específicas de salud sexual y reproductiva, centros comunitarios y hospitales para hacer las pruebas de detección de ITS, pero la mayoría se hacen en atención primaria.

Los médicos de familia achacan el incremento de casos nuevos a una mejora en el diagnóstico y el registro, pero también a que crece la incidencia por el cambio en las conductas sexuales de la población. “Es un aumento progresivo y hay que insistir en las cuestiones de prevención”, advirtió Alberny.

Los casos de gonorrea y clamidiosis son los que más han aumentado. Los ambulatorios del ICS detectaron 1.518 infecciones por *Chlamydia* (67% más que en 2015) y 649 de gonorrea (65,5% más). Los casos de sífilis (560) también crecieron 34%; las verrugas genitales (el grupo más numeroso, con 5.023 infecciones detectadas), aumentaron 18%; los herpes genitales (1.993) subieron 38%; y los casos de tricomonosis (776) ascendieron 13%. “Tenemos varias subepidemias. Los aumentos de gonorrea y la sífilis se ven más entre hombres que tienen sexo con hombres y la clamidiosis está más repartida”, señaló Alberny.

Los casos reportados por los ambulatorios siguen la tendencia registrada en el último informe del Centro de Estudios Epidemiológicos sobre ITS y Sida de Catalunya, donde se constató que en 10 años, los casos de sífilis se han cuadruplicado y los de gonorrea, triplicado, la mayoría entre el colectivo de hombres que tienen sexo con hombres. Según un informe de los servicios de vigilancia epidemiológica centinela de las ITS en Catalunya, en 2015 se notificaron 1.447 casos de clamidiosis, 53,4% más que el año anterior. El 70%, en este caso, entre heterosexuales.



Un joven se hace la prueba de detección de ITS en el centro comunitario BCN Checkpoint, en Barcelona.

europa **España, Comunidad Valenciana: Brote de parotiditis en el campus universitario de Alcoi** press

30 de marzo de 2017 – Fuente: Europa Press

La Conselleria de Sanidad confirmó el 30 de marzo la existencia de un brote de parotiditis en el Campus de la Universitat Politècnica de València en Alcoi (Alicante), ubicado en pleno centro histórico.

Según la Conselleria, actualmente se han contabilizado 12 casos de jóvenes de entre 20 y 22 años afectados por el virus. Aunque este organismo no lo ha confirmado, algunas fuentes indican que, además de en el Campus, también se han registrado algunos casos fuera del mismo, sin precisar la cantidad.

El tratamiento es el que les ha prescrito su respectivo médico de familia de Atención Primaria, y los afectados permanecen en sus domicilios, según fuentes de la Conselleria.

Las mismas fuentes señalaron que, "dado que se trata de una enfermedad viral que se transmite por vía aérea y es muy normal en esta época, se ha recomendado a las personas diagnosticadas que, para que no contagien, se queden en casa nueve días".

Además, el protocolo a seguir es comprobar entre sus contactos si están o no inmunizados para vacunar al que no lo esté. Según informan desde el Gobierno autonómico, "más de 95% de la población está correctamente vacunada, por lo que será raro encontrar a alguien que no lo esté".



Europa: Brote de hepatitis A entre la población de HSH

4 de abril de 2017 – Fuente: Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (España)

Según diferentes informes publicados recientemente, se ha detectado un brote de hepatitis A que ha afectado a 287 personas en al menos 13 países de Europa, registrándose el grueso de los casos en Gran Bretaña, Italia, España, Alemania y Países Bajos.

Las autoridades de salud pública han detectado tres cepas distintas del virus de la hepatitis A que han afectado, especialmente, a hombres que practican sexo con hombres (HSH). Pese a que este nuevo brote se ha observado principalmente en Europa, desde principios de año también se han detectado nuevos casos de esta infección entre la población de HSH en New York (Estados Unidos) y Hong Kong (China).

Una de las cepas del virus fue detectada en dos hombres que habían acudido a salas de encuentros sexuales durante el festival Europride que tuvo lugar en Amsterdam (Países Bajos) en agosto de 2016. Posteriormente, se detectó esa misma cepa en casos diagnosticados en otros nueve países.

Un segundo clúster, identificado en Gran Bretaña, está relacionado con los casos detectados también en al menos otros nueve países. Se averiguó que una gran parte de este grupo de hombres diagnosticados de hepatitis A había viajado a España (entre otras localidades la isla de Gran Canaria), habían tenido contactos sexuales múltiples, habían utilizado aplicaciones de citas como Grindr®, habían frecuentado salas de encuentros sexuales o presentaban coinfección por otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Se desconoce si las personas que adquirieron la infección en España lo hicieron por vía sexual o por el consumo de agua y/o comida con el virus de la hepatitis A (VHA).

El tercer clúster, detectado primero en Alemania, se relacionó con los casos detectados en otros seis países y, principalmente, en hombres. Los primeros casos se diagnosticaron en diciembre de 2016 en Berlín, también entre la población de HSH. Aproximadamente un tercio de los hombres diagnosticados en Berlín declaró que acudían a salas de encuentros sexuales, no estaban vacunados o solamente habían recibido una dosis de la vacuna de la hepatitis A. Hay que recordar que una dosis de la vacuna ofrece protección frente a la infección durante 12 meses, mientras que una segunda dosis de refuerzo suministrada entre los 6 y 12 meses siguientes protegería durante aproximadamente 20 años.

Tanto en el brote registrado en Países Bajos como en los detectados en Gran Bretaña y Alemania, se realizó la secuenciación genética del virus de la hepatitis A.

Según las informaciones recogidas, de las 287 personas con casos de infección por hepatitis A confirmada, 280 eran hombres y una elevada proporción de los mismos eran HSH.

Ante estos datos, los Centros Europeos para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (ECDC) resaltan la importancia de la vacunación frente la hepatitis A por parte de los HSH que vivan en zonas con brotes activos o que viajen a destinos donde se han notificado brotes entre este colectivo.

Con el objetivo de reducir el riesgo de transmitir o adquirir el VHA, el Sistema Público de Salud de Gran Bretaña (NHS) recomienda a los HSH que se laven las manos después de tener relaciones sexuales y que cambien el preservativo entre un compañero sexual y otro.

En España la vacunación frente a la hepatitis A se recomienda a HSH, a usuarios de drogas intravenosas, a personas con enfermedad hepática crónica, a personas con hemofilia o a las que viajen a determinadas zonas del mundo.⁴

The New Zealand Herald

Nueva Zelanda, Auckland: Brote de fiebre tifoidea

3 de abril de 2017 – Fuente: The New Zealand Herald (Nueva Zelanda)

Once miembros de una comunidad de una iglesia de Auckland han sido hospitalizados con fiebre tifoidea. El Servicio Regional de Salud Pública de Auckland anunció el 31 de marzo de la existencia de un brote de la enfermedad y el 2 de abril informó que los análisis lo habían confirmado.

⁴ La hepatitis A es una infección aguda causada por el virus de la hepatitis A (VHA) que afecta al hígado. Tras la infección suelen producirse síntomas como malestar general, pérdida del apetito, fiebre, náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarreas e ictericia, entre otros. Mientras que los primeros síntomas pueden durar hasta dos semanas, la ictericia y el malestar general pueden persistir hasta seis meses. Pese a que no existen tratamientos específicos frente a este virus, se pueden prescribir fármacos para mitigar los diferentes síntomas. Aunque la evolución de la infección suele resultar favorable, en algunos casos pueden surgir complicaciones e incluso puede correr peligro la vida de la persona.

La transmisión de la hepatitis A se produce principalmente por vía oro-fecal, es decir, cuando partículas fecales de la persona infectada entran en contacto con la boca de otra persona. Esto puede ocurrir cuando alimentos o bebidas han estado en contacto con heces de una persona infectada. La hepatitis A también puede transmitirse a través de las relaciones sexuales, especialmente durante el sexo oral-anal o cuando los dedos, manos o pene entran en contacto con el ano de una persona portadora del virus y, posteriormente, con la boca.

La Línea de Salud recibió más de 60 llamadas relacionadas con la fiebre tifoidea durante el fin de semana y, de ellos, alrededor de 15 personas describieron síntomas similares a los de la fiebre tifoidea, a los que se les dijo que consulten con su médico de cabecera o concurren al servicio de emergencias.

La Dra. Julia Peters, directora clínica del Servicio Regional de Salud Pública de Auckland, dijo que todos los casos confirmados estaban vinculados a la comunidad de una iglesia para isleños del Pacífico, en Auckland. El personal estaba monitoreando otras 60 personas que habían estado en contacto con el grupo, dijo.

“Se trata de un brote localizado. Saber que los casos están conectados nos brinda una dirección clara, pero ésta sigue siendo una situación grave y se están siguiendo otras conexiones”, dijo Peters.

Auckland registra unos 30 casos de fiebre tifoidea al año, pero por lo general se trata de casos aislados, de personas que se infectan en el extranjero.

“Se trata de un brote local y en este momento no sabemos cómo o cuándo ingresó a Auckland”.

Peters dijo que el servicio de salud pública estaba tratando de encontrar la fuente, pero esto no siempre es posible, debido a que algunas personas pueden ser portadoras de la enfermedad durante algún tiempo sin transmitirla.

Las personas hospitalizadas provienen de Mount Roskill, Blockhouse Bay y Manurewa.

Calvin Cochran, portavoz de la Línea de Salud, dijo que el servicio recibió una avalancha de llamadas después que se conociera la noticia el 31 de marzo, pero que se había calmado desde entonces. La mayoría de las llamadas procedían de personas de South Auckland, dijo.⁵

P **Portugal: Dos casos aislados de sarampión**

31 de marzo de 2017 – Fuente: Público (Portugal)

“Se han confirmado dos casos de sarampión en Portugal, una persona que llegó de Venezuela recientemente y un bebé de 11 meses que aún no tiene edad suficiente como para ser inmunizado, pero son dos situaciones aisladas y sin relación temporal entre sí”, asegura la Subdirectora General de Salud, Maria da Graça Gregório de Freitas, descartando, por ahora, cualquier escenario de brote de esta enfermedad altamente contagiosa en el país.

Freitas solicitó, sin embargo, a todas las personas que no tengan al día la vacuna contra el sarampión que se inmunicen. Y adelantó que los centros de salud ya están llamando a los niños que tienen la vacuna atrasada para que sean inmunizados. La Dirección General de Salud aconseja a quienes no estén vacunados que lo hagan y recomienda también la vacuna a todas las personas que van a viajar o a participar en eventos internacionales.

Incluida en el Plan Nacional de Vacunación, la primera de las dos dosis de la vacuna contra el sarampión en los niños se aplica a los 12 meses de edad. Las personas mayores de 18 años necesitan solo una dosis. Esta enfermedad viral es altamente contagiosa, su evolución suele ser benigna, pero en casos severos raros, puede provocar secuelas neurológicas, e incluso la muerte.

Freitas señaló que esto no se trata de un brote, al menos por ahora, en Portugal, a diferencia de lo que ocurre en varios países europeos. La multiplicación de los casos de sarampión, enfermedad muy contagiosa entre los niños, provocó una advertencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁶. Sólo desde el comienzo de este año se han detectado más de 500 casos de sarampión en Europa, particularmente en siete países: Alemania, Francia, Italia, Polonia, Rumania, Suiza y Ucrania.

Prevenible mediante la vacunación, el sarampión está controlado en Portugal e incluso la OMS declaró que el país eliminó oficialmente el virus el año pasado. “Eliminado no significa que Portugal no pueda tener casos procedentes de otro país. Es normal que Portugal presente casos aislados”, enfatizó Freitas.

“La tasa de cobertura de vacunación varía entre 95 y 97% en Portugal, una tasa muy elevada, pero hay pequeños bolsos comunitarios en determinadas zonas y poblaciones. Cuando se detecta falta de vacunación, los servicios centrales se contactan con los regionales, los que a su vez lo hacen con los grupos de centros de salud y estos aconsejan a las personas a que se vacunen”, dijo Freitas.

En caso de un brote, y se hubiera un riesgo para la salud pública, la vacunación puede pasar a ser obligatoria. En ese momento, se puede considerar anticipar la vacunación de los niños de seis meses o, en edades aún más precoces, “será incluso posible protegerlos con inmunoglobulinas”, añade la funcionaria.

En Portugal, casi todos los adultos o están inmunizados por haber tenido la enfermedad de niños o porque han sido vacunados, y la tasa de cobertura es muy alta entre los niños, a diferencia de lo que ocurre con algunos países, porque no existen movimientos anti-vacunas organizados.⁷



⁵ *Salmonella enterica* serovar Typhi, a diferencia de la mayoría de otras *Salmonella*, no es un patógeno zoonótico, sino esencialmente un patógeno humano. La enfermedad clásica causada por *Salmonella* Typhi, es principalmente una enfermedad febril indiferenciada, por lo general sin diarrea. El patógeno se propaga generalmente a través de agua o alimentos contaminados.

⁶ Ver ‘Europa: Los brotes de sarampión en la región amenazan el progreso hacia su eliminación’ en Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 1.899, de fecha 31 de marzo de 2017, haciendo clic [aquí](#).

⁷ La sugerencia de que uno de los casos pudo haber adquirido el virus en Venezuela es poco probable, en vista de la ausencia de circulación del virus de sarampión, al igual que la ausencia de notificación de casos autóctonos en el país durante la última década. Por otro lado, es bien conocida la reciente actividad de la infección en varios países europeos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) felicitó hoy a la República de las Islas Marshall por la eliminación de la filarioris linfática como un problema de salud pública.

La filarioris linfática es una enfermedad transmitida por mosquitos que afecta el sistema linfático, lo que lleva a una desfiguración grave, dolor y discapacidad. Para las personas afectadas por esta enfermedad, el impacto de la desfiguración y el estigma asociado es profundo: a menudo pierden sus medios de subsistencia, y sufren efectos psicológicos como depresión y ansiedad.

“La filarioris linfática es una terrible enfermedad, que causa un enorme sufrimiento para los afectados por ella. Felicito sinceramente a la República de las Islas Marshall por la eliminación de esta enfermedad como una amenaza para la salud pública, lo que es un logro de enorme importancia para la salud de su pueblo”, dijo el Dr. Shin Young-Soo, director regional de la OMS para el Pacífico Occidental.

La República de las Islas Marshall se une a otros seis países de la Región del Pacífico Occidental de la OMS que han sido validados por haber logrado la eliminación de la filarioris linfática como problema de salud pública desde que la OMS puso en marcha el Programa Global para la Eliminación de la Filarioris Linfática en el año 2000: Camboya, China, Islas Cook, Niue, República de Corea y Vanuatu.

La filarioris linfática es clasificada por la OMS como una enfermedad tropical desatendida (NTD). Las NTDs son un grupo variado de enfermedades transmisibles que afectan principalmente a las poblaciones más pobres de las zonas tropicales y subtropicales. Las NTDs son enfermedades graves y en algunos casos mortales, pero son evitables. A través de una serie de estrategias de salud pública que incluyen el tratamiento preventivo de las comunidades, el manejo intensivo de los casos, el control de vectores, el control de la enfermedad mediante la vacunación en los animales que pueden transmitirla a los humanos, y la provisión de agua potable, saneamiento e higiene, muchas NTDs se pueden controlar y, eventualmente eliminar.

La lucha contra la filarioris linfática en los 17 países y áreas donde sigue siendo endémica en la Región del Pacífico Occidental es una prioridad importante para el trabajo de la OMS en esta Región.

Tras el inicio del Programa Global para la Eliminación de la Filarioris Linfática, muchos de estos países y regiones están avanzando hacia la eliminación. La OMS trabaja directamente con los países y sus asociados para apoyar las campañas de administración de fármacos a gran escala, y un mejor acceso a medicamentos y pruebas de diagnóstico eficaces. Estos esfuerzos están dando sus frutos a medida que más países –como la República de las Islas Marshall– se están acercando al umbral de eliminación de la filarioris linfática.

“La República de las Islas Marshall ha demostrado que con el compromiso y la creatividad, y pese a las dificultades geográficas significativas en llegar a las personas en muchas islas remotas, se puede lograr. La OMS se ha comprometido a apoyar a los Estados Miembros para librar a nuestra región del flagelo de la filarioris linfática, para que así nadie deba sufrir esta terrible enfermedad”, concluyó Shin.⁸



El test de Papanicolau puede salvar vidas en los países en desarrollo

1 de marzo de 2017 – Fuente: *Journal of Global Oncology*

El test de Papanicolau (Pap), técnica con la que se examina células de cuello del útero para detectar alteraciones que puedan ocasionar cáncer, es una herramienta de diagnóstico eficaz aún en países de medios y bajos recursos económicos con limitaciones en infraestructura y atención sanitaria.

Una investigación basada en la revisión sistemática de 717 cánceres cervicales documentados en 23 estudios realizados en 14 países (Argentina, Bangla Desh, Brasil, China, Costa Rica, Egipto, El Salvador, India, Kenya, Nicaragua, Perú, Sudáfrica, Tailandia y Uganda), señala que la sensibilidad de esa técnica superó 75% en todos los casos, facilitando el diagnóstico temprano y tratamiento.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer de cuello de útero provoca más de 270.000 muertes anuales, 85% de ellas en países en desarrollo.

⁸ La filarioris linfática afecta el sistema linfático y puede conducir a un agrandamiento anormal de partes del cuerpo, causando dolor, discapacidad severa y estigma social.

Alrededor de 947 millones de personas en 54 países de todo el mundo están amenazados por la filarioris linfática y requieren quimioterapia preventiva para detener la propagación de esta infección parasitaria. En el año 2000, más de 120 millones de personas fueron infectadas, y cerca de 40 millones fueron desfiguradas e incapacitadas por la enfermedad.

La filarioris linfática puede ser eliminada interrumpiendo la propagación de la infección a través de la quimioterapia preventiva con combinaciones de medicamentos seguros repetidas anualmente durante al menos 5 años. Desde el año 2000, han sido entregados 6.200 millones de tratamientos para detener la propagación de la infección.

Unos 351 millones de personas ya no requieren quimioterapia preventiva debido a la implementación exitosa de las estrategias de la OMS.

Un paquete básico recomendado para el cuidado puede aliviar el sufrimiento y evitar una mayor discapacidad entre las personas que viven con la enfermedad.

En lugares con limitadas instalaciones para tratar cánceres avanzados, el uso del Pap podría tener un gran impacto a la hora de reducir la mortalidad por cáncer de cuello uterino. Si se carece de la infraestructura necesaria para implementar un programa nacional de detección de calidad, se podría facilitar el diagnóstico precoz de este cáncer remitiendo a un especialista a aquellas mujeres cuyos resultados presenten anomalías.



Las dificultades para acceder al tratamiento y sus demoras habituales conspiran contra la intervención temprana. La falta de personal capacitado para valorar las citologías anormales y el escaso número de patólogos disponibles (uno por cada dos millones de habitantes, en algunos casos) también retrasa con mucha frecuencia la llegada de los resultados, modificando el estadio clínico sobre el que se diagnostica.

Para estos países en desarrollo, debería estudiarse la sensibilidad del Pap en relación con otros estudios basados en test virales de bajo costos (como el careHPV) que no necesitan de un operador ni entrenamiento del personal y control de calidad de laboratorios de citología.

En Inglaterra, por ejemplo, el cáncer cervical empezó a descender en la década de 1970, cuando la cobertura de ensayos de diagnóstico supero 75% de la población en riesgo, la que en los países analizados en este estudio no supera 20%.⁹

Siete razones por las que hoy existe más riesgo que nunca de que ocurra una pandemia global

3 de abril de 2017 – Fuente: Cable News Network (Estados Unidos)

Solo es necesario un beso, una tos, un contacto o incluso un mordisco para cambiar nuestra vida y la de quienes nos rodean, por meses y hasta por años.

En la mayoría de los casos, entre más cercanas sean a ti las personas, más grande el riesgo. Pero no siempre es tan simple.

Expertos en salud pública creen que estamos en el momento de mayor riesgo de la historia de experimentar brotes infecciosos a gran escala y pandemias globales como las que hemos visto antes: síndrome respiratorio agudo grave (SARS), influenza A(H1N1), enfermedad por el virus del Ébola (EVE) y fiebre zika.

Más de 28.000 personas se infectaron entre 2014 y 2016 durante la epidemia de EVE, dejando unos 11.000 muertos. Y el 10 de marzo pasado, 84 países habían reportado la transmisión del virus Zika, una enfermedad que fue descubierta en la década de 1940 pero que tuvo su primer brote en 2007 en Micronesia y solo comenzó a expandirse más recientemente, a fines de 2015.

La llegada de la infección siempre es inesperada y su magnitud no tiene precedentes, lo que deja al mundo más vulnerable. Los expertos creen, de manera unánime, que lo más probable es que la próxima pandemia sea una sorpresa, para la cual tenemos que estar preparados.

“Las enfermedades infecciosas no respetan fronteras”, dice Jimmy Whitworth, profesor de salud pública internacional de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres.

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) alerta de cientos de pequeños brotes cada mes. Hay pequeños brotes ocurriendo todo el tiempo, en todo el mundo”, destaca el experto, que investiga y usa para predecir las probabilidades de que ocurra un brote mayor.

Sin embargo, cree que la forma en que vivimos actualmente aumenta el riesgo. “Muchos aspectos de la vida moderna nos ponen en un mayor riesgo. Estamos más listos hoy que antes”, dice, destacando el Reglamento Sanitario Internacional, la Red Mundial de Alerta y Respuesta a Brotes (GOARN) de la OMS y los equipos nacionales de respuesta rápida de países como Estados Unidos, Gran Bretaña y China, listos para enfrentar emergencias.

Pero los desafíos siguen creciendo. Aquí están las siete razones para que así sea.



1. Más gente y más urbanización

Los hechos alrededor de la vida urbana son simples: vives, comes, trabajas y te desplazas más cerca de la gente que en cualquier asentamiento rural, y eso conlleva un serio riesgo de que una infección se expanda a través del aire, de los mosquitos o del agua no potable.

A medida que crecen las poblaciones también aumentan las viviendas. La Organización de Naciones Unidas predice que 66% del total de la población mundial vivirá en áreas urbanas en 2050.

Más personas en las ciudades “ponen más presión en el saneamiento”, dice David Heymann, cabeza del Centro para la Seguridad Sanitaria Global del centro de pensamiento Chatham House.

⁹ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

Más allá de la cercanía de la gente, “esta es una segunda fuente de infecciones”, dice, y una tercera es el aumento en la demanda de comida, lo que hace que los agricultores cultiven más, con más animales, y genera que probablemente vivan cada vez más cerca de esos animales. Los animales son reservorios de muchas enfermedades, incluyendo la tuberculosis, la tripanosomosis africana y la influenza aviar.

Dado que la gente se mueve cada vez más frecuentemente desde y entre las zonas rurales hacia las urbanas, hay cada vez más probabilidad de infección y si vivimos en barrios cada vez más pegados los unos a los otros, el potencial de expansión de la enfermedad es enorme.

2. Invasión de nuevos ambientes

A medida que crece el número de personas, también crece la cantidad de tierra necesaria para su vivienda. Las poblaciones se expanden cada vez más a territorios antes inhabitados, como bosques y selvas. Y con la llegada a estos nuevos territorios vienen el contacto con nuevos animales e, inevitablemente, nuevas infecciones.

Por ejemplo, “la fiebre de Lassa ocurre porque la gente vive en el bosque y lo destruye para labores de agricultura”, dice Heymann.

La fiebre hemorrágica de Lassa es una enfermedad viral que se expande mediante el contacto con heces de roedores infectados. También se transmite entre humanos, aunque es menos común. Los brotes suelen ocurrir en África Occidental, con altos niveles en Nigeria, por ejemplo, desde 2016.

Heymann explica que la fiebre de Lassa es un ejemplo de gente que vive cerca de bosques donde residen roedores infectados, pero con la destrucción de esos bosques para la agricultura, los animales se quedan sin lugar a dónde ir y por eso terminan en las casas de los humanos.



3. Cambio climático

Cada vez hay más evidencia de que el cambio climático está produciendo olas de calor e inundaciones, el caldo de cultivo ideal para enfermedades que se transmiten por el agua, como el cólera, y vectores de enfermedades, como los mosquitos en nuevas regiones.

Entre 2030 y 2050, el cambio climático causará cerca de 250.000 muertes adicionales anuales por estrés por calor, malnutrición y expansión de enfermedades infecciosas como la malaria, según la OMS.

Con portadores de enfermedades, como los mosquitos, viviendo cada vez más en territorios nuevos que no están protegidos, el riesgo de un brote es muy alto.

Whitworth cita la última epidemia de fiebre amarilla en Angola, durante la cual los trabajadores chinos que volvían a su país podían causar un brote de la enfermedad transmitida por los mosquitos locales.

4. Viajes globales

“Somos vulnerables porque cada vez viajamos más”, dice Whitworth.

Los viajes turísticos internacionales alcanzaron un récord de casi 1.200 millones en 2015, según la Organización Mundial del Turismo. Ese fue el sexto año de crecimiento consecutivo de esa cifra. Y cuando grandes cantidades de personas se desplazan de un lugar a otro, al mismo tiempo, las opciones de que haya una pandemia se multiplican.

“Muchas veces, los agentes infecciosos viajan en los humanos en su periodo de incubación”, dice Heymann. Ese periodo es el que transcurre entre la infección y la aparición de los síntomas, lo que significa que la gente puede transmitir una infección incluso sin sentirse enferma.

Se cree que así fue como se desarrolló la pandemia de SARS de 2003, cuando un hombre que desarrolló los síntomas viajó de Huang Xingchu, en China, a visitar a su familia en Hong Kong. Infectó a personas en su hotel y a su familia. Fue hospitalizado y murió, lo que también le ocurrió a uno de sus parientes. En menos de cuatro meses se registraron cerca de 4.000 casos y 550 muertes por SARS en Hong Kong, y más de 8.000 personas resultaron infectadas en cerca de 30 países.

Pero Heymann destaca que “no solo los humanos” expanden enfermedades al viajar. También los insectos, la comida y los animales que se mueven entre países.



5. Conflictos civiles

Si un país está a punto de entrar en una guerra civil, la capacidad de manejar un brote intenso y repentino puede poner de rodillas al pueblo y hacer que la infección florezca.

“Los brotes pueden paralizar por completo a un país”, dice Whitworth, citando la epidemia de EVE de 2014, en la que Sierra Leona, Guinea y Liberia “estuvieron muy cerca del colapso”.

En el caso de los tres países, conflictos civiles habían deteriorado previamente sus economías y sistemas de salud, incluidas las infraestructuras hospitalarias. Eso, sumado al movimiento humano entre los tres países y con otras naciones, permitió que la EVE se expandiera fácilmente.

“Si una infección se queda en lo local, se quema ahí. La gente aprende qué hacer”, dice Heymann.

6. Menos médicos y enfermeros en regiones con brotes

Más allá de la debilidad de los sistemas de salud, los países donde con mayor frecuencia ocurren los brotes suelen tener menos médicos y enfermeros para tratar a la población. La mayoría se han ido buscando mejores oportunidades en otras naciones.

“Tenemos que enfrentar esto, es una realidad. Es difícil manejar la migración de los trabajadores de la salud”, dice Heymann, y agrega que incluso algunos países motivan a sus médicos jóvenes para que viajen a otras regiones.

7. Información más rápida

En la era de la información, nuevos niveles de comunicación traen nuevos niveles de miedo y multiplican las formas de expandir ese temor, aseguran los expertos.

Aunque la mayoría de los brotes pequeños suelen quedarse sin ser conocidos por las poblaciones lejanas a su epicentro, las personas hoy están cada vez más informadas que nunca y requieren información transparente y completa para actuar rápido.

Google ha utilizado las búsquedas sobre síntomas en su página para identificar cuándo puede ocurrir un brote, como en el caso de la influenza.

“El mundo necesita una autoridad”, dice Heymann, quien cree que la OMS juega ese papel pero necesita ser más rápida y más transparente en la información que transmite.

La organización fue muy criticada, de hecho, por haber respondido lentamente y sin la suficiente preparación al brote de EVE de 2014.

“Pero las redes sociales se han vuelto muy activas... y eso es muy difícil de controlar. El hecho de que muchas personas publiquen y compartan información pueden cambiar el mensaje y lo que la gente lee y cree”, asegura Heymann.

Simposio



SIMPOSIO

Actualización en medidas de Control de Infecciones Bioseguridad en el Personal de Salud

Miércoles 26 de abril de 2017, de 14:00 a 18:00 horas

Lugar: Salón del Consejo – Hospital Italiano de Buenos Aires (Nivel 1, Escalera J - Docencia).

Introducción: Los procesos que se desarrollan en el Área de la Salud tienden a mejorar la atención de los pacientes y brindarles seguridad. Es importante no olvidar que lo más valioso para cumplir estas medidas es cuidar al personal de salud y brindarle un ambiente seguro.

Objetivo: Compartir información sobre programas de bioseguridad y prevención de riesgos en el personal de salud.

Programa

14:00-14:20 horas	Acreditación.
14:20-14:30 horas	Apertura del simposio.
14:30-15:30 horas	Bioseguridad en los trabajadores de la salud. Disertante: Horacio Mantello.
15:30-16:00 horas	Receso.
16:00-16:45 horas	Descartadores cortopunzantes: Norma internacional ISO y norma Nacional IRAM. Problemas generales en las instituciones de salud. Nueva tecnología aplicada a la resolución de problemas. Disertantes: Horacio Mauro, Emiliano Palmisano.
16:45-17:45 horas	Programa de prevención de riesgos del personal de salud. Accidente biológico con un paciente portador de HIV. Hepatitis B o C, ¿qué se hace? Disertante: Naldo Genoud
17:45-18:00 horas	Cierre del Simposio.

Actividad no arancelada

Debe registrarse e inscribirse online a través del Instituto Universitario, haciendo clic [aquí](#).



The Quebec Federation of Family Doctors (2011. Canadá).

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.