



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 secreción genital purulenta en varones
- Ocho ONGs se unieron para combatir la hepatitis C
- Alertan por el aumento de casos de sífilis y advierten sobre la falta de cuidado en las relaciones sexuales

América

- Actualización sobre la situación epidemiológica de la fiebre zika en la Región
- Colombia, Huila: Brote de leishmaniosis en Neiva
- Estados Unidos: Identifican unos 2.100 casos importados de malaria cada año
- Estados Unidos, Minnesota: Brote de sarampión en el condado de Hennepin que afecta a la comunidad somalí

• México, Chihuahua: Confirman 20 casos de rickettsiosis

• República Dominicana: Al menos 20 personas han muerto por leptospirosis este año

El mundo

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

• Liberia: Reportan muertes de etiología indeterminada vinculadas con un funeral

• Portugal: Aumentan los casos de sarampión

• Somalia: El número de niños malnutridos aumentará 50% en 2017

Comentario

• La OMS falló con el Ébola. Con una inevitable pandemia en el futuro, es necesaria una reforma



Número 1.911

3 de mayo 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/

**CIRCULO
MÉDICO DE
CÓRDOBA**

www.circulomedicocba.org/

**CM
PCJ**
Consejo de Médicos
de la Provincia
de Córdoba

www.consejomedico.org.ar/



Biblioteca de la Facultad
de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Córdoba

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



S.A.D.I.
www.said.org.ar/

**Comité Nacional de
Infectología**

Sociedad Argentina de Pediatría
www.sap.org.ar/



www.apinfectologia.org/

**Sociedad Argentina de Infectología
Pediatría**

www.sadip.net/

**Asociación
Parasitológica
Argentina**

www.apargentina.org.ar/

Argentina



Vigilancia de secreción genital purulenta en varones

24 de abril de 2017 – Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

Tabla 1. Casos notificados y tasa de notificación cada 100.000 varones, según provincia y región. Argentina. Años 2015/2017, hasta semana epidemiológica 11. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.

Provincia/Región	2015		2016		2017	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	15	1,05	36	2,52	42	2,93
Buenos Aires	97	1,19	58	0,70	27	0,32
Córdoba	70	4,02	51	2,90	62	3,48
Entre Ríos	11	1,70	22	3,36	13	1,97
Santa Fe	29	1,75	22	1,32	10	0,59
Centro	222	1,63	189	1,37	154	1,11
Mendoza	—	—	62	6,62	76	8,02
San Juan	11	3,01	20	5,41	9	2,41
San Luis	—	—	—	—	—	—
Cuyo	11	0,72	82	5,30	85	5,43
Corrientes	26	4,93	11	2,06	17	3,16
Chaco	6	1,06	42	7,36	42	7,28
Formosa	—	—	4	1,37	7	2,38
Misiones	—	—	3	0,50	—	—
NEA	32	1,62	60	3,01	66	3,27
Catamarca	—	—	1	0,50	—	—
Jujuy	—	—	14	3,85	1	0,27
La Rioja	—	—	2	1,08	2	1,06
Salta	6	0,91	124	18,54	22	3,24
Santiago del Estero	3	0,65	5	1,07	3	0,64
Tucumán	6	0,76	11	1,38	5	0,62
NOA	15	0,57	157	5,85	33	1,22
Chubut	—	—	6	2,08	9	3,06
La Pampa	6	3,52	1	0,58	5	2,88
Neuquén	5	1,62	10	3,20	6	1,89
Río Negro	18	5,17	5	1,42	18	5,02
Santa Cruz	1	0,61	4	2,36	6	3,45
Tierra del Fuego	2	2,57	—	—	4	4,88
Sur	32	2,37	26	1,89	48	3,43
Total Argentina	312	1,48	514	2,41	386	1,79



Ocho ONGs se unieron para combatir la hepatitis C

30 de abril de 2017 – Fuente: Telenoticiosa Americana (Argentina)

Ocho asociaciones y grupos de pacientes de varias ciudades argentinas formaron recientemente una federación para defender los derechos de las personas con enfermedades del hígado, cuyo principal objetivo es lograr que la Argentina sea el primer país del mundo en erradicar la hepatitis C.

Así, la Federación Argentina de Lucha contra las Hepatitis Virales convoca a los actores involucrados a crear un plan integral que incluya diagnóstico y tratamiento de pacientes para convertir al país en el primero en controlar una enfermedad que resultaba mortal y hoy tiene cura.

Si bien los niveles de vacunación de las hepatitis A y B son aceptables, queda mucho trabajo por hacer en materia de hepatitis C: hay numerosos pacientes infectados que no saben que la padecen e inclusive hay personas diagnosticadas que no acceden al tratamiento, por lo que se debe brindar apoyo, información y asistencia a los pacientes y a sus familiares.



Uno de los mayores desafíos a los que se enfrentan es lograr el acceso a los medicamentos. En la mayoría de las regiones del país solamente quienes están en un estadio avanzado reciben la medicación, y los demás deben conformarse con una terapia menos efectiva y con más efectos secundarios hasta que su estado empeora, y recién en ese momento el sistema les provee los nuevos tratamientos.

Sin embargo, enfatizaron que “la mirada positiva es que en Argentina contamos con todos los elementos necesarios para que la hepatitis sea totalmente controlada”.

“Tenemos vacunas preventivas en los casos de las hepatitis A y B, medicamentos que la curan en el tipo C, profesionales muy capacitados y centros médicos de excelencia, además de un sistema de salud abarcativo que se hace cargo, aunque todavía con restricciones, del tratamiento y ahora agrupaciones de pacientes que trabajan por sus derechos”, completaron.

Para las hepatitis A y B existen vacunas, mientras que si bien para la C no existe vacuna, sí se cuenta con medicamentos que logran curar la enfermedad en más de 95% de los casos.

El problema es que la afección generalmente no presenta síntomas hasta llegar a estadios avanzados –muchas veces acompañados de cirrosis o carcinomas–, por lo que es de vital importancia su diagnóstico temprano.

Antes de 1992, cuando se identificó el virus, no se sospechaba ni se buscaba esa variante de hepatitis en los tests, por lo que muchos argentinos tuvieron contacto con el virus en aquella época sin saberlo a través de transfusiones sanguíneas o procedimientos médicos u odontológicos.

Por eso, desde la Federación insistieron en recordar que todo argentino, especialmente los mayores de 50 años, deberían realizarse el test al menos una vez en la vida.

Las entidades que la componen son Agrupación Venciendo al Silencio Por Menos Hepatitis (Santa Fe), AgruparC (Mar del Plata), Asociación Buena Vida (Buenos Aires), Fundación Sayani (Jujuy), Hepatitis C La Plata, Hepacor (Córdoba), Hepatitis Rosario y Hepatitis San Luis.



Alertan por el aumento de casos de sífilis y advierten sobre la falta de cuidado en las relaciones sexuales

27 de abril de 2017 – Fuente: Telenoticiosa Americana (Argentina)

Argentina registró un aumento de los casos de sífilis, según los últimos datos del Boletín Epidemiológico del Ministerio de Salud, que mostró que en Buenos Aires, la provincia más poblada del país, el incremento fue casi de 30% entre 2015 y 2016, por lo que profesionales de la salud advierten sobre la disminución del uso de preservativos en las relaciones sexuales.

Según el boletín, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires pasó de 1.898 casos en 2015 a 1.967 en 2016 (aumento de 3,63%); mientras en la provincia de Buenos Aires la suba fue de 37,60% (de 2.739 a 3.769); en Córdoba de 23,34% (981 a 1.210), en Santa Fe de 16,86% (937 a 1.095); Mendoza de 121,83% (142 a 315); Chubut de 136,84% (57 a 135) y La Pampa de 387,50% (24 a 117).

Algunas provincias registraron bajas anuales, tal como Entre Ríos, que pasó de 263 casos a 259; Corrientes de 292 a 122; Chaco de 684 a 450 o Misiones de 553 a 361.

“Se viene dando un aumento y si bien no se notifican todos los casos, en concreto se ve más la infección que en años pasados”, aseguró Omar Sued, director de Investigaciones Clínicas de la Fundación Huésped.

Graciela Torales, jefa de Infectología del Hospital Nacional ‘Profesor Alejandro Posadas’, coincidió en que “se ve un incremento en las infecciones de transmisión sexual (ITS) a nivel mundial y la sífilis llamó la atención”.

En 2015, en el Hospital Posadas se registraron 112 casos de sífilis, 44 en embarazadas y 20 de bebés nacidos con sífilis congénita, mientras que en 2016 los casos totales aumentaron a 183, las embarazadas fueron 62 y los bebés 32.

“Hay un aumento significativo de casos pero también se notifica más, hay mayor alerta, aumentó y mejoró la vigilancia”, aseveró la encargada de Epidemiología del Hospital Posadas, María Elena Borda.

Los cálculos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) hasta agosto del año pasado reportaron que cada año 5,6 millones de personas contraen sífilis y se estima que, anualmente, unos 357 millones contraen alguna de las cuatro ITS: clamidiosis, gonorrea, sífilis o tricomonosis.

Para explicar el aumento de los casos, los profesionales explicaron que se ve un incremento en las relaciones sexuales sin preservativo, al tiempo que precisaron que las tasas más altas de contagio se dan en jóvenes, homosexuales y trans.

“Hay más actividad sexual desprotegida, Internet facilita los encuentros sexuales. Se usa menos el preservativo porque hay menos miedo al VIH”, explicó Sued.

El director del área de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) del Ministerio de Salud, Sergio Maulen, se mostró en la misma línea y aseveró que “la epidemia no está controlada porque la gente no se está cuidando”.

“Hay una falsa sensación de seguridad en no usar el preservativo porque en los últimos años mejoró el combate a las ITS”, agregó.

Torales destacó la importancia de “hacer el seguimiento de las parejas sexuales, pero es muy difícil porque no vienen a la consulta, por lo cual los pacientes se reinfectan”.

Los médicos alertaron especialmente sobre la sífilis congénita. “El problema más grave es que por año aumenta la cantidad de niños que nacen con sífilis congénita y esto es inaceptable, es una tasa muy alta”, estimó Sued.

En el Hospital Posadas, se detectó sífilis a las embarazadas en 1,3% del total de partos del hospital en 2015, y en 2016 esa cifra aumentó a 2,3%. También se incrementó de 6% a 11% en un año la cantidad de nacidos en el hospital que manifestaron la enfermedad.

“Las mujeres lo único que tienen que hacer es hacerse un test apenas se enteran que están embarazadas”, advirtió Sued para evitar que las madres contagien a sus hijos.

América



Actualización sobre la situación epidemiológica de la fiebre zika en la Región

27 de abril de 2017 – Fuente: Organización Panamericana de la Salud

Desde la semana epidemiológica (SE) 44 de 2016 ningún nuevo país/territorio de las Américas confirmó transmisión autóctona vectorial de virus Zika. Se mantiene en 48 el número de países y territorios de las Américas que confirmaron casos autóctonos por transmisión vectorial del virus Zika¹ y en cinco el número de países que notificaron casos de Zika transmitidos sexualmente².

América del Norte³

En Estados Unidos, el Departamento de Salud de Florida informó que el estado no tiene actualmente áreas identificadas con transmisión activa del virus Zika, pero continúa registrando casos aislados de transmisión local. El Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas no ha notificado casos de transmisión local durante 2017.

Por su parte, México continúa notificando casos confirmados aunque con tendencia decreciente desde la SE 40 de 2016 y desde la última actualización epidemiológica no se ha confirmado circulación del virus Zika en nuevos estados.

América Central⁴

La tendencia de casos notificados en la sub región sigue decreciente, con excepción de Guatemala, en donde se observó un ligero aumento de casos sospechosos y confirmados de fiebre zika entre las SE 1 y 9 de 2017, comportamiento similar a lo observado con el dengue en ese mismo periodo en el país.

Desde la SE 1 a la SE 10 de 2017, en esta sub región se notificaron en promedio 180 casos sospechosos y confirmados semanalmente.

Caribe⁵

En Aruba, desde la SE 29 de 2016 continúa una tendencia al ascenso en el número de casos sospechosos y confirmados. En los demás países/territorios de esta subregión continúa la tendencia decreciente de casos notificados con un promedio semanal de 545 casos entre la SE 1 y SE 10 de 2017.

América del Sur⁶

Después de una tendencia decreciente de casos notificados desde la SE 7 de 2016, a partir de la SE 1 de 2017 se observa una tendencia creciente de casos notificados en esta sub región a expensas del aumento registrado en Bolivia, Brasil, Ecuador y Perú. Entre las SE 1 y 10 de 2017, en promedio se registraron 1.247 casos sospechosos y confirmados semanales en esta sub región.

En Argentina entre las SE 8 y 16 de 2017, tres nuevas provincias –Formosa, Salta y Chaco– notificaron circulación autóctona del virus Zika. Con esto serían cinco las provincias con circulación autóctona, dado que en 2016 Córdoba y Tucumán notificaron transmisión vectorial autóctona del virus.

En Bolivia, el aumento de casos se observó desde inicio de 2017 con 71% (280) de los casos confirmados en las primeras 12 semanas de 2017 en el departamento de Beni.

En Ecuador, los casos se incrementaron a partir de la SE 5 y 68% (401) de los casos confirmados en las primeras 15 semanas de 2017 provienen de la provincia de Guayas.

En Brasil, se observó un ligero aumento de casos notificados de fiebre zika entre las SE 1 y SE 9 de 2017, comportamiento similar a lo observado con la fiebre chikungunya en ese mismo periodo en el país.

¹ Anguilla; Antigua and Barbuda; Argentina; Aruba; Barbados; Belice; Bolivia; Bonaire, Sint Eustatius y Saba; Brasil; British Virgin Islands; Colombia; Costa Rica; Cuba; Curaçao; Dominica; Ecuador; El Salvador; Estados Unidos; Grenada; Guadeloupe; Guatemala; Guyane Française; Guyana; Haití; Honduras; Jamaica; Martinique; México; Montserrat; Nicaragua; Panamá; Paraguay; Perú; Puerto Rico; República Dominicana; Saint-Barthélemy; Saint-Martin; Saint Vincent and the Grenadines; Saint Lucia; Saint Kitts and Nevis; Sint Maarten; Suriname; Trinidad and Tobago; Turks and Caicos Islands; Virgin Islands of the United States y Venezuela.

² Argentina, Canadá, Chile, Estados Unidos y Perú.

³ Canadá, México y Estados Unidos.

⁴ Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.

⁵ Anguilla; Antigua and Barbuda; Aruba; Bahamas; Barbados; Bonaire, Sint Eustatius y Saba; British Virgin Islands; Cayman Islands; Cuba; Curaçao; Dominica; Grenada; Guadeloupe; Haití; Jamaica; Martinique; Montserrat; Puerto Rico; República Dominicana; Saint-Barthélemy; Saint-Martin; Saint Vincent and the Grenadines; Saint Lucia; Saint Kitts and Nevis; Sint Maarten; Trinidad and Tobago; Turks and Caicos Islands y Virgin Islands of the United States.

⁶ Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyane Française, Guyana, Paraguay, Perú, Suriname, y Venezuela.

En Perú, el aumento está relacionado principalmente con el brote en curso en el departamento de Loreto y a partir de la SE 9 de 2017 con el brote en la provincia de Chincha en el departamento de Ica.

Síndrome congénito asociado a la infección por el virus Zika

A la fecha, 26 países y territorios de las Américas notificaron casos confirmados de síndrome congénito asociados a la infección por el virus del Zika. En la SE 15 y SE 17 de 2017, Ecuador y Barbados confirmaron por primera vez casos de síndrome congénito asociado a la infección por el virus Zika. En las últimas ocho semanas (SE 10 a SE 17 de 2017) Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Estados Unidos, Grenada, Guadeloupe, Guatemala, Martinica, México y Puerto Rico, actualizaron el número de casos de síndrome congénito asociado con la infección por el virus Zika.

Síndrome de Guillain-Barré y otras manifestaciones neurológicas

En la SE 17 de 2017, Barbados notificó por primera vez cinco casos de síndrome de Guillain-Barré asociado a la infección por el virus Zika.⁷

LA NACIÓN Colombia, Huila: Brote de leishmaniosis en Neiva

29 de abril de 2017 – Fuente: La Nación (Colombia)

Las autoridades sanitarias de Neiva se encuentran en alerta epidemiológica ante un brote de leishmaniosis. Según el secretario de Salud Municipal, Faiver Segura Ochoa, la afección ya ha dejado un menor muerto y tres personas más afectadas.

“La víctima mortal de esta enfermedad fue un bebé de cuatro meses de edad”, dijo el funcionario.

Segura Ochoa indicó que el brote inició en el asentamiento Lomas de San Pedro, Comuna Nueve de la ciudad. “Según información que ha recogido la secretaria en la zona, hay una población canina callejera abundante, de los cuales más de 50% han resultado positivos para las pruebas del parásito de la leishmaniosis”, dijo el funcionario.



Acciones implementadas

El funcionario manifestó que desde el pasado 26 de abril, día en que se decretó la alerta epidemiológica, se han venido tomando las medidas de seguridad necesarias.

Asimismo, la Secretaría de Salud adelantó el 28 de abril una brigada de salud en el sector con el objetivo de hacer acción preventiva evitando la propagación del brote.

“Hasta allí llevamos toda nuestra oferta institucional, el área de saneamiento ambiental, aseguramiento, prestación de servicio, salud mental y reproductiva, devolviéndole a esta gente tan necesitada los servicios que requiere”, dijo.

“Lo que esperamos es hacer las pruebas a la población canina y una valoración a los menores de cinco años para descartar que tengan la enfermedad. La clave es hacer un diagnóstico oportuno porque la respuesta al tratamiento es muy efectiva cuando se hace a tiempo”, agregó.

Igualmente, se han hecho labores de fumigación, campañas de prevención y se han entregado mosquiteros especiales para mitigar la propagación de la enfermedad.

Sacrificio de 500 perros

La Administración Municipal explicó que hasta el momento se ha realizado análisis del parásito a cerca de 1.000 perros, de los cuales al menos 500 han salido positivos para leishmaniosis. Ante esta situación los caninos serán sacrificados siguiendo los protocolos de seguridad y con el objetivo de prevenir mayores problemas de salubridad.

“Infortunadamente, para este tipo de casos el único tratamiento es el ‘fusil sanitario’. Existe tratamiento con unos medicamentos llamados alopurinol y meglumina, pero los animales pueden mostrar una leve mejoría y a los seis meses manifestar otra vez la enfermedad. Si no eliminamos en ese caso el reservorio se va a seguir transmitiendo, por más que lo tratemos seguirá siendo un riesgo inminente para las personas”, manifestó la concejala y médica veterinaria, Mayra Zambrano.

Segura Ochoa añadió que este tipo de controles se seguirán realizando en otros asentamientos y comunas de la ciudad. De igual forma, hizo el llamado a toda la población a mantener la limpieza del ambiente y a hacer uso de repelentes y mosquiteros sobre los niños, con el objetivo de abatir a los flebotomos que causan esta afección.

Se había advertido

La concejala Zambrano expresó que desde comienzos de este año, y en un debate de control político realizado sobre el tema, se advirtió sobre los problemas de salud generados por los animales callejeros en la ciudad, pero a la fecha la problemática no había sido atendida.

“Hay personas que ven el bienestar animal desde el pesar, pero hay algo muy importante que es la salud pública. Los animales infortunadamente transmiten enfermedades a la personas y es ahí donde tenemos que tratar de contro-

⁷ Puede consultar el informe completo haciendo clic [aquí](#).

lar la población canina. La Administración Municipal viene haciendo las muestras desde mucho tiempo atrás pero nunca se había considerado alerta epidemiológica”, resaltó.

Por su parte el también concejal Dolcey Andrade, reconocido líder comunal del sector, denunció que desde hace cuatro meses la comunidad se venía quejando por la propagación de la enfermedad en caninos.

“Las autoridades deben solucionar el problema porque son seres humanos los que están allá y sobre todo que se está extendiendo. La comunidad hizo el llamado hace cuatro meses para que les ayudaran”, dijo.



Estados Unidos: Identifican unos 2.100 casos importados de malaria cada año

24 de abril de 2017 – Fuente: *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*

Las autoridades sanitarias de Estados Unidos declararon su victoria contra la malaria en 1951, pero la enfermedad transmitida por mosquitos sigue infectando y matando a viajeros del país: en el período 2000-2014, hubo más de 22.000 internaciones por malaria en Estados Unidos, incluidas 182 muertes.

Con los datos de las internaciones, se identificaron más de 2.100 casos de malaria por año en Estados Unidos, casi el doble de la cantidad reportada previamente.

Los internados eran principalmente hombres. La mayoría eran afroamericanos, principalmente extranjeros que habían salido del país –frecuentemente hacia su nación de origen–, donde no se daban cuenta de que eran vulnerables a la enfermedad parasitaria potencialmente fatal.

Se debe alentar a los viajeros a consultar al médico antes de viajar, a tomar medidas de protección personal contra los mosquitos y a utilizar fármacos contra la malaria cuando viajan a países de riesgo. Debido a que muchos no los usan, se produjeron muchas internaciones y 500 millones de dólares en gastos hospitalarios en el período 2000-2014.

El uso de los mosquiteros con insecticida disminuyó 41% la incidencia de la malaria en el mundo y 62% las muertes en los últimos 15 años. A pesar de los avances, se estima que la malaria afectó a 212 millones de personas y causó unas 429.000 muertes en 2015. El 90% de los casos son menores de cinco años en África, donde la malaria mata a un niño cada dos minutos.

En tanto, la cantidad de casos importados creció de manera sostenida en Estados Unidos.

El Dr. Stephen Gluckman, de la Escuela Perelman de Medicina de la Universidad de Pennsylvania, Philadelphia, atiende entre seis y 10 pacientes por semana que viajan a zonas de riesgo en África, India, el Sudeste Asiático y regiones de Sudamérica.

Atribuyó el aumento de los casos en Estados Unidos a una mayor cantidad de estadounidenses que viajan a países en desarrollo, donde la enfermedad sigue amenazando la vida. Recomendó que las personas que viajen fuera de Estados Unidos consulten en una clínica especializada en medicina del viajero antes de salir del país.⁸



Estados Unidos, Minnesota: Brote de sarampión en el condado de Hennepin que afecta a la comunidad somalí

1 de mayo de 2017 – Fuente: *StarTribune* (Estados Unidos)

Los funcionarios de salud del estado de Minnesota reportaron seis nuevos casos de sarampión el 1 de mayo, en un brote que ya ha enfermado a 32 niños, 30 de ellos en el condado de Hennepin, uno en el de Stearns, y otro en el de Ramsey.

A pesar de que el recuento de casos se ha duplicado esta semana, los investigadores dicen que el desarrollo del brote no presenta sorpresas. Del total de casos, se confirmó que 31 no estaban vacunados y uno de los casos contaba con sólo una dosis de la vacuna triple viral (sarampión, parotiditis y rubéola).

El 87,5% de los casos (28/32) son niños de la comunidad somalí de Minnesota, y en todos los casos se trata de niños de 5 años o más jóvenes. El 50% de los casos actuales han sido hospitalizados.

“Todos están relacionados en función de las exposiciones que estábamos advirtiendo”, dijo Kris Ehresmann, directora de enfermedades infecciosas en el Departamento de Salud de Minnesota.

A pesar de ello, las autoridades sanitarias han redoblado sus esfuerzos de salud pública.

En una reunión el 26 de abril, Ehresmann dijo que las directrices impartidas a los niños somalíes y a todos los niños del condado de Hennepin son las de tomar un esquema acelerado de la vacuna triple viral, con 28 días entre las dos dosis requeridas.

Dijo que el último gran brote en Minnesota ocurrió en 1990, cuando se reportaron 460 casos y tres personas murieron.

“Queremos asegurarnos de aumentar ese muro de protección en la comunidad”, dijo Ehresmann, quien fue uno de los oradores en el Cedar-Riverside People’s Center en un grupo de debate entre profesionales de la salud y líderes somalíes sobre la mejor manera de aumentar las coberturas de vacunación y la información a la comunidad.

Asli Ashkir, una enfermera registrada y educadora somalí en el Departamento de Salud, dijo que no existe una relación basada en hechos entre el autismo y las vacunas, una preocupación expresada por muchas familias.

⁸ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

Aun así, ella nunca les ordena a los padres que vacunen a sus hijos, sino que les explica los hechos para que puedan tomar sus propias decisiones.

Lynn Bahta, una enfermera registrada de salud pública en el departamento, dijo que las coberturas de vacunación han disminuido drásticamente entre los somalíes en comparación con el resto de Minnesota. En 2004, las coberturas eran las mismas. En 2014, sólo 42% de los niños somalíes fueron vacunados con la triple viral, en comparación con 89% entre los no somalíes.

Los profesionales de la salud también hicieron hincapié en la importancia de mantener a los niños fuera de los centros de cuidado de niños si han sido potencialmente expuestos y no están vacunados.



México, Chihuahua: Confirman 20 casos de rickettsiosis

18 de abril de 2017 – Fuente: El Heraldo de Chihuahua (México)

En lo que va del año se han registrado en Chihuahua 20 casos confirmados de rickettsiosis, enfermedad originada por la picadura de garrapatas. De estos casos, nueve han fallecido, según señaló personal de la Secretaría de Salud.

Todos los casos de rickettsiosis han ocurrido en el municipio de Chihuahua, por lo que se recomienda la higiene personal y domiciliaria, además de destinar un espacio adecuado para la mascota y mantenerla limpia, evitar que entre a la casa y bañarla por lo menos dos veces al mes con jabón para parásitos externos.

El año pasado en el estado de Chihuahua se confirmaron 55 casos de rickettsiosis, de los cuales 17 fallecieron.⁹



República Dominicana: Al menos 20 personas han muerto por leptospirosis este año

28 de abril de 2017 – Fuente: EFE

Al menos 20 personas han muerto este año en República Dominicana a causa de la leptospirosis, 13 más que en el mismo periodo de 2016, según datos del Ministerio de Salud Pública del país.

Entre el 1 de enero y el 1 de abril en el país se reportaron 200 casos de esta enfermedad, frente a los 110 que se reportaron en igual periodo del año pasado.

Según el Ministerio de Salud Pública, la principal medida de prevención es evitar en lo posible la exposición a aguas y suelos contaminados.

Por otra parte, dicha cartera informó que en lo que va de año los virus Dengue y Zika han mantenido una circulación baja. El dengue ha afectado a 235 personas, pero no se han registrado muertes a causa de esta enfermedad. Hasta la semana epidemiológica número 13, se han notificado 10 casos sospechosos de fiebre zika, de los cuales nueve corresponden a embarazadas.

En referencia al brote de fiebre amarilla que sufre Brasil, el pasado 2 de abril el Ministerio de Salud Pública de República Dominicana informó que exige el certificado de vacunación contra la fiebre amarilla a viajeros provenientes de la zona de Brasil donde se han detectado casos.

El mundo



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

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

Entre el 18 de marzo y el 20 de abril 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)

⁹ *Rickettsia rickettsii* es el agente causal de esta enfermedad, que también se conoce como fiebre de las Montañas Rocosas, fiebre maculosa, tífus exantemático de São Paulo, tífus exantemático de Minas Gerais y fiebre manchada brasileña. El organismo, que es transmitido por garrapatas, se distribuye por gran parte de Estados Unidos, incluyendo las Montañas Rocosas, y también en partes del sur de Canadá y en América Central y del Sur. Es vital el diagnóstico rápido de esta infección para minimizar la morbilidad y la mortalidad.

Cuando la garrapata hembra que alberga el organismo se adosa a un humano que pasa, por lo general lo hace desde la parte baja del cuerpo después de transferirse desde la vegetación herbosa o incluso directamente o indirectamente desde un perro. Después sube por la ropa en busca de un sitio cutáneo adecuado (la ropa clara hace más fácil detectar una garrapata en movimiento), se prende y comienza a alimentarse.

Si no se ha alimentado ya parcialmente, después de prenderse, por lo general le toma 24 horas para activar y transmitir la *Rickettsia*. Por esta razón, las revisiones diarias o dos veces al día para eliminar las garrapatas minimizan la transmisión de la enfermedad. Las garrapatas que se adhieren en zonas con pelo, como el cuero cabelludo o la barba, pueden ser más difíciles de encontrar.

El período de incubación de la enfermedad es de aproximadamente una semana después de la exposición a la garrapata, mucho después de que la garrapata se ha desprendido. La rickettsiosis es generalmente inespecífica, con fiebre, dolores musculares y dolor de cabeza (este último síntoma por lo general se describe como muy severo). La erupción comienza el tercer día de la enfermedad, en un principio máculopapular en las muñecas y los tobillos antes de convertirse en petequiales y purpúricas, afectando las palmas de las manos y las plantas de los pies, con difusión proximal al tronco. La púrpura por lo general no aparece antes del día 6 de la enfermedad. La mortalidad es de hecho bastante baja si el tratamiento (usualmente una tetraciclina) se inicia durante los dos primeros días de la erupción o antes.

El tratamiento empírico para esta infección siempre se debe iniciar en personas con síntomas compatibles que habitan en zonas endémicas durante la primavera y el verano, incluso si no se han detectado picaduras de garrapatas.

13 nuevos casos confirmados por laboratorio de infección por el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS-CoV), incluyendo dos casos fatales. El 18 de abril de 2017, el Centro Nacional de Enlace para el RSI de Qatar notificó un nuevo caso de MERS-CoV.

Los casos de Arabia Saudí se registraron en las localidades de Al-Riyadh (3), Al-Dammam (2), Al-Taif (2), Hafar Al-Batin (2), Al-Kharj (1), Beqiq (1), Turbah (1) y Wadi Al-Dawasir (1). Doce casos son varones. Diez casos presentan comorbilidades. La media de edad de los casos es de 56 años (rango: 20 a 86 años).

Seis de los casos estuvieron expuestos a dromedarios (*Camelus dromedarius*) infectados o consumieron su leche sin pasteurizar, la fuente más probable de su infección, y dos casos fueron detectados a través del rastreo de contacto de los casos previamente reportados de MERS-CoV. La investigación de la historia de la exposición a los factores de riesgo conocidos en los 14 días anteriores a la aparición de los síntomas está en curso para los casos restantes. El seguimiento de los contactos domiciliarios y sanitarios está en curso para los 13 casos.

Los casos fallecidos son dos hombres de 20 y 55 años de edad.

El caso informado en Qatar es el de un hombre de 25 años de edad, de Doha, con un historial de contacto frecuente con dromedarios y sin antecedentes de exposición a otros factores de riesgo conocidos en los 14 días previos al inicio de los síntomas. Actualmente está en condición estable, internado en una sala de aislamiento de presión negativa. El Departamento de Protección de la Salud y Control de Enfermedades Transmisibles del Ministerio de Salud Pública ha llevado a cabo la investigación del caso y el seguimiento de los contactos. Todos han resultado negativos, pero seguirán siendo monitoreados hasta el final del período de seguimiento de 14 días posteriores a la última exposición al caso.

Hasta la fecha, Qatar ha notificado 20 casos de MERS confirmados por laboratorio. El último caso se informó el 21 de marzo de 2017.

A nivel mundial, la OMS ha sido notificada desde septiembre de 2012 de 1.952 casos confirmados por laboratorio de infección por el MERS-CoV, incluyendo al menos 693 muertes relacionadas.¹⁰

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 tras la exposición a animales o productos de origen animal (por ejemplo, tras el 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.

País/Región	Casos	%	Muertes	%	Tasa let.
Arabia Saudí	1.586	81,25	613	88,46	38,65
Emiratos Árabes Unidos	83	4,25	13	1,88	15,66
Jordania	27	1,38	10	1,44	37,04
Qatar	20	1,02	6	0,87	30,00
Omán	8	0,41	3	0,43	37,50
Irán	6	0,31	1	0,14	16,67
Kuwait	4	0,20	2	0,29	50,00
Túnez	3	0,15	1	0,14	33,33
Bahrein	1	0,05	1	0,14	100,00
Egipto	1	0,05	—	—	—
El Líbano	1	0,05	—	—	—
Yemen	1	0,05	1	0,14	100,00
Mediterráneo Oriental	1.741	89,19	651	93,94	37,39
República de Corea	186	9,53	36	5,19	19,35
Filipinas	3	0,15	—	—	—
Malasia	1	0,05	1	0,14	100,00
Pacífico Occidental	190	9,73	37	5,34	19,47
Gran Bretaña	3	0,15	2	0,29	66,67
Austria	2	0,10	—	—	—
Francia	2	0,10	1	0,14	50,00
Países Bajos	2	0,10	—	—	—
Alemania	1	0,05	—	—	—
Grecia	1	0,05	—	—	—
Italia	1	0,05	—	—	—
Turquía	1	0,05	1	0,14	100,00
Europa	13	0,67	4	0,58	30,77
Estados Unidos	3	0,15	—	—	—
América	3	0,15	0	0,00	0,00
Tailandia	3	0,15	—	—	—
Sudeste Asiático	3	0,15	0	0,00	0,00
Argelia	2	0,10	1	0,14	50,00
África	2	0,10	1	0,14	50,00
Total mundial	1.952	100,00	693	100,00	35,50

Tabla 2. Casos y muertes notificados a la OMS, y tasa de letalidad, por país y región. Datos al 27 de abril de 2017.

¹⁰ Tasa de letalidad de 35,50%.

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.



Liberia: Reportan muertes de etiología indeterminada vinculadas con un funeral

1 de mayo de 2017 – Fuente: Global News Network Liberia (Liberia)

Las autoridades sanitarias de Liberia han reportado dos muertes en Monrovia de una extraña enfermedad que la semana pasada afectó a Greenville, en el condado de Sinoe, a cuatro horas al sureste de la capital.

El director de comunicación del Ministerio de Salud, Sorbor George, dijo que uno de los muertos estaba entre las 60 personas que viajaron desde Monrovia a Greenville para asistir al funeral de un líder religioso, donde las víctimas de la extraña enfermedad dicen haberse contagiado.

Según George, la segunda víctima mortal en Monrovia es la prometida del hombre fallecido por la enfermedad tras su regreso desde Greenville. Agregó que éstas elevan a 12 el número de muertes, y a 21 la cifra total de personas que han contraído la enfermedad.

George destacó que las otras 10 muertes ocurrieron en Greenville. Agregó que el Ministerio de Salud ha puesto en marcha una búsqueda masiva entre los 60 residentes de Monrovia que asistieron al funeral en Greenville con el fin de colocarlos en aislamiento para su observación.

Reiteró que las pruebas iniciales han demostrado que las muertes no están relacionadas con el virus del Ébola ni con el virus de Lassa.

George hizo un llamado a todos los liberianos, sin importar donde viven, para que alerten a las autoridades sanitarias o informen a los centros de salud acerca de conocidos que presenten síntomas tales como vómitos, dolor de estómago y diarrea. También recordó que deben seguir ateniéndose a medidas tales como el lavado de manos e informar de familiares enfermos y muertos a las autoridades del Ministerio de Salud en las comunidades para prevenir la propagación de enfermedades.

George dijo que se han enviado muestras de sangre de las víctimas de la enfermedad a Atlanta, Georgia (Estados Unidos) para su análisis, mientras que las autoridades de salud de Liberia han hecho un llamamiento a la Organización Mundial de la Salud (OMS) para que ayude a conducir una investigación sobre la causa de las muertes.

El 26 de abril, la OMS dijo que las autoridades de salud de Liberia estaban tomando rápidamente medidas de precaución después que ocho personas murieran a causa de una enfermedad misteriosa, 10 meses después del final de un brote de enfermedad por el virus del Ébola que duró dos años.

En junio del año pasado, la OMS declaró a Liberia libre de la transmisión activa del virus del Ébola, el último de los tres países de África Occidental que fueron el epicentro del peor brote mundial de la enfermedad. La epidemia mató a más de 11.300 personas e infectó a unos 28.600 desde 2013, a su paso por Guinea, Sierra Leona y Liberia, según datos de la OMS.¹¹

Portugal: Aumentan los casos de sarampión

24 de abril de 2017 – Fuente: Público (Portugal)

Entre el 1 de enero y el 24 de abril de 2017 se notificaron a la Dirección General de salud (DGS) de Portugal 87 casos sospechosos de sarampión, pero sólo 24 fueron confirmados. Hay 12 casos bajo investigación, solo dos pacientes están aún hospitalizados y se constató que los otros casos no correspondían a sarampión. Uno de los pacientes que permanece hospitalizado, como medida de precaución, según la DGS, es hermana de la joven de 17 años fallecida la semana pasada como consecuencia de las complicaciones causadas por el sarampión.

El último balance sobre la actividad epidémica de sarampión fue publicado el 24 de abril por la DGS. El informe revela que de los casos ya confirmados, 9 son niños y jóvenes y 11 son profesionales de la salud. Cuatro de estos últimos no tenían el esquema de vacunación contra el sarampión completo (se requieren dos dosis de la vacuna).

Se confirmaron tres casos más desde la última actualización de la DGS, realizada el 19 de abril, después de la muerte del adolescente de 17 años de edad, que no había sido vacunado y que sufrió una neumonía bilateral, en el Hospital 'Dona Estefânia' (Lisboa). La mayoría de los pacientes residen en la región de Lisboa y Vale do Tejo (16). Hay además siete casos confirmados en Algarve y uno en la Región Norte, un niño de entre uno y cuatro años, que estuvo hospitalizado, pero ya ha sido dado de alta.

De los casos confirmados en Lisboa y Vale do Tejo, la mayoría son adultos de entre 20 y 45 años de edad (12) y, de éstos, nueve son trabajadores sanitarios. Sólo cinco habían completado su esquema de vacunación contra el sa*rampión. Seis fueron hospitalizados, y de éstos, sólo dos aún no han sido dados de alta.

¹¹ Esta noticia plantea una pregunta importante: ¿es transmisible esta enfermedad? Al parecer, un hombre que estuvo expuesto en Greenville contagió el agente etiológico a su prometida. Aunque no lo menciona explícitamente, la noticia da a entender que la prometida no había viajado fuera de Monrovia, y que la exposición, por lo tanto, debe haber sido a través del hombre que estuvo en Greenville. Será interesante ver si aparecen otros casos secundarios.

En Algarve, el brote afectó a cuatro niños menores de 1 año de edad (aun no vacunados, ya que la primera dosis de rutina se aplica a los 12 meses de edad), y a tres adultos de entre 20 y 45 años. De estos, dos son profesionales de la salud que tenían sus vacunas al día.

Más de 7.500 casos en Europa

En Europa, el último balance refleja más de 7.500 casos de sarampión, con Rumania como más el país más afectado con 4.793 casos entre el 1 de enero de 2016 y el 7 de abril de este año, según indicó el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades. En total, hasta la fecha, se registran 25 muertes en Europa, 22 de las cuales ocurrieron en Rumania. Portugal, Bulgaria y Suiza son los otros tres países con víctimas mortales.

En Rumania, el mayor número de casos se concentra en niños de hasta 14 años, que en 96% de los casos no habían recibido la vacuna. Otros pacientes habían recibido sólo una dosis, cuando para garantizar la inmunización son necesarias dos dosis de la vacuna. Italia es el segundo país más afectado, con 1.603 pacientes (152 profesionales de la salud). También hay 410 casos en Alemania, 266 en Bélgica y 134 en Francia.

En momentos en que se produce el debate sobre si la vacunación contra el sarampión debe ser obligatoria, en Europa hay siete países en los que esto sucede: Croacia, República Checa, Hungría, Polonia, Serbia, Eslovaquia y Eslovenia, según el Foro Europeo para la Vigilancia de la Vacunación.

En Portugal, el Programa Nacional de Vacunación no es obligatorio, pero es cumplido por la mayor parte de los niños, con una tasa de cobertura de alrededor de 95%, aunque hay zonas en que el porcentaje de vacunados es menor.



Somalia: El número de niños malnutridos aumentará 50% en 2017

2 de mayo de 2017 – Fuente: EFE

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) dijo el 2 de mayo que prevé que el número de niños que sufren o sufrirán malnutrición aguda en Somalia aumentará 50%, hasta 1,4 millones, en 2017.

Esta cifra incluye a más de 275.000 niños que han experimentado o experimentarán una malnutrición severa posiblemente mortal en 2017, según las proyecciones de la agencia multilateral.

El UNICEF y sus socios han tratado ya a más de 56.000 niños gravemente malnutridos en los tres primeros meses del año, 88% más que en el mismo periodo del año anterior. "Cada día habrá más", señaló la portavoz del UNICEF, Marixie Mercado.

De acuerdo con esta agencia, los niños gravemente malnutridos tienen nueve veces más posibilidades de morir de enfermedades como el cólera, la diarrea aguda y el sarampión, que se están expandiendo.

Durante la crisis de hambruna en 2011 en Somalia, durante la cual fallecieron unas 260.000 personas a lo largo de 18 meses, la mitad niños, las principales causas de las muertes de menores fueron la diarrea y el sarampión.

El representante del Fondo en Somalia, Steven Lauwerier, indicó que la combinación de la sequía, las enfermedades y el desplazamiento son "mortales para niños y necesitamos hacer mucho más y más rápido para salvar vidas".

El portavoz de la Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA), Jens Laerke, explicó que unas 615.000 personas, la mayoría de ellas mujeres y niños, han sido desplazadas internamente por la sequía desde noviembre pasado. "Estos desplazados se suman al millón que ya había anteriormente", afirmó.

La sequía también ha impedido a 400.000 niños asistir a sus clases en las escuelas, ya que las familias más vulnerables necesitan que sus hijos vayan en busca de agua o emigran para hallar alimentos y agua.

"Asimismo, se ha detectado que viven más niños en las calles y que niños desplazados son reclutados por grupos armados", sostuvo el UNICEF.

Las lluvias entre abril y junio, que ya han comenzado, paliarán algo las necesidades de Somalia, pero también representarán una amenaza para los niños, señaló el UNICEF, dado que si caen con fuerza en todo el país afectarán a los menores que ya viven en condiciones precarias.

"Si la lluvia no llega y si la asistencia tampoco llega a las familias, más gente se verá obligada a abandonar sus tierras para trasladarse a campamentos de desplazados", señaló el UNICEF.

De acuerdo con la misma fuente, brotes de malaria ya son inminentes, al igual que un aumento del cólera.

El Fondo ha recibido 78,8 millones de dólares de los 148 millones que había solicitado para paliar la situación en Somalia, lo que representa una brecha de financiación de 47%.

27 de abril de 2017 – Fuente: The Guardian (Gran Bretaña) – Autor: Andrew John Bower Mitchell¹²

En los próximos meses, una elección menos conocida pero igualmente vital se llevará a cabo: el nuevo Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) será elegido por los ministros de salud de todo el planeta.

La elección no podría llegar en un momento más crucial para la OMS. El escorzo causado por los fracasos durante la epidemia de enfermedad por el virus del Ébola, necesita una reforma urgente si se desea lograr el impacto que se requiere.

Como William Henry Gates III lo explicó la semana pasada en su visita a Londres, nos enfrentamos a la amenaza muy real de una futura pandemia. La cuestión no es si ocurrirá, sino cuándo ocurrirá.

Hay tres candidatos de alto impacto en la carrera para dirigir la OMS. Uno de ellos, el Dr. David Nabarro, es británico y el soporte del secretario de Salud de Gran Bretaña. Nabarro es un buen hombre, con una amplia experiencia en el campo de la salud pública internacional. Es un buen funcionario civil internacional. Pero, por convención, los cinco miembros permanentes del Consejo de Seguridad de la Organización de Naciones Unidas (de la que Gran Bretaña es uno) no pueden aportar los jefes de esos organismos.

Otro candidato, el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, tiene el potencial y la capacidad de transformar verdaderamente la OMS. Haciendo eso, se mejorará la salud de miles de millones de personas en todo el mundo.

Como Secretario de Desarrollo Internacional de Gran Bretaña entre 2010 y 2012, observé cómo el Gobierno británico pudo proporcionar tanto el liderazgo como los recursos para mejorar la salud de las mujeres, hombres y niños de las regiones más pobres del mundo. Se vacunaron niños y se llevó la planificación familiar a millones de los más pobres, que nunca habían tenido acceso antes.

El nuevo líder que la OMS necesita debe demostrar un palpable éxito en la construcción de acceso a la salud en los países pobres. Un liderazgo comprobado en la reforma de importantes organismos mundiales será útil y, sobre todo, el nuevo líder necesitará habilidades políticas para reunir a grupos con diferentes intereses, de manera que se puede lograr un cambio real.

Tedros tiene claramente el historial que se necesita. Como Ministro de Salud de Etiopía entre 2005 y 2012, amplió enormemente la atención sanitaria en uno de los países más difíciles del mundo: creó 3.500 centros de salud, al tiempo que incrementó espectacularmente la fuerza de trabajo sanitaria. Construyó más escuelas médicas y desplegó cerca de 40.000 trabajadores sanitarios comunitarios en todo el país. Los esfuerzos de Tedros para mejorar el sistema de salud de Etiopía fueron cruciales para duplicar el porcentaje de mujeres etíopes con acceso a la anticoncepción. Sus esfuerzos produjeron una reducción de la mortalidad materna en un asombroso 75%.

Para mejorar la salud del mundo se debe llevar la atención primaria de salud a los lugares más remotos. Tedros logró esto para su país. Él conoce de primera mano cómo ayudar a otros países en esta misma situación. Es el único candidato que ha alcanzado tales resultados a nivel nacional.

Como Ministro de Asuntos Exteriores de Etiopía, Tedros pasó a dirigir las negociaciones de la Agenda de Acción de Addis Ababa (el plan de las comunidades internacionales para financiar los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Organización de Naciones Unidas). No es de extrañar que la Unión Africana haya aprobado oficialmente la candidatura de Tedros.

Esta misma habilidad para el liderazgo se necesita ahora para lograr un cambio sustancial que permita a la OMS y a los Estados Miembros trabajar juntos en la lucha contra los nuevos desafíos de salud, así como contra las deficiencias actuales.

El estilo de liderazgo de Tedros también es perfectamente adecuado para este papel. Es un hombre humilde pero decidido. Su exitosa experiencia en las principales instituciones de salud a nivel mundial es inigualable. Fue presidente del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria entre 2009 y 2011; presidió la Asociación Roll Back Malaria entre 2007 y 2009. Tedros promovió mejoras drásticas en ambas organizaciones al introducir cambios radicales.

En lo que más ayudó a estas organizaciones fue en elevar a un nivel récord los compromisos financieros de los donantes de todo el mundo: casi 12.000 millones de dólares para el Fondo Mundial y casi 3.000 millones para Roll Back Malaria.

En sus 70 años de historia, la OMS nunca ha sido dirigida por una persona que haya sido ministro de salud, o de un país africano.

Como sé de primera mano por haber trabajado con Tedros, ahora tenemos la oportunidad de seleccionar un líder extraordinario con un historial probado de éxito en su propio país y en el ámbito internacional.



¹² Andrew John Bower Mitchell es miembro del Parlamento por el Partido Conservador por Sutton Coldfield. Fue Secretario de Disciplina (*Whip*) del Gobierno (1992-1995) y Secretario de Disciplina en jefe en 2012.

Los seis candidatos



• Dr. Philippe Douste-Blazy. Ex cardiólogo, francés, es actualmente asesor especial de la Organización de las Naciones Unidas sobre financiación innovadora para el desarrollo, y ha sido alabado por su trabajo en la promoción de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la recaudación de fondos para UNITAID para combatir el VIH, la malaria y la tuberculosis.¹³



• Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus. Alto funcionario del gobierno de Etiopía durante mucho tiempo, es un ministro popular y un miembro del partido político más poderoso del país. Ampliamente respetado como investigador de la malaria, tiene una importante presencia en los medios sociales. Los expertos señalan que tiene excelentes relaciones con los donantes y los principales asociados para el desarrollo, y como Ministro de Salud ayudó a impulsar la prestación de servicios básicos a través del pionero programa de "promotores de salud". También está respaldado por una serie de gobiernos africanos, que han unido sus fuerzas para ayudar a financiar su candidatura a la OMS.



• Dra. Sania Nishtar. Fundador y presidente de Heartfile, un centro de estudios de la salud, y co-presidente de la comisión de la OMS que busca terminar con la obesidad infantil. Como ex ministro federal del gobierno de Pakistán, Nishtar se ha dedicado de lleno a su nominación, y es el único candidato con un sitio web dedicado exclusivamente a su candidatura.



• Dr. Miklós Szócska. Húngaro. Reconocido por ser el primer ministro de salud en gestionar un total de cuatro años en el cargo, ha puesto en marcha un amplio conjunto de normas de salud pública, desde la prohibición de fumar en público hasta añadir un impuesto a los alimentos y bebidas con sal y azúcar agregadas.



• Dr. David Nabarro. Entrenado como médico y con años de experiencia trabajando en el extranjero en programas de salud y nutrición de niños en el sur de Asia, África Oriental e Irak. Sus actividades incluyen periodos en el Departamento de Desarrollo Internacional de Gran Bretaña, la OMS y varias universidades; la British Broadcasting Corporation (BBC) incluso hizo un documental sobre su trabajo voluntario durante su año sabático. El británico se llama a sí mismo 'Dr. WHO' en su página web.¹⁴



• Dra. Flavia Bustreo. Actualmente directora general adjunta de la OMS para la salud de la familia, las mujeres y los niños, la italiana se ha centrado en el desarrollo de políticas para la salud infantil y materna. Ex médica para niños con discapacidades, ha trabajado en todo el mundo y ha publicado una serie de artículos sobre salud pública y sobre la salud de mujeres y niños.

Falsos mitos sobre las vacunas (1/5)

LaVoz
DEL INTERIOR



Algunos efectos secundarios son graves

El mito dice que las vacunas producen algunos efectos secundarios nocivos y de largo plazo que aún no se conocen. Lo cierto es que las vacunas son muy seguras. La mayoría de las reacciones adversas son leves y temporales, por ejemplo, un brazo dolorido o febrícula. Los trastornos de salud graves, que son extremadamente raros, son objeto de seguimiento e investigación detenidos. Es más probable padecer un trastorno grave por una enfermedad prevenible mediante vacunación que por una vacuna.

¹³ UNITAID es una iniciativa internacional que promueve el acceso al tratamiento de enfermedades como el sida, la malaria y la tuberculosis en poblaciones de países en vías de desarrollo. Fue fundada en septiembre de 2006 a iniciativa de Brasil y Francia, en gran parte financiada por un mecanismo de financiación innovador. Auspiciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Genève, los objetivos principales de la organización es la negociación de bajos precios de los medicamentos. UNITAID no tiene como objetivo de sus programas la distribución de medicamentos, pero apoya programas de sus patronos tales como la Fundación Clinton, The Global Fund o la OMS.

¹⁴ WHO (*World Health Organisation*, Organización Mundial de la Salud).

Doctor Who es, además, una serie de televisión británica de ciencia ficción, emitida entre 1963 y 1989, y luego en 2005 y que continúa hasta la actualidad. Muestra las aventuras de un Señor del Tiempo, que explora el universo en una nave espacial con conciencia propia capaz de viajar a través del tiempo y el espacio. Figura en el Libro Guinness de los Récords como la serie de televisión de ciencia ficción de mayor duración del mundo.

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.