



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina

www.reporteepidemiologico.com

Esta publicación cuenta con el beneplácito de la Legislatura Unicameral de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

Noticias

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

Argentina

- Vigilancia de botulismo

América

- Colombia: Este año han muerto 170 menores de cinco años por infección respiratoria aguda
- Costa Rica: Aumentan los casos de fiebre zika, chikungunya y dengue
- Estados Unidos: Las personas obesas tienen más riesgo de contraer influenza pese a vacunarse
- Estados Unidos, New York: Brote de legionelosis en Manhattan
- México, Sonora: Asocian casos de síndrome de Guillain-Barré con la infección por *Campylobacter jejuni*
- Venezuela: Aumentan los casos de picaduras de viudas negras

El mundo

- China: Nuevos casos humanos de influenza aviar A(H7N9)
- España: No disminuye el número de nuevos casos de infecciones por el VIH
- Indonesia: Más de 80% de los niños que viven en ciudades han sufrido dengue antes de los 10 años de edad
- Níger/Nigeria: Son insuficientes las vacunas contra la meningitis por meningococo C
- Yemen: Los hospitales están desbordados por la epidemia de cólera
- Brotes de hepatitis A que están afectando mayormente a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
- Avances en la lucha internacional contra las enfermedades tropicales desatendidas



Número 1.931

19 de junio 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.)

Fanch Dubois (Fra.)

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/

Vigilancia de botulismo

 12 de junio 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 18. 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 | 1 | — | — |
| Buenos Aires | — | — | 3 | — |
| Córdoba | 3 | 1 | — | — |
| Entre Ríos | — | — | — | — |
| Santa Fe | 2 | — | 1 | — |
| Centro | 6 | 2 | 4 | — |
| Mendoza | 2 | 2 | — | — |
| San Juan | 1 | — | — | — |
| San Luis | 1 | — | — | — |
| Cuyo | 4 | 2 | — | — |
| Corrientes | — | — | 1 | — |
| Chaco | — | — | 1 | — |
| Formosa | — | — | — | — |
| Misiones | — | — | — | — |
| NEA | — | — | 2 | — |
| Catamarca | — | — | — | — |
| Jujuy | — | — | — | — |
| La Rioja | — | — | — | — |
| Salta | — | — | — | — |
| Santiago del Estero | 2 | 1 | 1 | — |
| Tucumán | — | — | 1 | — |
| NOA | 2 | 1 | 2 | — |
| Chubut | — | — | — | — |
| La Pampa | — | — | 2 | — |
| Neuquén | — | — | 1 | — |
| Río Negro | — | — | 1 | — |
| Santa Cruz | — | — | — | — |
| Tierra del Fuego | — | — | — | — |
| Sur | — | — | 4 | — |
| Total Argentina | 12 | 5 | 12 | — |

Colombia: Este año han muerto 170 menores de cinco años por infección respiratoria aguda

5 de junio de 2017 – Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia)

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia insistió en las medidas de prevención para evitar que el pico epidémico de infección respiratoria aguda (IRA) que atraviesa el país genere consecuencias mayores para la salud pública. En lo que va de 2017 se han reportado al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA), del Instituto Nacional de Salud (INS), más de dos millones de consultas externas y de urgencias por esta causa.

Diego Alejandro García, subdirector de Enfermedades Transmisibles de la cartera de Salud, manifestó que aunque la mortalidad en menores de 5 años en lo que va de 2017 es menor a la presentada en la misma semana epidemiológica de 2016, se reiteran una vez más las medidas de prevención.

“En lo que llevamos del año se reportaron 170 fallecimientos de menores de 5 años como consecuencia de la IRA. En la misma semana del año pasado eran 208 las registradas. No obstante, al país arribaron 5,2 millones de dosis contra la influenza para contrarrestar el pico epidémico”, subrayó García.



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

El experto aseguró que en la semana epidemiológica 20 se informaron 159.514 casos de IRA. “Entidades territoriales como Cesar, Casanare, Caldas y Valle del Cauca han notificado más casos de IRA grave inusitada en comparación con lo esperado. La mayor mortalidad en menores de 5 años se presenta en los departamentos de Guainía, Chocó y Vaupés. Sobre esto, hace una semana estuvimos en La Guajira lanzando la campaña de vacunación antigripal para reducir el riesgo en la población vulnerable de 6 a 23 meses y adultos mayores de 60 años”.

En Colombia, en el año 2007, basados en estudios del INS y el Ministerio de Salud, se comenzó a administrar la vacuna antigripal. Dicho estudio demostró que al vacunar en el primer semestre se cubrían los dos picos epidémicos usualmente evidenciados en el país: el primero, de abril a julio, y el segundo, de septiembre a noviembre.

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) cuenta con vacuna trivalente contra la influenza, que ofrece amplia protección contra los tres tipos más frecuentes de este virus, dos del subtipo A –A(H1N1) y A(H3N2)– y uno del tipo B.

El PAI incluye en la vacunación antigripal a los niños desde los 6 a 23 meses de edad, embarazadas a semana 14, al adulto mayor desde los 60 años, a la población con riesgo por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma, inmunodeficiencias, patología crónica renal y hepática y diabetes mellitus, entre otras.

La efectividad del biológico depende por un lado de las coberturas, los grupos incluidos en el programa y por otro lado de la concordancia que exista entre la cepa de los virus recomendados para la composición y los virus circulantes.



Costa Rica: Aumentan los casos de fiebre zika, chikungunya y dengue

16 de junio de 2017 – Fuente: Prensa Latina (Cuba)

Datos del Ministerio de Salud de Costa Rica revelan hoy un total de 175 casos de fiebre zika confirmados en las 22 primeras semanas de 2017, mientras notificaron a 906 personas probables de portar ese peligroso arbovirus.

El boletín semanal de la Dirección de Control de Vectores y el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud refiere que de los casos confirmados en el período mencionado se constataron 27 mujeres embarazadas y otra probable con la enfermedad; en lo que va del año hay cuatro casos de síndrome congénito asociado al virus Zika y otros tres probables.

Durante 2016 se registraron 1.614 casos de esta enfermedad, de un total de 6.835 sospechosos, de los cuales se descartaron 2.814, se confirmaron dos casos de síndromes congénitos y otros dos neurológicos asociados al virus.

El boletín sostiene que en las 22 primeras semanas de 2017 abordaron 1.711.978 potenciales criaderos de los mosquitos transmisores de ese virus y otros como el Chikungunya y el Dengue, de los cuales trataron 1.172.356 y eliminaron 539.622.

Asimismo, apunta que visitaron 326.181 casas, fumigaron 140.824 y hallaron 16.297 criaderos con huevecillos o larvas. Neumáticos de autos, tanques y baldes, plásticos para cubrir, bebederos de animales y platos de macetas constituyen los principales depósitos donde las autoridades sanitarias ticas hallan criaderos.

El reporte de la Dirección de Vigilancia de la Salud muestra además que en el lapso referido comprobaron 163 casos de fiebre chikungunya, muchos menos que los 1.676 registrados en las 22 primeras semanas de 2016, año en que 3.361 costarricenses tuvieron esa enfermedad.

También reporta 1.702 casos de dengue, cifra muy inferior a los 8.193 hallados en los primeros 154 días del año pasado, en el cual 22.209 costarricenses sufrieron esta enfermedad.

El informe incluye además cuatro casos de malaria detectados en lo que va de 2017, tres de ellos importados y uno autóctono.

Costa Rica registró el año pasado 13 enfermos de malaria, cuatro de ellos autóctonos, transmitido principalmente por el mosquito *Anopheles albimanus*, que tiene patrones de comportamiento y sitios de cría diferentes a *Aedes aegypti*, que transmite el dengue, la fiebre zika y la fiebre chikungunya.



Estados Unidos: Las personas obesas tienen más riesgo de contraer influenza pese a vacunarse

6 de junio de 2017 – Fuente: *International Journal of Obesity*

Las personas obesas que se vacunan contra la influenza tienen el doble de probabilidades de verse afectados por la enfermedad que quienes no tienen problemas de peso.

Los resultados de esta investigación arrojan dudas sobre la eficacia de la vacuna en determinados casos, pese a que actualmente sigue siendo la mejor estrategia para evitar la influenza.

El estudio comparó los datos de 1.022 adultos de North Carolina que recibieron la vacuna trivalente contra la influenza durante las temporadas 2013-2014 y 2014-2015, y las pruebas de laboratorio y el análisis de los síntomas sirvieron para confirmar si uno de estos participantes acabó sufriendo una influenza o enfermedad similar pese a estar vacunado.



Aunque sólo un pequeño porcentaje de participantes enfermó, en el caso de los pacientes obesos la tasa de enfermedad se elevó hasta 9,8%, frente a 5,1% de quienes no tenían exceso de peso.

Los adultos obesos vacunados eran dos veces más propensos a sufrir una influenza o enfermedad similar en comparación con quienes tenían un peso saludable. Se cree que esto puede deberse a que las células T de las personas obesas no funcionan correctamente y son claves para la recuperación en caso de una influenza.

De hecho, como parte del estudio los investigadores tomaron muestras de sangre antes y después de que los participantes fueran vacunados, para así comparar sus niveles de anticuerpos en de quienes sufrieron influenza pese a vacunarse.

Las muestras se analizaron mediante el ensayo de inhibición de la hemaglutinación (HAI), que indica cuántos anticuerpos se han acumulado en el organismo para combatir una infección como la influenza y se utiliza para evaluar nuevas vacunas candidatas contra el virus.

No se encontraron diferencias en los recuentos de anticuerpos entre los participantes vacunados que no informaron síntomas y los que sí lo hicieron, o entre los participantes obesos o personas de peso saludable. La prueba tampoco fue capaz de predecir con certeza si una persona obesa vacunada tendría suficiente protección contra la influenza o no.

Este hallazgo desafía los actuales análisis de sangre estándar que se utilizan para indicar si una persona tiene suficiente protección contra la influenza. Se sugiere que la efectividad de las vacunas contra la influenza y otras de dosis altas deben reevaluarse para garantizar que ofrecen una protección suficiente a la población con obesidad.²



Estados Unidos, New York: Brote de legionelosis en Manhattan

16 de junio de 2017 – Fuente: Telemundo (Estados Unidos)

Una persona ha muerto y otros seis han resultado infectados de legionelosis en el Upper East Side de Manhattan, anunciaron funcionarios de salud el 16 de junio.

La persona que murió tenía unos 90 años y tenía problemas de salud subyacentes, dijeron funcionarios. Cuatro personas más fueron hospitalizadas y dos han sido dados de alta del hospital, dijeron las autoridades.

La agencia de salud está probando el agua de todos los sistemas de torres de refrigeración dentro de un radio de 500 metros de la sección afectada en Lenox Hill.

El Departamento de Salud dijo que las infecciones habrían ocurrido en los últimos 11 días.

Un oficial de policía de New York fue diagnosticado con legionelosis en el Distrito 23 de Harlem el 10 de junio.

Las personas de alto riesgo para la enfermedad son aquellas de 50 años o más, especialmente fumadores, personas con enfermedad pulmonar crónica o con sistemas inmunológicos debilitados.

El Departamento de Salud indicó también que cada año hay entre 200 y 400 casos de legionelosis en la ciudad.

Durante 2015 se produjo un brote que afectó a más de 120 personas y dejó al menos 12 muertos. Las autoridades de New York confirmaron entonces que la causa principal de la enfermedad fue la falta de mantenimiento en las torres de enfriamiento de la ciudad.

El Departamento de Salud investiga el origen de los nuevos casos detectados.



México, Sonora: Asocian casos de síndrome de Guillain-Barré con la infección por *Campylobacter jejuni*

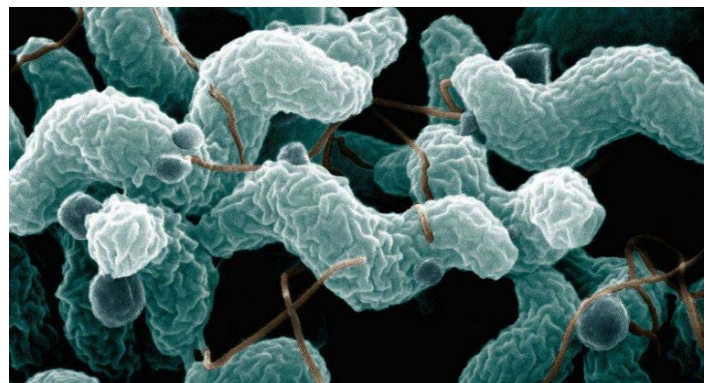
16 de junio de 2017 – Fuente: Canal 44 (México)

El secretario de Salud de Sonora, Gilberto Ugson Beltrán confirmó que siete personas presentaron el síndrome de Guillain-Barré en San Luis Río Colorado, Sonora, causado por la bacteria *Campylobacter jejuni*. Uno de los afectados por la bacteria perdió la vida.

El funcionario estatal indicó que los enfermos contrajeron la bacteria por el consumo de agua, pero el Gobierno Municipal descartó la presencia de *C. jejuni* en el agua potable y que ponga en riesgo la salud de los sanluisinos.

El Presidente Municipal Enrique Reina Lizárraga aclaró que, de acuerdo a estudios realizados por el Laboratorio Estatal de Salud Pública de Baja California, a solicitud del Comité Municipal de Salud, se descartó que el agua potable en la ciudad sea la causante del síndrome.

El director del Organismo Operador de Agua Potable, Alcantarillado y Saneamiento (OOMAPAS), Antonio Navarro, precisó que “el primer contacto del agua que se extrae del subsuelo, es cuando se abre el grifo en la casa; en otras ciudades tiene contacto con el ambiente y puede existir el riesgo de contaminarse, pero no es el caso de nuestra ciudad”.



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

Gilberto Ugson Beltrán aclaró que el brote se encuentra controlado y hace 21 días que no se presentan nuevos casos. Añadió que hace seis años ya se había presentado un brote de la bacteria en la zona de Estados Unidos colindante con el municipio de San Luis Río Colorado y en Baja California.

Cada año, *Campylobacter jejuni* afecta a millones de personas en todo el mundo. Además, el microorganismo puede provocar enfermedades autoinmunes, como la enfermedad inflamatoria intestinal o la artritis de Reiter.

Últimas Noticias

Venezuela: Aumentan los casos de picaduras de viudas negras

7 de junio de 2017 – Fuente: Últimas Noticias (Venezuela)

La introducción de la araña viuda negra en Venezuela sigue cobrando vidas. Esta especie, que no es autóctona de Sudamérica, se ha propagado durante los últimos años en las regiones andina y occidental del país.

En Zulia, uno de los estados con mayor incidencia de picaduras de *Latrodectus mactans*, se han registrado siete casos, entre ellos dos decesos, entre marzo y mayo.

Aunque no se sabe con exactitud cómo llegó esta especie al país, se presume que fue introducida desde Panamá, a través de Colombia.

Según reportes oficiales, se han presentado casos de picadura o hallazgos de viuda negra en Falcón, Lara, Yaracuy, Trujillo y Táchira.

El primer teniente Luis Contreras, de los Bomberos Marinos del Instituto Nacional de Espacios Acuáticos (INEA), explicó que la picadura de este arácnido es letal, pues su toxina puede matar incluso a un caballo.

“Entre los meses de marzo y mayo de este año se han reportado siete casos de picaduras de viuda negra, especialmente en el Sur del Lago de Maracaibo y en la Sierra de Perijá”, detalló.

Una de las víctimas fatales es un joven de 21 años, quien pereció el pasado 2 de marzo en el Hospital General del Sur ‘Dr. Pedro Iturbe’ de Maracaibo, a donde fue trasladado luego de ser picado por una viuda negra cuando cortaba palma aceitera en una zona del municipio Jesús María Semprum.

El otro fallecido es un joven de 17 años, quien fue picado cuando recolectaba abono en el sector Panamericano, también en el Sur del Lago, pero en el estado Mérida.

Contreras, quien es especialista en ofidios y animales ponzoñosos, acotó que el antídoto antiarácido debe ser aplicado en un lapso máximo de 6 horas después de la picadura.

“En Venezuela, lamentablemente, no se produce este suero, pues esta especie no es autóctona del país. Las dosis que llegan son importadas, unas desde Costa Rica y otras de México. Todas llegan por vía de donaciones, porque son muy costosas”, dijo.

El funcionario exhortó a la ciudadanía a estar alertas ante la presencia de estas arañas.³



El mundo



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

8 de junio de 2017 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

Entre el 19 y el 26 de mayo de 2017, la Comisión Nacional de Salud y Planificación Familiar (CNSPF) de China notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) 26 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 29 de abril y el 24 de mayo de 2017. De estos 26 casos, seis eran de sexo femenino. La mediana de edad era de 58 años (rango de 30 a 84 años). Los casos se registraron en Hebei (7), Sichuan (4), Shandong (3), Beijing (2), Jiangsu (2), Shanxi (2), Zhejiang (2), Anhui (1), Chongqing (1), Hunan (1) y Shaanxi (1). Los actuales son los primeros casos reportados en Shanxi.

³ El envenenamiento resultante del contacto accidental con la araña *Latrodectus mactans* (viuda negra) es relativamente poco frecuente y en ocasiones resulta difícil de identificar. Se considera que los signos y síntomas clínicos deben ser reconocidos con oportunidad a fin de ofrecer un tratamiento oportuno, ya que los efectos de las neurotoxinas del veneno producen complicaciones que pueden causar la muerte, particularmente en edades pediátricas.

La potencia tóxica del veneno de *L. mactans*, es con mucho superior al de las serpientes de cascabel; y su efecto es más importante a nivel de sistema nervioso. Las manifestaciones clínicas están relacionadas con la acción del veneno que actúa selectivamente en membranas celulares, liberando neurotransmisores. La gravedad del envenenamiento depende del número de picaduras, edad del sujeto y condición física del mismo; suele ser más severo en edades extremas de la vida, existiendo diferencias entre lactantes, preescolares y adolescentes. En estos últimos los síntomas son similares a los del adulto por lo que en estas edades es preciso identificar si las manifestaciones corresponden a picadura por viuda negra y proporcionar el tratamiento correcto con antivenenos faboterápicos y evitar complicaciones y la muerte de los pacientes afectados.

Al momento de la notificación, dos casos habían fallecido, 24 habían sido diagnosticados con neumonía (8) o neumonía grave (16). En 24 casos se refieren antecedentes de exposición a aves de corral o a mercados de aves de corral vivas. Dos casos reportaron no haber tenido ninguna exposición a aves de corral. No se reportaron clústeres.

Desde principios de 2013 hasta la fecha se han notificado, en virtud del Reglamento Sanitario Internacional, 1.512 casos confirmados de infección humana por el virus de la influenza aviar A(H7N9).

Respuesta de salud pública

Los gobiernos de los niveles nacionales y locales están tomando medidas adicionales, entre ellas:

- Continuar guiando a las provincias para fortalecer la evaluación, y las medidas de prevención y control.
- Continuar fortaleciendo las medidas de control con el foco puesto en el manejo higiénico de los mercados de aves vivas y el transporte transregional.
- Llevar a cabo investigaciones detalladas del origen para informar las medidas de prevención y control eficaces.
- Continuar con la detección y tratamiento tempranos de los casos de infección humana por el virus de la influenza aviar A(H7N9) para reducir la mortalidad.
- Continuar con la comunicación de riesgos y la publicidad de la información a fin de proporcionar al público una guía para su autoprotección.
- Fortalecer la vigilancia virológica, para definir el alcance de la contaminación del ambiente y las mutaciones del virus, con el fin de proporcionar orientación adicional para la prevención y control.

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. Esto sugiere que el virus se está propagando y enfatiza la importancia de la vigilancia intensificada y las medidas de control en el ámbito sanitario tanto en el sector humano como animal.

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 prever 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.

Para evaluar el riesgo y ajustar oportunamente las medidas destinadas a gestionarlo es fundamental una observación estrecha de la situación epidemiológica y una caracterización de los virus humanos más recientes.

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 y la enfermedad tipo influenza; y que 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.



España: No disminuye el número de nuevos casos de infecciones por el VIH

9 de junio de 2017 – Fuente: EFE

Los nuevos infectados por el VIH en España rondan los 3.500. Se trata de una cifra que no se ha logrado bajar en los últimos años, y además no refleja la realidad, ya que los especialistas estiman que hay aproximadamente 30% más de casos, pero no están diagnosticados.

Este último hecho da lugar a un diagnóstico tardío, lo que favorece nuevos contagios, que algunos especialistas sitúan en 60%. Así que se calcula que entre 130.000 y 160.000 personas viven con el VIH en España.

En todos los países del entorno español hay una meseta "de la cual no conseguimos bajar, a pesar de que ha mejorado mucho la prevención", explicó el Dr. Antonio Rafael Antela López, coordinador de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínico Universitario de Santiago, en Santiago de Compostela.



Un diagnóstico más precoz y global y un tratamiento universal de todos los pacientes con VIH reduciría la circulación del virus e impactaría directamente en el descenso de nuevos infectados.

Es algo que ya se ha comprobado en países como Estados Unidos, concretamente en ciudades como San Francisco y New York, porque con las medidas aludidas se reduce lo que llaman la carga viral comunitaria, es decir la cantidad de virus circulante, y de forma paralela disminuye el número de nuevas infecciones.

VIH: transmisión cero de madres a hijos

Por su parte, el Dr. José Ignacio Bernardino de la Serna, de la Unidad VIH del Hospital Universitario 'La Paz-Carlos III' en Madrid, indicó que el hecho de que se haya reducido a cero la transmisión vertical de madres a hijos es porque es obligatorio en todas las mujeres embarazadas hacer la prueba del VIH.

La prueba se les efectúa en el primer y tercer trimestre, con lo cual se detecta a las que lo tienen, se implementan las medidas y la transmisión es cero: "Si diagnosticásemos absolutamente a todo el mundo y desde el minuto uno les pusiéramos en tratamiento, con los medios actuales, no habría nuevas infecciones".



En España, coincidieron ambos médicos, se falla en el primer paso, en diagnosticar a todos los infectados, y además se sigue diagnosticando tarde, cuando ya los pacientes llegan con un grado de inmunosupresión "inaceptable", y muchos con patología oportunista.

Según ambos doctores, la población en general no percibe que es susceptible de ser infectado por el VIH; sigue pensando que es un problema de otros, de toxicómanos, que no va con ellos, cuando es una infección de transmisión sexual.

Además, recordaron que la persona infectada no se da cuenta de que puede tener el VIH, porque los síntomas iniciales son los de una gripe.

Actualmente los pacientes con VIH que acuden a consultas tienen una media de 49 años, pero su edad biológica no se corresponde con la cronológica, es como si tuvieran cinco años más, ya que su salud es peor, y presentan mayor riesgo de sufrir enfermedades osteoarticulares, renales, cardiovasculares, y algunos tipos de cáncer como pulmonar o anal.

Impacto negativo del tabaco

Especialmente perjudicial para los pacientes con este virus es el consumo del tabaco: "El tabaco quita los mismos años de vida que el virus, pero más años que el VIH en pacientes con VIH", advirtió Antela.

Los estudios demuestran que el riesgo de padecer una enfermedad cardíaca aumenta con la edad, que además hay causas genéticas, pero que el estilo de vida influye y mucho, y el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol o hacer poco ejercicio son factores importantes.

Si se tiene VIH es especialmente importante cuidar el corazón, porque hay un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares.

En cuanto a las dolencias óseas, algunos tratamientos antirretrovirales se asocian a una pérdida de hueso más acelerado, y la infección por VIH a largo plazo también contribuye a que la densidad mineral ósea sea más baja.

De nuevo el tabaquismo aparece como otra gran causa de la osteoporosis, junto al bajo peso corporal, las bajas concentraciones de testosterona y/o estrógeno y el consumo de alcohol.

Estudios han demostrado que 67% de las personas que viven con el VIH tienen una densidad mineral ósea baja y cerca de 15% padece osteoporosis, con el consiguiente riesgo de fracturas que ello conlleva.



15 de junio de 2017 – Fuente: *Public Library of Science – Neglected Tropical Diseases*

El 40% de la población mundial está en riesgo de sufrir la picadura de un mosquito *Aedes aegypti* y contraer dengue, producto de ello. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, cada año se registran en todo el planeta 390 millones de contagios en zonas urbanas y semi-urbanas de climas tropicales y sub-tropicales, donde prospera el principal vector de la enfermedad.

La infección de un serotipo del virus Dengue no proporciona inmunidad contra las otras tres cepas, por lo que un individuo puede contraer la enfermedad más de una vez.

Entre los países más golpeados por el virus, Indonesia tiene una de las mayores tasas de contagio, particularmente entre su población infantil. El virus es potencialmente letal, pero si se controlan las com-



plicaciones que produce, la mortalidad por dengue cae a 1%. Aun así, el acceso limitado a servicios de salud hace que la enfermedad represente todavía un alto peligro para los niños: en Indonesia, más de la mitad de los infantes de zonas urbanas están infectados a los 5 años, y más de 80% ha sido contagiado por lo menos una vez a la edad de 10 años.

El estudio respectivo, fue diseñado para representar a toda la población pediátrica urbana indonesia. Se recolectaron muestras de sangre de 3.194 niños de 1 a 18 años que vivían en 30 barrios urbanos indonesios. Cada muestra de sangre se analizó para detectar anticuerpos contra el dengue, a fin de determinar si el individuo había contraído alguna vez el virus en el pasado. También se administraron cuestionarios para perfilar las características demográficas de cada niño.

Se encontraron que 69,4% de todos los niños dieron positivo para los anticuerpos contra el dengue; 33,8% de los niños de 1 a 4 años; 65,4% de los niños de 5 a 9 años; 83,1% de los de 10-14 años de edad; y 89% de los de 15-18 años de edad. La mediana de edad para infectarse con el dengue por primera vez fue de 4,8 años. Asimismo, los datos arrojaron que era más probable que un niño contraiga el mal mientras viva con más familiares que alguna vez lo tuvieron.

Además, se calculó que, en promedio, 13,1% de niños se contagia de dengue por primera vez cada año. Los adultos, presumiblemente, se infectan con una frecuencia similar. Se necesitaría un enfoque de modelización para cuantificar esta carga, pero estos datos sugieren claramente que las infecciones por dengue resultan en una carga significativa de enfermedad sintomática y grave en la Indonesia urbana.⁴



Níger/Nigeria: Son insuficientes las vacunas contra la meningitis por meningococo C

16 de junio de 2017 – Fuente: Médicos Sin Fronteras

Ahora mismo, Níger y Nigeria sufren epidemias declaradas de meningitis por meningococo C. Si bien se pueden dar casos de meningitis durante todo el año, el clima seco y ventoso de esta región entre diciembre y mayo favorece su propagación. La infección se transmite a través de gotas de saliva; y este tipo de clima irrita la garganta, que deja de actuar como barrera para las bacterias. Con la llegada de la época de lluvias, la transmisión se corta y el número de casos se reduce exponencialmente.

Lo ideal para evitar estas epidemias sería la vacunación, como se hace, por ejemplo, con el sarampión. Pero, mientras que contra el sarampión existe un solo tipo de vacuna que funciona bien, para la meningitis meningocócica hay muchas vacunas diferentes. En primer lugar, existen diferentes tipos de meningitis meningocócica y hay que identificar el serogrupo causante de la epidemia: A, B, C, W135, X o Y. Hay vacunas que solo sirven para un serogrupo, y otras pueden servir hasta para cuatro. Lamentablemente, no hay suficiente producción de vacunas para inmunizar preventivamente contra todos los tipos de meningitis meningocócica.



Vacunación contra la meningitis en la región de Niamey.

Tipos de vacunas

Por un lado, están las vacunas polisacáridas, una primera generación de vacunas: son baratas, sencillas de producir y evitan el contagio. Sin embargo, solo son efectivas durante tres años y no evitan que haya portadores sanos. Por otro lado, están las conjugadas, una nueva generación de vacunas: son eficaces también en portadores sanos y proporcionan una inmunidad más prolongada, pero son más caras.

La primera vacuna conjugada que se usó de manera masiva fue la MenAfriVac®. Una vacuna desarrollada por el Instituto Serum de India, muy barata y efectiva que consiguió frenar las explosivas epidemias de meningitis por meningococo A que se daban en esta región en las décadas de 1990 y 2000. Gracias a la colaboración de la Fundación Bill y Melinda Gates, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), se hicieron campañas de vacunación masiva para la población de entre 1 y 30 años, y se está introduciendo progresivamente en el calendario de vacunación infantil rutinario de los países. Se calcula que se han vacunado a más de 260 millones de personas con la MenAfriVac® desde 2009.

Campañas contra la meningitis por meningococo C

Tras el gran éxito con la meningitis por meningococo A, no se esperaban epidemias similares de otros serogrupos. Sin embargo, en 2013 y 2014 ya hubo epidemias de meningitis por meningococo C en el noroeste de Nigeria y en 2015, hubo una gran epidemia que afectó Nigeria y Níger y que además fue de un serogrupo C muy virulento. Nunca se había registrado una epidemia tan grande de meningitis por meningococo C, y la producción de vacunas no era suficiente. Tampoco existe una vacuna de protección prolongada y tan barata como la MenAfriVac® para la meningitis por meningococo C.

Ahora mismo, el Instituto Serum de India está trabajando en una vacunada conjugada pentavalente (A, C, Y, W-135, X); en principio, estará disponible para 2020. Si es tan eficaz y segura como la MenAfriVac® –que además

⁴ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

puede usarse durante cuatro días fuera de cadena de frío-, sería una supervacuna. Pero esto puede dar lugar a un efecto perverso: que el resto de laboratorios no va a producir muchas vacunas. Si no las usan antes, saben que después no tendrán mercado.

Stock de vacunas

Tras la epidemia de meningitis por meningococo C de 2015, el Grupo Internacional de Coordinación (ICG) para la Provisión de Vacunas estableció un stock mínimo de cinco millones de vacunas para el serogrupo C. Sin embargo, no se alcanzó esta cifra ni en 2016, ni en este año. No existe tanta producción y los laboratorios no se arriesgan a producir una vacuna que solo se vende si hay una epidemia y que tiene mercado solo hasta 2020. Así, las vacunas disponibles solo se pueden usar de manera reactiva cuando se declara una epidemia. No de forma preventiva en zonas de riesgo para evitarla. Este año, hay epidemias declaradas en el este y oeste de Nigeria, en varias partes de Níger y también hubo una pequeña epidemia en Togo.

El ICG ya ha suministrado varias remesas de vacunas para meningitis por meningococo C a Níger y Nigeria este año. En algunos casos, son polisacáridas y, por primera vez, también conjugadas. Pero se ha tenido que reducir el número de vacunas de la petición inicial o reducir el grupo de edad a vacunar porque, un año más, existe un problema de escasez de vacunas a pesar de haber comprado todo el stock disponible. Los criterios epidemiológicos sobre los que se decide dónde y a qué grupo de población vacunar son muy estrictos para respetar los principios de equidad sobre los que el ICG fue creado.

El ICG

El ICG se creó en la década de 1990 para gestionar las vacunas con escasa producción y distribuir las de acuerdo a criterios epidemiológicos y de equidad. Forman parte del organismo la OMS, el UNICEF, la Federación de la Cruz Roja y Médicos Sin Fronteras. Ahora mismo, el ICG gestiona las vacunas contra la fiebre amarilla, la meningitis y el cólera; menos esta última, las otras dos se usan solo de forma reactiva para epidemias. Y para asegurarse que hay producción, el ICG compra de antemano las vacunas según las previsiones, aunque no esté asegurada su utilización.

Cuando ocurre una epidemia, el Ministerio de Salud del país debe enviar una petición al ICG y éste tiene que contestar en 48 horas. La respuesta se basa en si hay epidemia confirmada o si hay casos al lado de una epidemia. En base a esto, se aprueba total o parcialmente la demanda o se rechaza. Además de las vacunas, el ICG también puede proporcionar el material inyectable y el tratamiento.

Respuesta a epidemias

Cuando empiezan a registrarse casos de meningitis, es muy importante conocer rápidamente el tipo de serogrupo. Para eso es necesario hacer una punción lumbar, que en muchos países africanos solo pueden hacer médicos. Esto retrasa mucho el proceso. Una vez conseguida la muestra, existe un test rápido, pero también se requiere una confirmación en laboratorio mediante cultivo.

Para responder a una epidemia, se debe reforzar la vigilancia epidemiológica, asegurar el tratamiento de casos, vacunar siempre que sea posible y hacer mucha sensibilización en las comunidades para que los casos lleguen pronto a la estructura de salud. Sin tratamiento, la mitad a las personas que desarrollan la enfermedad muere; con tratamiento, la mortalidad puede llegar hasta 10%. Para evitarlo, se deben tratar los enfermos cuanto antes.



Yemen: Los hospitales están desbordados por la epidemia de cólera

15 de junio de 2017 – Fuente: Agence France-Presse (Francia)

Casi un paciente por minuto llega al Hospital Al-Sabiine de Sana'a, afectado por una epidemia de cólera que se propaga rápidamente en Yemen, donde según la Organización de las Naciones Unidas (ONU) murieron 923 personas y se detectaron 124.000 casos sospechosos.

Desbordados, los responsables de Al-Sabiine hicieron como en los otros hospitales de la capital yemení: colocaron carpas en los alrededores para recibir a los pacientes por falta de lugar en el interior del hospital y en los pasillos.

“Desde hace dos semanas recibimos gran cantidad de enfermos, al ritmo de uno o dos, a veces tres, por minuto”, se inquieta Ismail Mansuri, médico en este hospital.

Su colega, Maher al Hada, del Centro de Lucha contra el Cólera, lamenta “un aumento inquietante de la cantidad de pacientes, más de 300 por día”, que recibe el nosocomio al que le faltan medios y medicamentos.

La epidemia se propaga rápidamente en Yemen, en donde un conflicto opone desde 2014 a los rebeldes hutíes proiraníes, que controlan las provincias del norte, entre ellas Sana'a, a las fuerzas progubernamentales, apoyadas por Arabia Saudí, y que hicieron de Adén su capital provisoria.

El cólera afecta a 20 de las 22 provincias del país. La ONU indicó que 923 personas murieron y 124.000 casos sospechosos se registraron en seis semanas, según un último balance establecido el 11 de junio.

El cólera reapareció el 27 de abril, luego de una primera epidemia el año pasado, y se expande a un ritmo sin precedentes. La ONU advirtió que la situación amenaza con agravarse aún más con el periodo de lluvias que llega y por la malnutrición generalizada y la hambruna.

El 19 de mayo, cuando había más de 23.000 casos sospechosos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló que temía que se registraran hasta 250.000 casos en seis meses.

La enfermedad estuvo en un primer momento confinada en las regiones controladas por los rebeldes, pero con el paso de los días alcanzó las provincias del sur, entre ellas Adén, en donde se registraron al menos 27 muertes y unos 3.000 casos sospechosos, según fuentes médicas.

“Desde mediados de abril recibimos más de 3.000 casos sospechosos, unos 200 en los últimos días”, declaró Majid al-Daari, director de la Sección Cólera del Hospital Al-Sadaqa de Adén.

En un barrio de Adén, el agua estancada negra que desprende un olor nauseabundo se transforma en un nido de mosquitos e insectos que transmiten enfermedades contagiosas.

“Tenemos miedo de que se propague la enfermedad. La gente es pobre y no puede curarse o desplazarse para ir a un hospital”, lamenta Um Hisham Munir, directora de una escuela de Adén, quien cuenta que debió hospitalizar a sus dos hijos, afectados por el cólera.

Mazen al-Sayyed, habitante de una localidad en la provincia de Lahj, más al norte, pudo socorrer a su madre para llevarla al hospital de Al-Sadaqa en Adén. “Pude salvar a mi madre porque tengo un coche. Otros mueren en el lugar por falta de medios de transporte”, dice.

En la provincia de Ibb, Ammar Abdelmalek se queja por las condiciones de higiene. “Las pilas de basura que se amontonan en las calles y las cloacas destruidas causaron el cólera”, explica. En mayo, una huelga de recolectores de residuos, que no habían recibido su sueldo, agravó la situación.

“La OMS intenta llegar a las zonas alejadas, muy afectadas por la enfermedad, para asistir a la mayor cantidad de pacientes posible”, declaró Omar Saleh, miembro de la misión de la organización en Yemen.

“La situación humanitaria es alarmante. Hay un verdadero desastre y la enfermedad no tiene nada que ver con las filiaciones políticas y las fronteras”, agregó, llamando a la comunidad internacional a redoblar sus esfuerzos para poner fin a la guerra y ayudar al país a controlar el cólera.

Las condiciones sanitarias en Yemen se han deteriorado drásticamente a causa de la guerra. La insalubridad favorece el desarrollo de la enfermedad y a los hospitales aún operacionales les faltan medicamentos o no tienen corriente eléctrica.



Brotos de hepatitis A que están afectando mayormente a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

7 de junio de 2017 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

Entre junio de 2016 y mediados de mayo de 2017, se ha reportado un incremento inusual de casos de hepatitis A que afecta principalmente a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) en países de baja endemicidad de la Región Europea y en la Región de las Américas (Chile y Estados Unidos).

En la Región Europea, 15 países (Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, Eslovenia, España, Finlandia, Francia, Gran Bretaña, Irlanda, Italia, Noruega, Países Bajos, Portugal y Suecia) reportaron 1.173 casos relacionados con tres brotes multi-países diferentes de hepatitis A hasta el 16 de mayo de 2017.

En Chile se registraron 706 casos de hepatitis A a nivel nacional hasta el 5 de mayo de 2017. En Estados Unidos, el Departamento de Salud de la ciudad de New York ha registrado un aumento de casos de hepatitis A entre HSH que no reportaron viajes internacionales.

En escenarios de baja endemicidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la vacunación contra la hepatitis para los grupos de alto riesgo, tales como los viajeros a zonas endémicas, HSH, personas que se inyectan drogas, y pacientes con enfermedad hepática crónica⁵. Entre los HSH, el principal factor de riesgo está relacionado con la transmisión sexual, en particular el contacto sexual oral-anal. La mayor parte de los países afectados recomiendan la vacunación de rutina contra la hepatitis A para los HSH.

Este evento es especialmente preocupante desde una perspectiva de salud pública debido a que actualmente se observa una limitada disponibilidad de la vacuna contra la hepatitis A en todo el mundo. Además, entre junio y septiembre de 2017 tendrán lugar diversos festivales nacionales e internacionales de lesbianas, gays, bisexuales y transgénero (LGBT), incluyendo el World Pride en Madrid, España entre el 23 de junio y el 2 de julio de 2017.

En este sentido, la OMS pide a los países que informen cualquier aumento inusual en el número de casos de hepatitis A entre HSH a los Centros Regionales de Enlace de la OMS para el Reglamento Sanitario Internacional.

Evaluación de riesgos de la OMS

La infección por el virus de la hepatitis A es típicamente aguda y autolimitada. No causa enfermedad hepática crónica y rara vez es mortal. Algunos pacientes pueden desarrollar síntomas más severos que pueden prolongarse incluso algunos meses. El virus se propaga principalmente cuando una persona no infectada (y no vacunada) ingiere alimentos o agua contaminados con las heces de una persona infectada. El virus también puede transmitirse a través del contacto físico cercano con una persona infectada, mediante las manos sucias y por contacto sexual.

En los países de baja endemicidad, las tasas de notificación de hepatitis A son bajas. La enfermedad puede presentarse en adolescentes y adultos de grupos de alto riesgo, como usuarios de drogas inyectables, HSH, personas que viajan a áreas de alta endemicidad, y en poblaciones aisladas, como las comunidades religiosas cerradas.

Hasta el momento, no se han reportado muertes en relación con los brotes en curso. Existe la posibilidad de una propagación mayor a la población general, si no se implementan medidas de control (vacunación, higiene, seguridad alimentaria y medidas de sexo seguro).

⁵ En escenarios de endemicidad intermedia, puede considerarse la vacunación contra la hepatitis A para toda la población, mientras que con una alta endemicidad, las infecciones son comunes, pero no la enfermedad, por lo que no se recomienda la vacuna.

Advertencias de la OMS

• Los países con perfil de baja endemicidad para la hepatitis A deben ofrecer sistemáticamente la vacunación a los individuos con riesgo incrementado para hepatitis A y de complicaciones graves posteriores a la infección. Los grupos de riesgo recomendados, entre otros, incluyen a los HSH. La vacunación contra la hepatitis A debe estar incluida como parte de un paquete integral de servicios de prevención y control de las hepatitis virales, incluyendo la educación sanitaria y medidas de control de brotes.

• El uso de la vacuna contra la hepatitis A es preferible a la profilaxis pre y post-exposición (por ejemplo, para los contactos cercanos de casos agudos de la hepatitis A).

• Los países pueden considerar un esquema de dosis única para la vacuna contra la hepatitis A para controlar los brotes de la enfermedad, especialmente cuando existe una escasa disponibilidad de la vacuna.

• La mensajería de salud pública debe estar dirigida a grupos de riesgo incrementado para hepatitis A y de complicaciones graves por la infección.

• La información debe incluir asesoramiento sobre prevención: vacunación, higiene, seguridad alimentaria y medidas de sexo seguro.

World Pride Madrid

El festival LGBT World Pride Madrid se realizará entre el 23 de junio y el 2 de julio de 2017 en España. Se espera que hasta dos millones de visitantes internacionales asistan al evento. Aunque el riesgo de transmisión de la hepatitis A por vías relacionadas con alimentos y agua se evalúa como baja a moderada en España, el riesgo de transmisión sexual de persona a persona es de moderada a elevada.

En España, el número de casos de hepatitis A notificados en 2017 es casi ocho veces mayor que el promedio de casos reportados durante el mismo período entre los años 2012 y 2016. La mayoría de los casos son hombres con edades comprendidas entre los 15 y 45 años, y los HSH son el grupo más afectado.

Las recomendaciones específicas para las personas que asistan al World Pride Madrid con las siguientes:

• Antes del evento: Los asistentes al evento deben solicitar asesoramiento de profesionales de la salud sobre la vacunación contra la hepatitis A, y medidas de prevención contra el VIH y otras infecciones de transmisión sexual antes de la partida.

• Durante el evento: Las medidas preventivas deben reforzarse para reducir el riesgo de infecciones de transmisión sexual y/o por alimentos y agua.

• Después del evento: Los asistentes deben ponerse en contacto con un profesional de la salud si experimenta síntomas sospechosos de hepatitis A o una infección de transmisión sexual.



Avances en la lucha internacional contra las enfermedades tropicales desatendidas

15 de junio de 2017 – Fuente: Agencia de Noticias para la Divulgación de la Ciencia y Tecnología

Un lugar paradisíaco para disfrutar del sol y de la brisa marina es Aruba, la isla caribeña a donde llegó un turista español para disfrutar de sus vacaciones. Pocos días después, por motivos de trabajo, tuvo que trasladarse a Japón y ahí empezó para él una odisea; porque, repentinamente, su cuerpo empezó a experimentar dolor de articulaciones, de cabeza y abdominal, fiebre muy alta y picazón. Los médicos japoneses no pudieron diagnosticar pronto la causa de su malestar, pues carecían de información actualizada sobre la patología de algunas enfermedades tropicales. Al principio le diagnosticaron dengue, luego supieron que se trataba de fiebre chikungunya, una enfermedad viral que el turista adquirió por la picadura de un mosquito infectado, en Aruba. Algunos signos clínicos de esta enfermedad se parecen a los de la fiebre zika y el dengue, por lo que a veces se confunde el diagnóstico.



Prueba diagnóstica de la enfermedad de Chagas a un niño.

“Esta confusión ocurre más frecuentemente con las enfermedades tropicales desatendidas (ETD), por la falta de información y experiencia de algunos médicos con estos casos”, señala Ente Rood, investigador de epidemiología del Real Instituto de los Trópicos, en los Países Bajos. Él también constató este problema con turistas holandeses que regresan afectados por alguna ETD de países asiáticos o africanos. “Al examinarlos, los médicos no siempre logran acertar con la patología de la enfermedad que les afecta. Es entonces cuando algunos empiezan a comprender el drama que viven miles de personas que padecen las ETD”, comenta Rood. Por ello, él exhorta a que se invierta más en la investigación, diagnóstico y tratamiento de las ETD, así como en campañas de prevención a nivel mundial, “no solo en países donde estas enfermedades son endémicas”.

Por este mismo motivo, el distinguido sociólogo y profesor emérito de la Universidad de Ámsterdam Rob Hagendijk prefiere no enfatizar la relación de las ETD con la pobreza, “pues todos estamos expuestos a padecer estas enfermedades en lugares donde éstas son endémicas, si el ambiente reúne las condiciones necesarias para la propagación de vectores y si se ignoran las medidas de prevención”.

Un nuevo periodo vacacional se aproxima y, para algunos, es el momento de disfrutar de paraísos tropicales. Considerar las precauciones básicas, como el consumo seguro de alimentos y agua, y la protección contra las picaduras de artrópodos, podría ayudar a prevenir muchas ETD en los viajeros.

“Las ETD son un grupo de enfermedades que, aunque pueden tener un fuerte impacto en la salud pública, a menudo son infravaloradas o carecen de la inversión necesaria para impulsar sus investigaciones”, explica Rood, quien está especializado en el estudio de la oncocercosis. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera ETD a un grupo de 18 enfermedades que afectan a casi 1.500 millones de personas en todo el mundo, entre las que constan el dengue, la enfermedad de Chagas, la leishmaniosis y la oncocercosis. Muchas de estas 18 enfermedades causan discapacidad, desfiguración, exclusión social y muerte.

La enfermedad de Chagas es una ETD que afecta entre 8 y 10 millones de personas en todo el mundo, según cifras de la Organización Panamericana de la Salud. Es endémica en varios países de América Latina; pero, por los flujos migratorios, esta enfermedad ha cruzado las fronteras. Se calcula que entre 68.000 y 120.000 personas afectadas por esta enfermedad viven actualmente en Europa; sin embargo, hasta 90% de los casos siguen sin diagnosticarse.

España lidera el ranking mundial de países no endémicos con mayor porcentaje de pacientes tratados por la enfermedad de Chagas. Se estima que en este país viven actualmente 55.000 personas con esta enfermedad y, desde 2012, se ha tratado a 10% de afectados, según reporta la Fundación Mundo Sano. Con el fin de facilitar el acceso al diagnóstico, tratamiento e información sobre la enfermedad de Chagas, este año se han llevado a cabo campañas que permitieron que alrededor de 800 personas de origen latinoamericano accedieran a las pruebas diagnósticas. Estas campañas fueron organizadas por la Fundación Mundo Sano, los Centros de Salud del Ayuntamiento de Madrid, el Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante, el Hospital General Universitario de Alicante y el Hospital Clínico Universitario ‘Virgen de la Arrixaca’.

Un informe recientemente publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta grandes avances en la lucha contra las ETD, tanto en el compromiso de los países endémicos para hacer frente a estas enfermedades como en la libre disponibilidad de medicamentos para tratarlos. Aunque estos avances son muy prometedores, es necesario que se mantengan los intereses y la financiación a escala mundial, para avanzar hacia el control y, en última instancia, la eliminación de las ETD.

Para el efecto, la OMS recomienda seguir invirtiendo en las siguientes áreas: investigación e innovación, capacitación e intercambio de conocimientos entre profesionales de la salud de países endémicos y no endémicos, monitoreo y evaluación de las ETD, integración de los programas de control de las ETD con otras iniciativas de desarrollo y apoyo logístico para la administración de fármacos. Priorizar el financiamiento en estas áreas sería un buen retorno de la inversión en salud pública, lo que permitirá tener un impacto muy positivo en la vida de millones de personas.

Las ETD causan morbilidad y mortalidad significativas en todo el mundo; especialmente la leishmaniosis, que es una de las diez primeras enfermedades infecciosas y una de las cinco primeras enfermedades parasitarias a nivel mundial. Para analizar los avances logrados en la lucha contra esta enfermedad, el Instituto de Salud Carlos III y la fundación suiza Iniciativa Medicamentos para Enfermedades Olvidadas (DNDi) organizaron el 6° Congreso Mundial de Leishmaniosis, que se llevó a cabo en Toledo, España, a mediados de mayo de este año.

Para hacer frente a la lucha contra las ETD, hace 10 años, un grupo de asociados mundiales se reunió para combatir conjuntamente este problema. Desde entonces, numerosos asociados locales e internacionales han colaborado con los ministerios de salud de los países donde estas enfermedades son endémicas.

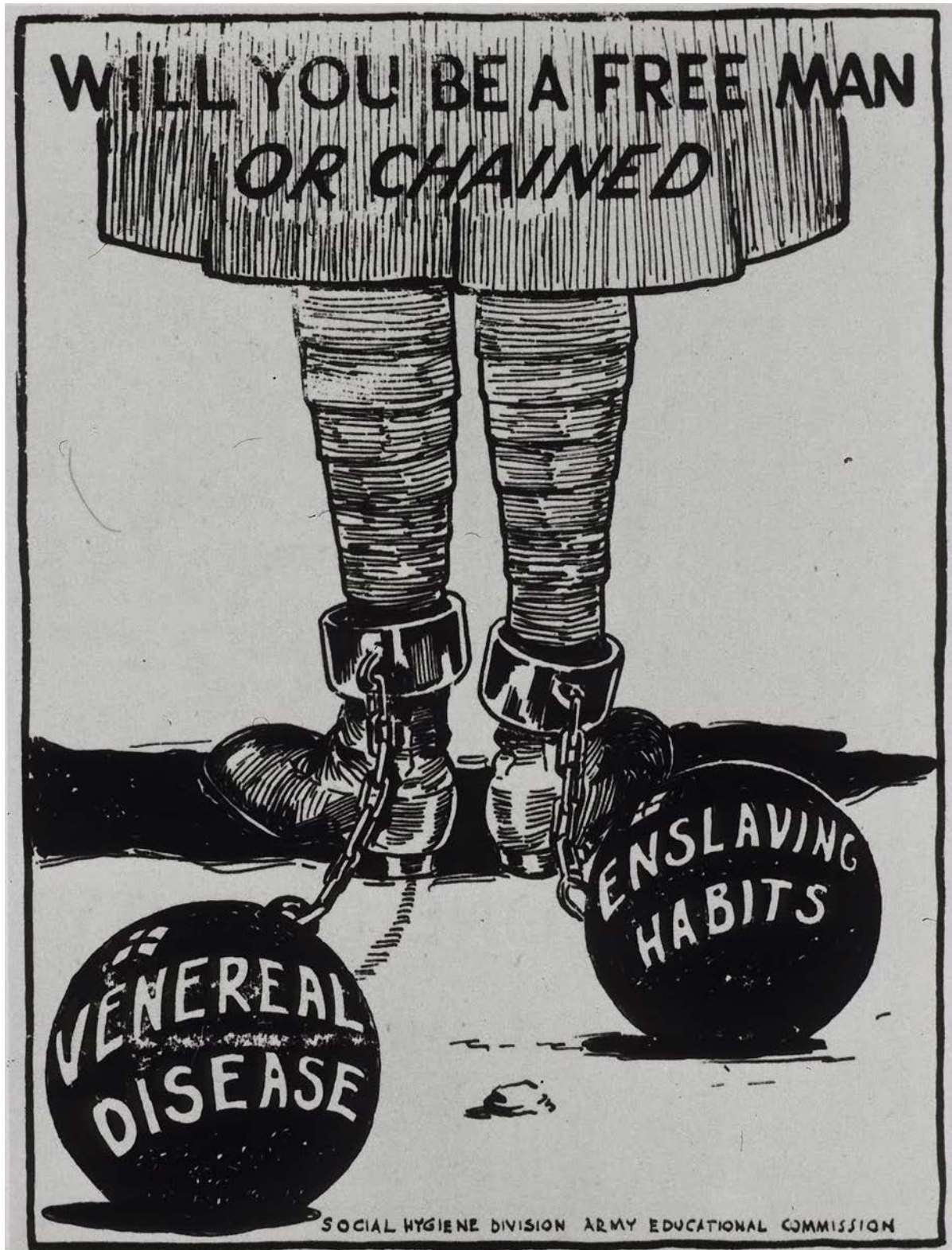
En 2012, los asociados aprobaron la hoja de ruta de la OMS sobre las ETD y se comprometieron a proporcionar apoyo y recursos adicionales para eliminar 10 de las ETD más comunes. Cinco años después, el pasado 19 de abril, la comunidad especializada en ETD se reunió en Ginebra, Suiza, para revisar sus esfuerzos y renovar sus compromisos. Fue entonces cuando la OMS anunció que se ha logrado un “avance sin precedentes contra 10 ETD”, al presentar su informe titulado *Integración de la lucha contra las ETD en la salud y el desarrollo mundiales (2017)*.

La celebración del 6° Congreso Mundial de Leishmaniosis se alineó con la *Hoja de Ruta de la OMS para Enfermedades Tropicales Desatendidas*. Este es un plan de trabajo que ha impulsado avances sin precedentes en la lucha contra estas enfermedades, como la casi erradicación de la leishmaniosis en el Sudeste Asiático.

La fiebre chikungunya es una enfermedad viral transmitida al ser humano por mosquitos, que fue reportada por primera vez en 1952, durante un brote ocurrido al sur de Tanzania. El nombre “Chikungunya” proviene del idioma africano Kimakonde y significa “doblarse”, en alusión al aspecto encorvado que lucen los pacientes, debido a los dolores articulares.

La fiebre chikungunya se ha reportado especialmente en África, Asia y el Subcontinente Indio; pero entre diciembre de 2013 y 2015 surgió un brote en varios países de América Latina y el Caribe, lo que generó miles de afectados y más de 300 muertes durante ese periodo, según reportes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Muchos de los afectados fueron turistas.

Pero, ¿cómo se transmite esa enfermedad a nivel internacional? “Los mosquitos no vuelan tan lejos. No van de país a país”, explicó durante ese brote la Dra. Pilar Ramón-Pardo, asesora en manejo clínico de enfermedades infecciosas de la OPS. En su criterio, para que la fiebre chikungunya se expanda a nivel local, tienen que darse dos factores: que haya una persona con el virus y que exista el vector de transmisión: el mosquito *Aedes aegypti* y el *Aedes albopictus*, que también es vector habitual de otras enfermedades, como la fiebre amarilla y el dengue (que es considerada una enfermedad tropical desatendida).



Social Hygiene Division. Army Educational Commission (1943. Estados Unidos).

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.