



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.



Número 1.938

5 de julio 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.)

Noticias

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

Argentina

- Vigilancia de leishmaniosis mucosa
- Entre Ríos, Gualaguaychú: Alerta por el aumento de casos de parotiditis

América

- Las injusticias del virus Zika
- Cuba refuerza la prevención del VIH/sida ante el recorte de las ayudas internacionales
- Estados Unidos, California: Aumenta la tasa de hepatitis C entre adictos a las drogas intravenosas
- Estados Unidos, Florida: Se estaría expandiendo el parásito *Angiostrongylus cantonensis*
- Nicaragua: Cinco enfermedades repuntaron en el primer semestre

- Venezuela, Aragua: Declaran alerta ante la sustracción de material biológico de alto riesgo en Maracay

El mundo

- Arabia Saudí: Nuevos casos de infección por el MERS-CoV
- Pakistán lanzará una nueva campaña de vacunación masiva contra la poliomielitis
- Sri Lanka sufre su peor brote de dengue con 225 muertos
- La OMS pide acciones inmediatas para frenar los efectos en la salud del cambio climático
- El hambre en el mundo aumenta de nuevo
- Epidemiología actual de la sífilis

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

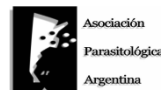
www.sap.org.ar/



www.apinfectologia.org/



www.sadip.net/



www.apargentina.org.ar/

Vigilancia de leishmaniosis mucosa

3 de julio de 2017 – Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios –

Tabla 1. Casos notificados y confirmados, según provincia y región. Argentina. Años 2016/2017, hasta semana epidemiológica 21. 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	1	1	2	1
Córdoba	—	—	—	—
Entre Ríos	—	—	—	—
Santa Fe	—	—	—	—
Centro	1	1	3	2
Mendoza	—	—	—	—
San Juan	1	—	—	—
San Luis	—	—	—	—
Cuyo	1	—	—	—
Corrientes	—	—	—	—
Chaco	2	2	—	—
Formosa	—	—	—	—
Misiones	—	—	2	2
NEA	2	2	2	2
Catamarca	—	—	—	—
Jujuy	1	1	—	—
La Rioja	—	—	—	—
Salta	1	—	2	2
Santiago del Estero	2	2	1	1
Tucumán	—	—	1	1
NOA	4	3	4	4
Chubut	—	—	—	—
La Pampa	—	—	—	—
Neuquén	—	—	—	—
Río Negro	—	—	—	—
Santa Cruz	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—
Sur	—	—	—	—
Total Argentina	8	6	9	8

Entre Ríos, Gualeguaychú: Alerta por el aumento de casos de parotiditis

4 de julio de 2017 – Fuente: El Día (Argentina)

Según los datos del Ministerio de Salud de Entre Ríos, en lo que va del año se registraron 200 casos de parotiditis en la provincia, de los cuales 136 corresponden al departamento Gualeguaychú.

En la segunda mitad del año 2015 Gualeguaychú vivió un brote de parotiditis². Desde ese momento, los casos atendidos en el Hospital 'Centenario' de la localidad fueron más elevados que los contabilizados hasta entonces. Mucho tuvo que ver el trabajo intensificado desde el Nodo Epidemiológico con respecto al seguimiento y análisis de los datos, tarea que se intensificó y dinamizó desde la creación de la historia clínica digital.

En este marco, y según el último reporte del Ministerio de Salud de la provincia, entre fines de abril y fines de junio, se registraron en Entre Ríos 100 nuevos casos de parotiditis, y en lo que va del año ya son 200 los pacientes diagnosticados.

De acuerdo con el Boletín Epidemiológico del Ministerio, en el departamento Gualeguaychú se registraron 136 casos, lo que equivale a 68% del total provincial. La cifra llama más la atención cuando la estadística informa solamente 20 casos en Paraná (con más de 247.000 habitantes) y tres en Concordia, las dos localidades más habitadas de la provincia.

En este sentido, el coordinador departamental de Salud, Carlos Gauna, destacó el trabajo realizado por el Nodo Epidemiológico del Hospital 'Centenario' y recordó el brote de parotiditis ocurrido en 2015. "Desde ese momento



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

² Ver 'Entre Ríos, Gualeguaychú: No termina el brote de parotiditis' en Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 1.579, de fecha 15 de mayo de 2015, haciendo clic [aquí](#).

contamos con una experiencia especial que nos permite hacer un seguimiento exhaustivo de los casos”, dijo, al tiempo que aseguró que “no es una situación complicada, ya que es una enfermedad de curso benigno, si se cumplen las normas del tratamiento el paciente se recupera bien: no hay muerte por parotiditis, no es como la gripe”.

Las parotiditis demandan un tratamiento ambulatorio, que generalmente tiene que ver con reposo y aislamiento. Por lo que “sólo en casos excepcionales, como puede ser una pancreatitis o inflamación de ovarios, se interna al paciente, pero comparado con los cuadros respiratorios (gripe, neumonía, bronquiolitis y asma, sobre todo) el número es insignificante”, indicó Gauna.

Lo llamativo de la cantidad de casos registrados en Gualeguaychú tiene que ver también con los números de los otros departamentos entrerrianos, además de Paraná y Concordia. Por ejemplo, en Concepción del Uruguay hubo 17; en Federación, siete; en Colón y en Rosario del Tala, cinco; en Victoria, cuatro; en Concordia solamente fueron confirmados tres casos, y tanto en Diamante como en Villaguay y en Islas del Ibicuy se registró un solo caso de parotiditis en lo que va del año.

Además, la alerta se confirma cuando se tiene en cuenta que la cifra actual (200 casos) casi iguala a la cantidad que hubo en todo 2016, cuando se registraron 236 casos y la mayoría se repartió entre Gualeguaychú y Federación.

América

PROJECT SYNDICATE **Las injusticias del virus Zika** 9 de junio de 2017 – Fuente: Project Syndicate

Las epidemias de enfermedades transmisibles en el mundo desarrollado ya son lo suficientemente lamentables desde una perspectiva sanitaria. Pero también tienen serias implicaciones en términos de la justicia social, porque exacerban prolongadas crisis de derechos humanos, afectando una prestación de servicios públicos de por sí débil y profundizando las desigualdades existentes.

Al igual que el brote de enfermedad por el virus del Ébola de 2014 en África Occidental, el brote de fiebre zika en América Central y del Sur en 2015 afectó con mayor fuerza a los grupos sociales vulnerables (mujeres y niños, minorías étnicas y los pobres). Como la fiebre amarilla, el dengue y otras enfermedades, la fiebre zika se transmite por los mosquitos *Aedes aegypti*. Pero, en lo que es inusual para un virus transmitido por mosquitos, el Zika también se puede propagar por vía sexual. Más raro aún, se asocia con problemas neurológicos y del desarrollo que afectan a bebés: la microcefalia y el síndrome de Guillain-Barré. Por lo demás, sus síntomas son más bien leves.



Una madre da la mamadera a su hijo con microcefalia, en Recife, Brasil.

Esto significa que, de los más de 1,5 millones de personas afectadas por la fiebre zika desde el principio de la epidemia, las consecuencias fueron más preocupantes para mujeres en edad fértil, especialmente las que estaban embarazadas. Entre 2016 y 2017 se confirmaron 11.059 casos de fiebre zika en embarazadas, produciéndose 10.867 casos de microcefalia y otras malformaciones congénitas en los sistemas nerviosos centrales de sus bebés. Un 56% de ellos nacieron de mujeres pobres y mujeres de color en el nordeste brasileño.

Está claro que la crisis de la fiebre zika no es neutral en términos de género. Es necesario abordar sus consecuencias de mediano y largo plazo poniendo énfasis en las mujeres, especialmente las mujeres pobres. Eso no significa una mayor cobertura mediática de las deformidades relacionadas con la microcefalia o incluso las dificultades a las que se enfrentan sus madres. Y ciertamente no más campañas para controlar su comportamiento.

Para prevenir la infección, se recomienda a las mujeres usar repelentes contra los mosquitos, no tener aguas estancadas alrededor de sus hogares, usar mangas largas, y, de ser posible, usar condones o evitar tener sexo. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos recomendaron a las mujeres embarazadas abstenerse de viajar a los países afectados. Las autoridades sanitarias de El Salvador y Colombia llegaron al extremo de urgir a las mujeres a no quedar embarazadas hasta 2018.

Sin embargo, con todo lo bienintencionadas que sean, son recomendaciones que se equivocan en lo fundamental. Para comenzar, subrayan el control y vigilancia del vector de corto plazo, mientras desvinculan la enfermedad de los determinantes sociales y estructurales de la salud. Por ejemplo, la infraestructura pública como el agua potable, las redes sanitarias adecuadas y el acceso a la atención de salud.

También cargan sobre las mujeres principalmente la responsabilidad de prevenir infectarse y embarazarse, al tiempo que no reconocen la falta de control que muchas tienen sobre sus cuerpos y embarazos. Muchas de las áreas afectadas por la fiebre zika padecen altos índices de violencia sexual y embarazo adolescente, carecen de educación sexual y tienen un acceso inadecuado a anticonceptivos. Por estas razones, más de 50% de los embarazos en América Latina son indeseados.

Para empeorar las cosas, en la mayoría de los países latinoamericanos afectados por el virus Zika el aborto es ilegal o se permite solo en situaciones excepcionales. Por ejemplo, en El Salvador, donde entre diciembre de 2015 y enero de 2016 se informaron más de 7.000 casos, el aborto es ilegal en todas las circunstancias. Si se demuestra que fueron autoinducidos, las interrupciones del embarazo pueden incluso llevar a condenas por homicidio.

La posición de Estados Unidos tampoco ha ayudado mucho. El año pasado, el gobierno del Presidente Barack Hussein Obama II pidió al Congreso 1.800 millones de dólares en fondos de emergencia para ayudar a prepararse y responder a la amenaza del virus Zika. Pero intervino la política del aborto, ya que los legisladores republicanos que encabezaban una audiencia parlamentaria sobre la epidemia de fiebre zika, condicionaron los fondos a que en los países destinatarios se adoptaran políticas antiabortivas.

Los problemas del enfoque predominante de contención del virus (o sea, se pone demasiada responsabilidad sobre las mujeres mientras se les da muy poco poder) no recaen con la misma intensidad sobre todo el mundo. El año pasado, la Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados y la Organización Mundial de la Salud recalcaron la necesidad de poner los derechos humanos en el centro de la respuesta esta epidemia.

Pero, si bien el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer es un paso positivo, está lejos de ser suficiente. Y para proteger esos derechos será necesario un compromiso político profundo y sostenido, en particular entre las mujeres pobres y vulnerables en los países en desarrollo.

En particular, se deben modificar las leyes nacionales para permitir que todas las mujeres, estén embarazadas o no de un bebé con microcefalia, gocen de una completa autonomía reproductiva. Las mujeres deben poder basar sus opciones reproductivas en sus propios deseos y necesidades físicas y emocionales, no en los juicios morales de los poderosos ni en el temor a sufrir sanciones criminales.

Por ejemplo, en Brasil los grupos de presión ya están logrando un resultado así, habiendo enviado demandas a la Corte Suprema para garantizar mayores derechos reproductivos para las mujeres, incluido el derecho a un aborto legal y seguro. Son casos que se apoyan en la Constitución Nacional de 1988, que garantiza el derecho al aborto en caso de violación, peligro para la vida de la madre, o anencefalia, otra malformación cerebral congénita.

Al impulsar estos cambios, las campañas también deberían reconocer y abordar los vínculos entre los derechos de la mujer y de las personas con discapacidad. De hecho, deberían promover la igualdad para todos los grupos marginados.

Es necesario tener en cuenta esto al abordar las consecuencias de mediano y largo plazo del virus Zika. Si una mujer da nacimiento a un niño con un síndrome congénito derivado de este virus, la respuesta debería sustentarse en la dignidad, el valor y los derechos de cada persona, reconociendo los procesos que mantienen en la pobreza a ciertas personas y grupos y les niegan sus derechos básicos como ciudadanos. Por eso los activistas deben insistir en que el Estado se responsabilice de prestar los servicios adecuados de atención y apoyo a cada mujer y niño: servicios que satisfagan tanto sus necesidades como respeten sus derechos.



Cuba refuerza la prevención del VIH/sida ante el recorte de ayudas internacionales

2 de julio de 2017 – Fuente: Inter Press Service

El sistema de salud cubano tiene el desafío de hacer sostenible su programa de prevención y control de la epidemia del VIH, ante el anunciado recorte de la ayuda del Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

Así analizó Antonio José García Capota, Oficial del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y quien atiende específicamente las infecciones de transmisión sexual (ITS), durante el XIV Simposio de Masculinidad y VIH.

A la actividad, que transcurrió del 22 al 24 de junio en el Centro de Convenciones Heredia, de Santiago de Cuba, ciudad a 847 kilómetros al este de La Habana, asistieron más de 120 delegados nacionales e internacionales, según sus organizadores.

“Son momentos difíciles los que se avecinan. Cuba ha sido catalogada como país de ingreso medio-alto, y por la baja concentración que tiene la epidemia, se ha convertido en una nación no elegible para ser receptora de fondos de ayuda provenientes del Fondo Mundial”, remarcó García.

Datos oficiales revelan que a fines de 2016, en el país vivían 21.750 personas con el virus, en una población de 11,2 millones de habitantes. De esa cifra, 80% eran hombres con un promedio de edad superior a los 30 años.

La estrategia nacional implementada por las autoridades sanitarias desde 1998 permite que 81% de esas personas reciban los medicamentos para su terapia antirretroviral de manera controlada y gratuita, entre los que se incluyen los de factura cubana producidos por la estatal BioCubaFarma (zidovudina, lamivudina, nevirapina, efavirenz y abacavir) y otros procedentes del exterior, certificados por la Organización Mundial de la Salud.

De acuerdo con el funcionario del PNUD, ese logro se ha convertido a su vez en una limitante a la hora de recibir recursos, teniendo en cuenta la condición de país en vías de desarrollo que ostenta la isla caribeña.

“Ello nos obliga a trabajar sobre la base de buscar la sostenibilidad e ir absorbiendo en los próximos tres años por parte del gobierno los gastos que ahora, de una forma u otra, son financiados por donantes extranjeros además del Fondo Mundial”, apuntó.

En este sentido, exhortó a un uso más eficiente y racional de los recursos para responder a la epidemia del VIH/sida, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y otras oportunistas asociadas a esta; e incrementar los trabajos sociales para erradicar otros factores que determinan el desarrollo y evolución de la enfermedad como el alcoholismo, tabaquismo y otras conductas de riesgo.



Datos sobre la epidemia en Cuba

- En 1985 se detectó en Cuba el primer caso de VIH/sida, cuatro años después de ser descubierta la enfermedad.
- Al inicio de la epidemia, las y los enfermos eran reclusos en instalaciones alejadas de las ciudades (sanatorios) donde se les ofrecía tratamiento y se les prohibía la salida, bajo el argumento de evitar la propagación de la enfermedad.
- En la década de 1990, muchos cubanos se inocularon el virus, la mayoría de ellos eran rockeros o *frikis* que querían evitar el acoso policial y tener acceso a una mejor alimentación.
- En 2015, la Organización Mundial de la Salud certificó a Cuba como el primer país del mundo en eliminar la transmisión del VIH y la sífilis de madre a hijo.
- Científicos cubanos realizan ensayos clínicos con la vacuna TERA-VAC-VIH®, desarrollada en el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología de La Habana, diseñada para reducir la carga viral de pacientes con el virus y mejorar la calidad de vida de los enfermos.

Recordó que son las masculinidades donde este tema reviste una mayor importancia por ser una epidemia concentrada en hombres, sobre todo en aquellos que tienen relaciones con otros hombres (HSH).

“Por eso es importante el estudio de las masculinidades hegemónicas y no hegemónicas, como propone el simposio de Santiago de Cuba”, resaltó García.

“El sida en Cuba no se encuentra entre las principales causas de mortalidad y tales logros ubican al país en un excelente lugar con respecto a la epidemia en el panorama internacional”, destacó.

De acuerdo con el servicio informativo electrónico del Grupo de Prevención del Sida, que reúne a promotores voluntarios en todo el país, durante los días de debate se reconoció el papel desempeñado por el sistema de salud pública, instituciones, organizaciones de la sociedad civil y promotores en la prevención y control del virus en el territorio nacional.

El Simposio de Masculinidad y VIH con sede en la oriental urbe cuenta con el auspicio del Capítulo de la Sociedad de Higiene y Epi-

demología de Santiago de Cuba, el Programa de Prevención y Control de las ITS/VIH/sida, el Proyecto de Prevención de las ITS/VIH/sida para HSH, entre otros.

Sus ediciones se han convertido en un espacio de intercambio multidisciplinario para el análisis de problemas de índole sociopsicológicas y su repercusión en la salud sexual masculina; además de enfatizar en los modelos hegemónicos de las masculinidades y su vínculo con las ITS y el VIH/sida.

Propicia además la exposición de los últimos resultados de la labor investigativa y de campo de promotores de salud, representantes de los diferentes sectores sociales, instituciones o investigadores e investigadoras independientes, al tiempo que promueve estrategias en torno a la prevención de estas afecciones en grupos vulnerables.

La Opinión Estados Unidos, California: Aumenta la tasa de hepatitis C entre adictos a las drogas intravenosas

3 de julio de 2017 – Fuente: La Opinión (Estados Unidos)

Las tasas de hepatitis C recientemente reportadas aumentaron significativamente entre los jóvenes entre 2007 y 2015, según el Departamento de Salud Pública de California. Durante ese período, las tasas se dispararon 55% entre los jóvenes entre 20 y 29 años y 37% entre las mujeres jóvenes del mismo grupo de edad. El Departamento dice que el uso de drogas intravenosas entre los jóvenes aumenta el riesgo de infección y transmisión.

El aumento en los casos en California va de la mano de una tendencia nacional: mientras que la mayoría de los estadounidenses que ya viven con la hepatitis C son *baby boomers*, las personas de entre 20-29 años están experimentando el mayor número total de nuevas infecciones, informaron en mayo los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

El uso de drogas intravenosas se ha incrementado como consecuencia de la epidemia de opiáceos recetados. Y ese aumento en el uso de drogas inyectables está ligado al aumento en la hepatitis C entre los jóvenes.

La mayoría de las infecciones por hepatitis C están relacionadas con el uso compartido de equipos de inyección de drogas, por lo que este aumento de la hepatitis C entre los jóvenes está directamente relacionado con el aumento del consumo de drogas por inyección.

El aumento de la hepatitis C entre los jóvenes no es sorprendente, pero sigue siendo una tendencia desafortunada. Las personas más jóvenes son a menudo más difíciles de involucrar en los sistemas para obtener el cuidado y el tratamiento que la gente mayor.

Los funcionarios de salud del Estado dicen que la implementación de estrategias de prevención, incluyendo el acceso mejorado a jeringas estériles y más tratamiento para trastornos de uso de opiáceos, podría reducir la tasa de nuevas infecciones por hepatitis C entre los jóvenes drogadictos hasta por 60%.

Los funcionarios también recomiendan que todos los residentes que se hayan inyectado drogas, incluso una vez, y todas las personas nacidas entre 1945 y 1965, hablen con sus médicos acerca de conseguir la prueba para la hepatitis C.

Los CDC afirman que los *baby boomers* podrían haber sido infectados por equipos médicos antes de que se adoptaran las precauciones universales y los procedimientos de infección; por sangre contaminada antes de que la revisión extensa eliminara virtualmente el virus del suministro de sangre en 1992; o de compartir agujas u otro equipo de drogas.

Se estima que 400.000 californianos viven con hepatitis C crónica, pero muchos no saben que están infectados, según los funcionarios de salud del estado. La infección crónica por hepatitis C puede llevar a serios problemas hepáticos, incluyendo cirrosis y cáncer hepático.

Las muertes relacionadas con la hepatitis C ahora superan a las causadas por el VIH.





Estados Unidos, Florida: Se estaría expandiendo el parásito *Angiostrongylus cantonensis*

29 de junio de 2017 – Fuente: EFE

La Universidad de Florida (UF) detectó en cinco condados de Florida caracoles infectados con el gusano pulmonar de la rata (*Angiostrongylus cantonensis*), que puede causar meningitis en humanos y otras enfermedades a las mascotas.

El parásito causa una forma rara y potencialmente mortal de meningitis en las personas, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

Los humanos no pueden infectarse con este parásito a menos que consuman un caracol poco cocido o crudo. Algunas especies animales pueden albergar larvas infecciosas, como diferentes crustáceos o ranas, pero mientras los alimentos estén bien lavados y cocidos, es muy probable que los humanos nunca lo ingieran.

El informe de la UF destacó que, hasta ahora, este parásito del pulmón de la rata se consideraba extraño en el continente estadounidense, ya que sus poblaciones eran más propias de Hawai'i. El gusano fue hallado en caracoles en los condados de Alachua, León, St. Johns, Orange y Hillsborough.

Determinar la distribución geográfica de este parásito en Florida es importante debido a los peligros para la salud humana.

A. cantonensis utiliza a la rata como huésped definitivo y a los gasterópodos, como los caracoles, como huéspedes intermedios.

La gran industria hortícola de Florida hace la presencia del parásito en el estado particularmente inquietante, porque los viveros son uno de sus más importantes modos de transporte.

La mayoría de los caracoles que se encuentran como huéspedes intermedios para este parásito son invasores y algunos se alimentan o se refugian en plantas ornamentales, que tienen el potencial de distribución en toda Florida y en otras áreas de Estados Unidos.

Los científicos comenzaron la investigación tras tratar a un orangután que murió en 2012 después de comer caracoles que portaban el parásito. Además del peligro para los seres humanos, este gusano también puede afectar a perros, caballos y aves. Todas estas especies tienen enfermedades similares, pero este hallazgo es de interés no solo para la medicina veterinaria, sino también para la medicina humana.



Nicaragua: Cinco enfermedades repuntaron en el primer semestre

3 de julio de 2017 – Fuente: Radio HRN (Honduras)

La fiebre zika y la fiebre chikungunya afectaron mucho a los nicaragüenses el año pasado, pero en el primer semestre de 2017 los casos se han reducido, mientras que la neumonía, la malaria, la leptospirosis y la diarrea aumentaron, según el Ministerio de Salud (MINSAL) de Honduras.

Las infecciones respiratorias agudas están en primer lugar en el acumulado del MINSAL, con 773.941 casos en las primeras 25 semanas del año; en este mismo período de 2016, eran 724.397, lo que significa un incremento de 6,84%.

Hasta el 26 de junio, Nicaragua reportó 59.909 casos de neumonía y 110 muertes por esta causa.

Por otra parte, la diarrea aguda está atacando mucho en este período lluvioso. Las autoridades reportan más de 7.000 casos semanales en el país. Solo en la semana del 19 al 26 de junio, el MINSAL atendió 7.116 casos.

Malaria y leptospirosis

Mientras los casos de dengue confirmados disminuyeron 63,9% al comparar el primer semestre de 2016 con 2017, pero se presenta un aumento de ingresos sospechosos a las unidades de salud, con 5,4%, es decir, van 31.076 atenciones este año.

En tanto, la malaria aumentó 53,5%: pasó de 1.827 casos en las primeras 25 semanas del año pasado a 2.835, en 2017. En mayo, se declaró emergencia sanitaria por malaria en el Caribe Norte debido al incremento en el número de pacientes con la enfermedad. El crecimiento desordenado y los drenajes naturales llenos de basura fueron dos de los principales factores que contribuyeron a que se propagaran.

Según las autoridades de la zona, los drenajes naturales estaban sobrecargados de basura, provocando un hábitat propicio para los mosquitos que transmiten la enfermedad. Estos mosquitos se reproducen en charcos y pantanos y pican por las noches, contrario a *Aedes aegypti*, que se reproduce en recipientes de agua limpia y pica de día.

Por otro lado, las abundantes precipitaciones propician el repunte de enfermedades infecciosas, como la leptospirosis, que es transmitida por roedores. Las lluvias provocan que los animales suban a los lugares más altos de las casas y se orinen en los techos, y pueden diseminar la bacteria en diferentes partes de las viviendas.

EL UNIVERSAL Venezuela, Aragua: Declaran alerta ante la sustracción de material biológico de alto riesgo en Maracay

4 de julio de 2017 – Fuente: El Universal (Venezuela)

Una alerta epidemiológica emitió el Ministerio de Agricultura y Tierras de Venezuela luego de que fueran robadas neveras con reactivos tóxicos y bacteriológicos del laboratorio del Instituto de Investigaciones Agrícolas (INIA), ubicado en Maracay, capital del estado Aragua, luego de las protestas de los días 26 y 27 de junio.

Wilmar Alfredo Castro Soteldo, ministro de ese despacho, indicó que esas neveras contenían “virus y bacterias que causan enfermedades en humanos y animales” y agregó que entre los agentes infecciosos que se llevaron figuran aquellos que causan influenza aviar, parvovirus, salmonelosis, brucelosis, tuberculosis, encefalitis equina y leptospirosis, usados para la fabricación de vacunas.

Juan Pablo Buenaño, presidente del INIA dijo que “siete laboratorios, entre ellos el campus de sanidad animal, fueron vandalizados y la impresión es que las personas que robaron los virus no sabían lo que se estaban llevando. La mayoría no usó equipo alguno de protección”.

Asimismo se emitió una cuarentena en la zona de Las Delicias, en la capital aragüeña, y se reportó que quienes habían manipulado la nevera se encontraban hospitalizados.

José Félix Oletta López, ex ministro de Salud, cuestionó el trato que se le ha dado a esta situación y hasta las medidas que se han tomado, ya que éstas no siguen el protocolo universal de manejo de material biológico.

Oletta explicó que hay cuatro niveles de bioseguridad para el manejo de agentes infecciosos. Uno se fundamenta en prácticas microbiológicas estándar, el segundo trabaja con agentes de riesgo moderado, el tercero con agentes exóticos potencialmente letales y en el nivel cuatro se trabaja con agentes tóxicos peligrosos que ponen en peligro la vida.

“La falta de profesionalidad con la que se hizo pública la noticia no permite saber el riesgo real de este evento porque no está especificado para tener conciencia del riesgo real del accidente. En Venezuela no existe ningún producto de laboratorio que maneje material tipo cuatro”.

Señaló que las áreas que aparecen vandalizadas –de acuerdo con las fotografías que se publicaron– son espacios administrativos o generales en las que se aprecia que ni siquiera existe el sistema de aire con el que debe contar un laboratorio.

“En Venezuela los materiales bacteriológicos que se manejan son máximo nivel dos. Por lo que no se requiere alarmar a la gente, ni crear espacios de cuarentena. A menos que se demuestre que es un laboratorio que manipula material tipo tres o cuatro y en el anuncio se debe especificar cuáles son los productos que se encontraban en ese laboratorio”, comentó el médico.

Entre las enfermedades que pudieran presentarse por este evento se informó que están la salmonelosis, brucelosis, parvovirus y encefalitis. Oletta explicó que todos estos patógenos pueden ser “potencialmente tóxicos”, sobre todo la brucelosis por contacto o hasta la misma *Leptospira*, y agregó que es “raro que haya cultivo de *Leptospira viva*”. Añadió que se debe decir de qué es el laboratorio, si maneja vacunas o anticuerpos y que estos contagios se producen siempre y cuando las personas hayan manejado por contacto directo estos virus.

“Se ha generado una alarma que no es proporcional a una situación de riesgo. La respuesta la debe dar Salud Pública y el ministro para la Salud y si hay corresponsabilidad debe estar también Defensa Civil”.

Apuntó que en estos casos lo primero que se debe hacer es establecer un nivel de riesgo y determinar a qué se expusieron los ciudadanos para una vez ahí tomar las medidas pertinentes que, en palabras de Oletta, no pueden ser cuidados intensivos para todo el mundo.

“Hay que estudiar el caso. Lo que pasó tiene que entrar en un protocolo de accidente. Para cada tipo de agente se necesita un agente de protección. Una vez determinado se dan los pasos a seguir. En este caso no está claro qué agente tóxico se manipuló y qué tipo de exposición sufrió la gente. Si no se hace una evaluación completa no se pueden tomar medidas a la ligera, éstas tienen que estar justificadas”.

“El ministro generó una situación de alarma injustificada en donde la gente tiene que estar aterrorizada. No manejan la información, no establecen situaciones de riesgo, y los agentes potencialmente peligrosos no se establecen porque los desconocen”, concluyó.

El mundo



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

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

Entre el 16 y el 23 de junio 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) siete nuevos casos confirmados por laboratorio de infección por el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS-CoV), incluyendo dos casos fatales.

Los casos se registraron en las localidades de Al-Riyadh (3), Al-Bahah (1), Al-Hofuf (1), Thadig (1) y Yanbu' al-Bahr (1). Seis casos son varones. Cuatro casos presentan comorbilidades. Un caso es trabajador de la salud. La media de edad de los casos es de 57 años (rango: 22 a 85 años).

Tres casos tuvieron contacto con casos previamente confirmados por laboratorio.

Los casos fallecidos son dos hombres de 68 y 85 años de edad.

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

A nivel mundial, la OMS ha sido notificada desde septiembre de 2012 de 2.036 casos confirmados por laboratorio de infección por el MERS-CoV, incluyendo al menos 710 muertes relacionadas.

Respuesta de salud pública

El Ministerio de Salud de Arabia Saudí está evaluando cada caso y sus contactos y aplicando medidas para limitar aún más la transmisión de humano a humano y controlar estos brotes. Estas medidas incluyen:

- Aislamiento adecuado de todos los casos confirmados.
- Búsqueda activa de todos los contactos de los pacientes, trabajadores sanitarios y contactos en la comunidad.
- Identificación de los contactos de alto y bajo riesgo con un seguimiento diario de todos durante el período de incubación de 14 días, y realización de pruebas de laboratorio para los contactos de alto riesgo, independientemente de la presentación de síntomas.
- Actualización periódica del listado de casos y contactos y realización de análisis epidemiológico de los datos para identificar la fuente de la infección, los vínculos entre los pacientes y las razones de la transmisión de persona a persona en los hospitales.
- Búsqueda de casos sospechosos entre los pacientes y trabajadores de la salud sobre la base de la definición de caso de la enfermedad.
- Reforzamiento de la adhesión estricta a la limpieza y desinfección ambiental hospitalaria adecuadas, con especial cuidado en los departamentos donde se han producido los brotes actuales.
- Reforzamiento del triaje visual para enfermedades respiratorias en los servicios de emergencias y consultorios externos y asegurar la disponibilidad 24/7 de una enfermera entrenada para la detección precoz de los pacientes con síntomas respiratorios, y la documentación apropiada en las formas de triaje.³
- Entrenamiento extensivo de todos los trabajadores sanitarios sobre la definición de caso para la detección precoz; la implementación de precauciones de aislamiento; las adecuadas selección, colocación y extracción del equipo de protección individual; la higiene de manos y la limpieza y desinfección ambiental.
- Asegurar que todos los trabajadores sanitarios hayan realizado la prueba de ajuste para N95.
- Asegurar la disponibilidad de suministros para la prevención de infecciones, incluyendo desinfectante para manos, equipo de protección individual, desinfectantes de superficies, filtros HEPA portátiles⁴ y máquinas fumadoras.
- Aplicación de una política de no permitir que los trabajadores sanitarios viajen sin autorización médica para prevenir la propagación del virus a otros países.

En los casos que informaron contacto con dromedarios, funcionarios del Ministerio de Agricultura están investigando la infección por MERS-CoV en los animales.

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 llevando a cabo la evaluación del riesgo con base en 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.

Pais/Región	Casos	%	Muertes	%	Tasa let.
Arabia Saudí	1.667	81,88	630	88,73	37,79
Emiratos Árabes Unidos	84	4,13	13	1,83	15,48
Jordania	27	1,33	10	1,41	37,04
Qatar	22	1,08	6	0,85	27,27
Omán	8	0,39	3	0,42	37,50
Irán	6	0,29	1	0,14	16,67
Kuwait	4	0,20	2	0,28	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	1.825	89,64	668	94,08	36,60
República de Corea	186	9,14	36	5,07	19,35
Filipinas	3	0,15	—	—	—
Malasia	1	0,05	1	0,14	100,00
Pacífico Occidental	190	9,33	37	5,21	19,47
Gran Bretaña	3	0,15	2	0,28	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	0,64	4	0,56	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	2.036	100,00	710	100,00	34,87

Tabla 2. Casos y muertes notificados a la OMS, y tasa de letalidad, por país y región. Datos al 28 de junio de 2017. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

³ 24/7 es un numerónimo o abreviatura que significa "24 horas al día, 7 días a la semana", refiriéndose a que el servicio debe estar disponible durante todo el tiempo sin interrupción.

⁴ HEPA (del inglés, *High Efficiency Particulate Air*) es un tipo de filtro de aire de alta eficiencia. Están compuestos por una malla de fibras dispuestas al azar. Las fibras típicamente están compuestas por fibra de vidrio y con diámetros entre 0,5 y 2,0 µm. Los factores más importantes a tener en cuenta en un filtro HEPA son el diámetro de las fibras, el espesor del filtro y la velocidad de las partículas. El espacio entre las fibras es mucho mayor de 0,3 µm, pero eso no significa que las partículas con un diámetro menor puedan pasar. A diferencia de los filtros de membrana, los filtros HEPA están preparados para retener contaminantes y partículas mucho más pequeñas.

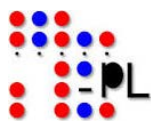
Los filtros HEPA evitan la propagación de bacterias y virus a través del aire y, por tanto, son muy importantes para prevenir infecciones. Los sistemas de filtrado HEPA con fines médicos suelen incorporar luz ultravioleta de alta energía para eliminar cualquier bacteria viva y virus atrapado por el filtro físico. Algunas de las unidades HEPA mejor valoradas tienen una eficiencia del 99,995%, lo que asegura un alto nivel de protección contra enfermedades que se transmiten por el aire.

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

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

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

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



Pakistán lanzará una nueva campaña de vacunación masiva contra la poliomielitis

4 de julio de 2017 – Fuente: Prensa Latina (Cuba)

Más de 10 millones de niños serán vacunados contra la poliomielitis como parte de una ofensiva que alista hoy el gobierno de Pakistán para erradicar esa enfermedad mediante el lanzamiento de campañas específicas en áreas vulnerables.

“Inmunizaremos a cuatro millones de niños menores de cinco años en la provincia de Sindh, 2,9 millones en Khyber Pakhtunkhwa, 1,3 millones en Balochistan, más de 800.000 en Punjab, 300.000 en las Áreas Tribales bajo Administración Federal y 600.000 en los territorios del norte”, explicó el secretario de Salud, Muhammad Ayub Sheikh, durante una reunión para analizar el tema.

El funcionario detalló que más de 75.000 personas trabajarán en la nueva campaña.

En octubre del pasado año la Iniciativa Mundial de Erradicación de la Poliomielitis reconoció los esfuerzos de las autoridades de Islamabad para erradicar esa enfermedad. Junto a Afganistán, Pakistán es uno de los países donde la poliomielitis es aún endémica.

La lucha contra ese mal se ve dificultada por el accionar de grupos armados en las zonas tribales limítrofes con Afganistán y las posturas conservadoras en muchas aéreas que rechazan la vacunación de los niños.

En enero un atacante suicida mató a 15 personas al explotar la bomba que llevada adosada a su cuerpo frente a un centro de vacunación contra la poliomielitis en la occidental ciudad de Quetta.



Sri Lanka sufre su peor brote de dengue con 225 muertos

4 de julio de 2017 – Fuente: The Associated Press

Sri Lanka sufre el peor brote de dengue de su historia, con 225 muertos por el virus y más de 76.000 infectados este año.

Alarmado por la magnitud de la crisis, el gobierno desplegó el martes 400 soldados y policías para retirar basura en descomposición, acumulaciones de agua estancada y otros posibles criaderos de mosquitos.

“El hecho de que la gente no haya despejado los charcos y montones de basura tras las intensas lluvias del monzón del mes pasado ha agravado el problema”, señaló el Dr. Ruwan Wijayamuni, responsable médico de Colombo.

“Es patético que no mantengan limpio su entorno. Algunos vecinos no permiten que los funcionarios revisen las casas y las limpien. Esto es del todo inaceptable”, dijo Wijayamuni.

El número de infecciones en todo el país ya ha aumentado 38% respecto del año pasado, cuando se diagnosticaron 55.150 casos de dengue y 97 personas murieron, según el Ministerio de Sanidad. El mayor número de casos se detecta en la región en torno a la capital, Colombo, aunque se han registrado infecciones en toda la nación insular tropical.

“Esta es sobre todo una enfermedad urbana”, dijo la Dra. Priscilla Samaraweera, de la Unidad Nacional de Erradicación del Dengue. El mes pasado, las intensas lluvias inundaron las ciudades, dejando charcos y basura mojada por la lluvia que ofrecen entornos ideales para que los mosquitos se apareen y se multipliquen.

Solo en Colombo, 25 equipos de soldados, policías e inspectores de sanidad iban puerta a puerta, recomendando a la gente que limpiara tuberías atascadas y macetas de exterior vacías que pudieran haberse llenado de agua.

Las autoridades también fumigaron espacios públicos.

“La cepa de este año es especialmente peligrosa”, indicó Samaraweera. No hay cura para ninguna de las cuatro cepas del virus, que causa fiebre alta, semanas de agotamiento y, en algunos casos, un agresivo sarpullido. Los pacientes con más riesgo de muerte son los ancianos, los niños o los que sufren otras complicaciones médicas.

Los hospitales del país estaban tan sobrecargados de pacientes de dengue que el ejército estaba construyendo dos alas temporales en el Hospital de la Base de Negombo, unos 38 kilómetros al norte de Colombo.

El presidente, Pallewatte Gamaralalage Maithripala Sirisena, instó al público a cooperar con las autoridades intentando combatir la enfermedad, indicando que podría afectar a las “vidas de todos los ciudadanos del país”.



La OMS pide acciones inmediatas para frenar los efectos en la salud del cambio climático

29 de junio de 2017 – Fuente: EFE

El cambio climático provoca daños severos a la salud, sobre todo en niños, ancianos y pobres, por lo que las acciones de prevención deben ser inmediatas, dijo el 29 de junio la representante de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en México, Gerry Eijkemans.

“No es posible hablar de salud cuando se tiene una población con hambre, no frenamos el cambio climático y no tenemos paz ni justicia”, señaló.

Durante un foro realizado en la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM)-Unidad Xochimilco, la especialista indicó que la mayoría de los impactos potenciales en el cuidado humano serán adversos.

De acuerdo con estimaciones de la OMS, el cambio climático causará anualmente 250.000 muertes adicionales entre 2030 y 2050: 38.000 por exposiciones de personas ancianas al calor, 48.000 por diarrea, 60.000 por malaria y 95.000 por desnutrición infantil.

Esto derivado de fenómenos como inundaciones, tormentas, incendios, olas de calor, contaminación de aire y la estacionalidad de males infecciosos que cambiarán en frecuencia o severidad.

Según Eijkemans, una de las principales afectaciones sería en el suministro de agua dulce, “pues disminuiría la disponibilidad del líquido para beber y lavar, el saneamiento y tratamiento de aguas residuales”, lo que incrementaría el riesgo de propagación de enfermedades infecciosas.

En ese sentido, las muertes anuales prevenibles relacionadas con el agua son de 1,4 millones por diarrea y de 860.000 por desnutrición.

También la producción de alimentos puede verse disminuida en las regiones vulnerables, a través de plagas y padecimientos de plantas o animales. Esto podría conducir a hambre y desnutrición, lo que afectaría la salud a largo plazo, en especial la de los niños.

Asimismo, el cambio climático “altera la distribución de importantes especies de mosquitos”, lo que incrementa la propagación de enfermedades como malaria, dengue, fiebre chikungunya y fiebre zika en zonas que carecen de una sólida infraestructura de salud pública.

Según cifras de la OMS, los desastres naturales entre 1900 y 2012 se incrementaron por causas climatológicas, meteorológicas, hidrológicas, geofísicas y biológicas, pero su crecimiento ha sido exponencial en los últimos 30 años.

De acuerdo con Eijkemans, el reto ahora será centrarse en las políticas públicas y la educación de la sociedad en cuestiones de salud, a través del fortalecimiento de las capacidades en salud ambiental, educación para la sanidad y la promoción de hábitos sanos.

“Habrá que asegurar la participación activa en todos los niveles de gobierno, además de promover la sensibilización sobre los riesgos sanitarios y certificar una mejor colaboración entre servicios climáticos y de salud”, explicó.



El hambre en el mundo aumenta de nuevo

3 de julio de 2017 – Fuente: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación

La cifra de personas que padecen hambre en el mundo ha aumentado desde 2015, revirtiendo los progresos alcanzados durante años, advirtió el 3 de julio José Graziano da Silva, Director General de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), en la apertura de la Conferencia bienal de la organización.

Graziano da Silva subrayó que casi 60% de las personas que padecen hambre en el mundo viven en países afectados por conflictos y por el cambio climático.

Hoy en día, la FAO clasifica a 19 países en situación de crisis prolongada, que a menudo también sufren eventos meteorológicos extremos, como sequías e inundaciones.

La FAO advirtió de un alto riesgo de hambruna en el noreste de Nigeria, Somalia, Sudán del Sur y Yemen, con 20 millones de personas gravemente afectadas.

Los medios de subsistencia de estas personas –en su mayoría población rural– han sido interrumpidos y “muchos de ellos no han encontrado otra opción que aumentar las estadísticas de migración de socorro”, según el responsable de la FAO.

“Es fundamental contar con un sólido compromiso político para erradicar el hambre, pero no es suficiente”, dijo, señalando que “solo se vencerá el hambre si los países traducen sus promesas en acción, especialmente a nivel nacional y local”.

“La paz es, por supuesto, la clave para poner fin a estas crisis, pero no podemos esperar a la paz para actuar”, añadió, recordando que la FAO, el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y el Fondo Internacional para el Desarrollo Agrícola (FIDA) trabajan duro para ayudar a las personas vulnerables. “Es sumamente importante asegurar que es-

tas personas tengan las condiciones para seguir produciendo sus propios alimentos. Las personas rurales vulnerables, especialmente los jóvenes y las mujeres, no pueden dejarse atrás”.

El Director General intervino hoy ante la Conferencia de la FAO (del 3 al 8 de julio), el máximo órgano de gobierno de la organización, que examina y vota el Programa de Trabajo y Presupuesto y discute las áreas prioritarias relacionadas con la alimentación y la agricultura. A la reunión asisten cerca de 1.100 participantes, entre ellos un Jefe de Estado, un Primer Ministro, 82 ministros y numerosos representantes de organizaciones internacionales, el sector privado y la sociedad civil.

Entre las principales prioridades de la FAO para los próximos dos años figuran la promoción de la agricultura sostenible, la mitigación y la adaptación al cambio climático, la reducción de la pobreza, abordar la escasez de agua, la migración y el apoyo a los medios de vida rurales afectados por los conflictos, así como la labor en curso sobre nutrición, pesca, silvicultura y resistencia antimicrobiana.

Amplio apoyo y necesidad de acción

La perspectiva de la peor crisis alimentaria desde la Segunda Guerra Mundial –que afecta al noreste de Nigeria, Somalia, Sudán del Sur y Yemen– significa que “no debemos resignarnos, sino más bien hacer esfuerzos renovados y extraordinarios”, señaló el Primer Ministro italiano, Paolo Gentiloni Silveri, al describir el objetivo del Hambre Cero de la Organización de Naciones Unidas (ONU) como una forma de lograr la paz, la justicia y la igualdad y preservar el planeta para el futuro.

Gentiloni apeló a toda Europa para que comparta el esfuerzo italiano para gestionar las llegadas a gran escala de migrantes a su país, para ser “fiel a su propia historia, principios y civilización”. “Pero los esfuerzos de desarrollo deben ir más allá de responder a las emergencias”, dijo.

“No podemos salvar a la gente poniéndola en campamentos”, insistió Graziano da Silva, asegurando que “para salvar vidas, tenemos que salvaguardar sus medios de subsistencia”.

El Papa Francisco I expresó por su parte su firme apoyo a la agenda de la FAO, enfatizando la necesidad de solidaridad y reconocimiento de los derechos humanos. “Somos conscientes de que la intención de garantizar a todos su pan cotidiano no es suficiente, es imperativo que reconozcamos que todas las personas tienen derecho a la alimentación”, dijo el Pontífice en declaraciones leídas por el cardenal Pietro Parolin, Secretario de Estado del Vaticano.

El Santo Padre anunció que visitará personalmente la FAO con motivo del Día Mundial de la Alimentación, el próximo 17 de octubre.

Achim Steiner, que encabeza el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) durante un decenio hasta 2016, y es actualmente Administrador del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), ofreció la Disertación en memoria de Frank Lidgett McDougall en honor del economista australiano, gran defensor de la creación de la FAO.

La agricultura puede representar sólo 4% del producto interno bruto mundial, pero su papel real es mucho mayor y abarca “historias extraordinarias” sobre la gente, la tierra y sus culturas, dijo Steiner en una conferencia centrada en el futuro de la economía agrícola tras el Acuerdo de París sobre el cambio climático. La escasa atención política y presupuestaria a un sector afectado actualmente por altos niveles de desperdicios y la erosión de los recursos naturales, refleja una “estrategia de alto riesgo”, advirtió el responsable del PNUD.

THE LANCET **Epidemiología actual de la sífilis**

15 de abril de 2017 – Fuente: *The Lancet*

La sífilis es una infección bacteriana crónica causada por *Treponema pallidum*, subespecie *pallidum*. La enfermedad ha sido reconocida por los médicos y el público en general por cientos de años. Durante el mismo período, la enfermedad ha sido muy estigmatizada, lo que ha obstaculizado las estrategias de intervención como el cribado.

En los países de ingresos bajos y medios, la sífilis es un problema relativamente común, siendo una fuente de morbilidad, incluidos los resultados adversos del embarazo y la aceleración de la transmisión del VIH. Por el contrario, en Europa Occidental y las Américas, las tasas de la enfermedad tienden a fluctuar periódicamente, desafiando tanto a los clínicos como a los sanitaristas durante y después de la aplicación de las medidas de control, solo para reaparecer después de un período de menor incidencia de la enfermedad. La incidencia de sífilis ha vuelto a aumentar en Europa Occidental y las Américas, y ahora se desarrolla desproporcionadamente entre los hombres que practican sexo con hombres (HSH).

Las manifestaciones clínicas, el poder de transmisión a otros y el tratamiento recomendado varían en función de la historia natural de la infección: Aunque es fácilmente reconocible por su nombre, tanto por los clínicos como por el público en general, a veces los esfuerzos para controlarla se han visto obstaculizados por la poca familiaridad con sus manifestaciones clínicas, el diagnóstico y el manejo.

Epidemiología

Se producen más de 5 millones de casos nuevos de sífilis en todo el mundo, y la mayoría de las infecciones ocurren en los países de ingresos bajos y medios, donde la infección es endémica y las infecciones congénitas no son infrecuentes.

Los programas de cribado de la Organización Mundial de la Salud (OMS) han reducido los índices de sífilis materna e infantil en más de un tercio, mientras que la sífilis congénita ha sido eliminada en al menos una nación, Cuba.

Por el contrario, en los países de ingresos más elevados, la infección es común y ocurre desproporcionadamente en personas de sectores marginales de la sociedad, como los que viven en la pobreza, con un acceso deficiente a la atención de la salud, o las minorías raciales, étnicas y sexuales.

En los países de altos ingresos, la sífilis se transmite principalmente dentro de estrechas redes sexuales y sociales, una característica que permite observar que aunque la enfermedad es relativamente poco frecuente, más de 15-20% de los casos de sífilis diagnosticados anualmente en Estados Unidos fueron diagnosticados antes.

En contraste con la epidemia observada en Estados Unidos durante la década de 1990, que en gran medida afectó a personas heterosexuales, en asociación con una epidemia concomitante del consumo de *crack*, el resurgimiento actual en Europa Occidental y las Américas ha afectado en forma desproporcionada a los HSH, y ha estado estrechamente vinculada a la infección por el VIH.

Este perfil de resurgimiento periódico de la sífilis ocurre en periodos de 10 a 15 años y ha sido atribuido a la falta de continuidad de las medidas de control, al cambio en las conductas de riesgo (como el consumo de *crack*) y, a nivel de la población, al crecimiento y disminución de la inmunidad parcial a la infección del huésped.

Poco después del reconocimiento de la epidemia del VIH, epidemiológicamente, la sífilis ha estado estrechamente asociada a la infección por el VIH. Las úlceras genitales sifilíticas están densamente infiltradas con linfocitos (las principales células objetivo de la infección por el VIH) y así proporcionan una puerta de entrada para la adquisición del VIH y un foco para su transmisión (y la de la sífilis) a otros.

En Estados Unidos, en 2014, casi 40% de las personas diagnosticadas con sífilis temprana estaban infectadas con el VIH en el momento del diagnóstico de sífilis y, en algunos lugares, 3,5-4% de los que eran VIH negativos en el momento de la infección se infectaron con VIH en el año posterior al diagnóstico. La incidencia del VIH en la década posterior al diagnóstico de sífilis fue de 20%.

Por otra parte, los investigadores han sugerido que en las personas con VIH, las manifestaciones de sífilis o la respuesta a la terapia recomendada podrían ser diferentes como resultado del efecto del VIH en la inmunidad del huésped. Sin embargo, analizadas más cuidadosamente, las diferencias no suelen ser estadísticamente significativas, reafirmando la variabilidad sustancial de las manifestaciones sifilíticas.

Por otra parte, después del diagnóstico de sífilis, los pacientes que reciben tratamiento para el VIH podrían ser más profundamente estudiados y seguidos con más regularidad, lo que podría introducir un sesgo que favorecería la variabilidad de la presentación de la sífilis y la respuesta a la terapia entre personas coinfectadas con el VIH.

Aunque la sífilis es una enfermedad infecciosa crónica que puede causar morbilidad a lo largo de su historia natural, la infección es transmisible a otros (con excepción de la infección congénita), solo durante los primeros años de la infección, lo que ha llevado a que las medidas de control se centren en las etapas primaria, secundaria y latente temprana, algunas veces llamada sífilis infecciosa. Después de 2-3 años de infección no tratada, la transmisión es rara y la atención principal se enfoca en la morbilidad individual, incluida la neurosífilis tardía, la sífilis cardiovascular y las infecciones gomatosas.

Estrategias de control

Más allá de la prevención primaria mediante estrategias de evitación y el uso de preservativos, los enfoques para el control de la sífilis se basan en la adaptación de las recomendaciones de las autoridades de Salud Pública de Estados Unidos: cribado, educación y compromiso profesional y público, tratamiento oportuno y continuidad de la investigación para mejorar estas medidas.

En los países de recursos bajos y medios, el manejo de la sífilis se inicia con más frecuencia después de la presentación, para evaluar la ulceración genital o como resultado de las pruebas en la atención prenatal. En América del Norte y Europa Occidental, además de las infecciones detectadas como parte de la evaluación del síndrome o de la atención prenatal, las infecciones comúnmente se detectan a través del cribado, especialmente en las poblaciones en riesgo o donantes de sangre.

Notificación y manejo de las estrategias para las parejas sexuales

Con excepción de la sífilis congénita, se cree que la sífilis se transmite casi por completo en los individuos con una infección en su etapa temprana. En relación a estos pacientes, se recomienda la administración de terapia preventiva (2,4 millones de U de bencilpenicilina benzatina por vía parenteral) para todas las parejas sexuales recientes (30-90 días).

Debido a que en los individuos con sífilis latente tardía las lesiones no han estado presentes durante algún tiempo (es decir, sífilis latente de más de 1-2 años de duración), no se recomienda el tratamiento preventivo para las parejas sexuales, aunque se recomienda hacer las pruebas serológicas para detectar la sífilis no aparente.

Investigaciones futuras

La investigación continúa a nivel de la biología de *T. pallidum* y la respuesta de la infección, como parte de los esfuerzos para desarrollar vacunas preventivas. En la actualidad, los principios utilizados para guiar el manejo de la sífilis se basan en los datos recogidos en la era prepenicilina, cuando la enfermedad era mucho más común de lo que es hoy.

La sífilis sigue siendo un importante problema de salud pública con el que regularmente se encuentran los médicos que trabajan en diferentes contextos asistenciales. Sigue siendo común en los países de ingresos bajos y medios mientras que en los países de altos ingresos las tasas van en aumento, particularmente entre los HSH. Sin un alto

índice de sospecha y familiaridad con las manifestaciones proteiformes de la infección, el diagnóstico de sífilis a veces no se hace.⁵

Publicidad relacionada con la salud



1930. Hempstead, New York, 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.

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