



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente

www.reporteepidemiologicocordoba.com

Distinguido por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

1.968

22 de septiembre de 2017

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.)

Susana Lloveras (Arg.)

Gustavo Lopardo (Arg.)

Eduardo López (Arg.)

Tomás Orduna (Arg.)

Dominique Peyramond (Fra.)

Daniel Pryluka (Arg.)

Fernando Riera (Arg.)

Charlotte Russ (Arg.)

Horacio Salomón (Arg.)

Eduardo Savio (Uru.)

Daniel Stecher (Arg.)

Carla Vizzotti (Arg.)

Publicación de:
Servicio de Infectología
Hospital Misericordia
Ciudad de Córdoba
República Argentina

Noticias

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

Argentina

- Vigilancia de fiebre zika
- Se diagnostican dos cánceres de mama por hora

América

- El parásito *Leishmania braziliensis* puede sobrevivir en estado latente hasta siete días y más
- Bolivia mejora la atención integral de la enfermedad de Chagas
- Brasil: Los problemas oculares son comunes en los bebés infectados con el virus Zika
- Estados Unidos: Las sobredosis de opiáceos han reducido la esperanza de vida
- Estados Unidos: Recomiendan administrar la vacuna contra la hepatitis B en las primeras 24 horas tras el parto

- Venezuela, Bolívar: Confirman 38 casos de sarampión

El mundo

- África: La basura tecnológica del primer mundo contamina la sangre de los africanos
- España, Cantabria: Un muerto y 13 afectados por un brote de legionelosis en Liérganes
- Italia, Lazio: Roma implementa un plan extraordinario de desinsectación tras detectarse casos de fiebre chikungunya
- Nepal, Gandaki: Brote de hepatitis A en Besisahar
- Uganda: Determinadas bacterias en el pene podrían ser un factor de riesgo de VIH en hombres heterosexuales no circuncidados
- El mundo se está quedando sin antibióticos

Adhieren:

SLAMVI

Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/

CIRCULO MÉDICO DE CÓRDOBA

www.circulomedicocba.org/

Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba

www.consejomedico.org.ar/



Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas

Universidad Nacional de Córdoba

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



S.A.D.I.

www.said.org.ar/

Comité Nacional de Infectología

Sociedad Argentina de Pediatría

www.sap.org.ar/



www.apinfectologia.org/

Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica

www.sadip.net/

Asociación Parasitológica Argentina

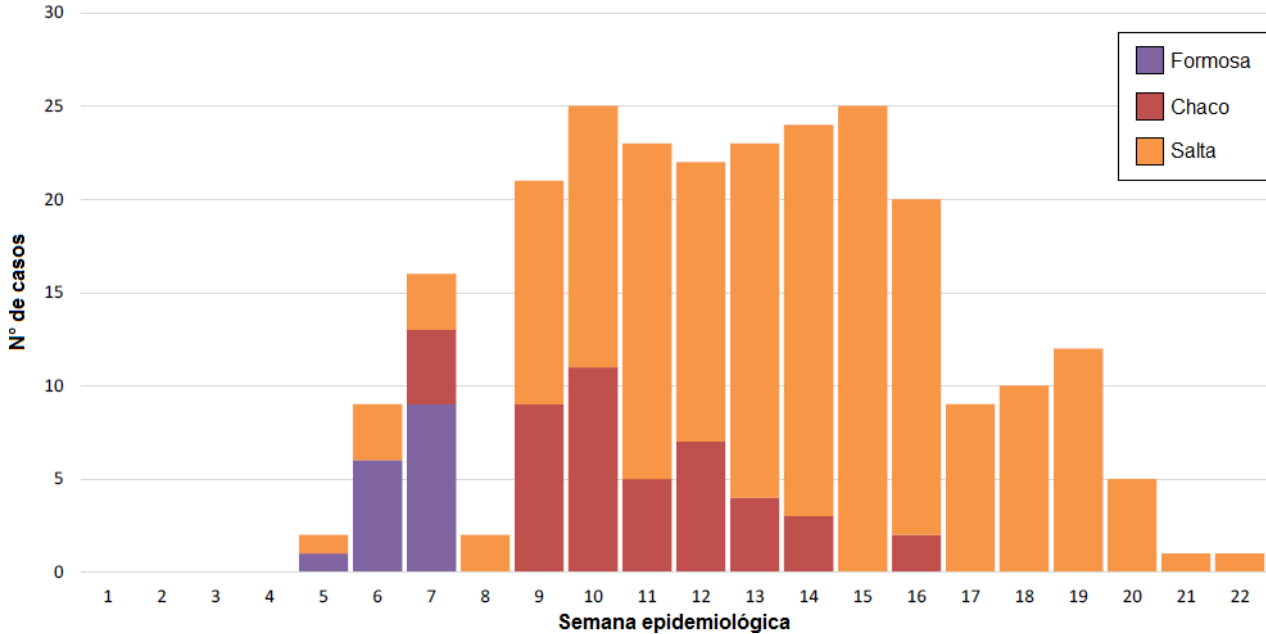
www.apargentina.org.ar/


Vigilancia de fiebre zika

Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación
18 de septiembre de 2017 – Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

En el año 2017 se registraron brotes de fiebre zika en Ingeniero Juárez (Formosa), Embarcación, Tartagal y General Mosconi (Salta) y El Sauzalito (Chaco). Los últimos casos positivos se registraron el 4 de mayo (semana epidemiológica 18) en Chaco y el 1 de junio (semana epidemiológica 22) en Salta.

Gráfico 1. Casos confirmados y probables en contexto de brote, según semana epidemiológica de inicio de síntomas y provincia de residencia. Argentina. Año 2017, hasta semana epidemiológica 22 (N=250). Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.



En el año 2016 se registró circulación del virus Zika por primera vez en Argentina, un caso de transmisión sexual en Córdoba y 26 casos de transmisión vectorial en San Miguel de Tucumán. Además, en relación a estos brotes se identificaron dos casos de síndrome congénito asociado al virus en Tucumán (1) y Santa Fe (1).

Provincias con brotes y casos autóctonos relacionados

Chaco: En la semana epidemiológica (SE) 12 se confirmó la circulación del virus Zika en la localidad de El Sauzalito, con 44 casos positivos entre confirmados y probables. El primero de ellos tuvo antecedentes de viaje a Ingeniero Juárez (Formosa) y los restantes se hallaron como producto de la investigación epidemiológica de la provincia. El último caso confirmado registrado inició los síntomas el 22 de abril (SE 16). Se registró un caso confirmado aislado en Juan José Castelli.

Salta: Se confirmó la circulación del virus en tres localidades del departamento General San Martín: Embarcación (80 casos), General Mosconi (22) y Tartagal (50). Además, otros 37 casos relacionados en otras localidades de los departamentos General San Martín, Orán y Rivadavia. Los últimos casos confirmados se registraron en Tartagal, con fecha de inicio de síntomas el 20 de mayo (SE 20).

Formosa: En la SE 8 se informó al Ministerio de Salud de Argentina sobre la identificación de seis casos positivos ocurridos entre las SE 5 y 7 en Ingeniero Juárez. Hasta el momento se han identificado 16 casos positivos, el último de los cuales comenzó con síntomas en la SE 7.

Se identificaron casos relacionados con este brote en Chaco y Salta con fecha de inicio de síntomas entre el 13 de febrero (SE 7) y el 11 de abril (SE 15).

En ninguna otra provincia se confirmó la circulación activa del virus Zika.

Síndrome congénito asociado al virus Zika

Se notificaron en Argentina, hasta la fecha, cinco casos de síndrome congénito con resultados positivos para virus Zika. Dos de ellos fueron clasificados como casos autóctonos y tres importados. Los casos autóctonos corresponden a nacimientos producidos en 2016: uno en la provincia de Tucumán y el otro en la provincia de Santa Fe. Los casos importados se detectaron en las provincias de Santa Fe y Buenos Aires, y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Todos los casos han sido estudiados por las jurisdicciones y el laboratorio nacional de referencia del Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas (INEVH) 'Dr. Julio Isidro Maiztegui'.

En la SE 22 se registró en la provincia de Chaco un caso sospechoso de síndrome congénito asociado a la infección por virus Zika, cuya madre presenta una primera prueba positiva para el virus y cuenta con el antecedente de viaje a Paraguay en el transcurso del embarazo. Se aguardan más datos de la investigación para definir su clasificación.

Tabla 1. Casos confirmados y probables, según clasificación y provincia y región de residencia. Argentina. Año 2017, hasta semana epidemiológica 36. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.

Provincia/Región	Sin registro de viaje		Importados	
	Confirmados	Probables	Confirmados	Probables
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	—	—	2	—
Buenos Aires	—	—	2	1
Córdoba	—	—	—	—
Entre Ríos	—	—	—	—
Santa Fe	—	—	—	—
Centro	—	—	4	1
Mendoza	—	—	—	—
San Juan	—	—	—	—
San Luis	—	—	—	—
Cuyo	—	—	—	—
Corrientes	—	—	—	—
Chaco	45	—	5	1
Formosa	16	—	1	—
Misiones	—	—	—	—
NEA	61	—	6	1
Catamarca	—	—	—	—
Jujuy	—	—	—	—
La Rioja	—	—	—	—
Salta	189	—	1	2
Santiago del Estero	—	—	—	—
Tucumán	—	1	—	—
NOA	189	1	1	2
Chubut	—	—	—	—
La Pampa	—	—	—	—
Neuquén	—	—	—	—
Río Negro	—	—	—	—
Santa Cruz	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—
Sur	—	—	—	—
Total Argentina	250	1	11	4



Se diagnostican dos cánceres de mama por hora

19 de septiembre de 2017 – Fuente: Docsalud (Argentina)

Según las últimas cifras disponibles del año 2015 del Ministerio de Salud de Argentina, cada hora se diagnostican en el país en promedio dos nuevos casos de cáncer de mama, el más frecuente de los tumores femeninos.

Éste es un cáncer que afecta principalmente a mujeres de entre 45 y 70 años y detectado a tiempo presenta un elevado nivel de curación, por lo que los especialistas ponen énfasis en la importancia de los controles periódicos mediante la visita al médico, la realización de mamografías y ecografías.

En pleno marco del Mes de Sensibilización del Cáncer de Mama, que se conmemora en octubre, la Dra. Victoria Costanzo, médica especialista en Oncología Clínica y subjefa de la Unidad de Cáncer de Mama del Instituto 'Alexander Fleming', destacó que "entre los factores de riesgo para padecer un cáncer de mama, el principal es 'ser mujer', ya que es un tipo de tumor que en 99% de los casos se presenta en féminas".

Costanzo atribuyó la presencia del factor hereditario en solo entre 5 y 10% de las pacientes y reconoció otros elementos predisponentes como la obesidad, el sedentarismo, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol y la exposición a tratamientos de radioterapia dirigida a la mama o a la administración de hormonas como estrógenos o progesterona.

A pesar de la importancia del diagnóstico temprano, se estima que aun en aquellos casos detectados precozmente, cerca de 1 de cada 3 progresará a estadios avanzados, que son aquellos en los que el tumor migra de la mama y se expande a otros tejidos u órganos del cuerpo.

Tanto recibir el diagnóstico, como luego someterse al tratamiento del cáncer de mama avanzado, lleva implícito un impacto psicológico y en la calidad de vida muchas veces difíciles de dimensionar para quienes no atraviesan por esa situación.

El relevamiento denominado *Make your dialogue count* llevado a cabo en 2014 sobre 359 pacientes con cáncer de mama avanzado, 252 oncólogos y 234 cuidadores, todos ellos de Estados Unidos, mostró el elevado grado de afectación tanto del diagnóstico como del tratamiento del cáncer de mama avanzado.



En efecto, entre los resultados del sondeo, llevado a cabo por la encuestadora Harris Poll y esponsorado por el laboratorio Novartis, muestran que mientras que 4 de cada 10 oncólogos (42%) reconocieron el impacto emocional negativo que tiene el tratamiento sobre sus pacientes, 3 de cada 4 cuidadores destacaron que gran parte de su rol estaba focalizado en una contención anímica y de acompañamiento, y entre las pacientes, el 44% reconoció sentirse inferiores como mujeres y 44% afirmó que su tratamiento afectó significativamente su dignidad como personas.

Dependiendo de la expresión genómica del tumor, los cánceres de mama se dividen fundamentalmente en hormono independientes –RH negativo– (que incluye el llamado ‘triple negativo’ y los que presentan receptores tipo 2 del factor de crecimiento epidérmico humano –HER 2 positivo–) y los hormono dependientes, entre los cuales el más frecuente es el RH+/HER2 negativo. “Particularmente este último representa más de 70% de los tumores mamaros”, refirió Costanzo, quien también es docente de la Residencia de Oncología del Hospital Escuela de Agudos ‘Dr. Ramón Madariaga’ de Posadas, Misiones.

Entre las diversas alternativas para el tratamiento del cáncer de mama avanzado, hoy se dispone de opciones terapéuticas de blanco específico, lo que se conoce como ‘terapias dirigidas’, para indicar en reemplazo de la quimioterapia. “Sin embargo, a pesar de las evidencias científicas, todavía un grupo importante de profesionales sigue indicando quimioterapia como primera opción, en algunos casos producto de prácticas arraigadas y en otros también por trabas que se interponen en el sistema de salud”, insistió.

“En la terapia hormonal, por ejemplo, se actúa con medicaciones que trabajan en forma específica sobre las células malignas, mientras que la quimioterapia afecta tanto a las cancerígenas como a las normales y genera alta toxicidad. Por este motivo, en ciertos subtipos de cáncer de mama, como en el hormono dependiente RH+/Her 2- en estadio avanzado, se busca iniciar el tratamiento con terapia hormonal, ya sea sola o asociada a un ‘inhibidor de la quinasa asociada a ciclinas’, lo cual permite reemplazar o al menos demorar la indicación de quimioterapia”, subrayó Costanzo.

El objetivo del tratamiento en los casos de cáncer de mama avanzado es el de lograr que la paciente viva con la mejor calidad de vida durante el mayor tiempo posible. En este sentido, esta combinación de terapia hormonal con un inhibidor de la quinasa asociadas a ciclinas demostró una sobrevida libre de progresión de hasta 25 meses, la más alta hasta el momento comparada con los tratamientos disponibles y sin generar efectos que comprometan de manera significativa la calidad de vida de las pacientes.

“Con estos adelantos, las pacientes pueden vivir más tiempo sin que su enfermedad progrese y sin recurrir a la quimioterapia, aumentando las chances de poder beneficiarse con algún otro desarrollo que se presente durante ese período”, concluyó Costanzo.

América



El parásito *Leishmania braziliensis* puede sobrevivir en estado latente hasta siete días y más

25 de julio de 2017 – Fuente: *Public Library of Science One*

Los parásitos que causan leishmaniosis –una enfermedad tropical desatendida transmitida por la picadura de flebótomos– podrían adoptar una fase latente que los haría invisibles ante medicamentos y el sistema inmune del huésped.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca de 50.000 a 90.000 nuevos casos de la forma más seria de la enfermedad, la leishmaniosis visceral, ocurren anualmente en todo el mundo. De los nuevos casos de leishmaniosis visceral que la OMS recibió en 2015, el 90% provino de siete países: Brasil, Etiopía, India, Kenya, Somalia, Sudán y Sudán del Sur.

Los parásitos que causan la leishmaniosis son capaces de sobrevivir en un estado latente hasta siete días e incluso más. El estudio comparó el parásito *Leishmania braziliensis* en una forma proliferativa llamada amastigote hallada en el flebótomo, y en la forma encontrada en un mamífero huésped, los ratones.

Se caracterizaron algunos procesos biológicos clave y se descubrió que toda la maquinaria de síntesis de proteínas estaba apagada, mientras el parásito vivía en un estado de ahorro de energía.

Pocos medicamentos están disponibles para tratar esta enfermedad mortal y mutiladora, y muchos de ellos han perdido o están perdiendo su eficacia, con el agravante de que las personas afectadas suelen ser pobres. Esto hace que el desarrollo de nuevos medicamentos no sea una actividad rentable para las compañías farmacéuticas.

El parásito permanece latente para asegurar su supervivencia en períodos largos. Puede ser debido a la resistencia a los medicamentos, lo que significa que el parásito ha adquirido una mutación que le permite, por ejemplo, reducir el medicamento, pero en muchos casos se observó que el tratamiento no funciona en ausencia de la resistencia al medicamento. Las condiciones ambientales y el mecanismo molecular que dispara este proceso no se han terminado de comprender por completo aún.

El parásito que permanece latente amenaza su gestión. Incluso áreas originalmente declaradas libres de leishmaniosis posiblemente no lo estén, por lo cual la transmisión continua es posible.



Es urgente enfatizar en los métodos preventivos, incluyendo la educación masiva, la necesidad de tamizar para leishmaniosis la sangre usada en transfusiones y aumentar los fondos para la investigación, especialmente en los exámenes de susceptibilidad a medicamentos, para establecer si la resistencia a las medicinas es o no la responsable en aquellos que tienen la enfermedad. También está la necesidad de desarrollar medicinas dirigidas a las especies en hibernación.

Los hallazgos del estudio podrían beneficiar áreas de mayor riesgo, especialmente en el Este africano, América Central y Suramérica. Hay una necesidad de reconocer la existencia de la enfermedad y de incorporarla en los planes estratégicos de los ministerios de salud.¹

Bolivia mejora la atención integral de la enfermedad de Chagas

18 de agosto de 2017 – Fuente: *Public Library of Science – Neglected Tropical Diseases*

En cinco años, la Plataforma Boliviana de Chagas (2010-2015) aumentó el diagnóstico y tratamiento de pacientes con enfermedad de Chagas, creando una red de atención sanitaria gratuita en diferentes regiones de Bolivia, el país latinoamericano con la mayor prevalencia de la enfermedad (6,1%), la que es endémica en 60% de su territorio.

Según un estudio comparativo (2009 y 2010-2015), en 2009 Bolivia carecía de protocolos o directivas para el diagnóstico y tratamiento de adultos con la enfermedad de Chagas.

Por eso, el Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal), la Fundación Ciencia y Estudios Aplicados para el Desarrollo en Salud y Medio Ambiente (CEADES) de Bolivia y el Programa Nacional de Chagas crearon la Plataforma de Atención integral de pacientes adultos con la enfermedad de Chagas, que se enfocó en los departamentos de Cochabamba, Tarija y Chuquisaca.

La nueva plataforma creó seis centros especializados que atendieron, diagnosticaron y trataron gratuitamente a miles de personas. Por ejemplo, en Cochabamba, en 2009, fueron diagnosticadas 4.275 personas y 1.404 fueron tratadas, y en 2015 se hicieron 20.985 diagnósticos y 2.324 tratamientos.

En esos centros también se capacitó a más de 1.600 profesionales de la salud, se desarrollaron más de diez proyectos de investigación, se impulsaron actividades de educación y se crearon guías clínicas basadas en la evidencia, según las necesidades locales, para generar cambios en las políticas de salud.

Decenas de miles de personas fueron diagnosticadas y siguen tratamiento con muy buena adherencia, lo cual mejora su estado de salud. Pero el aumento de las personas atendidas debe controlarse para que el sistema de salud se adapte gradualmente. El escaso personal y la alta rotación de profesionales altamente capacitados son limitantes del modelo.

La experiencia de las plataformas es importante porque maneja la integralidad del paciente chagásico, permite identificar a las mujeres seropositivas en edad fértil para hacer el tratamiento y calificar a los profesionales.

Esta experiencia podría ser replicada en países endémicos como Colombia y México, que ya fueron capacitados en Bolivia.

Además del vínculo entre España y Bolivia en esta plataforma, ambos países comparten una alta migración de personas, sobre todo desde el país latinoamericano hacia el europeo. Por eso, trabajan para intercambiar experiencias y hacer un mejor seguimiento de pacientes, sobre todo bolivianos. El tema migratorio juega un papel importante para la globalización de la enfermedad.²



Brasil: Los problemas oculares son comunes en los bebés infectados con el virus Zika

15 de septiembre de 2017 – Fuente: *Journal of the American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus*

Cuando las infecciones por el virus Zika se presentan en el útero, los ojos de los bebés probablemente queden afectados.

Dos estudios con bebés brasileños con una infección con el Zika confirmada o sospechada en el útero encontraron que todos presentaban problemas oculares. Estos problemas incluían cicatrices, un mal alineamiento de los ojos, un movimiento repetitivo de los ojos y una mala visión.

De los 102 bebés estudiados, aproximadamente 40% presentaban anomalías en los ojos y todos tenían alteraciones visuales.

Dado que todos los bebés presentaban alteraciones visuales, estos hallazgos sugieren que es más probable que la alteración visual esté relacionada con el daño extensivo en el sistema nervioso central.

Estos hallazgos refuerzan la suposición de que el daño cerebral es la etiología principal de la alteración visual en los bebés infectados con el virus Zika.

¹ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

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

El virus, transmitido por mosquitos, puede provocar defectos congénitos graves en el cerebro y en el sistema nervioso, como la microcefalia.

Se necesita más investigación para saber más sobre cómo la infección por el virus Zika en el útero afecta a los ojos de los bebés.³

El aumento de las tasas de mortalidad por el abuso de opiáceos está reduciendo la esperanza de vida de los estadounidenses.

Entre 2000 y 2015, la esperanza de vida en Estados Unidos aumentó en general, de casi 77 años a 79 años.

Pero en ese patrón amplio había ocultas algunas tendencias ominosas. La tasa de mortalidad por sobredosis de drogas y medicamentos aumentó en más del doble, mientras que la de los opiáceos, específicamente, aumentó en más del triple.

En 2015, las muertes relacionadas con las drogas y medicamentos habían reducido en 3,5 meses la esperanza de vida de los estadounidenses. Y los blancos fueron los más afectados.

La mayor parte de esa pérdida de esperanza de vida se debió a los opiáceos, incluyendo la heroína y los analgésicos recetados como OxyContin® (oxicodona), Vicodin® (hidrocodona) y la codeína.

A principios de este mes, un estudio gubernamental enfatizó el precio que la heroína se había cobrado por sí sola. Entre 2002 y 2016, las muertes por esta droga aumentaron 533% en todo el país, de poco más de 2.100 muertes a más de 13.200.

Así que el hecho de que los opiáceos estén bajando ahora la esperanza de vida no es una sorpresa. Estos hallazgos ponen lo que ya se conocía bajo una perspectiva distinta.

Este problema requiere de una solución urgente. Es trágico contar con la medicación para tratar la adicción a los opiáceos. Pero las tasas de mortalidad siguen aumentando.

Pueden usarse varios medicamentos (metadona, buprenorfina o naltrexona) para tratar la adicción a los opiáceos. Actúan sobre los mismos lugares del cerebro que los opiáceos, y ayudan a suprimir los síntomas de abstinencia y las ansias. Los medicamentos son efectivos, pero solo una pequeña porción de los médicos estadounidenses los recetan.

Probablemente la falta de capacitación sea un gran factor. Muchos médicos de atención primaria podrían sentir que carecen de experiencia para tratar la adicción a los opiáceos, o estar preocupados por la seguridad de los medicamentos que se usan para tratarla.

A algunos pacientes les va mejor si reciben una consejería conductual junto con la medicación. Pero la consejería no es imprescindible. Así que los médicos no deberían dejar de recetar la medicación porque no pueden ofrecer una terapia conductual.

Los proveedores de atención primaria tienen que implicarse en el tratamiento de la adicción a los opiáceos. Hay solo unos 5.000 especialistas en adicciones en Estados Unidos.

En contraste con eso, más de 2 millones de estadounidenses abusaron de los opiáceos recetados o de la heroína en 2015, según el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) de Estados Unidos.

Los hallazgos actuales se basan en las estadísticas vitales del gobierno para el periodo comprendido entre 2000 y 2015. En la mayor parte de ese periodo, la esperanza de vida promedio de los estadounidenses aumentó, mientras que la cantidad de muertes por las causas principales, como la enfermedad cardíaca y el cáncer, se redujo.

Por otra parte, las muertes por enfermedad de Alzheimer, accidentes, suicidios y la enfermedad hepática crónica aumentaron. Y el año final del estudio, el promedio de la esperanza de vida de los estadounidenses empezó a caer de nuevo, el primer descenso desde 1993, el punto álgido de la epidemia de sida.

La esperanza de vida en Estados Unidos es ahora más baja que en la mayoría de los países de ingresos altos.

Los opiáceos no son la única razón. Pero está claro que la prevención de esas muertes por sobredosis será una parte importante a la hora de revertir esa tendencia en la esperanza de vida.

En primer lugar, se debe prevenir que haya más personas que se vuelvan adictas a los opiáceos. Unas prácticas más inteligentes de emisión de recetas son un aspecto crítico de eso.

Dichos cambios ya han empezado. Varias organizaciones médicas han publicado nuevas directrices sobre las recetas de analgésicos opiáceos, con la intención de limitar el uso inadecuado de los mismos.



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

Si bien las cifras de la infección por el virus Zika han disminuido notablemente, ello no es óbice para que se siga progresando en su conocimiento. El daño en el sistema nervioso de los neonatos infectados muestra matices muy variados; y de allí la importancia de la vigilancia y prevención de la infección, habida cuenta de la ausencia de vacuna y tratamiento antiviral efectivo.

Y la cantidad de muertes por opiáceos recetados se ha quedado estancada en los últimos años, según el NIDA.

El gran problema ahora es la heroína y los opiáceos sintéticos producidos de forma ilegal. Los opiáceos sintéticos incluyen la droga fentanilo y los compuestos relacionados, y son extremadamente potentes.

Dado que las drogas callejeras son fáciles de conseguir y relativamente baratas, algunas personas adictas a los analgésicos recetados se pasan a ellas. El NIDA afirma que aproximadamente 80% de los estadounidenses que abusan de la heroína empezaron con los opiáceos recetados.⁴

PEDIATRICS Estados Unidos: Recomiendan administrar la vacuna contra la hepatitis B en las primeras 24 horas tras el parto

OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

29 de agosto de 2017 – Fuente: *Pediatrics*

La primera dosis de la vacuna contra la hepatitis B se debería administrar a los bebés en un plazo de 24 horas tras nacer, señalan las nuevas directrices de la Academia Americana de Pediatría (AAP).

Hasta ahora, la AAP había recomendado que la vacuna se administrara en el primer examen del bebé. Ahora, el riesgo de infección ha aumentado con la crisis de opiáceos actual, dado que hay más madres que se infectan con la hepatitis B y transmiten el virus a sus bebés.

“Es la primera vacuna que recibe un bebé. Es importante que ningún recién nacido salga del hospital sin ella. Animamos a los pediatras a aconsejar a las madres embarazadas sobre la necesidad de que sus bebés reciban la dosis natal de la vacuna contra la hepatitis B”, dijo la Dra. Flor Muñoz, coautora de la recomendación.

La hepatitis B, una infección viral, provoca daños en el hígado y puede convertirse en una enfermedad crónica. Puede conducir a varios problemas del hígado, incluyendo insuficiencia hepática, y puede resultar letal.

Se estima que cada año 1.000 recién nacidos desarrollan la hepatitis B en Estados Unidos, aunque la vacuna previene muchas infecciones.

La nueva recomendación aconseja que la vacuna se administre a todos los recién nacidos que estén en buenas condiciones médicas y que pesen al menos 2.000 gramos al nacer.

“La hepatitis B puede conducir a enfermedades devastadoras para toda la vida, o incluso a la muerte, de forma que esta vacuna es una red de seguridad esencial para proteger a los bebés de una infección potencialmente grave en el momento del nacimiento”, comentó la Dra. Elizabeth Barnett, coautora de la recomendación.

“Muchos adultos con una infección no se sienten ni parecen enfermos, y ni siquiera saben que portan el virus. Es contagioso, y los adultos también pueden transmitirlo mientras cuidan a un bebé tras el nacimiento”, explicó Barnett.

Se estima que 98% de los bebés se hacen inmunes a la hepatitis B tras recibir las tres a cuatro dosis requeridas.

“La epidemia nacional de opiáceos ha conducido a un aumento en las nuevas infecciones con hepatitis B en algunos estados. Los bebés son particularmente vulnerables a la infección en el momento del nacimiento, y necesitan la protección máxima, que se provee al administrar la primera dosis de la vacuna poco después de nacer”, señaló la Dra. Karen Puopolo, también coautora de la recomendación.

La academia también recomendó hacer a las madres embarazadas pruebas de la hepatitis B antes de dar a luz.⁵



Venezuela, Bolívar: Confirman 38 casos de sarampión

20 de septiembre de 2017 – Fuente: El Pitazo (Venezuela)

Luego de que médicos del Hospital Docente Asistencial ‘Dr. Raúl Leoni Otero’, en San Félix, Ciudad Guayana, confirmaran haber atendido a tres bebés enfermos de sarampión a fines de agosto, el Distrito Sanitario N° 2 Caroní reveló que desde abril se han confirmado 38 casos de sarampión en toda Ciudad Guayana y otros 88 permanecen como sospechosos.

Tres años después de que Venezuela fue declarada como territorio libre de sarampión en el año 2014 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ahora Ciudad Guayana, la principal urbe del estado Bolívar, revierte este estatus.

Los 38 casos están distribuidos en las 11 parroquias de la ciudad, concentrados más en San Félix. A estos se suman otros 88 sospechosos que todavía esperan confirmación. Quince fueron descartados, de acuerdo con el Distrito Sanitario N° 2.

Como parte de la preparación que están emprendiendo para frenar el brote de sarampión y evitar que se expanda a otras zonas del estado y del país, la epidemióloga Keyla Infante, funcionaria del Distrito Sanitario, dicta charlas a médicos. Y reconoció que el primer caso se registró el 1 de julio, aunque todavía no se ha encontrado el caso primario, por lo que no se sabe si el brote es autóctono y no importado.

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

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

El Calendario Nacional de Vacunación de Argentina incluye una dosis de la vacuna contra la hepatitis B, que es el método más efectivo para prevenir la enfermedad, a los recién nacidos, dentro de las primeras 12 horas de vida. Luego se aplica a los 2, 4 y 6 meses de vida, formando parte de la vacuna quintuple celular o pentavalente.

Desde 2012 es obligatoria para todas las personas de cualquier edad, que deberán vacunarse con el esquema completo (3 dosis) si no estuvieran vacunadas o completar las dosis faltantes si hubieran recibido una o dos dosis.

Contrario a como ocurrió con la difteria en 2016, el sarampión no vino de los municipios mineros de Bolívar. Más bien, los únicos cuatro casos que hay fuera de Ciudad Guayana, en el municipio Sifontes, tres son importados de Ciudad Guayana, de niños que estuvieron internados en el Hospital 'Dr. Raúl Leoni', de San Félix.

Más sobre los contagios

De los 88 casos sospechosos que hay en las 11 parroquias de Caroní, 42 muestras fueron enviadas al Instituto Nacional de Higiene en Caracas y deberían llegar en los próximos días para confirmar o descartar más casos de sarampión.

La parroquia con más casos confirmados es Vista al Sol, en San Félix, con 11, y con 18 sospechosos y dos descartados.

Le sigue Dalla Costa, con ocho casos confirmados, cinco sospechosos y dos descartados. Luego Chirica, con seis confirmaciones de sarampión, cuatro sospechas y tres descartes.

La parroquia con más casos en general es 11 de Abril con 30 sospechosos, cinco confirmados y solo uno descartado.

Infante explicó que el municipio Caroní es una ciudad de alto riesgo para la aparición de enfermedades por su alto movimiento de personas que vienen de todas partes del país y del mundo.

También reconoció que para la aparición de enfermedades erradicadas del país, como ocurrió con la difteria el año pasado y ahora con el sarampión, confluyen la falta de vigilancia epidemiológica y el descuido de los planes de vacunación.

Mencionó que 74% de los casos confirmados de sarampión no habían sido inmunizados con la vacuna triple viral, y se encuentran estudiando la razón que permitió que 26% que sí estaba vacunado contrajera el virus. Esta vacuna no ha estado escasa del país en el último año.

Según la Organización Panamericana de Salud (OPS), los brotes de sarampión pueden presentarse en territorios cuya cobertura de vacunas sea de hasta 97%, por ser altamente contagioso a través de las vías respiratorias.

Descuido en la vigilancia epidemiológica

Infante reconoció que el Distrito Sanitario N° 2 Caroní descuidó la vigilancia epidemiológica durante las semanas 12 a la 24 de este año, razón por la que no manejan reportes de casos de sarampión en ese lapso.

Cuando se reactivó, en la semana 26 (julio) encontraron el caso índice, localizado en la parroquia Unare. Para la semana 34 activaron la vigilancia epidemiológica, casa por casa y en las comunidades, y fue cuando lograron totalizar la cifra de contagios.

De acuerdo con los interrogatorios realizados por el Departamento de Epidemiología, los casos venían produciéndose desde el mes de abril, "pero no estamos acostumbrados a hacer búsqueda activa de las enfermedades. Ahora estamos detrás de la enfermedad y no debería ser así. Deberíamos ir delante de ella".

Las visitas del Distrito Sanitario y la vacunación casa por casa se mantienen. Se activó un plan de inmunización indiscriminada para todos los niños de seis meses a 10 años, pues son la población más vulnerable al sarampión.

La vacunación será selectiva para la población de 11 a 39 años de edad, solo si no han sido vacunados en la niñez o si no pueden confirmar la inmunización. El personal médico asistencial se vacunará en su totalidad. El Estado venezolano espera recibir un importante lote de la vacuna doble viral (para prevenir sarampión y rubéola) para los adultos.

El Distrito Sanitario ha dispuesto a un epidemiólogo por parroquia del municipio Caroní para lidiar con los casos de cada una de las circunscripciones y lograr aislar a los pacientes infectados.

Como recomendación a los médicos, pidieron vigilar cualquier cuadro febril durante los cuatro días siguientes de la visita, para estar pendientes de si desarrolla el resto de síntomas compatibles con sarampión y ayudar al Distrito Sanitario, que envía todas las muestras de sangre al Instituto Nacional de Higiene.

La OPS enviará 5 millones de dosis de la vacuna contra el sarampión

Desde hace dos semanas, epidemiólogos de la OPS están colaborando con el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), en la atención de la población afectada por el brote de sarampión.

El representante de la organización en Venezuela, José Gerardo Moya Medina, anunció que ésta envió cinco millones de vacunas doble y triple viral para inmunizar a la población en los próximos meses.

"La OPS está en el estado Bolívar, desarrollando un plan estratégico conjuntamente con la red ambulatoria y los centros privados para vacunar a la población. Se estará realizando vigilancia epidemiológica hasta el mes de diciembre", apuntó.

Moya aclaró que se inmunizará con la vacuna doble viral a niños de entre 6 y 10 años en las zonas aledañas al municipio Caroní, y con la vacuna trivalente a personas de entre 10 a 39 años de edad. Aclaró que esta dosis ya estaba disponible en el país y se aplicaba en el marco del Plan de Vacunas 2017 que emprendió el Ministerio de Salud desde el pasado mes de agosto.

Señaló que, en el marco de la segunda fase del plan de inmunización del MPPS, que comienza el próximo mes de octubre, se vacunará en los centros escolares de la entidad, así como de los estados vecinos donde solamente se han detectado casos sospechosos.

ENVIRONMENTAL POLLUTION África: La basura tecnológica del primer mundo contamina la sangre de los africanos

19 de julio de 2017 – Fuente: *Environmental Pollution*

La sangre de los inmigrantes africanos que llegan a Canarias (España) está contaminada por vanadio a niveles desconocidos en Occidente y por trazas de cobalto, arsénico o níquel, un rastro de la basura tecnológica que el primer mundo envía a África.

Un reciente informe del Banco Mundial pone de relieve que cualquier instituto de Secundaria del primer mundo tiene más ordenadores de los que pueden reunir todos los hogares juntos de una sola ciudad importante de Sierra Leona o Guinea Bissau.

¿Cómo es posible entonces que las concentraciones en sangre de metales tóxicos presentes en la alta tecnología estén al nivel del mundo rico o, incluso, como ocurre con el vanadio, en cotas solo observadas entre los obreros de una factoría austríaca de ese metal?

Esta una de las paradojas que diez investigadores de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ULPG) y el Hospital Insular de esta localidad se propusieron abordar en un estudio sobre los metales tóxicos que se encuentran en la sangre de los inmigrantes africanos llegados en los últimos años en patera a este archipiélago español en el Atlántico.

A falta de estudios realizados en los propios países de origen, los científicos de estas dos instituciones analizaron para ello la sangre de 245 inmigrantes de 16 países del continente que se prestaron voluntarios a colaborar con esta investigación en los dos meses siguientes a su llegada a las islas, en su mayoría hombres (203 frente a 42), de entre 15 y 45 años y con aparente buena salud.

Los análisis de laboratorio detectaron que tres elementos concretos (aluminio, arsénico y vanadio) estaban en la sangre de 100% de los sujetos del estudio, procedieran del país que procedieran, y que otros metales, como el cromo, el mercurio y el plomo, podían encontrarse en más de 90% de los casos.

Los autores del trabajo remarcan que el elemento con concentraciones más elevadas en la sangre de estos jóvenes africanos es el aluminio. Estaba presente en sus cuerpos a niveles diez o quince veces superiores a los de los países desarrollados, lo que atribuyen a la gran cantidad de cacharros de ese metal que se utiliza en África para cocinar.

El siguiente es el plomo, encontrado en la mitad de los candidatos a niveles muy superiores a los que puede presentar un estadounidense, un japonés o un europeo, algo que relacionan con la falta de control de las cañerías de plomo y de las pinturas obsoletas.

El resto de los 12 metales examinados en este estudio guardan relación de un modo u otro con componentes de móviles, ordenadores, tabletas, circuitos de electrodomésticos, y están en la sangre de los africanos a niveles comparables a los de cualquier país del primer mundo, con la salvedad del vanadio, hallado en dosis muy superiores.

Y sin embargo, la penetración de esas tecnologías en el continente es muy inferior a la de Norteamérica, la Unión Europea o Japón.

Los firmantes del artículo no tienen dudas respecto a qué se debe todo ello: se calcula que 80% de la "basura tecnológica" que genera el primer mundo se envía a África, tanto para abastecer el comercio de estos productos con modelos de segunda mano, muchas veces obsoletos y de vida muy corta, como para nutrir cadenas de reciclaje ilegales.

El trabajo apoya esa afirmación en varios datos estadísticos: los 16 países examinados están entre los más pobres del mundo, pero las concentraciones de esos metales son más altas entre los inmigrantes procedentes de naciones con más producto interno bruto, con más teléfonos cada 100 habitantes, con más usuarios de internet y, sobre todo, con mayor volumen de importación de dispositivos electrónicos de segunda mano.

Los autores remarcan otro hecho: África puede estar atrasada respecto al resto del mundo en líneas telefónicas fijas, pero el uso del móvil se ha disparado en sus países en los últimos años, tanto en las ciudades como en las zonas rurales, hasta el punto de que muchos estados han alcanzado el paradigma de "un ciudadano, un móvil". Eso sí, 97% de los móviles del continente son de segunda mano.

Por todo ello recomiendan un mayor seguimiento de estos contaminantes, porque "algunos de esos elementos comportan un enorme riesgo, sobre todo para los niños", y porque "el manejo inadecuado de los residuos tecnológicos en esos países puede producir un aumento generalizado de la presencia mundial de esos contaminantes".⁶

La Región España, Cantabria: Un muerto y 13 afectados por un brote de legionelosis en Liérganes

21 de septiembre de 2017 – Fuente: *La Región (España)*

Un brote de legionelosis en el balneario de Liérganes ha provocado la muerte de una persona, que precisó ingreso hospitalario el pasado 11 de septiembre, y 13 afectados, dos de Cantabria, de los que uno ha sido dado de alta y el otro permanece ingresado en el Hospital Público Comarcal de Laredo con buena evolución.

⁶ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#) (requiere suscripción).



Según informó el Servicio Cántabro de Salud, el Sistema de Vigilancia Nacional notificó el pasado 7 de agosto a la sección de Vigilancia Epidemiológica de Cantabria que dos personas habían precisado ingreso hospitalario fuera de Cantabria por neumonía por *Legionella*, tras su estancia en el balneario de Liérganes.

Ese mismo día la sección de Sanidad Ambiental realizó una inspección de todas las instalaciones, en la que, entre otras medidas, se tomaron muestras de todos los circuitos de agua termal del balneario y se revisó el agua caliente sanitaria de las habitaciones donde se alojaron los afectados.

Además, se llevó a cabo la limpieza y desinfección de esos circuitos y se aplicó un tratamiento de choque adicional a las labores habituales de mantenimiento.

El día 14 de agosto, tras recibir la notificación de tres nuevos casos de legionelosis que precisaron ingreso hospitalario fuera de Cantabria se ordenó la paralización de las instalaciones respiratorias y de niebla.

El 16 de agosto el laboratorio comunicó el resultado positivo de una de las muestras tomadas el 7 de agosto en el circuito de la 'Piscina del Rey' del balneario, por lo que se ordenó un tratamiento de desinfección con hipocloración y neutralización con tiosulfato.

Pasados quince días, el 31 de agosto se llevó a cabo una nueva inspección, que incluyó la toma de muestras.

El 12 de septiembre, se confirmó un nuevo resultado positivo para *Legionella* en la 'Piscina del Rey' de las muestras recogidas el día 31, por lo que se ordena su paralización.

También se ordenó mantener el agua caliente sanitaria a temperatura elevada, una nueva limpieza y desinfección del balneario y adoptar nuevas medidas preventivas en el circuito del agua de la instalación de respiratorio.

El mismo día 12 de septiembre se recibió la notificación del ingreso hospitalario de otras dos personas afectadas por neumonía por *Legionella*, por lo que el día 13 de septiembre se levantó un nuevo acta de inspección y el día 14 se comunicó a la empresa que, además de medidas adicionales de vaciado, limpieza y desinfección a realizar por una empresa externa, dejase fuera de servicio la 'Piscina del Infante'.

Desde el 14 y hasta el 20 de septiembre, se ha notificado la existencia de seis nuevos afectados.

El Servicio de Salud Pública ha solicitado a la propiedad y la dirección de la empresa gestora del balneario una certificación exhaustiva de las actuaciones realizadas el pasado domingo en las instalaciones por la empresa externa especializada, así como de las nuevas medidas de choque en los circuitos en uso.

Asimismo, se les ha recordado que deben continuar cerradas las piscinas del Rey y del Infante.

La empresa gestora del balneario ha colaborado con la investigación epidemiológica y ambiental realizada, aportando la información requerida de las instalaciones utilizadas por cada una de las personas afectadas y remitiendo las certificaciones de las medidas de limpieza y desinfección que han realizado.



Italia, Lazio: Roma implementa un plan extraordinario de desinsectación tras detectarse casos de fiebre chikungunya

14 de septiembre de 2017 – Fuente: EFE

La ciudad de Roma anunció la puesta en marcha de un plan extraordinario de desinsectación tras una serie de casos sospechosos o confirmados de fiebre chikungunya, una medida que la ministra de Salud juzgó tardía.

“La alcaldesa de Roma, Virginia Elena Raggi, firmó la orden para luchar contra la emergencia sanitaria a causa de los casos sospechosos y confirmados de fiebre chikungunya”, anunció la alcaldía en un comunicado.

Se llevará a cabo “en todas las zonas urbanas en las que se verificaron casos clínicos notificados por las autoridades sanitarias locales”, precisó el ayuntamiento.

Alrededor de 17 casos de fiebre chikungunya fueron detectados en los últimos días en la región de Lazio, seis de ellos en Roma, según los datos del Servicio Regional de Vigilancia de Enfermedades Infecciosas (SERESMI).

Una decena de casos se produjeron en casas de personas que viven o que se hospedaban en Anzio, una localidad a 50 km de la capital, donde ya se efectuaron labores de desinsectación.

Es probable que esas zonas fueran infectadas por un mosquito contaminado allí presente, según el SERESMI.

La ministra italiana de Salud, Beatrice Lorenzin, consideró que la alcaldesa de Roma había reaccionado demasiado tarde. “Ha pasado demasiado tiempo desde la demanda de intervención de las autoridades sanitarias locales”, que se remonta al 7 de septiembre, lamentó la ministra el 13 de septiembre.

Además, Lorenzin advirtió que era “muy probable” que se decida “interrumpir las donaciones de sangre” en la capital italiana.

En 2007, se detectaron cerca de 250 casos de fiebre chikungunya en la región de Emilia-Romagna, probablemente transmitida por un viajero infectado a su regreso de India, donde había una epidemia.



El Laboratorio Nacional de Salud Pública, de Teku, Katmandú, confirmó el 17 de septiembre ocho casos de hepatitis A. De 15 muestras recibidas de la municipalidad de Besisahar, distrito de Lamjung, zona de Gandaki, ocho resultaron positivos para hepatitis A. De ellos, cinco son mujeres y tres hombres.

Un equipo de la División de Epidemiología y Control de Enfermedades (EDCD) ha visitado Lamjung tras los informes de brotes de hepatitis. Las muestras fueron recogidas y llevadas a Katmandú para su análisis. “Los pacientes contrajeron la enfermedad debido a la contaminación del agua y los alimentos”, informó Resham Lamichhane, oficial de salud pública de la EDCCD.

“El virus de la hepatitis A, que causa la infección, se propaga cuando una persona ingiere materia fecal”, informó el Dr. Bikash Jaishi, de la Unidad de Hepatología, del Bir Hospital, en Katmandú.

Ya que el virus se transmite a través de alimentos y agua contaminados, los médicos han aconsejado a la población hervir el agua de bebida y consumir alimentos frescos.

**Uganda: Determinadas bacterias en el pene podrían ser un factor de riesgo de VIH en hombres heterosexuales no circuncidados**

25 de julio de 2017 – Fuente: mBio

Los hombres que presentan una proporción 10 veces mayor de determinadas bacterias bajo el prepucio tienen un riesgo de infección por el VIH un 63% más elevado. El microbioma del pene podría ser un factor independiente de riesgo de VIH previamente no identificado en hombres heterosexuales.

El microbioma humano –es decir el conjunto de microbios que proliferan en el interior y en la superficie del cuerpo humano– se relaciona con una gran variedad de enfermedades. Sin embargo, poco se conocía hasta la fecha si el microbioma del pene estaba relacionado de alguna manera con la salud masculina. A través de la observación de las bacterias que proliferan bajo el prepucio en hombres que adquirieron el VIH y en hombres que no contrajeron dicha infección, se ha podido mostrar una correlación entre la cantidad de bacterias anaerobias –es decir los microorganismos que son capaces de sobrevivir y multiplicarse en ambientes que no tienen oxígeno– y el aumento del riesgo de adquirir el VIH.

Se utilizaron muestras de la mucosa del prepucio de hombres heterosexuales no circuncidados procedentes de Rakai (Uganda) en el contexto de un ensayo clínico de dos años de duración. Durante el desarrollo del estudio, 46 hombres adquirieron el VIH (casos). Para entender mejor si el microbioma del pene de los hombres que se infectaron por el VIH podría ser diferente al de los hombres que no adquirieron el virus, se comparó el microbioma de los primeros con un total de 136 varones que no contrajeron el virus (grupo control).

A través del uso de métodos moleculares, los investigadores midieron la cantidad de bacterias que proliferaban en la mucosa del prepucio de los participantes y hallaron que un aumento de 10 veces en cuatro bacterias anaerobias (*Prevotella*, *Dialister*, *Fingoldia* y *Peptoniphilus*) se asoció con un incremento de entre 54 y 63% de contraer el VIH.

Una potencial explicación para este hallazgo sería que la presencia y mayor proliferación de determinadas bacterias anaerobias en el prepucio desencadenaría la producción de factores inmunitarios que supondría la presencia de células diana del VIH en el pene. Cantidades más elevadas de bacterias anaerobias en el pene se relacionó con una mayor producción de citoquinas, es decir de las proteínas capaces de coordinar la respuesta del sistema inmunitario.

Las células inmunitarias constituyen la puerta de entrada del VIH al cuerpo humano. La presencia de algunas bacterias hace que las células inmunitarias se desplacen hasta el pene, donde se convierten en presa fácil para el VIH. Con cualquier otro patógeno esto sería algo realmente bueno, dado que las células inmunitarias contribuirían a luchar contra la infección; sin embargo, en el caso del VIH, sucede justo lo contrario.

Los resultados de este estudio pueden ayudar a encontrar nuevos métodos que permitan proteger a hombres y mujeres de la infección por el VIH. Sería posible reducir de forma selectiva la cantidad de bacterias anaerobias en la mucosa genital y, de esta manera, reducir la respuesta inmunitaria y el riesgo de infección por el VIH.

Este trabajo ayuda a entender mejor cómo la circuncisión médica en hombres reduce el riesgo de adquirir el VIH y apunta hacia intervenciones novedosas para disminuir el riesgo de VIH en el futuro.⁷

**El mundo se está quedando sin antibióticos**

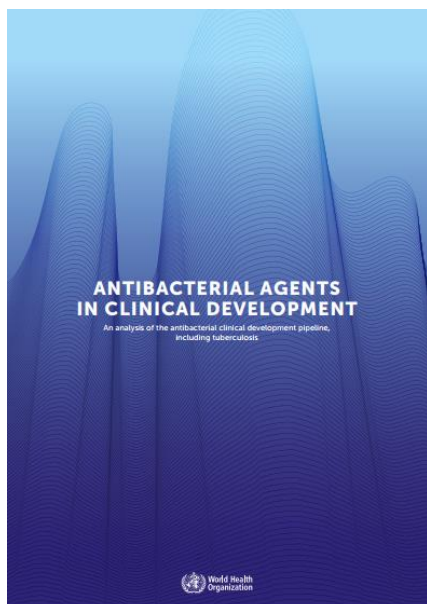
20 de septiembre de 2017 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

El informe *Antibacterial agents in clinical development – An analysis of the antibacterial clinical development pipeline, including tuberculosis*, publicado el 20 de septiembre por la Organización Mundial de la Salud (OMS) revela una grave falta de nuevos antibióticos en fase de desarrollo para combatir la creciente amenaza de la resistencia a los antimicrobianos.⁸

La mayoría de los fármacos que se están desarrollando son modificaciones de clases de antibióticos ya existentes que ofrecen soluciones solamente a corto plazo. En el informe se indica que hay muy pocas opciones terapéuticas

⁷ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

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



posibles para las infecciones resistentes a los antibióticos señaladas por la OMS como las mayores amenazas para la salud, y que incluyen la tuberculosis farmacorresistente, que causa alrededor de 250.000 fallecimientos cada año.

A juicio del Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS, “la resistencia a los antimicrobianos es una emergencia para la salud mundial que comprometerá gravemente el avance de la medicina moderna. Hay una necesidad urgente de aumentar la inversión en investigación y desarrollo para luchar con las infecciones resistentes a los antibióticos, entre ellas la tuberculosis. De otro modo, volveremos a los tiempos en que la gente temía contraer infecciones habituales y ponía en riesgo su vida si se sometía a intervenciones quirúrgicas sencillas”.

Además de las bacterias causantes de la tuberculosis multirresistente, la OMS ha identificado 12 clases de patógenos prioritarios –algunos de ellos causantes de infecciones frecuentes como la neumonía o las infecciones en las vías urinarias– que son cada vez más resistentes a los antibióticos existentes y requieren con urgencia nuevos tratamientos.

En el informe se mencionan 51 nuevos antibióticos y biofármacos en desarrollo clínico que se podrían utilizar para tratar infecciones causadas por los patógenos resistentes a los antibióticos más prioritarios, además de la tuberculosis y las enfermedades diarreicas ocasionadas por *Clostridium difficile*, que pueden ser mortales.

Sin embargo, solo ocho de estas moléculas con potencial terapéutico han sido clasificadas por la OMS como tratamientos innovadores que ofrecerán alternativas válidas al actual arsenal de antibióticos.

Hay una grave falta de opciones terapéuticas para *Mycobacterium tuberculosis* multirresistente y ultrarresistente y contra bacterias gramnegativas, entre ellas enterobacterias (como *Klebsiella* y *Escherichia coli*) y *Acinetobacter*, que pueden causar infecciones de gravedad –con frecuencia mortales– y son especialmente peligrosas en los hospitales y las residencias de ancianos.

Además, hay muy pocos antibióticos en fase de desarrollo que se podrán administrar por vía oral, a pesar de que estas formulaciones son muy necesarias para tratar las infecciones fuera de los hospitales y en lugares de escasos recursos.

La Dra. Suzanne Hill, Directora del Departamento de Medicamentos Esenciales de la OMS, señala que “los investigadores y las empresas farmacéuticas deben desarrollar urgentemente nuevos antibióticos contra determinados tipos de infecciones muy graves que pueden matar a los pacientes en cuestión de días, porque no tenemos modo de defendernos contra ellas”.

Para hacer frente a esta amenaza, la OMS y la Iniciativa Medicamentos para las Enfermedades Desatendidas (DNDi) establecieron la Alianza Mundial para la Investigación y Desarrollo de Antibióticos (GARDP). El pasado 4 de septiembre, Alemania, Luxemburgo, los Países Bajos, Gran Bretaña, Sudáfrica, Suiza y el Wellcome Trust se comprometieron a destinar más de 67 millones de dólares a este objetivo.

De acuerdo con el Dr. Mario Raviglione, Director del Programa Mundial contra la Tuberculosis de la OMS, “la financiación de la tuberculosis es muy insuficiente y en los últimos 70 años solo se han comercializado dos nuevos antibióticos contra cepas farmacorresistentes. Para poner fin a esta enfermedad necesitamos destinar urgentemente más de 800 millones de dólares al año a investigar nuevos fármacos antituberculosos”.

No obstante, la obtención de nuevos tratamientos no bastará para combatir la amenaza de la resistencia a los antimicrobianos. La OMS trabaja con los países y los asociados para mejorar la prevención y el tratamiento de las infecciones y para promover el uso correcto de los antibióticos disponibles actualmente y en el futuro. Además, la Organización está elaborando directrices sobre el uso responsable de los antibióticos en los sectores de la salud humana, animal y en la agricultura y la ganadería.



