

Vigilancia de hidatidosis

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

Tabla 1. Casos notificados y confirmados, según provincia y región. Argentina. Años 2016/2017, hasta semana epidemiológica 42. 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 | 21 | 21 | 30 | 28 |
| Buenos Aires | 164 | 44 | 133 | 32 |
| Córdoba | 29 | 22 | 25 | 10 |
| Entre Ríos | 30 | 20 | 33 | 25 |
| Santa Fe | 28 | 4 | 24 | 1 |
| Centro | 272 | 111 | 245 | 96 |
| Mendoza | 41 | 1 | 39 | — |
| San Juan | 16 | 7 | 35 | 14 |
| San Luis | 7 | 3 | 17 | 10 |
| Cuyo | 64 | 11 | 91 | 24 |
| Corrientes | 5 | — | 11 | 6 |
| Chaco | 4 | 2 | 12 | 10 |
| Formosa | 10 | 10 | — | — |
| Misiones | 4 | 2 | — | — |
| NEA | 23 | 14 | 23 | 16 |
| Catamarca | 11 | 11 | 10 | 10 |
| Jujuy | 21 | 6 | 17 | 2 |
| La Rioja | 1 | 1 | 5 | 4 |
| Salta | 43 | 34 | 34 | 29 |
| Santiago del Estero | 31 | 29 | 27 | 23 |
| Tucumán | 29 | 23 | 16 | 13 |
| NOA | 136 | 104 | 109 | 81 |
| Chubut | 59 | 53 | 47 | 41 |
| La Pampa | 13 | 1 | 27 | 6 |
| Neuquén | 32 | 32 | 51 | 48 |
| Río Negro | 37 | 37 | 27 | 27 |
| Santa Cruz | 4 | 4 | 4 | 3 |
| Tierra del Fuego | 1 | — | — | — |
| Sur | 146 | 127 | 156 | 125 |
| Total Argentina | 641 | 367 | 624 | 342 |


DOCSALUD

Siete de cada diez argentinos nunca se realizó el test de la hepatitis C

23 de noviembre de 2017 – Fuente: Docsalud (Argentina)

Siete de cada diez argentinos nunca se realizó un test de hepatitis C ni se considera en riesgo de haber contraído el virus, concluyó una encuesta presentada el 23 de noviembre por la Asociación Argentina para el Estudio de las Enfermedades del Hígado (AAEEH) realizada a más de mil personas en el marco de la campaña 'Detectar para curar'.

“Antes de que se identificara el virus de la hepatitis C (VHC) no se lo buscaba cuando se analizaba la sangre donada, ni tampoco existía tanta conciencia a la hora de esterilizar instrumental médico y odontológico. Cualquiera que haya realizado una cirugía menor o un tratamiento de conducto estuvo en riesgo”, indicó durante la presentación de los resultados el presidente de la AAEEH, Ezequiel Ridruejo.

El relevamiento arrojó además que 8 de cada 10 mayores de 16 años saben poco o nada sobre la hepatitis C, a pesar de que 61% reconoce que la enfermedad es un problema.

En Argentina se estima que 1% de la población estaría infectada, lo que equivale a alrededor de 400.000 personas, de los cuales 6 de cada 10 lo ignoran.

Constituye la primera causa de cáncer de hígado, cirrosis y trasplante hepático; no obstante, si es tratada a tiempo es una enfermedad curable en más de 95% de los casos, en pocas semanas y sin los efectos adversos de las medicaciones del pasado, según especialistas.

La vía de transmisión es por contacto con sangre infectada, lo cual era desconocido por 4 de cada 10 participantes en la encuesta.

Además de la exposición en una cirugía o tratamiento de conducto, Ridruejo describió que “otras vías son compartir jeringas, afeitadoras, cepillos de dientes o la mala esterilización de instrumental para la realización de tatau-



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

jes, piercings y tratamientos de belleza, manicura y pedicura. Las relaciones sexuales sin protección revisten riesgo, al igual que la transmisión madre-hijo durante el embarazo”.

“Hubo formas de transmisión que algunos encuestados pusieron que son incorrectas como por ejemplo el contacto físico con alguien que porta el virus (34% creía que sí); por un beso o contacto con saliva (31%); por ingesta de alimentos y bebidas (30%); y a través del agua o el aire (28% y 11%), respectivamente”, detalló.

La falta de realización del test es otro de los ítems que alertó a los especialistas: menos de uno de cada tres encuestados se lo habían hecho.

“Quizás lo más preocupante sea que una de las principales razones por las que no se lo habían hecho fue la falta de recomendación por parte del profesional de la salud. Estamos ante una enfermedad epidémica, grave, pero curable. Tenemos que trabajar con los médicos de atención primaria, para que incluyan en los controles de rutina el test de la hepatitis C, y también el de la B, aunque para éste ahora dispongamos de una vacuna en el calendario”, indicó por su parte Claudio Estepo, médico hepatólogo y Secretario de la Comisión Directiva de la AAEH.

La encuesta también preguntó si habían visto, leído u oído sobre sobre hepatitis C en el último año y sólo 3 de cada 10 respondieron afirmativamente; de ese grupo, la mitad se había informado a través de la televisión, 13% por un médico, enfermera o profesional de la salud, 12% por algún pariente y 11% por la radio.

Respecto de la hepatitis B, sólo el 51% de los encuestados manifestó estar vacunado: “Esto es preocupante teniendo en cuenta que es una vacuna incluida en el calendario nacional y obligatorio de inmunizaciones. Tenemos que trabajar para que la tasa de vacunación esté muy por encima de ese valor”, concluyó Estepo.

Los especialistas indicaron, además, que un problema serio representan aquellos pacientes que están diagnosticados, pero no se tratan.

“Como es una enfermedad que no da síntomas puede que las personas no se traten, esto es un problema grande porque sabemos que la enfermedad va haciendo daño”, indicó por su parte Rubén Cantelmi, paciente curado, presidente de la Asociación Civil Buena Vida y miembro de la Federación Argentina de Lucha contra las Hepatitis Virales (FALHepVir).

“Es posible que hayan intentado curarse con las medicaciones anteriores, que ocasionaban efectos adversos muy severos, pero afortunadamente no es la realidad actual. Tenemos una responsabilidad con todos ellos, debemos ir a su encuentro y convencerlos de que hoy pueden y deben curarse, no hay tiempo que perder”, concluyó.

infocampo Corrientes: Confirman un brote de rabia pareasiente en Garruchos

29 de noviembre de 2017 – Fuente: Infocampo (Argentina)

Tras confirmarse en laboratorio un nuevo brote de rabia pareasiente en herbívoros en las cercanías de la localidad de Garruchos, en el departamento de Santo Tomé, Corrientes, el pasado 22 de noviembre, especialistas del Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) establecieron un área de trabajo, con vacunación de ganado bovino, porcino, equino y rumiantes menores en un radio de 10 kilómetros alrededor de los animales afectados.

Los técnicos de la entidad realizaron inspecciones de posibles refugios de vampiros comunes (*Desmodus rotundus*) que dieron como resultado la localización de uno en la zona, donde se capturaron varios ejemplares. Sobre los murciélagos capturados se efectuó un tratamiento para reducir la población en la colonia originaria, a partir de lo cual queda el refugio como centinela, que será monitoreado en el futuro.

A su vez, el jefe del Programa de Rabia del SENASA, Gabriel Russo, brindó una charla instructiva en las instalaciones del municipio de la localidad de Garruchos, en la cual participaron autoridades del municipio, productores y alumnos de los colegios de la localidad. Habrá otras reuniones informativas a productores ganaderos, escuelas y a la población de las zonas afectadas.

Los profesionales del SENASA recomiendan evitar el contacto con animales muertos o con sintomatología nerviosa y dar aviso inmediato a la oficina del organismo más cercana para intervenir de manera adecuada y analizar sanitariamente cada situación.

La rabia pareasiente es una enfermedad endémica y recurrente causada por el virus rábico transmitido por el vampiro común, que afecta principalmente a los bovinos y a los equinos, y con menor frecuencia a otras especies domésticas, a los humanos y a algunos animales silvestres.



América



Brasil: 357 municipios en situación de riesgo para dengue, fiebre zika y fiebre chikungunya

28 de noviembre de 2017 – Fuente: Ministério da Saúde (Brasil)

Un nuevo levantamiento de índices rápidos de *Aedes aegypti* (LIRAA) indica que 357 municipios brasileños están en situación de riesgo de brote de dengue, fiebre zika y fiebre chikungunya. Esto significa que más de 9% de las ciudades donde se realizó el levantamiento tenían altos índices de larvas del mosquito.

En total, 3.946 ciudades de todo el país hicieron el levantamiento. Los datos fueron presentados por el ministro de Salud, Ricardo José Magalhães Barros, el 28 de noviembre, en Brasilia. En la ocasión, también se puso en marcha la campaña publicitaria de combate al mosquito *Aedes aegypti*.

Barros hizo destacó la importancia de la acción conjunta con los estados y municipios en el combate a *Ae. aegypti*. "La lucha contra el mosquito *Ae. aegypti* es una prioridad del Gobierno Federal, por lo que establece una jornada de movilización, el "Viernes Sin Mosquitos", en el que se movilizarán los ministros del estado y las autoridades estatales locales para estar en todos los estados del país llamando la atención de la población sobre la importancia de combatir el mosquito", informó el ministro de Salud.

Además de las ciudades en situación de riesgo, el LIRAA identificó 1.139 municipios en alerta, con índice de infestación de mosquitos en los inmuebles de entre 1 y 3,9%, y 2.450 municipios con índices satisfactorios, con menos de 1% de las residencias con larvas del mosquito en recipientes con agua estancada. De las 17 capitales que el Ministerio de Salud recibió información sobre el LIRAA, están con índices satisfactorios los municipios de Macapá (Amapá), Fortaleza (Ceará), Goiânia (Goiás), Belo Horizonte (Minas Gerais), João Pessoa (Paraíba), Teresina (Piauí), Curitiba (Paraná), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro) y Palmas (Tocantins). Las capitales con índices en estado de alerta son Maceió (Alagoas), Manaus (Amazonas), Salvador (Bahia), Vitória (Espírito Santo), Recife (Pernambuco), Natal (Rio Grande do Norte), Porto Velho (Rondônia), Aracajú (Sergipe) e São Luis (Maranhão). Las capitales Belém (Pará), Boa Vista (Roraima), Porto Alegre (Rio Grande do Sul), Florianópolis (Santa Catarina), São Paulo (São Paulo), Campo Grande (Mato Grosso do Sul), Cuiabá (Mato Grosso), Brasília (Distrito Federal) e Rio Branco (Acre) no informaron los datos al Ministerio de Salud.

El LIRAA es un instrumento clave para el control del mosquito *Ae. aegypti*. Con base en las informaciones recogidas, el gestor puede identificar los barrios donde están concentrados los focos de reproducción del mosquito, así como el tipo de contenedor donde las larvas fueron encontradas. Con la realización de la encuesta, los municipios están en mejores condiciones para hacer la planificación de las acciones de combate y control del mosquito.

Para el secretario de Vigilancia en Salud, Adeílson Loureiro Cavalcante, el levantamiento es fundamental para prever acciones locales. "Es necesaria una visión global de la situación, por lo que el levantamiento tiene un papel esencial en las decisiones nacionales, pero principalmente locales, porque el levantamiento brinda detalles de focos de mosquito por barrios y con ello el gestor puede prever acciones efectivas de control de la proliferación del mosquito", destacó Cavalcante.

Criaderos

La metodología permite identificar donde se concentran los focos de mosquitos en cada municipio, además de revelar cuáles son los principales tipos de sitios de cría por región. Los resultados refuerzan la necesidad de intensificar inmediatamente las acciones de prevención contra el dengue, la fiebre zika y la fiebre chikungunya, en especial en las ciudades en riesgo y en alerta.

Los contenedores de agua a nivel del suelo (doméstico), como toneles, barriles y tinajas, fueron el principal tipo de criadero en las regiones Nordeste y Centro-Oeste. En las regiones Norte y Sur el mayor número de contenedores se encontraron entre la basura, como recipientes plásticos, botellas PET, latas, desechos y escombros de construcción. En la región Sudeste predominaron los depósitos móviles, como vasos/frascos con agua, platos y botellas retornables.

Campaña publicitaria

La nueva campaña de concienciación del Ministerio de Salud para combatir el mosquito *Ae. aegypti* llama la atención de la población sobre los riesgos de las enfermedades transmitidas por el vector (dengue, fiebre chikungunya y fiebre zika), y convoca a todos a enfrentarlas. El objetivo es mostrar que el combate contra el mosquito comienza dentro de la propia casa, siendo responsabilidad de cada uno, pudiendo generar un cambio positivo en la comunidad. El material alerta: "Un mosquito puede perjudicar una vida. Y el combate empieza por ti. Haz tu parte y conversa con tu vecino".

La campaña comenzó a exhibirse el 28 de noviembre y será transmitida por televisión, radio, internet y redes sociales. También está previsto el día D de movilización contra el mosquito, que tendrá lugar el 8 de diciembre. El "Viernes Sin Mosquito", como se llamará la acción, se extenderá hasta enero, movilizando a los gobiernos Federal, Estatal y Municipal para promover acciones de limpieza en las ciudades en casas, establecimientos privados y organismos públicos.

Acciones

Las acciones de prevención y combate al mosquito *Ae. aegypti* son permanentes y consideradas una prioridad por el Gobierno Federal. Desde la identificación del virus Zika en Brasil y su asociación con los casos de malformaciones neurológicas, el gobierno movilizó a todos los órganos federales (entre ministerios y entidades) para actuar conjuntamente, además de contar con la participación de los gobiernos estatales y municipales en la movilización de combate al vector.

Para ello, el Ministerio de Salud ha garantizado un presupuesto creciente a los estados y municipios. Los recursos para las acciones de Vigilancia en Salud, incluyendo el combate a *Ae. aegypti*, aumentaron 83% en los últimos años, pasando de 287,1 millones de dólares en 2010 a 528,2 millones, en 2016. Para 2017, la previsión es que el presupuesto de vigilancia en salud para los estados llegue a 609 millones de dólares. Este recurso está destinado a la vigilancia de las enfermedades transmisibles, entre ellas dengue, fiebre zika y fiebre chikungunya. El recurso se entre-

gará mensualmente a estados y municipios. Además, desde noviembre de 2015 se transfirieron cerca de 144,5 millones de dólares para investigaciones y desarrollo de vacunas y nuevas tecnologías, además de destinar 122,8 millones de dólares más para asistencia a la salud.

Dengue

Hasta el 11 de noviembre de 2017, se registraron 239.076 casos probables de dengue en todo el país, una disminución de 83,7% respecto del mismo periodo de 2016 (1.463.007). En cuanto al número de muertes, también hubo una reducción significativa (82,4%), al caer de 694 muertes en 2016 a 122 en 2017. De la misma forma, los registros de dengue grave cayeron 73%, de un año a otro, pasando de 901 en 2016, a 243 en 2017. El dengue con señales de alarma pasó de 8.875 casos en 2016 a 2.209 en 2017, con una reducción de 75% con respecto al mismo periodo del año anterior.

En todo el país, la región Nordeste presentó el mayor número de casos probables (84.051 casos, 35,2%) en relación al total nacional. A continuación aparecen las regiones Centro-Oeste (74.691 casos; 31,2%), Sudeste (55.381 casos; 23,2%), Norte (21.057 casos; 8,8%) y Sur (3.896 casos; 1,6%).

El análisis de los casos probables de dengue, en 2017, hasta el 11 de noviembre, según regiones geográficas, evidencia que las regiones Centro-Oeste y Nordeste presentan las mayores tasas de incidencia cada 100.000 habitantes: 476,9 y 147,7 casos, respectivamente. Entre las Unidades de la Federación (UFs), se destacan Goiás (906,3 casos cada 100.000 habitantes), Ceará (457,7) y Tocantins (322,5 casos).

Fiebre chikungunya

Hasta el 11 de noviembre, fueron registrados 184.458 casos probables de fiebre chikungunya, una tasa de incidencia de 89,5 casos cada 100.000 habitantes. La reducción es de 32,1% en relación al mismo período del año pasado, cuando se registraron 271.637 casos. La tasa de incidencia en el mismo período de 2016 fue de 131,8 casos cada 100.000 habitantes.

La región Nordeste presentó el mayor número de casos probables de fiebre chikungunya (141.363 casos, 76,6%) en relación al total del país. Luego figuran las regiones Sudeste (23.169 casos, 12,6%), Norte (16.125 casos, 8,7%), Centro-Oeste (3.467 casos, 1,9%) y Sur (334 casos, 0,2%).

Este año, se han confirmado por laboratorio 149 muertes. En el mismo período del año pasado, fueron 211 las muertes confirmadas, una reducción de 29,4%.

Fiebre zika

Hasta el 11 de noviembre fueron registrados 16.870 casos probables de fiebre zika todo el país, una disminución de 92,1% en comparación con 2016 (214.126). La tasa de incidencia pasó de 103,9 en 2016 a 8,2 este año.

Las regiones Centro-Oeste y Norte presentan las mayores tasas de incidencia: 38,3 y 12,2 casos cada 100.000 habitantes, respectivamente. Entre las UFs, se destacan Mato Grosso (64,5 casos cada 100.000 habitantes), Goiás (55,9), Tocantins (45,5) y Roraima (43,4). Entre gestantes, se registraron 2.197 casos probables, siendo 901 confirmados por criterio clínico-epidemiológico o de laboratorio.



Chile: Brote de parotiditis en cárceles de Santiago y Valparaíso

29 de noviembre de 2017 – Fuente: Biobío (Chile)

A 354 ascienden los casos confirmados de parotiditis que afectan a reos y gendarmes de dos cárceles del país: Santiago 1, en la región Metropolitana y el complejo penitenciario de Valparaíso.

Se trata de un brote de la enfermedad que se inició a fines de septiembre, entre la población que reside fuera de los penales, pero que se propagó al interior entre los reos, y también a los funcionarios.

“A la fecha, los contagios se habrían reducido a la mitad en ambos recintos. Sin embargo, aún quedan más de 150 contagios activos”, informó María Beatriz De Gregorio Rebeco, Jefa Regional de Salud de Gendarmería de Chile.

El brote continúa vigente y los casos actuales de la enfermedad superan los 180. En la Penitenciaría incluso, hay calles que se encuentran cerradas al acceso y gendarmes utilizan mascarilla y alcohol en gel para evitar contagios.

Y aunque según las autoridades el brote ya estaría controlado, el presidente de la Asociación Nacional de Suboficiales y Gendarmes (ANSOG), Joe González Barraza manifestó su preocupación, debido al hacinamiento en que se encuentran los reos, y que también afecta a los trabajadores, alcanzando un total de 11 funcionarios contagiados.

En Chile, el plan nacional de vacunas contempla la inmunización contra esta enfermedad, pero según la ex presidente de la Sociedad Chilena de Infectología, Jeanette Dabanche Peña, esta podría ser una razón para que se reconsidere el reforzamiento de la vacuna en adolescentes.



Colombia/Venezuela: La malaria se dispara por razones diferentes

29 de noviembre de 2017 – Fuente: EFE

Venezuela y Colombia registraron en 2016 aumentos muy significativos en los casos de malaria en relación al año previo por razones internas pero diferentes: en el primer caso debido a la crisis en el país y en el segundo por el acceso a nuevas zonas gracias al proceso de paz.

“Hay un país muy claro en el que por desgracia hemos visto un aumento muy, muy, muy notable del número de casos, que es Venezuela, por razones que todo el mundo entenderá y que no tienen nada que ver ni con los insecticidas ni con los fármacos”, dijo el director del Programa de Malaria de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Pedro Luis Alonso Fernández.

Así se refirió Alonso, jefe de la delegación que hoy presentó en Nueva Delhi el *Informe Mundial sobre la Malaria 2017*, al país caribeño, donde los casos de malaria pasaron de 171.200 en 2015 a 300.900 el pasado año, marcado por la inestable situación política y económica.

El director de Relaciones Externas del Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, Christoph Benn, indicó que Venezuela, solía ser un país de renta alta, "pero ahora está experimentando problemas políticos y de salud", y agregó que "está claro que las autoridades del país no han invertido lo suficiente en salud pública".

Otro país que registró un importante aumento en el número de casos es Colombia, que pasó de 74.100 enfermos en 2015 a casi el doble, 134.000, en 2016.

Sin embargo, de acuerdo con Alonso, en este caso el aumento se puede deber, además de a factores climáticos, a que con el proceso de paz se "está accediendo a información que antes no había, se están diagnosticando casos que antes no se podían diagnosticar".

"El proceso de paz es una noticia extraordinaria, histórica y, aunque parezca un contrasentido, aunque haya más casos ahora se está pudiendo acceder a zonas donde se va a poder trabajar y se podrá avanzar hacia la eliminación", concluyó el experto.

En la región de América de la OMS, que incluye Latinoamérica, el Caribe, Estados Unidos y Canadá, el número de casos de malaria en 2016 aumentó 22% en relación con el año anterior, al pasar de 684.000 casos en 2015 a 875.000 el pasado año.

También se incrementó el número de muertes por malaria, hasta alcanzar los 700 decesos, 300 más que el año precedente.

Además de Colombia y Venezuela, también Nicaragua registró un fuerte aumento de casos, con 12.460 en 2016 frente a los 5.000 del periodo anterior, y Ecuador, que tuvo 1.200 casos de malaria, el doble que un año antes.

Países como República Dominicana, Ecuador, Guayana, Honduras, México y Panamá registraron incrementos de casos menos pronunciados.



Estados Unidos: Lanzan una advertencia por leche sin pasteurizar contaminada con *Brucella abortus* RB51

29 de noviembre de 2017 – Fuente: Hola Doctor (Estados Unidos)

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos aconsejaron a las personas que consumieron leche sin pasteurizar en los últimos seis meses que visiten a su médico, luego que una mujer de New Jersey se infectó con una rara bacteria.

Las personas que compraron y bebieron leche sin pasteurizar de una compañía llamada Udder Milk pudieron haber sido infectadas con un raro germen, pero potencialmente grave, llamado *Brucella abortus* RB51.

Las mujeres pueden sufrir un aborto espontáneo y otras complicaciones del embarazo, por lo que es fundamental que las mujeres embarazadas que hayan consumido la leche sin pasteurizar de Udder Milk busquen atención médica de inmediato, señala el comunicado de los CDC.

"Debido a que los funcionarios de salud no tienen forma directa de informar a las personas que han bebido leche contaminada, todos los que consumieron leche de Udder Milk en los últimos 6 meses deberían recibir antibióticos ahora para evitar los efectos a largo plazo de la bacteria", señaló William Bower, líder del equipo del CDC que investiga la contaminación.

Los CDC emitieron su advertencia después de que el Departamento de Salud de New Jersey ordenó a Udder Milk que dejara de vender productos lácteos sin pasteurizar en el estado.

Leche sin pasteurizar

Udder Milk opera en Nueva York, New Jersey, Connecticut y Rhode Island. El sitio web de la compañía ofrece leche sin pasteurizar, yogurt, crema agria, mantequilla, quesos y leche de dromedario (*Camelus dromedarius*), entre otros productos.

A fines de septiembre, una mujer de New Jersey enfermó después de beber leche sin pasteurizar de Udder Milk. Los CDC confirmaron a fines de octubre que la enfermedad era causada por *Brucella abortus* RB51. Debido a que Udder Milk no ha proporcionado información sobre las granjas que suministran su leche, no ha sido posible rastrear la fuente de la infección de la mujer.

El Departamento de Agricultura de Estados Unidos y la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de Estados Unidos están trabajando con funcionarios de salud y agricultura estatales para encontrar la fuente de la contaminación.

La paciente de New Jersey es el segundo caso provocado por *B. abortus* RB51 en leche sin pasteurizar que se reportó este año en Estados Unidos. El otro se conoció en Texas en julio, pero ambos incidentes no están conectados.

La brucelosis es una enfermedad infecciosa que ocurre por el contacto con animales (ganado vacuno, cabras, dromedarios, perros o cerdos) que portan la bacteria *Brucella*.



La bacteria se puede diseminar a los humanos si la persona entra en contacto con carne infectada, la placenta de animales infectados o si bebe leche o come queso sin pasteurizar.

La brucelosis no es común en Estados Unidos. Todos los años se presentan aproximadamente de 100 a 200 casos.

Los CDC recomiendan que las personas que han consumido leche y otros productos elaborados con leche sin pasteurizar de Udder Milk deben controlarse diariamente durante un mes después de la última vez que bebieron la leche y observar otros síntomas de brucelosis durante seis meses. Estos síntomas incluyen dolor muscular, fatiga duradera, artritis, depresión e hinchazón de los testículos.

La infección por *B. abortus* RB51 no tratada puede ocasionar problemas de salud a largo plazo, como artritis; problemas del corazón; agrandamiento del bazo o el hígado; y, en casos raros, problemas del sistema nervioso como la meningitis. También puede causar enfermedades graves en personas con sistemas inmunitarios debilitados y abortos involuntarios en mujeres embarazadas.

Allergy
EUROPEAN JOURNAL OF ALLERGY
AND CLINICAL IMMUNOLOGY

Estados Unidos: La picadura de ciertas garrapatas puede producir alergia a la carne roja

21 de noviembre de 2017 – Fuente: *Allergy*

Aunque es raro, algunas personas experimentan episodios recurrentes de anafilaxia, una reacción alérgica potencialmente mortal que causa síntomas como la constricción de las vías respiratorias y una peligrosa caída de la presión arterial, y los factores desencadenantes estaban bajo análisis.

Recientemente, se descubrió que la anafilaxia aparentemente inexplicable de algunos pacientes fue causada por una alergia poco común a una molécula que se encuentra naturalmente en la carne roja. La alergia, vinculada a un historial de un tipo específico de picadura de garrapatas, puede ser difícil de identificar para las personas e incluso para los equipos de atención médica.

Seis de los 70 participantes de un estudio –evaluados por anafilaxia frecuente inexplicable– dieron positivo para la alergia a una molécula de azúcar que se encuentra en la carne de res, de cerdo, de cordero y otras carnes rojas.

Los seis participantes varones adultos tenían proteínas inmunitarias asociadas al síndrome alfa-gal (o alergia a la carne roja) en la sangre. Después de implementar dietas libres de carne roja, ninguno de ellos experimentó anafilaxis en los 18 meses a 3 años.

Si bien no se conoce la prevalencia del síndrome alfa-gal, éste se registra principalmente en personas que viven en el sudeste de Estados Unidos y ciertas áreas de New York, New Jersey y New England. Y la mayoría de las personas con síndrome alfa-gal, incluidos los seis participantes evaluados, tienen un historial de picaduras de la garrapata estrella solitaria (*Amblyomma americanum*).

La alergia alfa-gal es una razón más para protegerse de las picaduras de garrapatas. Las alergias alimentarias pueden ser desde un inconveniente hasta una condición que pone en riesgo la vida y plantean un problema en crecimiento que requiere urgentemente más investigación.

La alergia a la carne roja se presenta de forma diferente a las alergias alimentarias más comunes y las pruebas de alergia de rutina no suelen detectar anticuerpos contra alfa-gal.

Además, la mayoría de las reacciones alérgicas a los alérgenos alimentarios comunes, como el maní o los crustáceos, comienzan entre 5 y 30 minutos después de que una persona ha sido expuesta. Pero por razones desconocidas, las reacciones alérgicas a la carne roja pueden ocurrir entre 3 a 6 horas después del consumo de carne roja, lo que hace difícil identificar qué sustancia causó la reacción. Algunos episodios incluso pueden comenzar durante la noche, cuando la persona está durmiendo.

Esta brecha de tiempo inusualmente larga entre una comida y una reacción alérgica es probablemente una gran razón para que las alergias alfa-gal a menudo se diagnostiquen erróneamente.

Los investigadores aún no están seguros de cómo las picaduras de esta clase de garrapatas conducen al síndrome alfa-gal.²



La Prensa

Panamá: Buscan retirar al país de la lista de países con riesgo para fiebre amarilla

29 de noviembre de 2017 – Fuente: *La Prensa* (Panamá)

La vigilancia de la fiebre amarilla, a través de sus diferentes componentes, no se puede abandonar, luego de que concluya el estudio que permita a Panamá salir de la lista de países con riesgo sanitario de la enfermedad.

El investigador del Instituto Conmemorativo 'Dr. William Crawford Gorgas' de Estudios de la Salud (ICGES), Blas Armíén, detalló que esta iniciativa procura fortalecer al Ministerio de Salud (MINSa) en el desarrollo de una actividad permanente, la cual no se puede abandonar.

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

Esto, toda vez que se debe recordar que la aplicación de medidas de salud pública innovadoras a principios del siglo XX permitió al Dr. William Crawford Gorgas erradicar esta enfermedad en las ciudades de Panamá y Colón y permitir la construcción del Canal de Panamá.

Proyecto

Un proyecto que busca retirar el nombre de Panamá de la lista de países de riesgo de fiebre amarilla es desarrollado, desde el pasado 2014, por el ICGES, a través de una solicitud del MINSA.

El titular de Salud, Miguel Antonio Mayo Di Bello, explicó el 23 de noviembre que Panamá no ha sido borrado de la lista de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de los países con riesgo para fiebre amarilla, a pesar de que desde hace muchos años no se presentan casos de la enfermedad en humanos o monos.

Mayo explicó que el país permanece en la lista, porque tienen que probar, en base a un estudio, que no existen casos de fiebre amarilla selvática, el cual se está haciendo, pero toma varios años en concluirlo.

Por su parte, Armién, encargado del trabajo de campo en este proyecto, confirmó que realizan el estudio para sacar a Panamá del libro *Viajes Internacionales y Salud* de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), el cual recoge todos los requerimientos de los viajeros acerca de los riesgos sanitarios y vacunas, entre estos los de la fiebre amarilla.

Armién indicó que para el pasado 2014, el ICGES ya tenía capacidad para hacer el diagnóstico a través de biología molecular de esta enfermedad, todavía no habían entrado al país la fiebre chikungunya ni la fiebre zika.

Agregó que ese año obtuvieron fondos e invitaron a científicos brasileños expertos en el tema, los cuales habían estado uno o dos años antes, y comenzaron el trabajo de capacitación del personal de la institución en la vigilancia pasiva y activa de la fiebre amarilla.

Como parte de este proceso, diseñaron un proyecto para desarrollarlo.

“De hecho, en 2012, las autoridades de salud, efectuaron una reunión con representantes de la OPS para tratar el tema y establecer mejores prácticas para la vigilancia de la fiebre amarilla”, expresó Armién.

Posteriormente el MINSA, con apoyo de la OPS, realizó en 2013 un curso para fortalecer la vigilancia de la fiebre amarilla basado en componentes que se usaron desde la década de 1930 hasta fines de la década de 1970.

El proyecto que se está desarrollando procura fortalecer la vigilancia integral de la fiebre amarilla en Panamá. Se trata de la búsqueda de casos de fiebre amarilla, es decir, los reportados en área selvática, y descartar todos los casos con diagnóstico de síndrome icterico agudo o icterohemorrágico; vigilancia pasiva y activa de primates no humanos (PNH) y búsqueda de PNH que murieron de manera inexplicable para tomarles muestras de sangre y/o tejidos según sea el caso; vigilancia y captura de mosquitos selváticos (*Haemagogus* o *Sabethes*) y urbanos (*Aedes aegypti*), los cuales son vectores de esta enfermedad; y fortalecer la capacidad de diagnóstico.

Los informes del ICGES dan cuenta de que el último brote de fiebre amarilla selvática que se registró en el país fue en 1974, con cinco afectados y tres muertos. El último caso urbano de esta patología ocurrió en 1905.

El mundo



España: Catalunya acumula la mitad de los casos importados de fiebre zika

28 de noviembre de 2017 – Fuente: EFE

Las personas afectadas por el virus Zika todavía se cuentan por decenas en España. Las autoridades sanitarias siguen reportando casos procedentes de países donde el virus es endémico. Según un estudio de la Agencia de Salud Pública de Catalunya y el Instituto de Salud Global de Barcelona, entre 2015 y agosto de 2017, España había detectado 320 casos importados. En Catalunya, en concreto, se registró 53% del total. Como todos los afectados enfermaron en otros países, los investigadores lo achacan al número de inmigrantes y viajeros que hay en Catalunya.

Entre 2015 y agosto de 2017, se registraron en Catalunya 169 casos, según el estudio. Durante este año –hasta el 20 de noviembre, último reporte del Departamento de Salud– se han notificado 33 casos importados de fiebre zika, tres de ellos mujeres embarazadas, de las cuales una abortó porque el feto presentaba malformaciones. “La fiebre zika está vinculada a viajes a Latinoamérica, así que las cifras pueden estar relacionadas con que hay más gente que vive o viaja a Madrid y Barcelona. Creo que esto se debe más a temas poblacionales”, sostiene el investigador Pablo Martínez de Salazar, quien trabajaba en el Institut de Salut Global (ISGlobal) cuando firmó el artículo. Ahora, está en Boston, en la Universidad de Harvard.

La fiebre zika tiene un cuadro clínico leve, similar al de una gripe –fiebre moderada, cansancio, dolor de cabeza–, pero puede ser muy peligroso para las mujeres embarazadas, pues puede provocar afectaciones neurológicas al feto. La transmisión se produce a través del mosquito *Aedes aegypti*, que también transmite otras enfermedades como el dengue o la fiebre chikungunya. Durante 2017, en Catalunya se han registrado 59 casos de dengue y 9 de fiebre chikungunya, todos ellos importados de zonas endémicas.

En el estudio, los investigadores advierten que el riesgo de transmisión autóctona del virus en el territorio catalán es alto. Alegan que, aunque en España no está registrada la presencia de *Ae. aegypti*, sí hay numerosas colonias por toda la costa mediterránea de un pariente suyo, *Aedes albopictus*, que podría ser un vector de transmisión en caso de que se registrase algún caso autóctono. “*Ae. albopictus* está bien establecido en Catalunya, favorecido por las

condiciones ambientales y climáticas, y ha sido reportado en casi 50% del territorio desde su introducción en 2004”, sostiene el informe. Los investigadores admiten también que la comunidad científica desconoce si este mosquito sería un vector competente para transmitir la fiebre zika y el dengue, pero advierten que es “sumamente competente para la transmisión de la fiebre chikungunya”. “La evidencia más próxima y clave es que tendríamos mayor riesgo de tener casos autóctonos de chikungunya porque el vector más adaptado es *Ae. albopictus*”, corrobora el Dr. Antoni Trilla, jefe de epidemiología del Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

En cualquier caso, el estudio concluye que hay un “riesgo moderado-alto de transmisión autóctona y, por tanto, de brotes de virus emergentes y reemergentes transmitidos por mosquitos, incluyendo la fiebre zika, el dengue, la fiebre chikungunya y la fiebre del Nilo Occidental”. “En toda la costa mediterránea existe el mismo riesgo, porque la presencia del mosquito está documentada en toda esta zona”, matiza Martínez De Salazar.

En cualquier caso, los investigadores señalan en el estudio la necesidad de preparar la respuesta para una potencial transmisión autóctona. “El impacto de estas enfermedades va más allá de la salud. Afecta a la economía, al turismo... Imagínense que hay un brote de fiebre chikungunya en el Eixample³. Eso produciría un impacto en el sector turístico. Por ello, es preciso estar preparados para responder a estas enfermedades emergentes. No podemos evitar que empiece un brote porque no podemos controlar al mosquito, pero cuanto antes se intervenga, antes se podrá controlar el brote”, apunta el investigador.

Martínez De Salazar asegura que el sistema de salud es “robusto” y tiene capacidad para responder, pero hay que mejorar algunos aspectos. “Hay que fortalecer ciertas áreas, como mejorar la coordinación de los sistemas de salud, que los clínicos tomen más conciencia de estas enfermedades y mejorar los sistemas diagnósticos”, apunta.



Europa: Menos de un tercio de los países cuentan con políticas para vacunar a los refugiados

22 de noviembre de 2017 – Fuente: Organización Mundial de la Salud – Oficina Regional para Europa

La Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado un informe en el que alerta de que menos de un tercio de los países europeos cuentan con políticas destinadas a inmunizar a los refugiados, incluidos las mujeres embarazadas y los niños.

Se trata de una advertencia a pesar de que recientemente la OMS, junto al Fondo de Naciones Unidas para la Infancia y el Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados, recomendaron incluir en los calendarios de vacunación, y “sin demoras innecesarias”, a los refugiados y migrantes.

En este sentido, el informe *Revisión de la evidencia sobre entrega, acceso y utilización equitativas de servicios de inmunización para migrantes y refugiados en la Región Europea de la OMS (2017)*⁴, se basa en una revisión de las políticas y prácticas de vacunación existentes en los países europeos para refugiados y migrantes, reflejando que estas medidas varían mucho entre unos estados y otros.

En concreto, en la mayoría de los países la prestación de los servicios de inmunización la realizan los servicios públicos de salud, si bien las asociaciones internacionales y las ONG participan en la implementación de estas prácticas nivel local. No obstante, existen barreras en la implementación y uso de los servicios de vacunación debido, entre otros motivos, a problemas socioeconómicos, socioculturales y educativos.

Del mismo modo, la OMS ha alertado de que la falta de recursos financieros y humanos, especialmente intérpretes, es otro de los principales problemas a la hora de implementar de forma efectivas las políticas nacionales de inmunización para refugiados y migrantes.

Por todo ello, el informe europeo de la OMS recomienda diseñar estrategias de vacunación “culturalmente apropiadas”; garantizar el compromiso político para abordar las barreras en el acceso a los servicios de vacunación; desarrollar planes de implementación “realistas” con “sólidos” marcos de monitoreo y evaluación; fomentar la investigación; y promover la colaboración transfronteriza y el intercambio de buenas prácticas entre los países de la Región Europea de la OMS.

Del mismo modo, la OMS aconseja mejorar la alfabetización en la asistencia sanitaria a refugiados y migrantes; proporcionar materiales de información en los idiomas de los países de origen de estos colectivos; y ofrecer capacitación adecuada e información “culturalmente relevante” a los proveedores de los servicios sanitarios.



³ El Eixample (nombre catalán oficial) o el Ensanche, es el nombre que recibe el distrito segundo de la ciudad de Barcelona, que ocupa la parte central de la ciudad, en una amplia zona de 7,46 km², que fue diseñada por Ildefonso Cerdá. Es el distrito más poblado de Barcelona y de toda España en términos absolutos (262.485 habitantes) y el segundo en términos relativos (35.586 hab/km²).

En el distrito del Eixample se pueden encontrar algunas de las vías y plazas más conocidas de Barcelona, como el paseo de Gracia, la rambla de Catalunya, la plaza de Catalunya, la avenida Diagonal, la calle de Aragón, la Gran Vía de las Cortes Catalanas, la calle de Balmes, la ronda de San Antonio, la ronda de San Pedro, el paseo de San Juan, la plaza de la Sagrada Familia, la plaza de Gaudí, y en sus extremos, la plaza de las Glorias Catalanas y la plaza Francesc Macià.

Asimismo, en el Eixample se encuentran numerosos puntos de interés turístico y ciudadano como la Basílica de la Sagrada Familia, la Casa Milà, la Casa Batlló, el Teatro Nacional de Catalunya, el Auditorio de Barcelona, la Plaza de Toros Monumental, la Casa de les Punxes, así como numerosos cines, teatros, restaurantes, hoteles y otros lugares de ocio.

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

THE LANCET **Gran Bretaña: Resurgimiento de la escarlatina** Infectious Diseases 27 de noviembre de 2017 – Fuente: *The Lancet Infectious Diseases*

La antigua y mortal escarlatina está aumentando en Inglaterra y en el este de Asia, y los investigadores no conocen las causas de este resurgimiento.

Mientras que las tasas actuales en Inglaterra son similares a las registradas a principios de la década de 1900, la magnitud del reciente aumento es mayor que cualquiera documentado en el siglo pasado.

Si bien las notificaciones hasta el momento en 2017 sugieren un leve descenso en las cifras, se continúa monitoreando la situación muy cuidadosamente y estudiando el aumento.

La escarlatina se identifica por una erupción roja brillante que se siente como lija y es una enfermedad altamente contagiosa causada por la misma bacteria causante de la amigdalitis, *Streptococcus pyogenes* del grupo A.

La escarlatina, que históricamente ha sido una causa común de muerte de niños, ha disminuido en los últimos dos siglos, y cualquier aumento de los casos se dan típicamente después de un patrón cíclico natural, cada cuatro a seis años.

Pero desde 2009, los casos han aumentado constantemente en varios países asiáticos, incluyendo en Vietnam, Corea del Sur, Hong Kong y China.

Después un brote golpeó a Inglaterra, donde los casos se triplicaron en un año, pasando de 4.700 en 2013 a 15.637 en 2014. Las infecciones siguieron aumentando a cerca de 20.000 en 2016, la cifra más alta en 50 años para Gran Bretaña.

Las admisiones en los hospitales durante el brote en Inglaterra también fueron altas, dijeron los investigadores, casi duplicándose entre 2013 (703 casos) y 2016 (1.300 casos).⁵



SCIENTIFIC REPORTS **Los microbiomas de las moscas como reservorios de transmisión bacteriana** 24 de noviembre de 2017 – Fuente: *Scientific Reports*

Se sabe que las moscas transportan gérmenes que van recogiendo y propagando por todos los lugares donde viajan.

Esto no es una sorpresa considerando que para reproducirse suelen colocar sus huevos en lugares como basura, excrementos o animales muertos.

Por eso nos horroriza cuando uno de estos insectos se posa en nuestro plato de comida.

Lo que hasta ahora no se sabía es cuántos microbios pueden viajar en una mosca.

La respuesta es que son muchos más de lo que creíamos.

La mosca doméstica (*Musca domestica*) y el moscardón (*Chrysomya megacephala*), dos de las especies más comunes de mosca, pueden albergar más de 300 bacterias distintas, según un análisis de ADN. Y la mayoría de estos microbios pueden propagar enfermedades en humanos, incluidas infecciones intestinales, sepsis y neumonía.

Tal como mostraron los experimentos del estudio, las moscas pueden propagar bacterias de un lugar a otro en sus patas, tarsos y alas. De hecho, con cada paso que da una mosca puede transferir bacterias vivas.

Se tenía cierta noción de que hay patógenos que pueden ser transportados por las moscas, pero no se conocía hasta qué punto esto es cierto o el alcance en que ocurre esta transferencia.



Los pelos en el cuerpo de las moscas atraen bacterias.

⁵ La escarlatina es un síndrome caracterizado por faringitis exudativa, fiebre y exantema eritematoso. Es causada por las exotoxinas pirógenas estreptocócicas (EPEs) tipo A, B y C producidas por estreptococos beta hemolíticos del grupo A (GABHS) que se encuentran en secreciones y secreciones de la nariz, orejas, garganta y piel. La escarlatina puede aparecer después de infecciones o quemaduras por estreptococos, así como de infecciones del tracto respiratorio superior. Brotes transmitidos por alimentos han sido reportados. La erupción generalmente comienza en el pecho y el estómago y luego se extiende al resto del cuerpo. El exantema es palpable por estar constituido por placas confluentes y da sensación de aspereza al tocarlo. Los pliegues de la piel alrededor de las axilas, los codos y las rodillas también pueden volverse de un rojo más intenso que la erupción circundante. La erupción suele durar entre 2 y 7 días. Después de que haya remitido, la piel afectada se exfolia, al igual que la piel en las puntas de los dedos de manos y pies. Además de sepsis, la enfermedad puede presentar las mismas complicaciones de otras infecciones estreptocócicas.

Durante muchos siglos, la escarlatina fue devastadora. Los infectados eran aislados durante muchas semanas, y su ropa de cama y pertenencias eran quemadas para prevenir que la enfermedad se propagara.

El por qué la prevalencia de esta enfermedad empezó a decaer, incluso antes del extendido uso de los antibióticos, es todo un misterio.

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



Se encontró que el moscardón transporta 316 tipos de bacteria.

Propagación en brotes

Los científicos utilizaron técnicas de secuenciación de ADN para estudiar una colección de microbios que se encuentran dentro y sobre los cuerpos de la mosca doméstica y el moscardón.

Descubrieron que la mosca doméstica, que se encuentra en todo el mundo, puede albergar 351 tipos de bacteria. El moscardón, que se ubica en climas más calientes, transporta 316.

Un gran número de estos patógenos son transportados por ambos tipos de mosca.

Quizás las autoridades de salud pública no han dado suficiente importancia a las moscas como un elemento de propagación de enfermedades. Este estudio puede mostrar un mecanismo de transmisión de patógenos que ha sido ignorado por los funcionarios de salud pública.

Las moscas pueden contribuir a la rápida transmisión de patógenos en situaciones de brotes de enfermedades.

Los investigadores analizaron el microbioma de 116 moscas domésticas y moscardones de tres continentes diferentes. Además de detectar y caracterizar el grupo de los gérmenes encontrados dentro de los estómagos de los insectos, los científicos también analizaron el contenido microbiano de cada parte individual del cuerpo.

Descubrieron que las patas eran responsables de la transferencia de la mayoría de los organismos microbianos de una superficie a otra.

Las patas y alas muestran la mayor diversidad microbiana en el cuerpo de la mosca, lo que sugiere que las bacterias usan a las moscas como transportadores aéreos.

Quizás la bacteria sobrevive a su viaje creciendo y propagándose hacia una nueva superficie. De hecho, el estudio muestra que en cada uno de los cientos de pasos que da una mosca deja tras de sí un rastro de una colonia microbiana.

Utilidad

Esto, sin embargo, no quiere decir que las moscas sean inútiles. Estos insectos pueden actuar como sistemas de advertencia temprana de enfermedades o incluso como "drones vivientes" que pueden ser enviados a espacios confinados para buscar microbios.

De hecho, las moscas podrían ser liberadas de forma intencional como drones bióticos autónomos en espacios pequeños o grietas y, cuando se las vuelve a capturar, se puede obtener información sobre cualquier material biótico que han encontrado.

Las moscas domésticas son conocidas por sus malos hábitos de higiene y se sospecha que propagan una serie de enfermedades humanas, animales y vegetales.

Los moscardones son una de las especies más comunes de mosca que suelen encontrarse en animales muertos.

También son comunes en áreas urbanas y a menudo se les encuentra cerca de plantas procesadoras de carne, vertederos de basura y mataderos.⁶



Cabeza de un moscardón bajo un microscopio de electrones.



Lactancia materna y transmisión del VIH

28 de noviembre de 2017 – Fuente: 16th European AIDS Conference

Según se afirmó durante la conferencia de la Asociación Británica del VIH (BHIVA), que tuvo lugar recientemente en Londres (Gran Bretaña), si bien el tratamiento efectivo contra el VIH reduce en gran medida el riesgo de transmisión del virus durante la lactancia materna, no parece que dicho riesgo sea cero. A pesar de que la alimentación con leche de fórmula es la opción más segura para aquellas mujeres con el VIH que deciden ser madres en países de altos ingresos, algunas eligen amamantar y los profesionales de la salud deberían poder asesorarlas para hacerlo de la manera más segura posible.

Las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicadas en el año 2016 recomiendan que las mujeres que viven con el VIH amamenten a sus bebés, del mismo modo que las mujeres sin el virus. Sin embargo, las directrices de la OMS están dirigidas principalmente a aquellos países con altas tasas de prevalencia del VIH, en los que la falta de acceso al agua potable es frecuente y hace necesario que se sopesen los riesgos de transmisión del VIH a través de la leche materna ante los riesgos de malnutrición infantil, infecciones y mortalidad que plantea la alimentación con leche de fórmula en esos contextos. Cuando estos riesgos no están presentes, como en el ámbito europeo, se recomienda que las madres con el VIH utilicen leche de fórmula.

Tras la difusión de la Campaña por el Acceso a la Prevención "I=I" (indetectable es igual a intransmisible) en la que se afirma que las personas que toman tratamiento antirretroviral tal como ha sido prescrito y mantienen su car-

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

ga viral indetectable no constituyen un riesgo de transmisión del VIH para sus parejas no infectadas, investigadores del Hospital St. Marys de Londres se plantean si esta condición se puede aplicar también a los casos de amamantamiento.

Existen muy pocos datos sobre las mujeres con el VIH que deciden amamantar en nuestro entorno. Se ha publicado que en Gran Bretaña cada año alrededor de 1.200 bebés nacen de mujeres que viven con el VIH y, desde 2012, solamente se han notificado 40 casos de amamantamiento. En todos ellos, las mujeres tenían la carga viral indetectable y no se produjeron transmisiones.

Sin embargo, diferentes estudios conducidos en África e India aportan información más extensa. Un metaanálisis reciente incluyó la revisión de 11 estudios sobre mujeres con el VIH que estaban amamantando mientras recibían tratamiento antirretroviral halló una tasa de transmisión postnatal del 1,1% a los 6 meses.

En otra revisión del estudio PROMISE, que contó con 1.220 madres con sus respectivos hijos, se halló una tasa de transmisión postnatal de 0,3% a los 6 meses y de 0,6% a los 12 meses. Estos resultados sugieren que un mayor tiempo de lactancia materna podría aumentar el riesgo de transmisión. Sin embargo, la alimentación mixta (leche materna y leche de fórmula) a partir del sexto mes también podría haber contribuido a que la tasa de transmisión fuese mayor.

Tanto en el anterior metaanálisis como en PROMISE no se tuvieron en cuenta las cargas virales de las madres.

Un estudio llevado a cabo en Tanzania (África) en el que sí se tuvo en cuenta la relación entre transmisiones y carga viral de la madre. De los 177 bebés alimentados exclusivamente por leche materna por madres con el VIH que iniciaron el tratamiento antirretroviral antes del parto, hubo dos transmisiones. En uno de los casos la madre tenía una alta carga viral y, en el otro, la madre había dejado de recibir el tratamiento. En contraste, no se produjo ninguna transmisión en aquellas madres con carga viral indetectable. Los resultados de este estudio sugieren que el riesgo de transmisión del VIH a través de la lactancia de madres con la carga viral indetectable es –en el caso de existir– muy bajo. Sin embargo, estos datos son insuficientes para extrapolar el mensaje I=I en la lactancia.

Tras la revisión de los estudios, los investigadores londinenses recomiendan adoptar un modelo de reducción de daños en aquellas mujeres con el VIH que deseen amamantar. Algunas de las recomendaciones se basan en informar que la leche con fórmula es la más segura y que la lactancia materna, aunque es una opción, podría tener cierto riesgo de transmisión, aunque éste fuera bajo.

El asesoramiento debería tener en cuenta los factores de riesgo de transmisión del VIH durante la lactancia materna. Entre ellos, las mujeres con el VIH que deseen amamantar deberían tener una total adherencia al tratamiento, una carga viral indetectable (idealmente también durante el embarazo), minimizar la duración de la lactancia, comprometerse con el equipo multidisciplinar y estar dispuestas a realizar un seguimiento mensual.

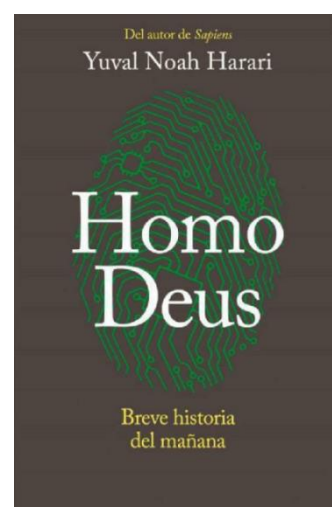
En estos momentos la Asociación Infantil del VIH (CHIVA) en colaboración con los defensores de los pacientes y con el fin de proporcionar información simplificada sobre este tema está redactando recomendaciones donde se incluyen las preferencias de las mujeres, guiándolas hacia un enfoque lo más seguro posible. En estas directrices se incluyen tres puntos clave: amamantar sólo si se tiene carga viral indetectable, amamantar solamente si la mujer o el bebé no tienen problemas estomacales y si los senos y pezones de la mujer están sanos y sin signos de lesión o infección.

Reflexión

Durante el último siglo, la humanidad se hizo más vulnerable todavía a las epidemias debido a la coincidencia en el tiempo de un crecimiento demográfico y la mejora de los medios de transporte. Una metrópolis moderna, como Tokio o Kinshasa, ofrecen a los patógenos unos terrenos de caza mucho más ricos que la Florencia medieval o el Tenochtitlan de 1520, y la red de transporte global es en la actualidad más eficiente incluso que en 1918. Un virus español puede abrirse camino hasta el Congo o Tahití en menos de veinticuatro horas. Por lo tanto, no habría sido descabellado esperar un infierno epidemiológico, con un envite tras otro de enfermedades letales.

Sin embargo, tanto la incidencia como el impacto de las epidemias se han reducido espectacularmente en las últimas décadas. En particular, la mortalidad infantil global es la más baja de todas las épocas: menos del 5 por ciento de los niños mueren antes de llegar a la edad adulta. En el mundo desarrollado, la tasa es inferior al 1 por ciento⁷. Este milagro se debe a los progresos sin precedentes de la medicina del siglo XX, que nos ha proporcionado vacunas, antibióticos, mejoras en la higiene y una infraestructura médica mucho mejor.

Por ejemplo, una campaña global de vacunación contra la viruela obtuvo un éxito tan grande que en 1979 la Organización Mundial de la Salud declaró que la humanidad había ganado y que la viruela se había erradicado por completo. Era la primera epidemia que los hu-



⁷ Los valores medios entre 2005 y 2010 fueron de 4,6% global, de 7,9% en África y de 0,7% en Europa y Norteamérica. Véase "Infant Mortality Rate (Both Sexes Combined) by Major Area, Region and Country, 1950-2010 (Infant Deaths for 1000 Live Births), estimates", *World Population Prospects: the 2010 Revision*, UN Department of Economic and Social Affairs, abril de 2011, consultado el 26 de mayo de 2012 (disponible [aquí](#)). Véase también Alain Bideau, Bertrand Desjardins y Hector Perez-Brignoli, eds., *Infant and Child Mortality in the Past*, Oxford, Clarendon Press, 1997; Edward Anthony Wrigley et al., *English Population History from Family Reconstitution, 1580-1837*, Cambridge, Cambridge University Press, 1997, pp. 295-296, p. 303.

manos conseguían eliminar de la faz de la Tierra. En 1967, la viruela infectaba todavía a 15 millones de personas y mataba a dos millones, pero en 2014 ni una sola persona estaba infectada ni murió de esa enfermedad. La victoria ha sido tan completa que en la actualidad la OMS ha dejado de vacunar a los humanos contra la viruela.⁸

Cada pocos años nos alarma el brote de alguna nueva peste potencial, como ocurrió con el SARS (síndrome respiratorio agudo grave) en 2002-2003, la gripe aviar en 2005, la gripe porcina en 2009-2010 y el ébola en 2014. Sin embargo, gracias a contramedidas eficaces, estos incidentes, hasta ahora, han resultado en un número de víctimas comparativamente reducido. El SARS, por ejemplo, inicialmente provocó temores de una nueva Peste Negra, pero acabó con la muerte de menos de 1.000 personas en todo el mundo⁹.

El brote de ébola en África Occidental parecía al principio que escalaba fuera de control, y el 26 de septiembre de 2014 la OMS lo describía como “la emergencia de salud pública más grave que se ha visto en la era moderna”.¹⁰

No obstante, a principios de 2015 la epidemia se había refrenado, y en enero de 2016 la OMS declaró que había terminado. Infectó a 30.000 personas (de las que mató a 11.000), causó enormes perjuicios económicos en toda África Occidental y provocó angustia en todo el mundo; pero no se expandió más allá de África Occidental, y el total de víctimas no se acercó siquiera a la escala de la gripe española o a la epidemia de viruela en México.

Incluso la tragedia del sida, aparentemente el mayor de los fracasos médicos de las últimas décadas, puede considerarse una señal de progreso. Desde su primer brote importante a principios de la década de 1980, más de 30 millones de personas han muerto de sida, y decenas de millones más han padecido daños físicos y psicológicos debilitantes por su causa. Era difícil comprender y tratar la nueva epidemia porque el sida es una enfermedad enrevesada y única. Mientras que un humano infectado por el virus de la viruela muere a los pocos días, un paciente infectado por el VIH puede parecer perfectamente sano durante semanas o meses, pero contagia a otros sin saberlo. Además, el VIH no mata por sí mismo. Lo que hace es destruir el sistema inmunitario, con lo que expone al paciente a otras muchas enfermedades. Son esas enfermedades secundarias las que en realidad matan a las víctimas del sida. En consecuencia, cuando el sida empezó a extenderse, fue especialmente difícil entender qué era lo que estaba ocurriendo. Cuando en 1981 dos pacientes ingresaron en un hospital de Nueva York, uno de ellos al borde de la muerte por neumonía y el otro por cáncer, no era en absoluto evidente que ambos fueran de hecho víctimas del VIH, del que podían haberse infectado meses o incluso años antes.¹¹

Sin embargo, a pesar de estas dificultades, después de que la comunidad médica tuviera conciencia de la nueva y misteriosa peste, los científicos solo tardaron dos años en identificarla, entender cómo se propaga el virus y sugerir maneras eficaces de desacelerar la epidemia. En otros diez años, nuevos medicamentos transformaron el sida, hasta entonces una sentencia de muerte, en una enfermedad crónica (al menos para los que son lo bastante pudientes para permitirse el tratamiento)¹². Piense el lector qué habría ocurrido si el brote de sida se hubiera producido en 1581 en lugar de en 1981. Con toda probabilidad, nadie en aquel tiempo habría imaginado qué causaba la epidemia, cómo se transmitía de una persona a otra o cómo se la podía detener (y mucho menos curar). En tales condiciones, el sida podría haber aniquilado a una porción mucho mayor de la especie humana, igualando o incluso superando las cifras de la Peste Negra.

Extraído de *Homo Deus. Breve historia del mañana*, de Yuval Noah Harari.

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.

⁸ David A. Koplow, *Smallpox: The Fight to Eradicate a Global Scourge*, Berkeley, University of California Press, 2004; Abdel R. Omer, “The Epidemiological Transition: A Theory of Population Change”, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 83, 4 (2005), pp. 731-757; Thomas McKeown, *The Modern Rise of Populations*, Nueva York, Academic Press, 1976 [hay una traducción al español: *El crecimiento moderno de la población*, Barcelona, Antoni Bosch, 1978]; Simon Szreter, *Health and Wealth: Studies in History and Policy*, Rochester, University of Rochester Press, 2005; Roderick Floud, Robert W. Fogel, Bernard Harris y Sok Chul Hong, *The Changing Body: Health, Nutrition and Human Development in the Western World since 1700*, New York, Cambridge University Press, 2011; James C. Riley, *Rising Life Expectancy: A Global History*, New York, Cambridge University Press, 2001.

⁹ “Cholera”, World Health Organization, febrero de 2014, consultado el 18 de diciembre de 2014 (disponible [aquí](#)).

¹⁰ “Experimental Therapies: Growing Interest in the Use of Whole Blood or Plasma from Recovered Ebola Patients”, World Health Organization, 26 de septiembre de 2014, consultado el 23 de abril de 2015 (disponible [aquí](#)).

¹¹ Hung Y. Fan, Ross F. Conner y Luis P. Villarreal, *AIDS: Science and Society*, 6ª ed., Sudbury, Jones and Bartlett Publishers, 2011.

¹² Peter Piot y Thomas C. Quinn, “Response to the AIDS Pandemic - A Global Health Model”, *The New England Journal of Medicine*, 368, 23 (2013), pp. 2210-2218.