



# Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente

[www.reporteepidemiologicocordoba.com](http://www.reporteepidemiologicocordoba.com)

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

## # 2.001

15 de diciembre 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)

### Córdoba

- Un bebé de dos meses internado por botulismo
- Con las altas temperaturas, reaparecen los casos de síndrome urémico hemolítico

### Argentina

- Vigilancia de infecciones de transmisión sexual en mujeres
- Una campaña detecta que casi 1% de la población tiene hepatitis C

### América

- Brasil, São Paulo: La fiebre amarilla ya mató a 501 monos en 16 meses
- Estados Unidos: El brote de campilobacteriosis relacionado con una cadena de tiendas de mascotas se expandió a 17 estados

- República Dominicana: Suman 62 las muertes por leptospirosis este año

### El mundo

- África: Crecen los niveles de resistencia a los fármacos contra el VIH
- Bangladesh: Detectan 722 casos de difteria en campos de refugiados
- España, Catalunya: Brote de hepatitis A entre HSH en Barcelona
- Japón: El *karoshi*, la muerte por exceso de trabajo, ya es un problema de salud pública
- Kenia: Brote de cólera
- Yemen: Cientos de casos de difteria a causa del conflicto y el bloqueo
- Las enfermedades respiratorias podrían afectar a los hombres más que a las mujeres

### Adhieren:

**SLAMVI**

Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

[www.slamviweb.org/](http://www.slamviweb.org/)

**CIRCULO MÉDICO DE CÓRDOBA**

[www.circulomedicocba.org/](http://www.circulomedicocba.org/)

**Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba**

[www.consejomedico.org.ar/](http://www.consejomedico.org.ar/)



Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas

Universidad Nacional de Córdoba

[www.biblioteca.fcm.unc.edu.ar/](http://www.biblioteca.fcm.unc.edu.ar/)



S.A.D.I.

[www.said.org.ar/](http://www.said.org.ar/)

**Comité Nacional de Infectología**

Sociedad Argentina de Pediatría

[www.sap.org.ar/](http://www.sap.org.ar/)



[www.apinfectologia.org/](http://www.apinfectologia.org/)

**Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica**

[www.sadip.net/](http://www.sadip.net/)



Asociación Parasitológica Argentina

[www.apargentina.org.ar/](http://www.apargentina.org.ar/)

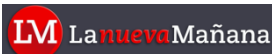
### A propósito de la editorial del Número 2.000

En las cifras sobre el número total de suscriptos, se incluyeron por error datos que no estaban actualizados. Las cifras correctas son las siguientes:

“En la actualidad, el número de suscriptos se ha elevado hasta los 137.450, en 145 naciones de todos los continentes. De ellos, el 65% –más de 89.000– son argentinos; los países que le siguen, en número de suscriptos son: Rusia, Colombia, Brasil, México, Uruguay, Estados Unidos, Costa Rica, Perú y España”.

Parece mentira, pero nos equivocamos con nuestras propias estadísticas. Esperamos que sepan disculparnos.

## Córdoba



### Un bebé de dos meses internado por botulismo

14 de diciembre de 2017 – Fuente: La Nueva Mañana (Argentina)

Un bebé de dos meses se encuentra internado en el Sanatorio Allende de la ciudad de Córdoba, luego de haber sido diagnosticado con botulismo.

Se trata de una intoxicación producida por la ingestión de alimentos envasados en malas condiciones, en especial embutidos y conservas pero en este caso se informó que la forma de ingreso de la bacteria en el organismo del bebé fue por vía inhalatoria.

El director médico del Sanatorio Allende Cerro, René Vandersande, relató que el niño “ingresó por guardia con un cuadro clínico de debilidad muscular, trastorno de sensorios, fue evaluado por el equipo de pediatría y se decidió su internación”.

“Se le realizan los estudios del caso y se confirma el diagnóstico de botulismo”, precisó el médico, quien informó que el paciente “se encuentra con respirador”.

“La situación es de estabilidad dentro de la gravedad del cuadro, con todas las medidas de soporte y habiendo hecho el tratamiento específico para esta patología”, explicó.



### Con las altas temperaturas, reaparecen los casos de síndrome urémico hemolítico

14 de diciembre de 2017 – Fuente: La Voz del Interior (Argentina)

En las últimas semanas y coincidiendo con el aumento de las temperaturas, volvieron a registrarse en Córdoba casos de síndrome urémico hemolítico (SUH), severa enfermedad alimentaria que afecta en especial a los chicos menores de 5 años.

Así, desde noviembre se notificaron cuatro nuevos casos en la provincia, con los cuales ya son 32 en lo que va del año. Los datos provienen del Área de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Provincia.

La médica Patricia Delia Esquivel, referente del área en este tema, informó que la mayoría de los casos fueron graves, y requirieron internación en terapia intensiva, además de diálisis y transfusiones.

También señaló que no se pudo establecer la fuente específica relacionada con la ocurrencia de los casos. “No se pudo aislar un alimento sospechoso en particular”, explicó. “Más que todo, estamos vinculando la infección a las prácticas en la manipulación de alimentos, lo que incluye el lavado de manos, la conservación de los alimentos y de la cadena de frío, y la contaminación cruzada”, indicó.

En 2016, a su vez, los casos registrados hasta la fecha habían sido 47, 15 más que este año. Pero a pesar de esa reducción, Esquivel subrayó que, lejos de relajarse, se deben profundizar las medidas de prevención contra el SUH, en particular en estos meses.

“Con las temperaturas elevadas siempre hay un aumento de los casos”, dijo, y advirtió que lo usual es que se produzca un pico de casos entre fines de noviembre y diciembre, y otro en enero. Eso se debe a que el calor favorece la proliferación del germen que causa la infección.

### El lavado de manos

En Argentina la causa más frecuente del SUH es la bacteria *Escherichia coli* productora de la toxina Shiga (STEC), relacionada con la contaminación fecal, cuyo serotipo más común es el O157. El reservorio natural más importante de este patógeno es el ganado bovino. Por eso son múltiples las vías por las que la bacteria puede llegar al organismo.

Alimentos contaminados como carne mal cocida (en particular si está picada); verduras u hortalizas regadas con agua no segura; lácteos sin pasteurizar o que perdieron la cadena de frío; agua contaminada (por ingestión o al bañarse en ríos o espejos de agua) son algunas de ellas.



Pero también el contagio de persona a persona por vía fecal oral, la contaminación cruzada (por ejemplo por el uso de los mismos utensilios para carnes crudas y alimentos listos para consumir) y la manipulación inadecuada de alimentos, también están entre las formas de transmisión.

“Durante mucho tiempo se hizo foco en la necesidad de cocinar la carne por completo, medida que debe sostenerse, pero ahora se está viendo también que es esencial insistir en el correcto lavado de manos”, señaló Esquivel.

Las manos deben lavarse con frecuencia con agua y jabón, y siempre hay que hacerlo después de ir al baño y de cambiar pañales; antes y después de cocinar o manipular alimentos; antes de comer, y después de tocar mascotas. Ese hábito, además, no sólo deben internalizarlo los adultos sino también los niños.

La referente de Epidemiología también destacó, que en los meses cálidos, es fundamental además reforzar los cuidados no sólo al manipular sino también al conservar los alimentos. “Es esencial conservar la cadena de frío de los productos perecederos, y por eso son los que se deben comprar a último momento al ir al supermercado”, aconsejó. De la misma manera, recordó que los alimentos no deben ser descongelados a temperatura ambiente sino en la heladera, y la comida nunca debe permanecer fuera de la heladera.

Además, enfatizó la necesidad de usar distintos utensilios (tablas, cuchillos) para carnes crudas y alimentos cocidos o listos para consumir (como ensaladas), para evitar la contaminación cruzada.

## Argentina



### Vigilancia de infecciones de transmisión sexual en mujeres<sup>1</sup>

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

**Tabla 1.** Casos confirmados según etiología, provincia y región, y total de casos estudiados. Argentina. Años 2016/2017, hasta semana epidemiológica 43. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo SIVILA.

Provincia/Región	<i>Trichomonas vaginalis</i>		<i>Ureaplasma spp.</i>		<i>Neisseria gonorrhoeae</i>		Otros*		Total estudiados	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1	3	7	9	—	30	1	31	25	164
Buenos Aires	40	54	16	9	7	1	40	41	896	807
Córdoba	55	41	—	—	5	—	6	9	1.011	696
Entre Ríos	27	37	—	—	4	3	—	—	699	584
Santa Fe	5	—	—	—	—	—	—	27	7	396
<b>Centro</b>	<b>128</b>	<b>135</b>	<b>23</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>34</b>	<b>47</b>	<b>108</b>	<b>2.638</b>	<b>2.647</b>
Mendoza	8	9	3	—	—	2	—	—	223	235
San Juan	—	—	9	—	—	—	—	—	235	—
San Luis	41	54	2	47	2	5	17	60	433	785
<b>Cuyo</b>	<b>49</b>	<b>63</b>	<b>14</b>	<b>47</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>17</b>	<b>60</b>	<b>891</b>	<b>1.020</b>
Corrientes	3	5	—	—	—	—	—	—	73	141
Chaco	1.096	878	96	90	136	134	65	52	13.650	11.608
Formosa	—	—	—	—	—	—	3	—	11	1
Misiones	11	15	—	—	—	—	—	—	23	15
<b>NEA</b>	<b>1.110</b>	<b>898</b>	<b>96</b>	<b>90</b>	<b>136</b>	<b>134</b>	<b>68</b>	<b>52</b>	<b>13.757</b>	<b>11.765</b>
Catamarca	2	7	—	—	—	—	—	—	10	15
Jujuy	79	85	—	—	1	1	—	1	854	674
La Rioja	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Salta	309	426	2	4	4	2	1	19	2.455	3.250
Santiago del Estero	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tucumán	157	213	97	200	5	4	53	114	2.634	3.314
<b>NOA</b>	<b>547</b>	<b>731</b>	<b>99</b>	<b>204</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>54</b>	<b>134</b>	<b>5.953</b>	<b>7.254</b>
Chubut	61	32	30	52	18	14	43	81	937	810
La Pampa	45	60	9	13	—	1	3	5	211	237
Neuquén	17	49	—	—	—	2	1	2	98	240
Río Negro	342	254	5	—	5	8	11	—	1.868	1.455
Santa Cruz	114	87	16	11	—	—	16	10	1.403	1.190
Tierra del Fuego	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<b>Sur</b>	<b>579</b>	<b>482</b>	<b>60</b>	<b>76</b>	<b>23</b>	<b>25</b>	<b>74</b>	<b>98</b>	<b>4.517</b>	<b>3.932</b>
<b>Total Argentina</b>	<b>2.413</b>	<b>2.309</b>	<b>292</b>	<b>435</b>	<b>187</b>	<b>207</b>	<b>260</b>	<b>452</b>	<b>27.756</b>	<b>26.618</b>

\* Incluye *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium* y *Mycoplasma hominis*.

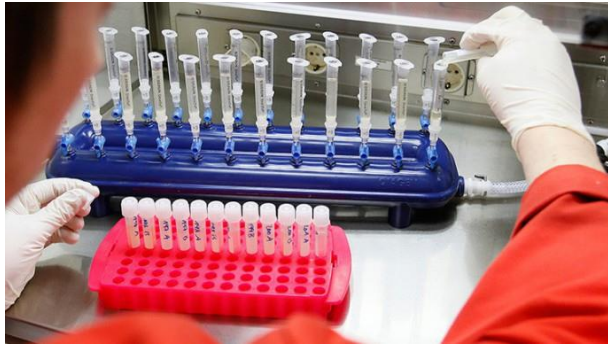


### Una campaña detecta que casi 1% de la población tiene hepatitis C

12 de diciembre de 2017 – Fuente: Telenoticiosa Americana (Argentina)

La primera Campaña Nacional de Concientización y Detección de la Hepatitis C, que involucró a más de 44 hospitales de Argentina, reportó que 0,72% de las personas testeadas tenía el virus, lo que representa una estadística similar a la prevalencia estimada de 1%, es decir que unas 400.000 personas tienen la enfermedad en el país.

<sup>1</sup> Estudiadas en laboratorio, a través del Sistema de Vigilancia Laboratorial (SIVILA), del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS).



La campaña, que fue una acción conjunta entre la Asociación Argentina para el Estudio de las Enfermedades del Hígado (AAEEH) y el Laboratorio Nacional de Referencia para Hepatitis Virales de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán', logró testear a 11.000 personas durante septiembre último, de las cuales 79 fueron positivas y ya fueron derivadas para su tratamiento en el hospital de referencia.

"Se trata de personas que se acercaron voluntariamente, tras una fuerte campaña previa de difusión con entrega de folletos. Es importante destacar que no tenían ningún síntoma y, sin embargo, de no haber sido detectado el virus, la enfermedad hubiera avanzado", indicó Ezequiel Ridruejo, presidente de la AAEEH.

Ridruejo señaló que "si bien no fue un estudio con fines estadísticos, permitió obtener una estimación real de la prevalencia, que resultó similar a los modelos de cálculo que aplicamos, que nos daba 1%".

"A diferencia de muchas otras enfermedades crónicas y graves, la hepatitis A se puede curar en más de 95% de los casos, en pocas semanas y prácticamente sin efectos adversos", agregó.

Por su parte, Jorge González, Jefe del Servicio de Laboratorio del ANLIS, destacó el esfuerzo por haber realizado esta campaña "en forma coordinada entre tantas instituciones a lo largo y a lo ancho del país", lo que la convierte en la primera de alcance nacional.

"Hay que seguir implementando campañas de detección y concientización porque entendemos la importancia de ir a buscar a las personas y llegarles con un mensaje que llame su atención y los invite a cuidarse a través del testeo y previniendo las vías de contagio", añadió.

En el mismo sentido Ridruejo señaló la importancia de continuar trabajando en dos vías: "Por un lado generar conciencia en la comunidad médica para que pida el test y lo incorpore en la rutina; por el otro, poner el tema en la opinión pública para que la persona demande el testeo".

Los especialistas recordaron que el virus de la hepatitis B también es "grave, frecuente y muy infeccioso" y recordaron que "existe una vacuna que permite prevenir el virus y que integra el calendario obligatorio de inmunizaciones en el país, al igual que la vacuna que previene la hepatitis A".

## América

### FOLHA DE S.PAULO **Brasil, São Paulo: La fiebre amarilla ya mató a 501 monos en 16 meses**

13 de diciembre de 2017 – Fuente: Folha de São Paulo (Brasil)

El Estado de São Paulo acumula 501 muertes de monos por fiebre amarilla desde julio de 2016 hasta noviembre de este año, según un estudio de la Secretaría de Salud. En 2017, diez personas murieron a causa de la enfermedad.

El número representa un promedio de 29 animales muertos al mes por la enfermedad. Los 16 meses analizados integran el período en que hubo la mayor incidencia de casos en el Estado.

De los 501 monos que murieron por fiebre amarilla, 74% de ellos fueron localizados en regiones de selva de la ciudad de Campinas (a 96 km de la capital paulista).

La cartera de salud informó que localizó en total 2.147 primates muertos; todos fueron sometidos a exámenes de laboratorio que detectaron la causa de las muertes.

La transmisión de la fiebre amarilla a los monos la realiza el mosquito *Haemagogus*, común en la selva. Los primates, a pesar de ser hospedadores del virus, no lo transmiten a las personas; quien si lo hace es el mosquito *Aedes aegypti*, después de picar a alguien ya infectado.

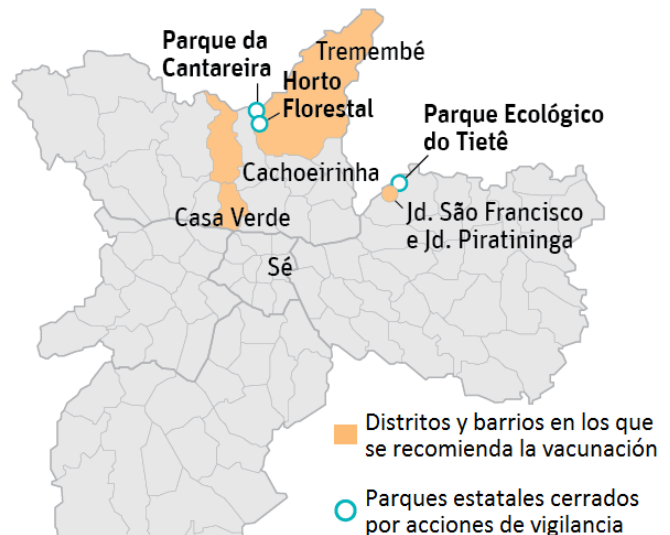
#### En humanos

Otras 23 personas contrajeron fiebre amarilla durante el período. De ellas, diez fallecieron en el Estado. Las ciudades paulistas donde se registraron muertes son: Américo Brasiliense, Amparo, Batatais, Monte Alegre do Sul, Santa Lucia, São João da Boa Vista e Itatiba.

Brasil no registraba casos de fiebre amarilla urbana desde 1942, de acuerdo con la Secretaría Estatal de Salud.

La cartera de salud paulista dice que ha intensificado los monitoreos en el territorio del Estado, especialmente en los corredores ecológicos, donde es intensa la circulación de animales.

También como medida preventiva, el gobierno decidió cerrar parques públicos donde se encontraron primates muertos. Desde el 20 de octubre, se confirmó la muerte de cuatro monos por la enfermedad en la capital paulista: dos en el Parque Anhanguera, uno en el Horto Florestal y otro en el Parque Ecológico do Tietê.



Mapa 1. Fuente: Secretaría de Salud del Estado de São Paulo.

Por precaución, 16 parques fueron cerrados al público. En la última semana, la Prefectura de Mairiporã confirmó la muerte de 22 monos por la enfermedad.

En este momento, los parques estatales Horto Florestal y de la Cantareira (ambos en la zona norte de la capital paulista), Alto Tietê (zona este) y Osasco (Grande São Paulo) no están abiertos al público.

En la capital paulista, la meta es vacunar a unos 2,4 millones de personas que residen en la zona norte. La inmunización también se intensificó en las regiones de Jundiaí, Alto Tietê y Osasco.



## Estados Unidos: El brote de campilobacteriosis relacionado con una cadena de tiendas de mascotas se expandió a 17 estados

13 de diciembre de 2017 – Fuente: Centers for Disease Control and Prevention (Estados Unidos)

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), varios estados, y el Servicio de Inspección de Sanidad Animal y Vegetal del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA-APHIS) están investigando un brote multiestatal de infecciones por *Campylobacter* multiresistente.

Las bacterias *Campylobacter* aisladas de muestras clínicas de personas enfermas en este brote son resistentes a los antibióticos de primera línea comúnmente recomendados. Esto significa que puede ser difícil tratar estas infecciones con los antibióticos generalmente recetados para estas infecciones.

Desde el 30 de octubre de 2017, se han reportado 30 nuevos casos en 11 estados. El caso más reciente inició síntomas el 23 de octubre.

Hasta el 12 de diciembre, 97 personas con infecciones confirmadas por laboratorio o síntomas compatibles con la infección por *Campylobacter* se han relacionado con este brote. Las enfermedades han sido reportadas en 17 estados: Ohio (32 casos), Florida (14), Illinois (10), Wisconsin (8), Kansas (7), Pennsylvania (5), Maryland (3), Connecticut (2), Georgia (2), Massachusetts (2), Missouri (2), New Hampshire (2), New York (2), Tennessee (2), Utah (2), Oklahoma (1) y Wyoming (1).

De 91 casos de los que se dispone información 22 (24%) han sido hospitalizados. No se han reportado muertes.

Las fechas de inicio de síntomas van desde el 17 de junio de 2016 hasta el 23 de octubre de 2017.

La evidencia epidemiológica y de laboratorio indica que el contacto con cachorros vendidos en las tiendas Petland es la fuente más probable de este brote.

De 89 personas entrevistadas, 87 (98%) informaron haber tenido contacto con un cachorro la semana previa al inicio de los síntomas. De 88 personas entrevistadas, 79 (90%) informaron haber tenido contacto con un cachorro de una tienda Petland, o tuvieron contacto con una persona que se enfermó después del contacto con un cachorro de una tienda Petland. Veintiuna personas enfermas trabajaban en una tienda Petland.

La secuenciación del genoma completo mostró que los aislamientos de *Campylobacter* de personas enfermas en este brote y los aislamientos de los cachorros de las tiendas de mascotas estaban estrechamente relacionados genéticamente, proporcionando evidencia adicional de que las personas se enfermaron a través del contacto con estos animales.

La resistencia a los antibióticos puede estar asociada con un mayor riesgo de hospitalización, el desarrollo de una infección del torrente sanguíneo o un fracaso del tratamiento en los pacientes.

A través de la secuenciación del genoma completo, se identificaron múltiples genes y mutaciones de resistencia antimicrobiana en la mayoría de los aislamientos de 35 personas enfermas y 9 cachorros en este brote. Este hallazgo coincide con los resultados de los métodos estándar de prueba de susceptibilidad a antibióticos utilizados por el laboratorio del Sistema Nacional de Monitoreo de Resistencia Antimicrobiana de los CDC en aislamientos de cinco personas enfermas y siete cachorros en este brote.

Los 12 aislados evaluados por métodos estándar fueron resistentes a azitromicina, ciprofloxacina, clindamicina, eritromicina, ácido nalidíxico, telitromicina y tetraciclina. Además, 10 fueron resistentes a gentamicina y dos al florfenicol.

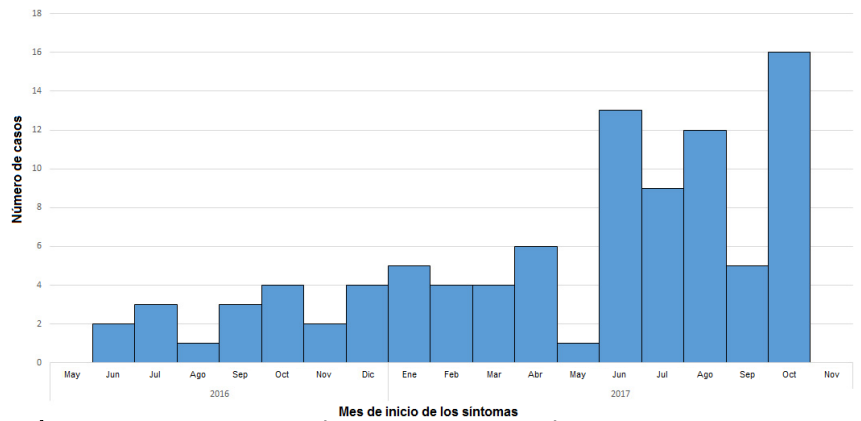


Gráfico 1. Casos notificados, según mes de inicio de los síntomas. Estados Unidos. Desde mayo de 2016 hasta noviembre de 2017. Fuente: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos.



## República Dominicana: Suman 62 las muertes por leptospirosis este año

13 de diciembre de 2017 – Fuente: EFE

Unas 62 personas han fallecido en lo que va del año en República Dominicana a causa de la leptospirosis, siete más que en el mismo periodo del año anterior, informó hoy el Ministerio de Salud Pública.

Un informe de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud precisó que en la última semana epidemiológica registrada, del 19 al 25 de noviembre, se notificaron 14 casos sospechosos de leptospirosis, para un acumulado en las últimas cuatro semanas de 59 casos, incluidas 9 defunciones.

En total, hasta ese periodo, en el país se han notificado 695 casos de leptospirosis con una letalidad de 10% (62 muertes), frente a los 540 casos y 55 muertes en el mismo periodo de 2016, precisó el informe.

La leptospirosis es una enfermedad bacteriana aguda que afecta tanto a humanos como animales y se adquiere a través del contacto con agua estancada y suelos contaminados con orina de animales reservorios, como las ratas y otros de las especies canina, porcina y caprina.

Respecto del dengue, la Dirección General de Epidemiología precisó que en lo que va de año se han notificado 1.255 casos probables de esta enfermedad, con un fallecimiento, frente a las 40 defunciones registradas en el mismo periodo del año anterior.

El informe también confirmó 376 casos de malaria y un fallecimiento por esta enfermedad, y 112 casos sospechosos de cólera, con 4 muertes en lo que va del año.

El boletín también confirmó 14 casos y 6 fallecimientos por enfermedad meningocócica.

## El mundo

### GACETA MÉDICA

#### África: Crecen los niveles de resistencia a los fármacos contra el VIH

7 de diciembre de 2017 – Fuente: Gaceta Médica (España)

La resistencia a los medicamentos contra el VIH se aproxima a 10% en las personas que viven con el virus y van a comenzar o reiniciar la terapia antirretroviral de primera línea.

Así se desprende de un estudio dirigido por los investigadores de University College London (UCL) y la Organización Mundial de la Salud, que encontró que la resistencia, particularmente a uno de los principales tipos de fármacos de primera línea, los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogo de los nucleósidos (ITINN), está aumentando en los países de ingresos bajos y medios, especialmente en África Subsahariana, América Latina y Asia.

Todos estos fármacos tienen muy baja barrera genética y, debido a que se han utilizado mucho en estos países de una forma poco controlada, muchos pacientes han desarrollado resistencias. Y los pacientes con estas resistencias las están transmitiendo. Se está registrando mucho fracaso virológico que no está controlado.

#### Peores cifras en el sur

Este estudio detectó que la resistencia a los medicamentos era más alta en el sur de África, donde 11,1% de las personas que comenzaban la terapia de primera línea tenían un virus con mutaciones resistentes a ITINN, en comparación con 10,01% en África Oriental, 7,2% en África Occidental/Central y 9,4% en América latina.

En África, cuando una persona inicia el tratamiento no se estudia si es resistente, no se conoce la carga viral y luego, cuando fracasa el tratamiento, tampoco se mide la resistencia ni la carga viral. Se trata de una situación que debería hacer sonar las alertas, ya que en estos países en los que se está trabajando con la enfermedad de esta manera están creciendo las resistencias a esta familia, lo que provocará que estos fármacos dejen de ser útiles en la primera línea.

Y aunque en algunos países desarrollados los ITINN no se utilizan como fármacos de primera línea, esta circunstancia también debe considerarse, porque en varios de ellos existen niveles de inmigración muy elevados. Se debe tener en cuenta que cuando un paciente llega desde esas áreas, existe más riesgo de portar cepas resistentes.

Esta situación es una amenaza global porque no se dan las condiciones adecuadas del uso del fármaco ni las técnicas de monitorización adecuadas.

La mayor parte de los casos están en África, pero todo lo que sucede en África finalmente se acaba exportando de una manera u otra. Debe enfatizarse la importancia de esto, para que la Organización Mundial de la Salud (OMS) cambie y mejore la monitorización y se impida que los ITINN sean utilizados como tratamiento de primera línea.

Si no se toman medidas, la resistencia a los ITINN será superior a 10% en las personas que inician la terapia, provocará 890.000 muertes más por sida y 450.000 infecciones más solo en África Subsahariana antes de 2030, a medida que la mayoría de las personas en las que la terapia no surte efecto tengan virus fármaco-resistentes, según han indicado investigaciones previas.

Las directrices de la OMS sobre la resistencia a los medicamentos contra el VIH antes del tratamiento recomiendan que los países cambien a un tratamiento de primera línea más sólido cuando los niveles alcancen el 10%.

El Plan de Acción Mundial quinquenal hace un llamamiento a todos los países y socios para unir esfuerzos para prevenir, controlar y responder a la resistencia a los medicamentos contra el VIH y para proteger el progreso continuo hacia el objetivo de desarrollo sostenible de acabar con la epidemia del sida para el año 2030.



#### Bangladesh: Detectan 722 casos de difteria en campos de refugiados

12 de diciembre de 2017 – Fuente: EFE

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y Médicos Sin Fronteras (MSF) han detectado 722 casos sospechosos de difteria, incluyendo 9 muertes por esta enfermedad, en los campamentos de refugiados rohinyás en Bangladesh.

Los datos fueron recogidos entre el 12 de noviembre y el 11 de diciembre en campos y asentamientos improvisados donde habitan los refugiados y procesados por la Red de Alerta y Respuesta Temprana (EWARN) de la OMS.

Ante la expansión de la enfermedad, la OMS y la Alianza Mundial para el Fomento de la Vacunación y la Inmunización (GAVI), en colaboración con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), iniciaron el 12 de diciembre una campaña de vacunación contra la difteria y otras enfermedades contagiosas para niños rohinyás hasta los 6 años.

La campaña se desarrollará durante doce días, y está dirigida a unos 255.000 niños rohinyás en el distrito de Cox's Bazar, donde han llegado alrededor de 650.000 miembros de esta minoría musulmana desde el pasado 25 de agosto huyendo de la violencia en Birmania Myanmar.

"La difteria aparece en pueblos vulnerables que no han recibido las vacunas de rutina y este brote es un indicador de la extrema vulnerabilidad de los niños rohinyás", dijo el portavoz del UNICEF en Bangladesh, Edouard Beigbeder.

La campaña administrará a los menores la vacuna pentavalente –que protege contra la difteria, la tos convulsa, el tétanos, la infección por *Haemophilus influenzae* tipo b y la hepatitis B–, y la vacuna oral contra la poliomielitis.

Además, se proporcionarán tres rondas de vacunas contra tétanos y difteria a niños de entre 7 y 15 años y a 10.000 trabajadores sanitarios en los campamentos rohinyás.

"Nos estamos moviendo rápido para controlar el brote de difteria antes de que esté fuera de control y ayudamos a los trabajadores sanitarios a gestionar clínicamente los casos sospechosos, rastrear sus contactos y garantizar la provisión de suficientes medicamentos", dijo el representante de la OMS en Bangladesh, Navaratnasamy Paranietharan.

La OMS y el UNICEF trabajan con las comunidades para asegurar que pueden identificar los síntomas de esta enfermedad y recibir tratamiento lo más rápido posible.

El coordinador de Emergencia de Médicos Sin Fronteras en Bangladesh, Robert Onus, explicó que, ante el incremento del número de casos de difteria, están tratando de aumentar la capacidad de respuesta para tratar a estos pacientes.

Onus añadió que otro de los objetivos de MSF es "tratar de identificar los casos lo antes posible para llevarlos a un hospital y que reciban tratamiento, además de seguir en contacto con estos pacientes para estar seguros de que el tratamiento es gratuito".

Los rohinyás en Cox's Bazar viven en condiciones que constituyen un terreno fértil para enfermedades infecciosas como el cólera, el sarampión, la rubéola y la difteria.

La OMS ha protegido hasta ahora a más de 700.000 individuos en Cox's Bazar con una vacuna oral contra el cólera, así como más de 350.000 niños con una vacuna contra el sarampión y la rubéola en una campaña que finalizó la semana pasada.



## España, Catalunya: Brote de hepatitis A entre HSH en Barcelona

12 de diciembre de 2017 – Fuente: *Liver International*

Un estudio llevado a cabo en el Hospital Clínic de Barcelona, analizó un brote de transmisión sexual de hepatitis A entre hombres que practican sexo con hombres (HSH) acaecido recientemente en la ciudad. A partir de los estudios filogenéticos realizados, los casos analizados se pudieron distribuir en tres grupos de infecciones relacionadas entre ellas. Cada uno de estos tres grupos pudo relacionarse, a su vez, con brotes ya analizados de Berlín, Países Bajos y Gran Bretaña.

El virus de la hepatitis A (VHA) se adquiere principalmente por contacto directo oral-fecal y/o a través de alimentos o agua contaminados. España es un país con baja incidencia de esta infección y la mayoría de los casos están relacionados con viajes o alimentos contaminados. La prevalencia en Catalunya ha disminuido, además, de forma clara tras la introducción de la vacuna contra el VHA en el calendario de vacunación en 1998.

Sin embargo, en los últimos años se han detectado diversos brotes de hepatitis A por transmisión sexual entre HSH. A partir de diciembre de 2016 el Centro Europeo para el Control y la Prevención de Enfermedades (ECDC) y tres grupos científicos de Gran Bretaña, Países Bajos y Berlín reportaron y caracterizaron brotes de hepatitis A –principalmente entre HSH– asociados a tres cepas diferentes del subgenotipo IA.

Para detectar posibles casos de hepatitis A en Barcelona que pudieran vincularse a alguno de estos brotes, los investigadores registraron para el presente estudio todos los casos de infección aguda por hepatitis A detectados en el Hospital Clínic desde enero de 2017.

Un total de 46 casos de hepatitis A fueron incluidos entre enero y julio de 2017. El 96% de los participantes eran hombres y la mediana de la edad era de 33 años. El 67% del total de los casos eran HSH y el 39% requirieron hospitalización.

Mientras que 35% de los HSH tenían, como mínimo, otra infección de transmisión sexual, solo una persona del grupo no HSH presentaba otra infección aparte de la causada por el VHA.

Para el análisis filogenético de las cepas del VHA se hizo la secuenciación de la región VP1/P2A del genoma vírico. En el análisis se observó que todos los participantes habían sido infectados por cepas de VHA del subgenotipo IA.



Además, estas cepas pudieron clasificarse en tres grupos de casos relacionados entre ellos que pudieron ser vinculados filogenéticamente con los brotes de Gran Bretaña, Berlín y Países Bajos. De forma destacable, las cepas detectadas eran diferentes a todas aquellas analizadas previamente en el área metropolitana de Barcelona.

Los resultados del presente estudio ponen de manifiesto la especial vulnerabilidad de los HSH a la infección por VHA. Por ello, es muy importante extender la vacunación frente al VHA dentro de este grupo poblacional a través de programas informativos y de atención específicamente dirigidos a estas personas. Los servicios de salud pública y las entidades LGTBI<sup>2</sup> deberían implicarse en la promoción de la vacuna frente al VHA en HSH.<sup>3</sup>



## Japón: El *karoshi*, la muerte por exceso de trabajo, ya es un problema de salud pública

13 de diciembre de 2017 – Fuente: British Broadcasting Corporation (Gran Bretaña)

*Karoshi* significa en español 'muerte por exceso de trabajo', y aunque parezca una leyenda urbana, es un fenómeno social reconocido en Japón desde 1987, cuando el Ministerio de Salud empezó a recopilar estadísticas.

Está tan extendido que si un juez determina que alguien murió por *karoshi*, su familia recibe una compensación de unos 20.000 dólares por parte del gobierno y pagos de hasta 1,6 millones por parte de la compañía.

Al principio, las cifras oficiales reportaban un par de cientos de casos cada año, pero ya en 2015 el número de víctimas alcanzaba las 2.310, según el Ministerio del Trabajo en Japón.

De acuerdo con el Consejo Nacional en Defensa de las Víctimas de *Karoshi*, la verdadera cifra puede llegar a las 10.000 víctimas anuales, más o menos el número de personas que mueren cada año en accidentes de tránsito.

¿Pero realmente puede uno morir por exceso de trabajo? ¿O se trata de una combinación de enfermedades mal diagnosticadas y la edad del individuo?

¿Es posible que haya casos de *karoshi* en otros sitios, sin que el fenómeno haya sido reconocido?

### Un *karoshi* certificado

Éste es un caso más o menos típico: Kenji Hamada era un empleado de una compañía de seguridad en Tokio, casado con una joven esposa y exhibía una ética de trabajo impresionante.

Su rutina semanal incluía una jornada de 15 horas diarias de trabajo y 4 extenuantes horas de traslados entre su casa y la oficina.

Un día lo encontraron desplomado sobre su escritorio. Sus colegas asumieron que estaba dormido, pero cuando transcurrieron varias horas y no se había movido, se dieron cuenta de que estaba muerto.

La causa del fallecimiento fue un fulminante ataque cardíaco a la edad de 42 años.

Aunque Hamada murió en 2009, el *karoshi* viene cobrando víctimas desde hace 40 años, cuando un saludable hombre de 29 años sufrió una apoplejía, luego de acumular turnos de trabajo en el departamento de distribución de uno de los periódicos más grandes del país.

Para que cuente como un caso de *karoshi* la víctima tiene que haber trabajado más de 100 horas extra en el mes anterior a su muerte o 80 en dos o más meses consecutivos de los últimos seis.

### Por qué en Japón

"Después de la Segunda Guerra Mundial los japoneses eran los que tenían las jornadas de trabajo más largas del mundo. Eran unos adictos al trabajo de marca mayor", comenta Cary Cooper, un experto en manejo del estrés, de la Universidad de Lancaster, Gran Bretaña.

En los años de la posguerra el trabajo ofreció a los hombres una nueva motivación. Los trabajadores no solo se sentían impulsados por la compensación financiera, sino también psicológica.

Las empresas le dieron la bienvenida a este nuevo orden social y comenzaron a financiar sindicatos, grupos culturales, casas para los trabajadores, transporte, instalaciones recreacionales, clínicas y guarderías.

En poco tiempo la vida comenzó a girar en torno al trabajo.

Años más tarde, a mediados de la década de 1980, hubo un giro oscuro. Las distorsiones de la economía japonesa impulsaron un rápido e insostenible aumento del precio de las acciones y de las propiedades. El crecimiento económico se disparó, provocando lo que se conoce como una "burbuja económica", y los salarios en Japón llegaron al límite.

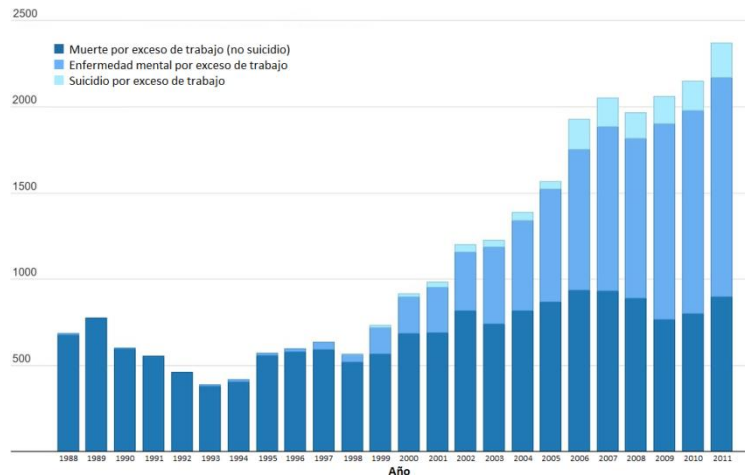


Gráfico 2. Presentaciones de juicios por exceso de trabajo para su compensación por el Gobierno. Japón. Años 1988-2011. Fuente: Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar de Japón.

<sup>2</sup> Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgéneros e Intersexuales.

<sup>3</sup> Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#) (requiere suscripción).



En el punto más alto de esta burbuja, cerca de siete millones de personas (alrededor de 5% de la población total del país) mantenía una agobiante carga de 60 horas semanales de trabajo, mientras que en países como Estados Unidos, Alemania o Gran Bretaña los empleados tenían un horario de 9 de la mañana a 5 de la tarde.

De acuerdo con una encuesta realizada en 1989, 45,8% de los jefes de secciones y 66,1% de los jefes de departamentos en las compañías grandes pensaban que morirían de tanto trabajar.

Para ese entonces, había suficientes muertes de trabajadores de cuello blanco por sobrecarga laboral como para que el gobierno comenzara a prestar atención.

Cuando la burbuja de la economía estalló a principios de la década de 1990, la cultura del trabajo en exceso empeoró todavía más.

En los años siguientes, conocidos como la "década perdida", el *karoshi* alcanzó proporciones de epidemia. La cifra de muertes en niveles gerenciales alcanzó picos de los que Japón no se ha recuperado.

### **Candidatos a *karoshi***

Cuando la víctima es una persona de mediana edad, con problemas latentes de salud como enfermedades cardíacas o diabetes, la muerte puede tener varias explicaciones. Pero cuando se trata de un empleado joven y saludable -ingenieros, profesores universitarios o doctores-, la situación es realmente alarmante.

Entre los miles de casos hay dos factores que sobresalen como culpables de las muertes: estrés y falta de sueño.

¿Pero puede matar esta combinación? Ir a la oficina luego de trabajar toda la noche, puede hacer que alguien se sienta terrible. No obstante, hay poca evidencia de que la falta de sueño pueda acabar con su vida.

La falta de sueño puede contribuir en el largo a plazo a incrementar el riesgo de enfermedades del corazón, desórdenes del sistema inmunológico, diabetes y ciertas formas de cáncer.

Sin embargo, hasta ahora no se ha atribuido ninguna muerte a un esfuerzo intencional de mantenerse despierto.

No es saludable en el largo plazo, pero parece improbable que alguien pueda morir espontánea y repentinamente después de pasar toda la noche en la oficina.

Por otra parte, y para sorpresa de muchos, tampoco hay evidencia de que el estrés pueda causar un ataque cardíaco, o incluso una enfermedad del corazón.

De hecho, un estudio realizado por investigadores de la Universidad de Oxford, Gran Bretaña, evaluó la salud de unas 700.000 mujeres durante casi una década. En ese período murieron 48.314.

Cuando analizaron los resultados, descubrieron que las mujeres que se autodefinían como más estresadas, menos felices, saludables y en control, tenían más probabilidades de morir.

Pero también eran las que estaban menos saludables de partida: estaban estresadas debido a que estaban enfermas. En suma, no se encontró correlación entre el estrés, la infelicidad y el riesgo de morir.

En otras palabras, alguien puede tener un día, mes o año de mucho estrés, pero eso no lo va a enviar tempranamente a la tumba.

### **La causa del *karoshi***

Si no es el estrés o la falta de sueño, ¿cuál es la causa principal de las muertes por *karoshi*?

Aunque parezca mentira, la causa puede estar en el tiempo que pasas en la oficina.

Al analizar los hábitos y la salud de más de 600.000 personas, un grupo de investigadores encontró que aquellos que trabajaron 55 horas a la semana tenían un tercio más de probabilidad de sufrir un infarto que aquellos que trabajaron menos de 40 horas.

No supieron por qué, pero los autores especularon que el problema podría ser simplemente estar sentado por largos periodos frente al escritorio.

El problema es que los japoneses ya no son los campeones de las horas extra. En 2015 el trabajador promedio japonés trabajó menos horas que el estadounidense. El ranking mundial lo encabeza México.

Como podía esperarse, el *karoshi* ya no es un drama exclusivamente japonés.

En China mueren al día unas 1.600 personas por *guolaosi*, que es como se conoce a la muerte por exceso de trabajo en ese país.

"India, Corea del Sur, Taiwán y China —las nuevas generaciones de economías emergentes— están siguiendo los pasos que dio Japón en la posguerra hacia trabajar largas jornadas", advierte Richard Wokutch, profesor de gerencia en la Universidad Tecnológica de Virginia.

En muchos países, parte del problema no es la cultura de trabajar duro, sino la necesidad de aparentar que lo estás haciendo.

"Ahora se trata de hacer ver que llegar temprano y eres de los últimos en irte, aunque este comportamiento sea improductivo", explica Cooper.

En Japón muchos empleados jóvenes se sienten incómodos si se van de la oficina antes que sus jefes.

Así que la próxima vez que te quedes al final del día en la oficina, actualizando tu perfil en redes sociales o explorando en internet, solo para hacer creer que tu jornada es más larga, recuerda que esto puede incrementar el riesgo de que tu expediente laboral termine con una palabra en japonés.

Entre el 1 de enero y el 29 de noviembre de 2017, el Ministerio de Salud de Kenya informó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) de un total de 3.967 casos confirmados por laboratorio y probables de cólera, incluidos 76 fallecimientos (tasa de letalidad=1,9%). De los casos reportados, 596 fueron confirmados por laboratorio.

Entre el 1 de enero y el 29 de noviembre de 2017, 20 de los 47 condados (43%) de Kenya han notificado casos. Al 29 de noviembre, siete condados continúan presentando brotes activos: Embu, Garissa, Kirinyaga, Mombasa, Nairobi, Turkana y Wajir.

La epidemiología del cólera en Kenya en 2017 se caracteriza por la transmisión continua en las comunidades afectadas, junto con brotes en campamentos e instituciones o durante eventos de reuniones masiva. La transmisión continua en la comunidad representa alrededor de 70% del total de casos, y la mayoría de los casos provienen del condado de la capital, Nairobi. La transmisión en los campamentos se produjo principalmente en los condados de Garissa y Turkana, y representando alrededor de 23% del total de casos notificados. Ambos condados albergan grandes campos de refugiados: Dadaab y Kakuma. Los refugiados en estos campamentos provienen de países que actualmente experimentan emergencias complejas y grandes brotes de cólera. El 7% de los casos ocurrieron en instituciones y eventos de reuniones masivas, donde un número de personas se contagiaron de una fuente puntual.

El país experimenta brotes de cólera cada año; sin embargo, grandes epidemias cíclicas ocurren aproximadamente cada cinco a siete años y duran de dos a tres años.

### Respuesta de salud pública

El país activó una fuerza de tareas nacional para coordinar las actividades de respuesta al brote. Desde enero de 2017, la OMS y otros asociados han brindado apoyo técnico al país para controlar el brote. Tras el desarrollo del plan nacional de respuesta, la OMS y otros asociados apoyaron al país para ampliar las actividades de respuesta al brote, como la vigilancia, la gestión de casos y la movilización social. Esto también se combinó con la mejora de los estándares de higiene de los alimentos y la promoción del manejo seguro de los alimentos, además de la ampliación de las actividades relacionadas con el agua, el saneamiento y la higiene (WASH). Esto resultó en una disminución en el número de casos de cólera.

### Evaluación de riesgos de la OMS

A pesar del descenso en el número de casos informados, el brote parece estar concentrado en torno a dos principales tipos de entornos. Primero, los campos de refugiados, particularmente Kakuma y Dadaab, y segundo el populoso condado capital de Nairobi. Ambos entornos son preocupantes, considerando las condiciones de hacinamiento y el limitado acceso a la atención médica en el primero, y la alta densidad de población en el segundo. Esto podría facilitar la propagación del brote a otros distritos. Además, brotes previos han demostrado que los casos aumentan durante la temporada de lluvias, que ha comenzado recientemente.

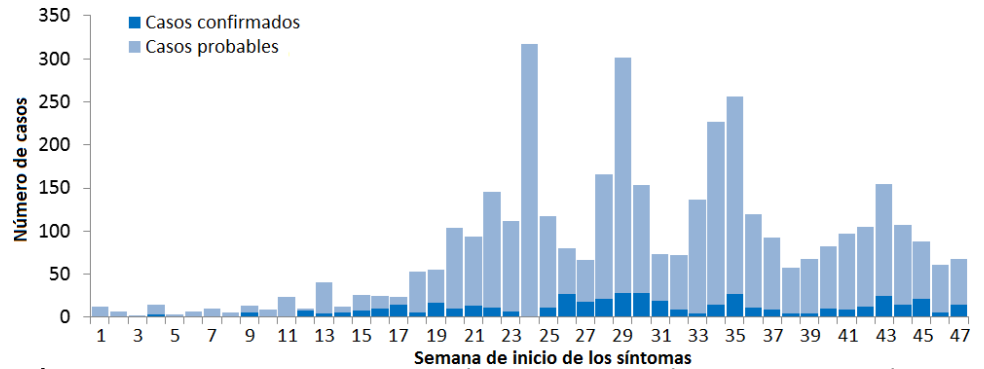
Además, diversos factores físicos, sociales, políticos y ambientales incrementan la vulnerabilidad y la susceptibilidad de la población del país a los brotes de cólera. Estos incluyen la sequía regional, los conflictos y la inseguridad en el Cuerno de África, y el aumento del movimiento dentro y hacia el país por parte de personas que huyen de los conflictos en Somalia y Sudán del Sur.

En general, el riesgo del brote actual se evalúa como alto a nivel nacional y bajo a nivel regional y mundial.

### Advertencia de la OMS

La OMS recomienda una gestión adecuada y oportuna de los casos en los centros de tratamiento del cólera. Las comunidades afectadas deberían mejorar el acceso al agua, un saneamiento efectivo, una gestión adecuada de los desechos y mejorar las prácticas de higiene y seguridad alimentaria. Se deben brindar comunicaciones clave de salud pública. La OMS insta a los viajeros hacia las zonas afectadas a tomar precauciones de higiene adecuadas para evitar una posible exposición.

La OMS no recomienda restricciones a los viajes y el comercio con Kenya sobre la base de la información disponible sobre el brote actual.



**Gráfico 3.** Casos confirmados y probables, según semana epidemiológica de inicio de los síntomas. Kenya. Año 2017, del 1 de enero al 25 de noviembre. Nota: Se desconoce la fecha de inicio de los síntomas en 92 casos.

### Yemen: Cientos de casos de difteria a causa del conflicto y el bloqueo

13 de diciembre de 2017 – Fuente: Médicos Sin Fronteras

Los casos de cólera pueden haber disminuido en Yemen, pero la guerra y el bloqueo actual están creando una nueva amenaza para la salud pública, ya que se sospecha de un brote de difteria.



Un equipo médico de Médicos Sin Fronteras trabaja con el personal del ministerio de salud en el Centro de Tratamiento de Cólera del hospital de Al-Sadaqa en Adén, Yemen.

haciendo retroceder décadas al sistema de salud de Yemen”.

“Después de dos años y medio de violencia y un bloqueo de suministros que incluyen medicamentos y vacunas, la infraestructura de salud está hecha trizas. El bloqueo del combustible ha significado que los pacientes no pueden permitirse viajar a los pocos centros de salud que todavía operan en todo el país. Esto es crucial, porque si las personas infectadas no pueden acceder al tratamiento con regularidad, la difteria puede extenderse por el cuerpo y ser fatal en hasta 40% de los casos”, añade.

Los actores humanitarios también están luchando para iniciar el tratamiento de la difteria y las actividades de prevención debido a las continuas dificultades logísticas para llevar personal especializado y suministros necesarios a Yemen y a las áreas donde más se necesitan.

Según Poncin, “esta es innegablemente otra enfermedad causada por el hombre a un país que apenas se ha recuperado de un brote de cólera, que aún no ha terminado”.

### Una enfermedad (casi) olvidada

“A nivel mundial, la disminución de la difteria en los últimos años estuvo acompañada por una pérdida concreta de conocimiento sobre su tratamiento. Esto hace que sea mucho más difícil para los trabajadores de la salud identificar, aislar y tratar los casos de manera rápida y correcta”, agrega. “Para tratar la difteria, los pacientes deben aislarse y recibir antibióticos y antitoxinas. Pero el suministro global de la antitoxina, que es el aspecto más importante del tratamiento, es muy limitado, y no había antitoxinas disponibles en Yemen antes de hace unas semanas”.

Para hacer frente al brote, MSF, junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS), está adquiriendo la mayor parte de la antitoxina todavía disponible en todo el mundo y pidiendo más antibióticos. También ha formado un equipo de respuesta rápida para estudiar e identificar casos sospechosos en las comunidades y proporcionar profilaxis a las personas en contacto con pacientes con difteria.

El 11 de diciembre, MSF abrió un servicio de tratamiento de la difteria en el Hospital Nasser en la ciudad de Ibb, y está en el proceso de apoyar a otros dos en los hospitales Yarim y Jiblah, el último con capacidades de unidad de cuidados intensivos (UCI). También se establecerá un sistema de derivación de ambulancia para transportar los casos sospechosos al hospital.

También apoyará el transporte de muestras a un laboratorio para confirmar mejor los casos y llevar a cabo actividades de promoción de la salud para alertar a las comunidades sobre la difteria. Mientras tanto, está estableciendo una UCI en el hospital de Sadaqa, en Adén, donde se registraron 14 casos y en el que hubo cuatro muertes.

“Hemos estado visitando casas donde seis o más personas desplazadas viven en condiciones muy estrechas. En estas situaciones, no hay forma de aislar adecuadamente los casos, y se crean las condiciones perfectas para que la difteria se propague. Aislar y tratar a los pacientes, ofrecer cuidados preventivos para las comunidades afectadas y aumentar la conciencia pública es por lo tanto crucial para detener la propagación de la difteria. El sistema de salud de Yemen no puede permitirse otro brote”, dice Poncin.



### Las enfermedades respiratorias podrían afectar a los hombres más que a las mujeres

11 de diciembre de 2017 – Fuente: HealthDay (Estados Unidos)

Junto con el invierno llegan la influenza y todos sus desagradables síntomas. Pero hace mucho que tanto médicos como mujeres han notado que los hombres tienden a quejarse de esos síntomas más que las mujeres. El fenómeno hasta tiene un nombre: ‘influenza masculina’ (*man flu*, en inglés).

Entonces, ¿a los hombres simplemente les gusta quejarse?

No, sugiere un nuevo análisis de Canadá, porque las enfermedades respiratorias podrían de hecho afectar a los hombres más que a las mujeres.

Existen muchas diferencias fisiológicas entre los hombres y las mujeres, por lo que tiene sentido que también podrían ser diferentes respecto de las respuestas a los virus del resfriado y la influenza.



Las evidencias en los estudios actuales apuntan a que los hombres tienen un sistema inmunitario más débil que las mujeres, sobre todo cuando se trata de infecciones respiratorias virales comunes. Los hombres son más susceptibles a ellas, los síntomas son peores, duran más, y es más probable que los hombres sean hospitalizados y fallezcan por la influenza.

Para comparar la forma en que los síntomas de la influenza se manifiestan en hombres y mujeres, se revisaron varios estudios tanto con animales como con humanos.

Una investigación de Hong Kong sugirió que cuando la influenza ataca, los hombres adultos se enfrentan a un riesgo más alto de ser admitidos al hospital que sus contrapartes femeninas. Otro estudio estadounidense encontró que, en igualdad de condiciones, los hombres parecen enfrentarse a un riesgo más alto de morir de la influenza que las mujeres.

Otra investigación indicó que ante la influenza y otras enfermedades respiratorias, los hombres tienen un riesgo más alto de desarrollar complicaciones que las mujeres.

Además, varios estudios con ratones sugirieron que las diferencias hormonales entre hombres y mujeres podrían en realidad ofrecer a las mujeres una mayor protección contra la manifestación más agresiva de los síntomas de la influenza. Otros estudios con pacientes indicaron de forma similar que el inicio de una influenza podría desencadenar una respuesta inmunitaria más fuerte en las mujeres que en los hombres, lo que mitiga el impacto completo de los síntomas.

Y otro estudio encontró que las mujeres tienden a desarrollar una reacción más fuerte a la vacuna contra la influenza que los hombres, quizá porque los niveles más altos de testosterona en los hombres tienden a suprimir la respuesta inmunitaria general, sugirió el equipo de investigación.

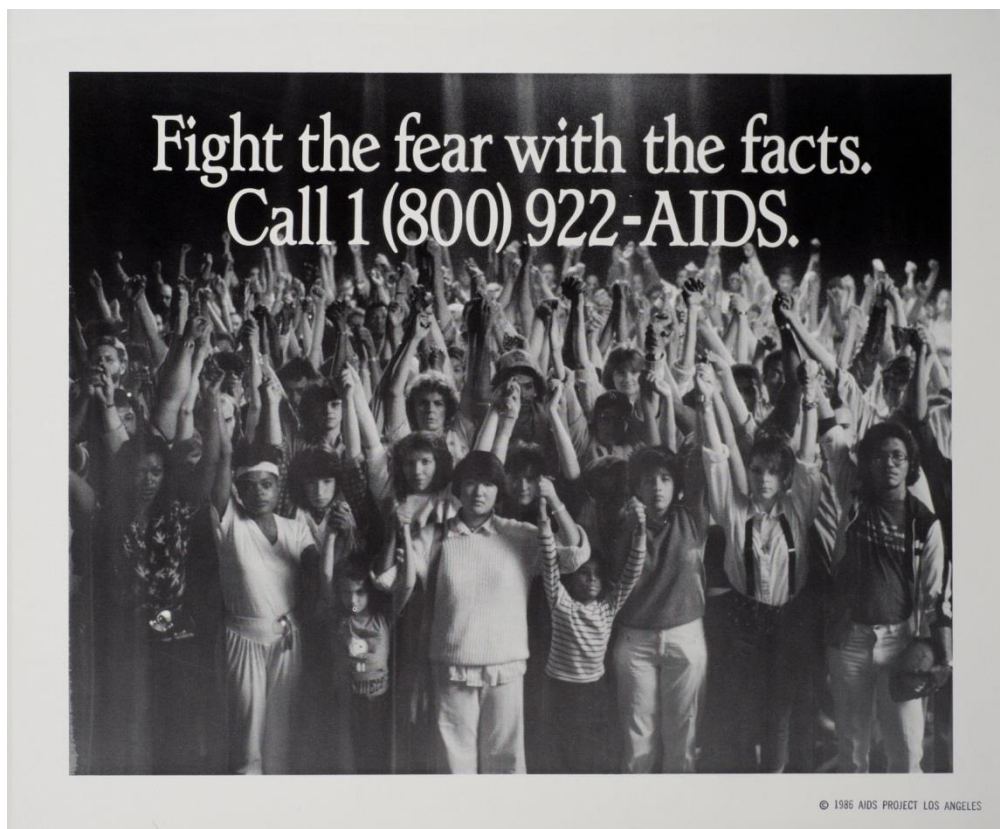
Se necesita más investigación, pero los hallazgos hasta la fecha indican que la 'influenza masculina' tiene algo de base en la realidad.

Regularmente, se estereotipa que los hombres exageran los síntomas del resfrío y de la influenza. Por eso, el término 'influenza masculina' se ha llegado a usar de forma común en todo el mundo, independientemente de las diferencias culturales.

Si la base de la 'influenza masculina' es real, podría significar que el tratamiento de la influenza debería ser personalizado para abordar las diferencias sexuales.

El análisis no prueba que la respuesta de un hombre a una infección respiratoria sea, de hecho, peor que la de una mujer, y si es así, hasta qué grado. Debe realizarse mucho más trabajo para averiguar si existen diferencias, y si es así, qué mecanismos biológicos podrían explicarlas.<sup>4</sup>

## Publicidad relacionada con la salud



AIDS Project Los Angeles (1986. Los Angeles, California, Estados Unidos).

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

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](mailto:reporteepidemiologicocba@gmail.com), aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.