



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente

www.reporteepidemiologicocordoba.com

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

2.016

9 de febrero de 2018

Comité Editorial

Editor Jefe

Ángel Mínguez

Editores Adjuntos

Ílide Selene De Lisa
Enrique Farías

Editores Asociados

Hugues Aumaitre (Fra.)
Jorge Benetucci (Arg.)
Pablo Bonvehí (Arg.)
María Belén Bouzas (Arg.)
Isabel Cassetti (Arg.)
Arnaldo Casiró (Arg.)
Ana Ceballos (Arg.)
Sergio Cimerman (Bra.)
Fanch Dubois (Fra.)
Milagros Ferreyra (Fra.)
Salvador García Jiménez (Gua.)
Ángela Gentile (Arg.)
Ezequiel Klimovsky (Arg.)
Susana Lloveras (Arg.)
Gustavo Lopardo (Arg.)
Eduardo López (Arg.)
Tomás Orduna (Arg.)
Dominique Peyramond (Fra.)
Daniel Pryluka (Arg.)
Fernando Riera (Arg.)
Charlotte Russ (Arg.)
Horacio Salomón (Arg.)
Eduardo Savio (Uru.)
Daniel Stecher (Arg.)
Carla Vizzotti (Arg.)

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

Noticias

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

Argentina

- Vigilancia de triquinelosis
- Entre Ríos: Detectaron casos de psitacosis y piden extremar cuidados

América

- Actualización epidemiológica sobre la situación del sarampión en la Región
- Brasil: Actualización sobre la situación epidemiológica de la fiebre amarilla
- Chile, Región de Los Lagos: La marea roja en Chiloé es un evento muy dinámico y que va en ascenso
- Perú, Loreto: Declaran emergencia sanitaria en 31 comunidades nativas de los distritos de Uraninas y Parinari

El mundo

- España: La epidemia de influenza causó ya más muertes que en todo el año anterior

- Europa: Alertan sobre los riesgos de la baja cobertura de vacunación contra la influenza
- India, Uttar Pradesh: Un falso médico contagió el VIH a 46 personas
- Mali: Azul de metileno para combatir el parásito de la malaria
- Papúa Nueva Guinea: La bacteria que provoca el pian desarrolló resistencia al tratamiento antibiótico
- Sudáfrica: Actualización sobre la situación epidemiológica de la listeriosis
- Sudán del Sur declaró el fin de la epidemia de cólera después de un año y medio
- Cómo sobrevive la bacteria causante de la lepra

Reseña

- Matando emoticones a garrotazos

Adhieren:

SLAMVI

Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/

CIRCULO MÉDICO DE CÓRDOBA

www.circulomedicocba.org/

CMPC Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba

www.consejomedico.org.ar/



Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Córdoba

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



S.A.D.I.

www.said.org.ar/

Comité Nacional de Infectología

Sociedad Argentina de Pediatría
www.sap.org.ar/



www.apinfectologia.org/

Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica

www.sadip.net/

Asociación Parasitológica Argentina

www.apargentina.org.ar/

Vigilancia de triquinelosis

5 de febrero de 2018 – Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios –

Provincia/Región	2016		2017	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	4	4	—	—
Buenos Aires	376	160	215	24
Córdoba	54	14	102	27
Entre Ríos	19	—	23	—
Santa Fe	103	44	43	3
Centro	556	222	383	54
Mendoza	6	—	54	13
San Juan	1	—	1	—
San Luis	56	34	81	13
Cuyo	63	34	136	26
Corrientes	1	—	—	—
Chaco	3	—	1	—
Formosa	—	—	—	—
Misiones	1	—	—	—
NEA	5	—	1	—
Catamarca	2	—	—	—
Jujuy	1	—	—	—
La Rioja	2	2	11	5
Salta	—	—	1	—
Santiago del Estero	—	—	3	—
Tucumán	—	—	—	—
NOA	5	2	15	5
Chubut	—	—	2	—
La Pampa	5	—	11	10
Neuquén	3	—	4	1
Río Negro	5	2	3	3
Santa Cruz	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—
Sur	13	2	20	14
Total Argentina	642	260	555	99

Tabla 1. Casos notificados y confirmados, según provincia y región. Argentina. Años 2016/2017. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.¹



Entre Ríos: Detectaron casos de psitacosis y piden extremar cuidados

7 de febrero de 2018 – Fuente: Uno Entre Ríos (Argentina)

El Ministerio de Salud de Entre Ríos emitió un comunicado en el que advierte por casos de psitacosis que se registraron en Paraná y en Gualaguaychú.

No comprar loros en zonas públicas y sin certificado sanitario; mantener la higiene en las jaulas de aves; y no permanecer largos períodos en lugares cerrados donde haya este tipo de animales, son algunas de las recomendaciones que brindó el Ministerio para evitar cuadros de infecciones agudas.

Frente a los casos que ocurrieron en Paraná y Gualaguaychú de dos familias que padecieron psitacosis –enfermedad infecciosa aguda y generalizada producida por una bacteria que se encuentra en secreciones de pájaros infectados– a través de la Dirección de Epidemiología brindaron medidas de prevención para evitar estos casos.

La psitacosis se produce por la bacteria *Chlamydophila psittaci*, que se encuentra en secreciones de loros, cotorras, papagayos, canarios y palomas, los cuales transmiten la infección a los humanos por medio de la inhalación, ingresando por vías respiratorias y alojándose la bacteria en los pulmones. En ocasiones la infección puede compliarse y llevar a la muerte si no es tratada a tiempo.

Esta patología es de denuncia obligatoria de acuerdo a la reglamentación de la Ley N° 15.465, en su artículo 4, donde se exige la información de casos cuando el médico asista o haya asistido a un portador, cuando el médico veterinario sospeche de la enfermedad en animales, o cuando el laboratorista o anatomopatólogo haya realizado análisis que comprueben o permitan sospechar la enfermedad.



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

Los casos

En Paraná hubo un brote de esta enfermedad en una familia que se infectó luego de adquirir un pichón de loro a un vendedor ambulante. En Gualeguaychú, otra familia enfermó por psitacosis luego de llevar a su casa un loro enfermo que encontró en la vía pública.

En ambos casos los pacientes se presentaron con sintomatología respiratoria en efectores sanitarios y, por la epidemiología de los casos, los médicos recomendaron análisis de laboratorio para confirmar o descartar la enfermedad.

En Argentina, la captura, acopio, transporte, compra y venta ilegal de animales silvestres constituye un delito en todo el territorio a partir de la Ley Nacional de Fauna N° 22.421. La venta ilegal de aves autóctonas se encuentra prohibida en Entre Ríos por la Ley Provincial de Caza N° 4.841.

Transmisión y síntomas

Jerónimo Garcilazo Amatti, responsable del Programa de Control de Zoonosis y Vectores, de la Dirección de Epidemiología de la cartera sanitaria, explicó: "Las aves enfermas eliminan la bacteria al ambiente a través de secreciones oculares y respiratorias, excrementos y polvo de las plumas. Estas mucosidades al secarse permanecen en el aire y son aspiradas por las personas, que de esta forma se infectan".

El especialista explicó que al limpiar las jaulas o acercarse a las aves para alimentarlas es posible inhalar el polvillo de la materia fecal reseca. Además se puede producir contagio de una persona a otra, pero no es frecuente. "El hombre incubó la enfermedad por un período de cuatro a 15 días", aclaró.

En cuanto a la sintomatología en los humanos, el profesional señaló: "A veces, la psitacosis puede pasar inadvertida, o presentarse como un aparente estado gripal leve con síntomas predominantemente respiratorios. A esto se le puede agregar dolores musculares, temperatura elevada, tos seca, cefaleas, y hasta causar la muerte del enfermo si no se lo trata correctamente".

En tanto, la sintomatología en los pájaros es fiebre, decaimiento, plumas erizadas, diarreas, conjuntivitis, falta de apetito, trastornos respiratorios y convulsiones. Casi siempre se produce la muerte del animal si no se lo trata adecuadamente.

En caso de sospecha de esta patología en las personas, se indica tratamiento con antibióticos.

Medidas de prevención

Salud brindó recomendaciones para no contraer psitacosis: evitar el contacto con aves enfermas; no comprar aves en la vía pública o en lugares donde no esté certificado su origen; y limpiar las jaulas diariamente por medio de papel humedecido con dos cucharadas de lavandina diluidas en un litro de agua.

"Hay que respetar el espacio de cada ave y no hacinarlas", sostuvo Garcilazo Amatti, y agregó: "También recomendamos no permanecer largos períodos en habitaciones cerradas donde haya este tipo de animales, ni poner aves recientemente capturadas o compradas sin certificado sanitario en jaulas donde ya vivan otras aves".

Estos animales deben adquirirse en locales habilitados y con asesoramiento veterinario, exigiendo un certificado sanitario firmado por el profesional responsable.

Asimismo, se debe pedir el comprobante de la compra, dado que en el caso de presentarse psitacosis es posible saber la procedencia, hecho que luego permite actuar en el comercio.

América



Actualización epidemiológica sobre la situación del sarampión en la Región

6 de febrero de 2018 – Fuente: Organización Panamericana de la Salud

Entre enero de 2017 y enero de 2018, seis países de la Región de las Américas notificaron casos confirmados de sarampión: Antigua y Barbuda (1 caso), Argentina (3 casos), Canadá (45 casos), Guatemala (1 caso), Estados Unidos (120 casos) y Venezuela (952 casos).

Los casos notificados en Antigua y Barbuda y Guatemala, corresponden a casos importados desde Gran Bretaña y Alemania, respectivamente.

Antigua y Barbuda: El 24 de enero de 2018, el país notificó a la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) a través de su Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), un caso importado de sarampión. El caso es una joven de 19 años de edad, sin antecedentes de vacunación contra sarampión, que viajó de Gran Bretaña a Antigua y Barbuda el 20 de enero de 2018 y que inició exantema el 19 de enero de 2018. El caso fue confirmado por laboratorio por la Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA) el 30 de enero. Las autoridades sanitarias nacionales fueron notificadas el mismo día de la detección del caso y se iniciaron las correspondientes actividades de investigación y control.

Hasta la fecha no se notificaron casos adicionales relacionados con este caso confirmado.

Guatemala: El 19 de enero de 2018 y después de 20 años sin casos de sarampión en el país, se confirmó un caso importado de sarampión. Corresponde a una persona de 17 años de edad, que inició exantema el 17 de enero y tiene una historia de viaje a Alemania entre octubre de 2017 y el 2 de enero de 2018. En los días previos a su regreso a Guatemala, estuvo en contacto con casos confirmados de sarampión en Alemania.

Hasta la fecha, no se notificaron casos de sarampión vinculados a este caso importado. El genotipo identificado fue el B3.

Las actividades de investigación y control correspondientes fueron implementadas por las autoridades de salud de Guatemala tan pronto tomaron conocimiento del caso y se pueden resumir de la siguiente manera:

- Comunicación de riesgo a la población de manera permanente.
- Vacunación de contactos y expuestos. Se administraron 3.623 dosis de la vacuna triple viral hasta la semana epidemiológica (SE) 4 de 2018.
- Vacunación de forma indiscriminada a niños mayores de 6 meses y menores de 6 años que residen en cinco manzanas alrededor de la vivienda del caso.
- Seguimiento de contactos.

Hasta el 1 de febrero de 2018, fueron identificados tres contactos sospechosos, cuyas muestras para IgM resultaron negativas para sarampión.

Venezuela: Desde la confirmación del primer caso en la SE 26 de 2017 y hasta la SE 4 de 2018 se notificaron e investigaron 1.703 casos sospechosos de la enfermedad, de los cuales 952 fueron confirmados (732 por laboratorio y 220 por nexo epidemiológico), y 751 fueron descartados. La mayor incidencia se registró durante la SE 38, a partir de la cual se observó una tendencia al descenso en la incidencia de casos. Sin embargo, habrá que estar atentos al comportamiento en las próximas semanas.

El 82% de los casos confirmados se registraron en el estado Bolívar, aunque también se notificaron casos en Apure, Anzoátegui, Delta Amacuro, Distrito Capital, Miranda, Monagas, Vargas y Zulia; el municipio Caroní (estado Bolívar) fue el epicentro del brote. La diseminación del virus hacia otras áreas geográficas se explica por la presencia de factores como el elevado movimiento migratorio de la población, generado por la actividad económica formal e informal en torno a la actividad minera y comercial. El grupo etario más afectado entre los casos confirmados corresponde a los menores de 5 años, con 59% de los casos, seguido del grupo de 6 a 15 años, con 30% de los casos.

Como parte de la intervención, se diseñó un Plan de Respuesta Rápida Nacional para interrumpir la transmisión del virus, que incluye la conformación de equipos de respuesta rápida regional y municipal, la implementación de estrategias y actividades de vacunación, vigilancia epidemiológica, búsqueda e investigación de casos y capacitación del personal de salud; con el apoyo técnico del nivel nacional.²

La Región de las Américas fue la primera en ser declarada por un Comité Internacional de Expertos (CIE) como libre de los virus de la rubéola en 2015 y del sarampión en 2016. La principal medida para evitar la introducción y diseminación del virus del sarampión es la vacunación de la población susceptible, junto con un sistema de vigilancia de alta calidad y suficientemente sensible para detectar oportunamente todo caso sospechoso de sarampión o rubéola.³



Brasil: Actualización sobre la situación epidemiológica de la fiebre amarilla

7 de febrero de 2018 – Fuente: Ministério da Saúde (Brasil)

El Ministerio de Salud de Brasil actualizó el 7 de febrero la información sobre la situación de la fiebre amarilla en el país. Desde el año pasado, los informes de fiebre amarilla siguen la estacionalidad de la enfermedad, que ocurre, mayormente, en el verano. Por lo tanto, el período analizado desde entonces es del 1 de julio al 30 de junio del año siguiente. En el período de monitoreo (del 1 de julio de 2017 al 6 de febrero de 2018), se confirmaron 353 casos de fiebre amarilla en el país, 98 de los cuales fueron fatales. En total, se notificaron 1.286 casos sospechosos, de los que 423 permanecen en investigación y 510 fueron descartados.

Entre julio de 2016 y el 6 de febrero de 2017, se habían confirmado 509 y 159 muertes.

Transmisión

El Ministerio de Salud informa que no hay registro confirmado de fiebre amarilla urbana en el país. El caso de São Bernardo do Campo (São Paulo) está siendo investigado por un equipo de la Secretaría Estatal de Salud de São Paulo (SES/SP), lo que incluye el historial del paciente y captura de mosquitos para identificar la forma de transmisión en la región. Debe hacerse notar que el paciente vive en la región urbana, y posiblemente trabaja en el área rural. Cualquier afirmación antes de la conclusión del trabajo es precipitada. Es importante informar que São Bernardo do Campo es una de las 77 ciudades de los tres estados del país (São Paulo, Rio de Janeiro y Bahia) incluidas en la campaña de fraccionamiento de la vacuna contra la fiebre amarilla.

El Ministerio de Salud aclara que todos los casos de fiebre amarilla registrados en Brasil desde 1942 son silvestres, incluso los actuales, es decir que la enfermedad fue transmitida por vectores que existen en ambientes de bosque (mosquitos de los géneros *Haemagogus* y *Sabethes*). Además, lo que caracteriza la transmisión silvestre, además de la especie del mosquito involucrado, es que los mosquitos transmiten el virus y también se infectan a partir de un reservorio silvestre, en este caso, un mono.

La probabilidad de la transmisión urbana en Brasil es bajísima por una serie de factores: todas las investigaciones de los casos de fiebre amarilla conducidas hasta el momento indican exposición a áreas de bosques; en todos los

² Puede consultarse un resumen actualizado de las actividades de apoyo de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) al Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) en la implementación del plan de respuesta para la interrupción del brote de sarampión y el control de la difteria en Venezuela, haciendo clic [aquí](#).

³ Puede consultar el informe completo haciendo clic [aquí](#).

lugares donde ocurrieron casos humanos, también ocurrieron casos en monos; todas las acciones de vigilancia entomológica, con capturas de vectores urbanos y silvestres, no encontraron presencia del virus en mosquitos del género *Aedes*; ya existe un programa nacionalmente establecido de control de *Aedes aegypti* en función de otras arbovirosis (dengue, fiebre zika, fiebre chikungunya), que logra mantener los niveles de infestación por debajo de lo que los estudios consideran necesario para sostener una transmisión urbana de la fiebre amarilla. Además, son buenas las coberturas vacunales en las áreas de recomendación, y una vigilancia muy sensible para detectar precozmente la circulación del virus en nuevas áreas para adoptar la vacunación oportunamente.

Campaña

La campaña de fraccionamiento de la vacuna contra la fiebre amarilla comenzó el 25 de enero en los estados de São Paulo y Rio de Janeiro. La campaña de vacunación en el estado de Bahia comenzará el 19 de febrero.

Para ayudar a los estados y municipios en la realización de la campaña, el Ministerio de Salud entregará a los estados 16,5 millones de dólares. De ese total, ya se enviaron 4,8 millones a São Paulo; 9,2 millones a Rio de Janeiro, y está en trámite el decreto que autorizará el envío de 2,5 millones de dólares a Bahia.

La adopción del fraccionamiento de las vacunas es una medida preventiva y recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) cuando hay un aumento intenso de epizootias y casos de fiebre amarilla silvestre, con riesgo de expansión de la enfermedad en ciudades con elevado índice poblacional. La dosis fraccionada brinda la misma protección que la dosis estándar. Los estudios en curso ya han demostrado la protección por al menos ocho años, y nuevas investigaciones continuarán evaluando la protección posterior a ese período.

El Ministerio de Salud, en el año 2017 y hasta el momento, envió a todas las Unidades Federadas aproximadamente 58,9 millones de dosis de la vacuna. Para los estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Espírito Santo y Bahia fueron enviados cerca de 49,8 millones de dosis de la vacuna, con el objetivo de intensificar las estrategias de vacunación de manera selectiva: 19,7 millones a São Paulo, 10,7 millones a Minas Gerais, 12 millones a Rio de Janeiro, 3,7 millones a Espírito Santo y 3,7 millones a Bahia.

Unidad Federativa/Región	Casos				Muertes	Tasa de letalidad (%)
	Notificados	Descartados	En Investigación	Confirmados		
Acre	1	—	1	—	—	—
Amapá	2	2	—	—	—	—
Amazonas	5	2	3	—	—	—
Pará	24	15	9	—	—	—
Rondônia	8	5	3	—	—	—
Roraima	2	2	—	—	—	—
Tocantins	12	6	6	—	—	—
Norte	54	32	22	—	—	—
Alagoas	2	1	1	—	—	—
Bahia	22	10	12	—	—	—
Ceará	2	2	—	—	—	—
Maranhão	1	1	—	—	—	—
Pernambuco	1	—	1	—	—	—
Piauí	3	1	2	—	—	—
Rio Grande do Norte	1	1	—	—	—	—
Sergipe	1	—	1	—	—	—
Nordeste	33	16	17	—	—	—
Distrito Federal	33	19	13	1	1	100,00
Goiás	31	16	15	—	—	—
Mato Grosso	1	—	1	—	—	—
Mato Grosso do Sul	5	4	1	—	—	—
Centro-Oeste	70	39	30	1	1	100,00
Espírito Santo	64	42	22	—	—	—
Minas Gerais	358	116	85	157	44	28,03
Rio de Janeiro	40	3	3	34	12	35,29
São Paulo	607	242	204	161	41	25,47
Sudeste	1.069	403	314	352	97	27,56
Paraná	32	14	18	—	—	—
Rio Grande do Sul	15	4	11	—	—	—
Santa Catarina	13	2	11	—	—	—
Sur	60	20	40	—	—	—
Total	1.286	510	423	353	98	27,76

Tabla 2. Casos humanos notificados, según región, unidad federativa y clasificación. Brasil. Del 1 de julio de 2017 al 6 de febrero de 2018. Fuente: Ministerio de Salud de Brasil.

cooperativa Chile, Región de Los Lagos: La marea roja en Chiloé es un evento muy dinámico y que va en ascenso

8 de febrero de 2018 – Fuente: Cooperativa (Chile)

La Secretaria Regional Ministerial (Seremi) de Salud de Los Lagos, Eugenia Patricia Schnake Valladares, afirmó que la presencia de marea roja en Chiloé, que obligó al cierre de tres áreas de extracción de mariscos, es “un evento muy dinámico y que va en ascenso”.

“Esto es producto del gran florecimiento algal que existe en la Región de Aysén, que partió a mediados de diciembre con cierre de zonas desde el 5 de enero, y las proyecciones que nos ha dado el Instituto de Fomento Pesquero es que esto habría sido trasladado por las corrientes marinas y por vientos predominantes hacia el extremo sur de Chiloé”, explicó.

El 7 de febrero, la localidad de Cucao se sumó a Quellón y parte de Queilen en el cierre de zonas de extracción de mariscos, ante lo cual Schnake señaló que “la opinión de los expertos y la nuestra es que estamos en un evento muy dinámico y que va en ascenso”.

“Primero llega la microalga en gran cantidad y al par de días ya se produce intoxicación por veneno paralizante en los mariscos, en los productos del mar”, aseveró.

La Seremi de Salud advirtió que “ha avanzado bastante rápido. La presencia de la microalga se mide en abundancia relativa, que va en una escala de 0 a 9. Ya en la zona de Asasao, que es cercano a Iníó, rompió la escala, está en 9 y más”.

“En el sector de Cucao los valores son extremadamente altos y eso ya nos ha significado que las machas (*Mesodesma donacium*) están con niveles de toxina por encima de 300. El valor de la norma es 80: con más de 80 cerramos las áreas”, indicó.



Preocupación de alcaldes

En tanto, los alcaldes de las zonas afectadas han participado de las reuniones informativas con las autoridades de salud y la pesca artesanal.

El alcalde de Queilen, Marcos Patricio Vargas Oyarzún, dijo que están "preocupados con lo que está ocurriendo con el fenómeno de la marea roja, que seguramente vino a quedarse por un tiempo que, ojalá, sea el más breve posible".

"Vamos a hacer todas las gestiones que sean necesarias para mantener a nuestra gente debidamente informada. Tenemos el sector de Centinela, en Alqui, en la isla de Tranqui con esta presencia de toxina. Estamos ya en una situación, pero lo importante es no alarmar a la población", manifestó.

También hay preocupación entre los mitilicultores porque ya han detectado la floración y esperan, de un momento a otro, el cierre de las concesiones de mejillones (*Mytilus chilensis*).



Perú, Loreto: Declaran emergencia sanitaria en 31 comunidades nativas de los distritos de Uraninas y Parinari

8 de febrero de 2018 – Fuente: Ministerio de Salud (Perú)

Treinta y un comunidades nativas de los distritos de Uraninas y Parinari, ubicadas en la provincia y departamento de Loreto, fueron declaradas en emergencia sanitaria por 90 días calendario con el fin de adoptar acciones inmediatas para garantizar la salud de los pobladores expuestos a agua no apta para el consumo humano.

A través de un decreto supremo publicado hoy, que lleva las rúbricas del presidente de la República, Pedro Pablo Kuczynski Godard, y el ministro de Salud, Dr. Abel Hernán Salinas Rivas, se dispone la medida en 26 comunidades nativas del distrito de Urarinas entre las que figuran Berlín, Huachpa Isla, 18 de Julio, Buenos Aires, Nuevo Elmira, Esperanza, 6 de Mayo, San Antonio, San Francisco, Urarinas, Santa Rosa de Urarinas y Monterrico.

También están las ubicadas en la cuenca del río Chambira como Nuevo Perú, Nueva Unión, Santa Marta, Santa Cruz de Tagual, San Lorenzo, Puerto Rico, Nueva Horizonte y Pandora, así como las comunidades situadas en la Quebrada Tigrillo como San Pedro, Nuevo Pandora, Tres Fronteras, Nueva Angora, Fortuna y Santa Rosa de Raya Yacu.

Completan la lista San José de Parinari, Jerusalén, Santa Rosa de Lagarto, Yurica Siete de Julio y Roca Fuerte, ubicadas en el distrito de Parinari.

La norma precisa que la Dirección General de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria (DIGESA) del Ministerio de Salud alertó sobre la existencia de un alto riesgo de ocurrencia de brotes y epidemias relacionados a enfermedades derivadas del consumo de agua no apta, debido a que estas comunidades nativas no cuentan con sistemas de abastecimiento de agua para consumo humano o éstos se encuentran en estado deficiente o inoperativos.

Asimismo, sostiene que el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud concluyó que los distritos de Urarinas y Parinari presentan muy alto riesgo de malaria, enfermedades diarreicas y parasitarias, indicando que el riesgo de parasitosis puede acarrear adicionalmente anemia y desnutrición infantil crónica.

El decreto supremo señala que corresponde al Ministerio de Salud realizar las acciones inmediatas desarrolladas en el "Plan de Acción de la Emergencia Sanitaria en 31 Comunidades de los distritos de Urarinas, Parinari Provincia y Departamento de Loreto", de acuerdo a lo dispuesto por el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1156, que dicta medidas destinadas a garantizar el servicio público de salud en los casos que exista un riesgo elevado o daño a la salud y la vida de las poblaciones.

Dispone, además, que las contrataciones que se realicen al amparo de esta norma deberán destinarse exclusivamente para los fines que establece la misma, mientras que los saldos de los recursos resultantes podrán ser utilizados dentro del plazo de declaratoria de emergencia siempre y cuando no se hayan podido completar las cantidades requeridas.

El mundo

**europa
press**

España: La epidemia de influenza causó ya más muertes que en todo el año anterior

8 de febrero de 2018 – Fuente: Europa Press

La epidemia de influenza en España continúa su fase de descenso y en la última semana el número de casos ha vuelto a caer, 22,1% con respecto a la semana anterior, según los últimos datos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica del Instituto de Salud Carlos III. Sin embargo, el número de fallecimientos sigue creciendo y ha superado ya los registrados durante toda la temporada anterior.

En concreto, el último informe del Sistema de Vigilancia de Gripe, relativo a la semana del 29 de enero al 4 de febrero, muestra una tasa global de incidencia de 190,12 casos cada 100.000 habitantes, frente a los 244,2 casos de la semana anterior, representando el segundo descenso consecutivo desde que se alcanzara el pico máximo de actividad de esta temporada, con 290,4 casos.

Esta semana la región más castigada es Euskadi, con 348 casos cada 100.000 habitantes, seguida de Ceuta (332,4), Navarra (326,4), La Rioja (298,5), Catalunya (279,5), Melilla (266), Comunidad Valenciana (244,3), Aragón (238,7), Castilla y León (229,2) y Castilla-La Mancha (215,6).



Ya por debajo de la media nacional se sitúan Baleares (166,2), Canarias (138,9), Cantabria (126,8), Andalucía (123,6), Extremadura (94,8), Madrid (92) y Asturias (49,6), mientras que de Galicia y Murcia no se especifican datos.

Además, el informe constata un descenso significativo en todos los grupos de edad y salvo en Ceuta y Melilla, donde la actividad gripal aún es creciente, en el resto de comunidades es estable o está descendiendo.

En cambio, pese a este descenso en la última semana, se han notificado 116 nuevas defunciones por influenza confirmadas por laboratorio, que elevan a 472 los fallecimientos registrados desde el inicio de la temporada, a principios de octubre.

Durante toda la temporada 2016-2017, el Instituto Carlos III registró 421 fallecimientos, según los datos del último informe

semanal publicado a mediados de mayo del año pasado.

Los autores del informe aseguran que se está produciendo un "exceso de mortalidad por encima de lo esperado" desde la última semana de 2017 y se concentra fundamentalmente en los mayores de 64 años, coincidiendo tanto con la fase de ascenso de la epidemia gripal, como con una ola de frío registrada en España en las últimas semanas.

La mitad de los fallecidos no estaba vacunado pese a ser grupo de riesgo

De hecho, la mediana de edad de los fallecidos es de 83 años y 98% presentaban factores de riesgo. El 55% de los casos desarrolló una neumonía y 27% habían ingresado en unidades de cuidados intensivos. Y de los 402 casos pertenecientes a grupos recomendados de vacunación, la mitad no se había sido vacunado.

Asimismo, en la última semana también se ha superado el número de casos graves hospitalizados de toda la temporada pasada, cuando se registraron un total de 2.847 ingresos confirmados por influenza. Y en la última semana de esta temporada se han superado ya los 3.000 casos graves hospitalizados, en concreto 3.162, frente a los 2.600 que la semana anterior.

En estos casos, el grupo más afectado también son los mayores de 64 años, ya que representan 66% de las hospitalizaciones, mientras que sólo 6% eran menores de 15 años.

El 88% presentaban factores de riesgo de complicaciones de influenza, 73% desarrolló neumonía y de los 2.401 pacientes pertenecientes a grupos recomendados de vacunación, 54% no habían recibido la vacuna antigripal de esta temporada.



Europa: Alertan sobre los riesgos de la baja cobertura de vacunación contra la influenza

7 de febrero de 2018 – Fuente: European Centre for Disease Prevention and Control

La cobertura de vacunación contra la influenza entre los grupos de alto riesgo ha disminuido en la Región de Europa en los últimos siete años, y la mitad de los países informan una disminución en el número de dosis de vacunas disponibles. Estos son los resultados de la primera descripción exhaustiva de la cobertura de la vacuna contra la influenza estacional en la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre 2008/09 y 2014/15, realizada por el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) y la Oficina Regional de la OMS para Europa. La escasa cobertura de la vacunación contra la influenza estacional en Europa pone en peligro la capacidad de proteger a las personas durante las epidemias anuales y la próxima pandemia, advirtieron las dos organizaciones.

"La vacunación es la medida más efectiva para prevenir las enfermedades graves causadas por la influenza. Sin embargo, de acuerdo con nuestra investigación, la cobertura de la vacuna contra la influenza ha disminuido constantemente en varios países de la Región de Europa", dijo la Dra. Zsuzsanna Jakab, Directora Regional de la OMS para Europa. "Esto es motivo de gran preocupación para las personas con mayor riesgo de consecuencias graves, especialmente las personas mayores, y en el futuro potencialmente para toda la población, ya que la producción de vacunas pandémicas está estrechamente relacionada con el uso de las vacunas estacionales. Exhorto a los países europeos a aumentar la cobertura de vacunación para alcanzar el objetivo de 75% de cobertura entre las personas mayores y otras personas en situación de riesgo".

"Todos los Estados miembros de la Unión Europea se han apuntado al objetivo de alcanzar 75% de cobertura entre las personas mayores y otros grupos vulnerables; sin embargo, estos objetivos no se están alcanzando", dijo la Dra. Andrea Ammon, Directora del ECDC. "El ECDC se compromete a seguir trabajando con los Estados Miembros en apoyo de sus esfuerzos para controlar la influenza estacional", continúa.

El estudio⁴ se basa en datos del nuevo Esfuerzo Colaborativo Integrado de Vacunas en Europa (VENICE III) y encuestas de la OMS. A medida que la temporada de influenza 2017/18 alcanza su pico en Europa Occidental, varios países han experimentado un rápido aumento en casos graves y, según EuroMOMO, la organización para el monitoreo europeo del exceso de mortalidad para acciones de salud pública, algunos informan un exceso de mortalidad en personas mayores.

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

Las personas mayores tienen un mayor riesgo de muerte por influenza

La OMS y sus asociados estiman que más de 44.000 personas mueren anualmente por enfermedades respiratorias asociadas a la influenza estacional en la Región Europea de la OMS, de un total de hasta 650.000 muertes a nivel mundial.

Según las encuestas anuales financiadas por el ECDC y la OMS, aunque 34.000 (más de 75%) de estas muertes en Europa corresponden a personas de 65 años o más, la cobertura de vacunación sigue siendo baja en este grupo. La mitad de los países de la Región Europea de la OMS vacunan a menos de una de cada tres personas mayores.

En cuanto a los otros grupos en riesgo:

- la vacunación generalmente se recomienda para personas con enfermedades crónicas; sin embargo, la cobertura fue inferior al 40% en la mayoría de los países;
- casi todos los países recomendaron la vacunación contra la influenza para los trabajadores de la salud, pero la mayoría informó coberturas de vacunación contra la influenza de hasta 40%;
- en total, 90% de los países recomendaban la vacunación a las mujeres embarazadas en 2014/2015, en comparación con 40% antes de la pandemia de influenza A(H1N1) de 2009; sin embargo, la cobertura general fue baja, con la mitad de los países con una cobertura inferior a 10%;
- menos de la mitad de los países, la mayoría de ellos en Europa Oriental, recomendaron la vacunación contra la influenza para los niños pequeños; la cobertura de esta vacuna varió entre menos de 1% a 80%.

La escasez de vacunas y la disminución de la demanda por las bajas coberturas

Hay una serie de factores específicos del contexto que influyen en la cobertura de vacunación. En los países de menores ingresos de la Región, donde la influenza no se considera una enfermedad de alta prioridad, la baja cobertura es consecuencia de la limitada adquisición de vacunas.

Donde las vacunas están más ampliamente disponibles, la cobertura ha sido baja o en disminución por razones que van desde la complacencia y la falta de confianza en las vacunas y las autoridades sanitarias, hasta la falta de recomendaciones de los trabajadores de salud o barreras relacionadas con el acceso, incluidos los costos.

Para abordar las brechas en la vacunación de manera efectiva, es necesario comprender las múltiples barreras a la vacunación, que incluyen:

- derechos, regulaciones y accesibilidad, disponibilidad y conveniencia de los servicios de vacunación;
- normas sociales y culturales, valores y apoyo;
- motivación individual, valores, actitudes, conocimiento y habilidades.⁵



India, Uttar Pradesh: Un falso médico contagió el VIH a 46 personas

6 de febrero de 2018 – Fuente: The Associated Press

Un falso médico que trataba a aldeanos pobres de India de resfriados, tos y diarrea infectó a al menos 46 de ellos con el VIH al utilizar jeringas y agujas contaminadas, el último ejemplo de las insuficiencias de la sanidad en este país de 1.250 millones de habitantes.

Después que se descubrieran las infecciones el pasado diciembre, la policía de Uttar Pradesh abrió un caso criminal contra Rajendra Yadav, quien proporcionaba servicios médicos a domicilio a bajo precio a habitantes pobres de este estado del norte.

Los residentes señalaron que rara vez vieron a Yadav cambiando las agujas, lo que podría haber provocado el contagio del VIH.

Ante la severa escasez de doctores y hospitales en el sistema sanitario de India, millones de pobres acuden a falsos médicos en busca de un tratamiento más barato.

India tenía 2,1 millones de infectados de VIH a fines de 2016, según un reporte del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). De esos, 9.100 eran menores de 15 años. En los últimos años, el país registró una reducción anual de 20% en el número de nuevos contagios, según el informe.

Yadav visitaba las aldeas en su bicicleta y trataba a los pacientes al aire libre. Los pacientes se quejaban de que le daba inyecciones para casi todas las enfermedades a cambio de una tarifa baja.

Este caso salió a la luz en diciembre del año pasado, cuando unas pruebas médicas gubernamentales mostraron una alta concentración de casos de infección por el VIH en el distrito de Unnao, en Uttar Pradesh. Una investigación mostró que casi todos ellos habían recibido inyecciones de una misma persona.

Se establecieron centros médicos especiales en las aldeas de la zona y se realizaron análisis a 566 personas, de las que 46 dieron positivo para VIH.

No obstante, es posible que Yadav, quien se encuentra prófugo, no sea la única causa del alto número de casos, ya que ese área tiene una fuerte población migrante de camioneros, y la prevalencia de sexo sin protección podría ser la razón probable.

Los servicios de salud públicos de India son limitados lo que, junto a la falta de regulación, ha favorecido la propagación de médicos sin licencia, especialmente en las zonas rurales.

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

Mehtab Alam, responsable de Raza Hussain Memorial Charitable Trust, señaló que los falsos doctores no emplean jeringas descartables, sino de cristal, y con una sola aguja inyectan a cientos de pacientes. El grupo trabaja con pacientes con VIH y sida en la región. "Los aldeanos no tienen conocimientos de higiene", agregó.

India cuenta con unos 840.000 doctores, uno cada 1.674 habitantes, muy por debajo de la tasa de uno cada mil recomendada por la Organización Mundial de la Salud.

La semana pasada, el gobierno anunció un sistema de salud nacional para 500 millones de personas, pero no dio detalles de cuánto costaría ni de cómo se financiaría.

India gasta poco más de 1% de su producto interno bruto en sanidad pública, uno de los porcentajes más bajos del mundo. El gobierno espera aumentarlo hasta 2,5% para 2025.

THE LANCET **Mali: Azul de metileno para combatir el parásito de la malaria** Infectious Diseases 5 de febrero de 2018 – Fuente: *The Lancet Infectious Diseases*

Un colorante orgánico conocido como azul de metileno es capaz de matar los parásitos de la malaria a un ritmo sin precedentes, y además impide que se transmitan si el enfermo vuelve a ser picado por un mosquito.

El informe elaborado durante un proyecto en Mali señala que, con el cloruro de metiltionina, a las 48 horas los enfermos ya no pueden infectar a nuevos mosquitos si les pican.

Los parásitos de la malaria son cada vez más resistentes a las terapias combinadas basadas en la artemisina que se emplean en la actualidad.

Además, esos medicamentos hacen muy poco para detener la expansión de la malaria, pues los parásitos permanecen en la sangre durante largo tiempo, lo que posibilita que otros mosquitos se infecten si se alimentan con la sangre de un paciente.

En el estudio, los expertos añadieron a la terapia combinada a base de artemisina, azul de metileno, un tipo de tinte empleado en los laboratorios para distinguir las células vivas de las muertas.

El uso de dicho compuesto junto a la medicación antimalárica asegura que, en solo 48 horas, el paciente ya no podrá infectar a otros mosquitos, mientras que los pacientes a los que no se les suministró, sí podían hacerlo durante al menos una semana.

El uso del azul de metileno es muy prometedor al poder prevenir la expansión de la malaria en tan poco tiempo después del tratamiento.

Además, existen indicios de que el azul de metileno también funciona bien en especies que son resistentes a algunos tipos de medicamentos.

El cloruro de metiltionina es seguro y bien tolerado por los enfermos, aunque existe un efecto secundario: vuelve la orina de un color azul brillante. Es algo que se debe solucionar, porque podría hacer que la gente dejara de usarlo.⁶



THE LANCET **Papúa Nueva Guinea: La bacteria que provoca el pian desarrolló resistencia al tratamiento antibiótico**

7 de febrero de 2018 – Fuente: *The Lancet*

La carrera para erradicar la que podría ser la segunda enfermedad del planeta –la primera fue la viruela en 1978– se ha topado un escollo. La bacteria que provoca el pian, una enfermedad tropical que genera malformaciones óseas y úlceras cutáneas que desfiguran el rostro, se resiste al tratamiento antibiótico con azitromicina, la principal estrategia para combatir la dolencia. El médico catalán Oriol Mitjà descubrió en 2012 en una remota isla de Papúa Nueva Guinea que con una sola dosis de azitromicina se curaba la enfermedad y la Organización Mundial de la Salud (OMS) tomó el hallazgo como base para desplegar su estrategia de erradicación hasta 2020: distribución masiva de este antibiótico en zonas endémicas. Sin embargo, una investigación del médico reveló que el camino hacia la eliminación de la bacteria del pian tiene sus curvas. Mitjà reportó problemas de cobertura antibiótica y varios casos descritos de resistencias a la azitromicina que impiden –o retrasan– la erradicación de la enfermedad.



Oriol Mitjà en una campaña de administración de azitromicina en Papúa Nueva Guinea.

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

Unos 100.000 casos nuevos cada año, 14 países endémicos y 89 millones de personas en riesgo no hacen al pian más conocido. Ni siquiera para Mitjà, que se lo topó de bruces hace ocho años cuando aterrizó en medio del Pacífico, en la isla de Lihir, para cubrir una suplencia en un centro médico. La enfermedad, muy contagiosa a través de contacto piel con piel, afecta especialmente a niños de entre cinco y 15 años. Empieza con una úlcera y termina deformando la cara y los huesos de los niños.

Mitjà se quedó y encontró una solución rápida, eficaz y barata a esa enfermedad: con una sola pastilla de un antibiótico llamado azitromicina, los niños afectados se curaban en apenas 15 días, así que apostó por tratar de forma masiva a la población para alcanzar tanto casos activos como latentes e interrumpir la enfermedad.

Tres años y medio después de la campaña de distribución masiva de azitromicina en la isla –se repartió en 84% de una población de 18.000 habitantes–, los investigadores, con Mitjà a la cabeza, realizaron un seguimiento clínico y serológico cada seis meses para detectar la presencia de la bacteria *Treponema pallidum pertenue*, causante del pian. La prevalencia de la enfermedad se desplomó de 1,8% a 0,1% en los primeros 18 meses.

Sin embargo, los sanitarios eran incapaces de alcanzar el 0% y, lejos de disminuir, a los 42 meses, la prevalencia ascendió a 0,4%. Si los casos latentes no son tratados, pueden desarrollar la enfermedad. Y también hay un porcentaje, pero inferior a 15%, que son importados de otras regiones.

Pero además de los problemas de cobertura poblacional, se encontraron cinco casos en los que la bacteria del pian era resistente al tratamiento con azitromicina. Los investigadores sostienen que todos los casos se contagiaron con la misma cepa resistente, pues los cinco niños afectados eran amigos o familiares. Los médicos los trataron satisfactoriamente con penicilina benzatina, un antibiótico más potente.

“Las mutaciones aparecerán, pero tenemos el arma para detectarlo –un test diagnóstico a través de una muestra analizada en el laboratorio– y la medicina para curarlo. Pueden aparecer resistencias pero la probabilidad es muy baja. Esto no será un problema para la erradicación del pian”, dijo Mitjà.

Con todo, los últimos hallazgos han obligado a repensar el abordaje global de la erradicación del pian. Mitjà puso en marcha una nueva estrategia que pasa por aumentar la cobertura de tratamiento y también la intensidad. La desarrollará los dos próximos años en una provincia de Nueva Irlanda (Papúa Nueva Guinea), formada por varias islas y con una población total de 56.000 personas.

“Es necesario una nueva idea. Alta cobertura y tres rondas seguidas de tratamientos masivos con azitromicina cada seis meses. Proponemos dos recordatorios para parar la transmisión de la enfermedad y que se reduzcan las mutaciones”, explicó Mitjà.

El proyecto prevé identificar cuántas rondas de tratamiento son necesarias para alcanzar la eliminación. “El problema no es la azitromicina, porque este antibiótico es curativo. Lo que falta no es eficacia, sino que hay un problema de cobertura. Es casi imposible conseguir 100% de cobertura pero lo que se pretende es aumentarla y por eso pedimos a los gobiernos que usen el censo y se monitoricen los casos que no han tomado la primera dosis”, explicó.

La OMS mantiene el plazo de erradicar el pian para 2020, aunque Mitjà reconoce que, con los últimos contratiempos, “puede que haya un retraso”. Con todo, se mantiene optimista: “Vamos en ruta y según lo planeado”.⁷



Sudáfrica: Actualización sobre la situación epidemiológica de la listeriosis

6 de febrero de 2018 – Fuente: Division of the National Health Laboratory Service (Sudáfrica)

Entre el 1 de enero de 2017 y el 5 de febrero de 2018, se ha notificado un total de 852 casos de listeriosis confirmados por laboratorio al Instituto Nacional de Enfermedades Transmisibles (NICD) (ver Gráfico 1). La mayoría de los casos han sido reportados en la provincia de Gauteng (59%, 505/852) seguida por las provincias de Western Cape (13%, 107/852) y KwaZuluNatal (7%, 63/852).

Se han diagnosticado casos tanto en el sector de salud pública (66%, 558/852) como en el privado (34%, 294/852).

El diagnóstico se basó con mayor frecuencia en el aislamiento de *Listeria monocytogenes* en hemocultivo (71%, 609/852), seguido de líquido cefalorraquídeo (22%, 191/852).

En los casos en los que se dispone del dato de la edad del paciente (n=823), ésta osciló entre el nacimiento hasta los 93 años (mediana de 19 años), y 42% (344/823) son menores de 28 días.

De los casos neonatales, 96% (331/344) tuvo una enfermedad de inicio temprano (entre el nacimiento y los seis días posteriores).

Las mujeres representan 55% (457/825) de los casos en los que se informó el género.

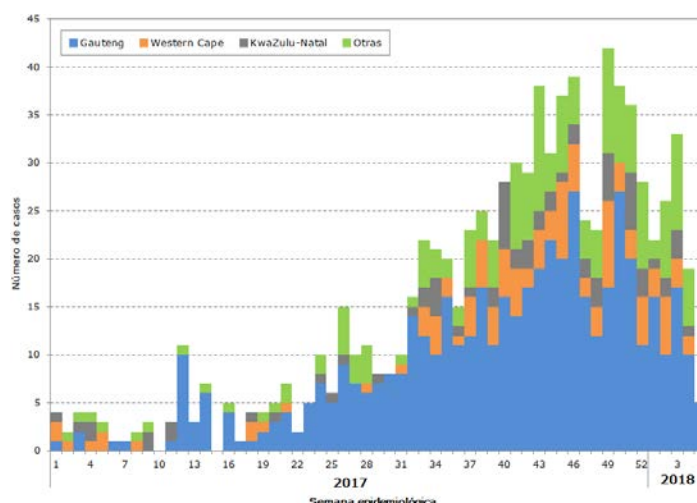


Gráfico 1. Casos confirmados, según semana epidemiológica y provincia. Sudáfrica. De semana epidemiológica 1 de 2017 a semana epidemiológica 5 de 2018 (n=852). Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Transmisibles de Sudáfrica.

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

Los datos de evolución de los casos están disponibles para 42% (355/852) de los pacientes, de los cuales 30% (107/355) falleció.

El NICD solicitó a todos los trabajadores de la salud que completen formularios de investigación de casos en todos los casos de pacientes con listeriosis y que los envíen al Instituto.

El NICD continúa operando una línea directa las 24 horas para consultas de los trabajadores de la salud.⁸



Sudán del Sur declaró el fin de la epidemia de cólera después de un año y medio

7 de febrero de 2018 – Fuente: EFE

Sudán del Sur declaró hoy el final de la epidemia de cólera que se prolongó por un año y medio en el país africano, después de no registrar ningún caso en más de siete semanas, aseguró la Organización Mundial de la Salud (OMS).

“Felicitó a Sudán del Sur por resolver el problema del cólera. Pero el cólera es endémico y existen muchos factores de riesgo. Es importante mantener la capacidad de detectar y responder a casos nuevos”, dijo el representante de la OMS en Sudán del Sur, Evans Liyosi.

El brote se declaró el 18 de junio de 2016 y se extendió a muchas partes del país, incluida Yuba, la capital.

Según la OMS, el 18 de diciembre de 2017 se confirmó el último caso de cólera y las autoridades han registrado hasta 436 muertes por el virus desde que se expandió.

“En unos pocos meses comenzará una nueva temporada de lluvia, aumentando el riesgo de cólera. Juntos debemos estar alerta para detectar señales que puedan indicar otro brote”, indicó Liyosi.

Casi 5 millones de personas, más de 40% de la población, padece inseguridad alimentaria grave en Sudán del Sur, según la OMS.

Sudán del Sur es escenario de un conflicto entre las fuerzas del presidente, Salva Kiir Mayardit, de la etnia dinka, y las de su ex vicepresidente, Riek Machar Teny, de la tribu nuer.



Cómo sobrevive la bacteria causante de la lepra

24 de enero de 2018 – Fuente: Nature Communications

La bacteria *Mycobacterium leprae* (o bacilo de Hansen), causante de la lepra, desarrolla resistencia a los antibióticos al sufrir una gran cantidad de mutaciones genéticas aleatorias.

El descubrimiento será de gran ayuda para comprender cómo funciona la resistencia de *M. leprae* a ciertos medicamentos y en el futuro facilitará un control más eficiente de la resistencia medicamentosa.

Cada año se detectan 200.000 nuevos casos de lepra, principalmente en los países en desarrollo. India representa 60%, seguido de Brasil (14%) e Indonesia (8%). Por otro lado, la resistencia a los antimicrobianos se ha convertido en una preocupación mundial. En 2016, la Asamblea General de las Naciones Unidas se comprometió a tomar medidas para contrarrestar la amenaza de los microorganismos resistentes a los medicamentos, un problema que afecta anualmente a 700.000 personas. Para 2050 ese número podría llegar a 10 millones.

La mayoría de los antibióticos altera una proteína específica del patógeno. Si esa proteína cambia en el lugar correcto a través de una mutación específica en el genoma, puede volverse resistente al antibiótico. Con algunos antibióticos se sabe exactamente a qué proteínas se dirigen, y qué mutaciones dan lugar a la resistencia a los medicamentos, pero para otros, como la clofazimina, el fármaco contra la lepra, no es así.

Es importante poder detectar la resistencia a los medicamentos antes y/o durante el tratamiento, para poder cambiar a medicamentos alternativos. También es importante monitorear de manera eficiente la aparición y propagación de la resistencia a los medicamentos en áreas endémicas.

La evidencia osteológica más temprana de la lepra data de alrededor del 300 aC. Pese a su larga historia, poco se sabe sobre los mecanismos de *M. leprae*, cómo interactúa el patógeno con el huésped, cómo reacciona a la terapia multimedicamentosa –que consiste en rifampicina, dapsona y clofazimina– recomendada por la Organización Mundial de la Salud, y el papel de la bacteria en la resistencia a los antibióticos.

Como *M. leprae* no se puede cultivar en el laboratorio, los investigadores –mediante biopsias cutáneas– extrajeron secuencias de su genoma directamente del ADN de 154 pacientes de 25 países: 11 de Europa, 28 de Asia, 72 de África y 43 de las Américas.

Una vez aislado, se secuenció el ADN microbiano y se compararon las cepas, encontrándose ocho variedades que contenían grandes cantidades de genes mutados.



Un médico curando a un paciente con lepra con notorias deformaciones causadas por la enfermedad.

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

Hasta la fecha se han identificado cuatro tipos de *M. leprae*: el tipo 1 se encuentra en cepas de de Asia, la región del Pacífico y África Oriental; el tipo 2, en cepas aisladas de Etiopía, Malawi, Nepal, norte de India y Nueva Caledonia; el tipo 3 en cepas de Europa, norte de África y las Américas, y el tipo 4 en cepas de África Occidental y el Caribe.

Además de la resistencia a los antimicrobianos, el estudio también proporciona información sobre la evolución y las tendencias geográficas. Algunos aislamientos de África Oriental están estrechamente agrupados con cepas europeas medievales que datan del siglo XI, lo que respalda la hipótesis de que las antiguas rutas griegas y romanas que conectaban Europa, Medio Oriente, África y Asia contribuyeron a la diseminación de ese tipo de *M. leprae*.

África Occidental, por otro lado, alberga exclusivamente un tipo diferente (tipo 4), lo que sugiere que la migración entre África Oriental y Occidental fue limitada. En Brasil, los investigadores encontraron un genotipo específico, el 3I, que también ha sido encontrado en cuerpos bien conservados de Europa medieval. Para los autores, significa que la lepra llegó a América Latina durante la colonización poscolombina.

Conocer la población de cepas que circulan en un área en particular puede ayudar a comprender la epidemiología de la enfermedad. Por ejemplo, ¿qué tan rápido se propaga una cepa en particular en un área urbana? ¿Algunas cepas son más virulentas que otras? ¿Una vez surgida una cepa resistente a los medicamentos, eventualmente toma el control y reemplaza a otras cepas?

El presente estudio marca un gran paso. Deben desarrollarse pruebas refinadas en el laboratorio, ya que las que actuales son muy limitadas, para un pequeño número de mutaciones. Existen variedades de *M. leprae* mucho más resistentes de lo que se piensa. Muchos médicos todavía creen que la terapia multimedicamentosa cura a todos los pacientes, pero no es así.⁹

Reseña



Matando emoticones a garrotazos

6 de febrero de 2018 – Fuente: IntraMed (Argentina) – Autor: Daniel Flichtentrei¹⁰

Pero si el pensamiento corrompe el lenguaje, el lenguaje también puede corromper el pensamiento.

George Orwell



Natalia tiene 29 años. El año pasado tuvo una tromboflebitis de la pierna izquierda que se resolvió sin secuelas. Hace una semana me consultó por un episodio de alteración de la fluencia verbal, cefalea y desorientación sin foco neurológico de pocos minutos de duración. Las imágenes cerebrales no mostraron alteraciones, el ecocardiograma fue normal. Le solicité estudios de trombofilia, anticuerpos anticardiolipina, antifosfolípidos, FAN y antinúcleo. Le indiqué anticoagulación oral, reposo y observación. Toma anticonceptivos desde hace seis años, que suspendí en la primera consulta. Cinco días más tarde me volvió a ver porque presentó dos episodios de hematuria macroscópica. Le hice con urgencia un coagulograma con RIN y corregí la dosis de dicumarínicos; no repitió el sangrado. Hace diez días que no recibo noticias tuyas pese a que le pedí que me informara a diario de su evolución. Decidí llamarla por teléfono, no me contestó; dejé un mensaje de voz. Un rato más tarde me envió un mensaje de WhatsApp que, ya que no uso ese medio regularmente, solo vi al día siguiente. El mensaje era breve, primitivo, pictográfico:



Me quedé unos minutos mirando la imagen en la pantalla del teléfono. Le respondí tecleando con torpeza extrapiramidal, apretando dos a tres letras a la vez, borrando y volviendo a escribir, luchando contra el obstinado sistema de texto predictivo que insistía en escribir palabras que yo jamás había escrito: “Hola Natalia, por favor amplíame un poco tu respuesta: ¿volviste a tener problemas para hablar? ¿Apareció sangre otra vez en la orina? ¿Suspendiste los anticonceptivos?”

Necesito historias, no solo datos, para entender lo que le ocurre a un paciente. Pero algunos de ellos parecen haber adoptado la misma estúpida idea que la mayoría de la medicina de nuestros días: la era de la información es la era de los datos crudos y de la interacción a distancia. Me importa muy poco lo que crea el *mainstream* médico en el mundo, pero siento una enorme frustración cuando sus delirios de Big Data infestan a los pacientes que son sus principales víctimas.

Los estudios acerca de los cambios en el uso del lenguaje con los medios virtuales son contradictorios. Hay apocalípticos e integrados, tecnofílicos y tecnofóbicos. Sus metodologías de investigación y sus conclusiones apuntan más a confirmar sus propios prejuicios culturales que a evaluar el posible deterioro que las nuevas modalidades lingüísticas imponen a las habilidades cognitivas, de razonamiento y de expresión. Según datos de 2015 de la empresa Swyft Media, cada día se envían 6.000 millones de emojis, 8% de los datos de los mensajes son emoticones.

⁹ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

¹⁰ Daniel Flichtentrei es Secretario Académico de la carrera de Médico Especialista en Cardiología del Colegio de Médicos III de la Provincia de Buenos Aires. Dirige IntraMed y la colección de libros *Puentes (entre la ciencia y las humanidades)*, *Libros del Zorzal* y la colección de libros *Literatura y medicina*, IntraMed. Ha publicado dos antologías de escritores argentinos que escriben sobre casos reales: *Permiso para morir* e *Historias prematuras*.

Afirma Noam Chomsky que: "El lenguaje de hoy no es peor que el de ayer. Es más práctico. Como el mundo en que vivimos", pero yo no estoy tan seguro. Es posible que se gane en algunos aspectos pragmáticos, pero se pierde en los expresivos. La megalengua universal empobrece la comunicación, deja sin matices lo dicho, nos condena a una neolengua orwelliana que no solo manipula lo que puede decirse sino lo que puede sentirse y pensarse. Reduce la palabra a la mano rupestre de las cuevas de Altamira.

El psicólogo Albert Mehrabian, profesor emérito de la Universidad de California-Los Ángeles (UCLA), afirmó a mediados del siglo pasado, que, cuando conversamos con alguien, 7% de la comunicación es verbal, 38% es vocal (tono de voz, silencios) y 55% es no verbal (gestos, postura, proxémica).

La decodificación de un mensaje intersubjetivo, algo elemental en la clínica médica, requiere de un entrenamiento –que demora años en alcanzarse– en la atención a señales verbales y no verbales y en su interpretación. No me detendré aquí a analizar el significado de otros recursos clínicos, hoy también devaluados para el ídolo enfático de los datos desnudos, como los que proceden del contacto físico con los pacientes. La comunicación humana es compleja y multidimensional, su reducción a lo denotativo mutila los aspectos connotativos que son fundamentales en medicina. El juicio clínico no es el producto meramente aditivo de la información bruta sino la conclusión cualitativa de una exploración que no se limita a lo explícito. Es posible que en otros ámbitos ajenos a la medicina existan fenómenos adaptativos a los cambios en el uso de la lengua que sean menos dramáticos de lo que imaginamos. Una lengua está viva, se transforma, aunque no siempre para mejor. El lenguaje configura el modo en que pensamos, aporta las categorías mediante las cuales entendemos lo real. En la práctica clínica, esa metamorfosis pone en escena una epistemología que hoy confunde a la medicina con la ciencia, a la consulta médica con el laboratorio, a la comunicación con la decodificación de variables mensurables; en fin, al padecimiento humano con sus mediadores fisiológicos.

Mientras manejaba por la Avenida General Paz sonó el tono de mensajes del celular. Estaba ansioso por conocer su respuesta a mis preguntas. Estacioné sobre la banquina, busqué mis anteojos, abrí el teléfono, recorrí dos o tres veces una multitud de íconos cuyo significado ignoro y que jamás he usado, hasta identificar el de WhatsApp. Por fin tendría la información de mi paciente que me tenía tan preocupado. Su mensaje fue menos breve que el anterior, pero igual de enigmático y brutal para un sobreviviente de la era verbal como yo:



La llamé por teléfono, no me contestó. Necesitaba hablar con ella, escuchar el tono de voz con el que me contaba cómo estaba evolucionando, percibir la intensidad del relato, las pausas de silencio, su prosodia, el ritmo de su respiración, imaginar los gestos que acompañarían lo que me decía; repreguntar. Quería conversar. Como un dinosaurio clínico en extinción buscaba información más narrativa y compleja que su austero OK.

*Hay más cosas entre el cielo y la tierra,
Horacio, que las que sospecha tu filosofía.*

William Shakespeare

		¿Se siente mejor?	
		Si	No
¿Conoce su diagnóstico?	Si	1	3
	No	2	4

El *New England Journal of Medicine* acaba de publicar en su blog que en medicina ambulatoria los estudios muestran que, pese al aumento de sofisticados estudios complementarios, 89,4% de los pacientes se encuentran en un área donde no tenemos diagnóstico pero aun así mejoran (el área 2 del gráfico).¹¹

No hay datos que expresen lo que sucede en la mayoría de los casos, en todo caso hay solo datos negativos que informan lo que nuestros pacientes no tienen pero nada dicen de lo que padecen. Ese territorio de incertidumbre se llama medicina. El objeto de la clínica es el padecimiento humano, no la corrección de variables. Entre la futilidad y la relevancia se extiende el áspero territorio de la existencia de las personas, de sus tristezas y sus alegrías, de lo que los lleva a nuestros consultorios buscando un alivio a dolores que no siempre podemos nombrar con un diagnóstico preciso. Es en los intersticios del relato, en ese espacio que el laboratorio no ve y que la aritmética no señala donde sucede la mayor parte del padecimiento de las personas. No me refiero solo a la subjetividad, ni muchos menos a la sobreinterpretación descabellada de tantas disciplinas que niegan a la ciencia, nada de eso. Hablo de trastornos disfuncionales, de signos y de síntomas que resultan evidentes al ojo experto pero que ningún dato objetivo saca a la luz. De lo que existe más allá de la reducida cuadrícula de nuestras categorías. Son enfermedades que no cumplen con los criterios de demarcación estrechos que la medicina tiene para tipificar el padecimiento.

Sin la presencia del otro, la comunicación degenera en un intercambio de información: las relaciones se reemplazan por las conexiones, y así solo se enlaza con lo igual; la comunicación digital es solo vista, hemos perdido todos los sentidos; estamos en una fase debilitada de la comunicación, como nunca: la comunicación global y de los likes solo consiente a los que son más iguales a uno. ¡Lo igual no duele!

Byung-Chul Han

Las emociones son detectores instintivos universales de valor, ponen un sello valorativo a las cosas, las personas y las situaciones. Son marcadores somáticos primitivos que, después, la corteza prefrontal analiza, designa y clasifica. Le asignan a la experiencia una valencia o tono emocional con el que se las almacena en la memoria para ser convocadas cuando sea necesario. Son una clave que organiza el mundo. Suele olvidarse que una emoción comunica mediante su expresión física, dando señales a los otros de nuestros estados personales. Pero también lo hacen con nosotros mismos, nos "dicen"

¹¹ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

qué estamos sintiendo y qué necesitamos. Esta función dual permite a los individuos co-participar de sus propios estados subjetivos, compartir sus mundos internos. Muchas veces sin apelar a la palabra ponen en escena una "resonancia" compartida que nos da información compleja, muy difícil de expresar pero imprescindible tanto para nuestros semejantes como para nosotros mismos. Nos conectan con un nivel interior muy profundo que nos "dice", en un lenguaje anclado en el cuerpo mediante sensaciones, el valor que le asignamos a lo vivido. Comprendo lo que otro siente a través de lo que siento yo, re-sonamos juntos (identificación proyectiva). Esta relación emocional establece un vínculo que se retroalimenta de señales de ambas partes (*feedback* positivo) que no solo expresa a los otros lo que sentimos sino que nos permite averiguarlo a nosotros. Su propia naturaleza multidimensional excede los límites del lenguaje verbal y, desde ya, no puede mutilarse en el lecho de Procusto de un tonto emoticón. El periódico inglés *The Guardian* publica hoy una nota cargada de un optimismo a mi juicio aterrador y distópico: el gobierno japonés estimula la creación de "robots empáticos" para suplir la carencia de enfermeras y cuidadores ante la creciente demanda de asistencia de ancianos en soledad¹². No cuenten conmigo...

Pensé todo esto detenido durante algunos minutos al costado de la General Paz. Arranqué el auto rodeado por un campamento de cientos de familias de personas despedidas de su trabajo; los saludé, toqué bocina para mostrarles mi solidaridad con ellos. Me respondieron con sus brazos en alto, agradecidos. Puse un CD (sí, yo todavía uso CDs), subí el volumen. A mis espaldas la tarde caía sobre el río. La música me llevó de la mano, me fui encendiendo. Fui desde los emoticones de Natalia a la brutalidad de los despidos de personas cuyo dolor tampoco entra en una planilla de cálculo ni en una estúpida "carita triste" de WhatsApp.

*Estás llamando a un gato con silbidos.
El futuro ya llegó,
llegó como vos no lo esperabas.
Todo un palo, ya lo ves...*

Mientras volvía a casa tuve ganas de salir a matar emoticones a garrotazos.

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.

¹² Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).