



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.

2.090

31 de agosto 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.)

Javier Casellas (Arg.)

Isabel Cassetti (Arg.)

Arnaldo Casiró (Arg.)

Ana Ceballos (Arg.)

Sergio Cimerman (Bra.)

Fanch Dubois (Fra.)

Milagros Ferreyra (Fra.)

Salvador García Jiménez (Gua.)

Ángela Gentile (Arg.)

Ezequiel Klimovsky (Arg.)

Susana Lloveras (Arg.)

Gustavo Lopardo (Arg.)

Eduardo López (Arg.)

Tomás Orduna (Arg.)

Dominique Peyramond (Fra.)

Daniel Pryluka (Arg.)

Fernando Riera (Arg.)

Charlotte Russ (Arg.)

Horacio Salomón (Arg.)

Eduardo Savio (Uru.)

Daniel Stecher (Arg.)

Carla Vizzotti (Arg.)

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

Noticias

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

Argentina

- Vigilancia de fiebre amarilla
- Cerca de 40% de los nuevos casos de enfermedad de Chagas se debe a la transmisión perinatal
- Jujuy en alerta sanitaria por falta de vacunas antirrábicas

América

- Actualización sobre la situación epidemiológica de la difteria en la Región
- Brasil: El aumento de la desigualdad hace reaparecer enfermedades erradicadas
- Colombia: Reportan más de 3.100 casos de leishmaniosis cutánea en lo que va del año
- Estados Unidos: Los casos de infecciones de transmisión sexual registran cifras récords

- Estados Unidos: Reapareció la "enfermedad del pulmón negro" en trabajadores de minas de carbón

El mundo

- África: Los ministros de salud se comprometen a poner fin a los brotes de cólera para 2030
- Australia: El virus HTLV-1 es común en algunas áreas del país
- China retiene muestras del peligroso virus de la influenza aviar A(H7N9)
- Grecia: La fiebre del Nilo Occidental causó 16 muertes en lo que va de la temporada
- Malasia: Los casos de enfermedad de manos, pies y boca aumentaron 127% respecto del año anterior
- Nigeria: El noma destruye los rostros de los niños más pobres

Adhieren:

SLAMVI

Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/

CIRCULO MÉDICO DE CÓRDOBA

www.circulomedicocba.org/

Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba

www.consejomedico.org.ar/



Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas

Universidad Nacional de Córdoba

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



S.A.D.I.

www.sadi.org.ar/

Comité Nacional de Infectología

Sociedad Argentina de Pediatría

www.sap.org.ar/



www.apinfectologia.org/

Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica

www.sadip.net/

Asociación Parasitológica Argentina

www.apargentina.org.ar/

Vigilancia de fiebre amarilla

27 de agosto de 2018 – Boletín Integrado de Vigilancia – Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de la Situación de Salud (Argentina)

En Argentina, la vigilancia de las arbovirosis se realiza de forma integrada, en el marco de la vigilancia del síndrome febril agudo inespecífico (SFAI) y de los casos con sospecha de fiebre zika; la notificación se realiza a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). La vigilancia integrada de las arbovirosis incluye el estudio de dengue, fiebre zika, fiebre chikungunya, fiebre amarilla, encefalitis de Saint Louis y fiebre del Nilo Occidental, entre otros agentes etiológicos; asimismo, la vigilancia del SFAI integra patologías como hantavirus, leptospirosis y malaria, de acuerdo al contexto epidemiológico del área.

En el marco de la emergencia de la fiebre amarilla en la región, se notificaron hasta el momento siete casos confirmados de fiebre amarilla importados, con antecedente de viaje a Brasil y sin antecedentes de vacunación. Seis de los casos presentaron el antecedente común de haber visitado Ilha Grande en Rio de Janeiro (además de otros destinos en ese país); el restante visitó Ouro Preto, en el estado de Minas Gerais. En la SE 17 se registró el fallecimiento de uno de los casos confirmados, sumando un total de tres fallecidos (uno con residencia en Río Negro y asistido en un efector privado en Neuquén, uno con residencia en Lanús y el otro con residencia en Hurlingham, ambos de provincia de Buenos Aires, asistidos en efectores privados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires).

En ocasión del primer caso notificado, el Ministerio de Salud de la Nación emitió una Alerta Epidemiológica el 19 de febrero de 2018¹.

| N° de caso | Edad (años) | Sexo | Residencia | Fecha de inicio de síntomas | Semana epidem. |
|------------|-------------|------|---------------------------------|-----------------------------|----------------|
| 1 | 45 | Fem | Comuna 1 (CABA) | 14/01/18 | 3 |
| 2 | 27 | Masc | Comuna 7 (CABA) | 12/02/18 | 7 |
| 3 | 22 | Fem | General Alvarado (Buenos Aires) | 21/02/18 | 8 |
| 4* | 69 | Masc | Lanús (Buenos Aires) | 08/03/18 | 10 |
| 5* | 69 | Masc | General Roca (Río Negro) | 16/03/18 | 11 |
| 6* | 24 | Masc | Hurlingham (Buenos Aires) | 17/03/18 | 11 |
| 7 | 27 | Fem | Comuna 11 (CABA) | 19/03/18 | 12 |

* Fallecido

Tabla 1. Listado de casos confirmados importados. Argentina. Año 2018, hasta semana epidemiológica 34. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

Cerca de 40% de los nuevos casos de enfermedad de Chagas se debe a la transmisión perinatal

6 de agosto de 2018 – Fuente: Infobae (Argentina)

Si bien la forma principal de transmisión de la enfermedad de Chagas sigue siendo el contacto con la vinchuca, el insecto que porta el parásito, desde la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) advierten un importante crecimiento de la transmisión perinatal, es decir, durante el embarazo o en el momento del parto, que representaría actualmente cerca de 40% de los casos.

Pese a que en Argentina el estudio para detectar la enfermedad en la madre embarazada es obligatorio y se realiza masivamente, por falta de seguimiento posterior y ausencia de controles, se estima que luego del parto se detecta apenas uno de cada tres niños que contrajeron la enfermedad de Chagas por esta vía.

“Lamentablemente, un adulto enfermo es un niño que no se detectó”, remarcó el Dr. Jaime Marcelo Altcheh, médico pediatra, miembro de la SAP e investigador principal del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

“Debemos cumplir debidamente las normas referidas al tamizaje universal de la enfermedad de Chagas para las embarazadas, detección de los recién nacidos positivos y su tratamiento en busca de la curación”, insistió.

En un reciente informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se advierte que la transmisión materno-infantil es hoy la principal vía de infección en los países que han controlado la transmisión vectorial mejorando sus estándares de vivienda y aplicando el tamizaje universal en bancos de sangre, situación que incluye a Argentina, y que en nuestra región se comparte con Brasil, Chile, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Uruguay.

Contribuye también a este nuevo tipo de transmisión vertical la migración de personas de áreas endémicas a zonas urbanas.

Se calcula que un bebé de una madre con la enfermedad de Chagas tiene entre 2 y 8% de posibilidades de contraer la infección durante el embarazo y el parto. Distintas estimaciones refieren que nacen por año en Argentina entre 1.000 y 1.300 niños con la enfermedad, pero solo se logra diagnosticar y tratar a un tercio de ellos.

“Esta circunstancia no solo representa un problema de salud pública por omisión de un diagnóstico que debería ser muy sencillo, sobre todo conociendo el universo de madres ya detectadas, sino que produce a largo plazo una afectación de la salud de los infectados y una potencial ampliación en la cadena de contagio, con punto de partida en las niñas afectadas, que luego tendrán hijos con la enfermedad”, remarcó la Dra. Elizabeth Patricia Bogdanowicz, infectóloga pediatra, secretaria del Comité de Infectología Pediátrica de la SAP.

Más de un millón y medio de infectados en Argentina

Se estima que en Argentina al menos un millón y medio de personas de todas las edades están infectados con la enfermedad de Chagas, potencialmente mortal y causada fundamentalmente por la picadura de la vinchuca portadora del parásito *Trypanosoma cruzi* y por el contagio de madre a hijo durante el parto.

¹ Puede consultar el documento completo haciendo clic [aquí](#).

Sin embargo, menos de 10% de los infectados cuentan con diagnóstico y reciben algún tipo de tratamiento, ya que la gran mayoría desconoce su condición y desarrolla la enfermedad en forma asintomática.

“Lamentablemente, como la enfermedad de Chagas no suele dar síntomas, en general no se la sospecha y no se la busca. Recién a largo plazo, tras 30 o 40 años, aparecen, entre otras, complicaciones cardíacas muchas veces irreversibles”, afirmó Altcheh. El tratamiento es altamente efectivo con las drogas disponibles (benznidazol y nifurtimox) especialmente en la edad pediátrica. Esto refuerza la necesidad de un diagnóstico temprano. A su vez se han aprobado recientemente formulaciones pediátricas.

“En todos los casos, esta sigue siendo una enfermedad propia de la gente de menores recursos y constituye un verdadero indicador de situaciones de pobreza”, reflexionó Bogdanowicz, recomendando que todas aquellas personas que hubiesen estado expuestas a la presencia de la vinchuca o que tengan alguna duda sobre la posibilidad de estar infectados, no duden en solicitarle a su médico la realización del test de Chagas. Y particularmente que todas las embarazadas se cercioren de que les hayan realizado un estudio para diagnosticar y en caso de ser positivas se ocupen de reclamar el testeado de sus bebés, sin excepción.

“La SAP ha firmado un convenio con la OPS para fomentar y potenciar el diagnóstico y tratamiento de los niños infectados, porque en la edad pediátrica la enfermedad es curable”, sostuvo Altcheh, quien también es director del Centro colaborador en Chagas Pediátrico OPS/OMS. De hecho, la OPS lanzó en 2017 un programa integral (ETMI plus) para eliminar hacia 2020 la transmisión materno-infantil de cuatro enfermedades, incluida la de Chagas.

Como medidas de prevención para no contraer la enfermedad, entre otras, los especialistas recomiendan evitar la exposición al insecto transmisor, alejar los animales de corral de la casa (ya que ellos favorecen la proximidad de la vinchuca al hogar), mantener el hogar ordenado, limpio y fumigado, eliminar los techos de paja y revocar huecos en techos y paredes (que es donde el insecto suele anidar), detectar deyecciones de la vinchuca (rastros que dejan en sábanas, pisos y paredes), e instalar mosquiteros y mantenerlos en buen estado.

Proyecto

La Fundación Mundo Sano y la Asociación para el Desarrollo Sanitario Regional (ADESAR) junto a organismos de gobierno, universidades e instituciones públicas y privadas, pusieron en marcha el Proyecto de Atención a la Salud Materno Infantil en la Triple Frontera del Chaco Salteño, una iniciativa que busca fortalecer y complementar las capacidades sanitarias locales para contribuir a la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, sífilis, hepatitis B y la enfermedad de Chagas en la región de la Triple Frontera de Argentina-Bolivia-Paraguay.

“El objetivo del proyecto es contribuir a la disminución de la mortalidad materno-infantil en esta área donde confluyen nuestros tres países, representativa del Gran Chaco Sudamericano, caracterizada por una población mayoritariamente originaria y dispersa, con importantes movimientos migratorios internos, condiciones estas que dificultan el acceso a los servicios de salud”, sostuvo Marcelo Abril, director ejecutivo de la Fundación Mundo Sano.

El Proyecto prevé una duración de tres años y está destinado a mujeres embarazadas que habitan la región fronteriza integrada por Santa Victoria Este (Argentina), Crevaux y D’Orbigni (Paraguay) y Pozo Hondo y San Agustín (Bolivia) y los respectivos parajes aledaños, que en conjunto alcanzan una población aproximada de 23.000 personas.

“Se estima incorporar al proyecto aproximadamente 500 embarazadas por año. También se incluirá atención de púerperas, hasta los 60 días posparto, y recién nacidos y lactantes hasta los 18 meses de vida, producto de aquellos embarazos en que se detectaren enfermedades de transmisión vertical”, sostiene Mariana Fernández, vicepresidenta de ADESAR.

Un equipo interdisciplinario integrado por ginecólogos-obstetras, bioquímicos, ecografistas, pediatras, infectólogos y médicos de familia son los encargados de realizar seis intervenciones intensivas por año en cada una de las poblaciones y parajes del área de los tres países. La mismas incluyen: evaluación inicial, seguimiento, evaluación ecográfica y serológica de la embarazada y el recién nacido, y tratamiento y/o derivación en los casos en los que se requiera la atención de problemas que excedan las capacidades locales.

Todas las acciones son informatizadas por el equipo médico, en tiempo real, a través de dispositivos electrónicos. Esto permite que diferentes niveles de asistencia y coordinación puedan acceder, de manera confidencial, a los datos relevados desde diferentes lugares para su análisis. Asimismo, el Proyecto incluye el desarrollo de actividades de capacitación a los actores de comunidades intervinientes.²

² La enfermedad de Chagas es una enfermedad infecciosa potencialmente mortal causada por el parásito *Trypanosoma cruzi*. Existen varias formas de contagio: la más común es a través de la vinchuca, el insecto que funciona como vector que al picar y succionar la sangre hincha su intestino y defeca sobre la piel de su víctima depositando los parásitos. Por la picazón, la persona se rasca y –sin quererlo– introduce el microorganismo en los tejidos de su piel.

La transmisión perinatal, otra de las formas de contagio, está creciendo vertiginosamente y ya representa cerca de 40% de los casos, en parte por la disminución de la presencia domiciliar de vectores al mejorar el estado de las viviendas y por la falta de control para interrumpir la transmisión congénita.

Otras formas de infección son las transfusiones sanguíneas y los trasplantes de órganos, aunque afortunadamente en los países que han perfeccionado las técnicas de tamizaje de los bancos de sangre, como Argentina, esta vía de transmisión prácticamente ha desaparecido.

El contagio por la ingesta de alimentos contaminados, si bien es muy infrecuente, puede darse a través de la ingesta de frutos regionales, jugos y otros que hubiesen estado en contacto con las heces de la vinchuca infectada. No existe contagio a través de la saliva ni por contacto sexual.

Al igual que numerosas ciudades de Argentina, Jujuy ya no cuenta con vacunas contra la rabia humana ya que al parecer se frenó la producción de dosis. Ante esta situación, el Ministerio de Salud de la provincia declaró la alerta sanitaria e instó a los municipios a reforzar las campañas de inmunización antirrábica a perros y gatos, a fin de evitar la aparición de esta enfermedad.

Así lo confirmó el 29 de agosto el ministro de Salud de la provincia, Gustavo Alejandro Bouhid, quien remarcó que actualmente Jujuy no cuenta con dosis de vacunas antirrábicas para inmunizar a quienes hayan sufrido mordeduras de perros y aclaró que el faltante es a nivel mundial, ya que el laboratorio que las fabricaba no las estaría produciendo. Ante esta situación, inmediatamente se declaró la "alerta sanitaria provincial" ya que consideran que "hay riesgo de que vuelva a haber casos de rabia humana".

Con esta declaración de alerta se pretende concientizar a la comunidad sobre la importancia de la inmunización antirrábica a perros y gatos, y especialmente convocar a los municipios a que profundicen las campañas de vacunación masivas. "Hoy la única forma de prevenir casos de rabia en humanos es vacunar a los animales, a todos, incluso a los callejeros, de modo que le pedimos a la población que sea responsable y que vacunen anualmente a sus mascotas, ya que en caso de mordedura no hay vacunas y se corre un serio riesgo de vida".

Al respecto, la subsecretaria de Promoción y Prevención de la Salud, Verónica Serra, explicó que es importante profundizar las acciones de prevención, ya que "en Bolivia este año hubo 231 casos de rabia canina y 4 de rabia humana, mientras que en Salta hubo 5 casos de rabia canina, por lo que hay riesgo para la población local".

En este sentido pidió a la comunidad promover una tenencia responsable de mascotas, y evitar que deambulen en la vía pública, ya que expone a los transeúntes a posibles mordeduras. "En 2017 hubo 7.995 mordeduras; el mayor problema se da con los perros que tienen dueños, ya que estos son más territoriales que los callejeros, por lo que les pedimos que sean responsables y no los dejen sueltos en la calle, ni aun estando vacunados" dijo.

América



Actualización sobre la situación epidemiológica de la difteria en la Región

29 de agosto de 2018 – Fuente: Organización Panamericana de la Salud

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 34 de 2018, tres países (Colombia, Haití y Venezuela) notificaron casos confirmados de difteria.

Colombia: Entre las SE 11 y 32 de 2018 se confirmaron ocho casos de difteria, de los cuales dos son importados de Venezuela y seis adquirieron la enfermedad en el territorio colombiano, en zonas caracterizadas por alto flujo de población migrante venezolana. Todos los casos son varones, seis son de nacionalidad venezolana y dos colombianos. La mediana de edad es de 20 años (rango: 3-37 años) y no presentan antecedentes de vacunación conocido. Las fechas de inicio de síntomas fueron entre el 2 de enero y el 8 de julio de 2018. Los casos fueron notificados por dos departamentos fronterizos con Venezuela; La Guajira (5 casos) y Norte de Santander (3 casos). Todos fueron confirmados por criterios clínico-epidemiológicos y de laboratorio.

De los casos confirmados, se registraron tres defunciones en ciudadanos venezolanos (tasa de letalidad de 38%), de las cuales dos corresponden a casos importados.

Haití: El brote continúa activo con un total de 653 casos probables acumulados, incluidas 100 defunciones, notificados entre las SE 32 de 2014 y la SE 34 de 2018 (Figura 1). De este total, 223 fueron confirmados (219 por laboratorio y 7 por nexo epidemiológico). Las tasas de letalidad entre los casos confirmados por laboratorio fueron de 23% en 2015, 39% en 2016, 8% en 2017 y 2018.

El número de casos probables reportados en 2018, hasta la SE 34, es 28% más alto que el número total de casos reportados en 2017 y 115% más que el reportado en 2016, debido al aumento de la sensibilidad del sistema nacional de vigilancia.

En 2018, se notificaron 249 casos probables (entre la SE 1 y la SE 34), de los cuales 56 fueron confirmados (51 por laboratorio y 5 por nexo epidemiológico). Durante el mismo periodo, se notificaron 20 defunciones (4 confirmadas por laboratorio, 5 confirmadas por nexo epidemiológico, 9 con muestras de laboratorio no viables y 2 permanecen en investigación). El rango de edad de los casos probables es de 0 a 78 años, 66% son menores de 15 años. En cuanto al género, 61% del total de casos fueron mujeres; mientras que, en 2015, 2016 y 2017 esa proporción fue de 56%, 50% y 58%, respectivamente.

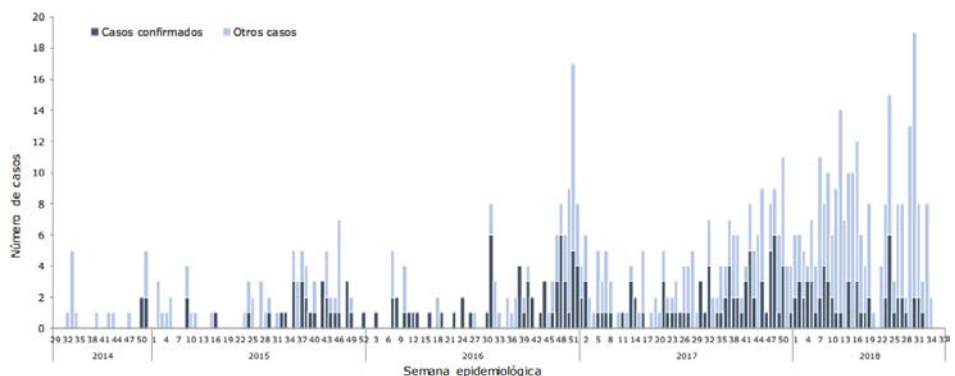


Gráfico 1. Casos notificados, según semana epidemiológica y año de notificación. Haití. Desde SE 32 de 2014 a SE 34 de 2018. Fuente: Organización Panamericana de la Salud. (Otros casos corresponde a casos con resultado de laboratorio negativo, con resultados de laboratorio pendiente, o con muestras no viables).

Con relación a las características de los casos confirmados reportados en 2018 (56 casos), 39% corresponde a menores de 15 años (rango: 2-33 años); 57% son mujeres, mientras que, en 2015, 2016 y 2017 la proporción fue de 63%, 54% y 53%, respectivamente. En 2018, 46% de los casos probables fueron reportados por el departamento Ovest y este mismo departamento reportó 43% de los casos confirmados.

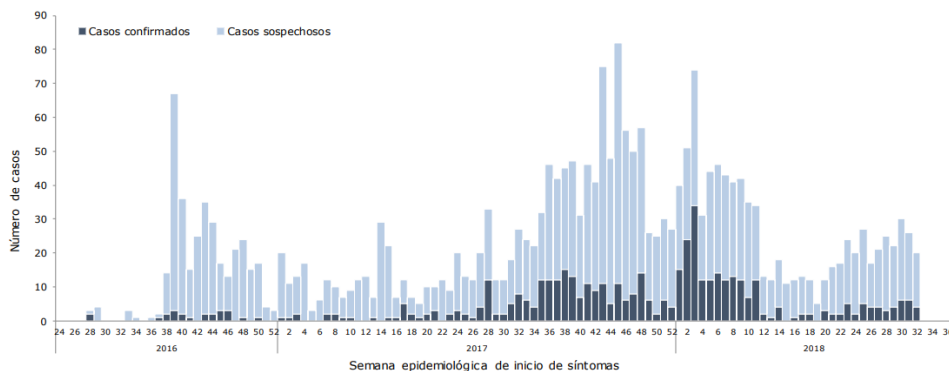


Gráfico 2. Casos sospechosos y confirmados, según semana epidemiológica de inicio de síntomas. Venezuela. Desde SE 28 de 2016 a SE 32 de 2018. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

Venezuela: El brote de difteria que se inició en julio de 2016 sigue activo (ver Gráfico 2). Desde entonces y hasta la SE 32 de 2018 se notificaron 1.992 casos sospechosos (324 casos en 2016, 1.040 en 2017 y 628 en 2018), de los cuales 1.217 fueron confirmados, y 168 fallecieron (17 en 2016, 103 en 2017 y 48 en 2018). Del total de casos confirmados, 470 fueron por laboratorio y 747 por nexo epidemiológico. La tasa de letalidad acumulada entre los casos confirmados es de 14%.

En 2016, se notificaron casos en cinco estados (Anzoátegui, Bolívar, Delta Amacuro, Monagas y Sucre) mientras que en 2017 los casos se registraron en 22 estados y el Distrito Capital. Durante 2018 son 20 las entidades federales que reportaron casos confirmados. Los casos se registraron en todas las edades, pero la población más afectada es la del grupo etario de 1 a 49 años, donde la mayor incidencia corresponde al grupo de 10 a 14 años.

Orientaciones para los Estados Miembros

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recomienda a los Estados Miembros que continúen con sus esfuerzos para garantizar coberturas de vacunación superiores a 95% con la serie primaria y refuerzos, utilizando estrategias que permitan alcanzar los niveles adecuados de cobertura en todas sus entidades territoriales.

La OPS/OMS recuerda que los grupos de la población en mayor riesgo son los niños menores de 5 años no vacunados, escolares, los trabajadores de salud, el personal del servicio militar, integrantes de las comunidades penitenciarias y las personas que por la naturaleza de su trabajo u oficio están en contacto permanente y diario con un elevado número de personas.

Si bien los viajeros no tienen un riesgo especial de contraer difteria, se recomienda a las autoridades nacionales que recuerden a los viajeros que se dirigen a áreas con brotes de difteria que antes del viaje estén debidamente vacunados de acuerdo con el calendario nacional de vacunación establecido en cada país. Si han transcurrido más de 5 años desde la última dosis, es recomendable una dosis de refuerzo.

Se recomienda fortalecer los sistemas de vigilancia para la detección precoz de casos sospechosos, a fin de iniciar el tratamiento oportuno en los afectados y el seguimiento de sus contactos.

La OPS/OMS recomienda mantener una provisión de antitoxina diftérica. La vacunación es clave para prevenir casos y brotes; y el manejo clínico adecuado, disminuye las complicaciones y la letalidad.³



Brasil: El aumento de la desigualdad hace reaparecer enfermedades erradicadas

27 de agosto de 2018 – Fuente: Xinhua (China)

La crisis económica que sufrió Brasil entre 2015 y 2016, la peor de su historia, y su lenta recuperación han provocado un aumento de la pobreza y la desigualdad, y con ello, han aparecido enfermedades que ya se creían erradicadas.

Según el informe *Estadísticas Mundiales de Salud de 2018*⁴, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Brasil es uno de los países que destina menos dinero en materia de salud. Concretamente, 7,7% del presupuesto federal, contra una media mundial de 9,9% y una media en América de 12%.

En los últimos meses, Brasil sufrió la peor epidemia de fiebre amarilla en un siglo, la vuelta del sarampión y un aumento de la mortalidad infantil y de casos de malaria y lepra.

“La lepra es resultado de la miseria y la negligencia. Volvió a aumentar cuando debería estar erradicada desde 2015, como habíamos prometido a la OMS. Brasil es el segundo país con más casos de la enfermedad en el mundo, directamente asociada a las malas condiciones de vivienda, higiene y saneamiento”, explicó el médico Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos, que trabaja como investigador en la prestigiosa Fundación Instituto ‘Dr. Oswaldo Gonçalves Cruz’ de Río de Janeiro, dedicada a la investigación de enfermedades tropicales.

Según el Ministerio de Salud brasileño, en 2017 se registraron 26.800 casos de lepra, superados únicamente por India. Para la OMS, Brasil tiene, junto a Micronesia, la mayor tasa de incidencia de la enfermedad del planeta.

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

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

Aunque varias enfermedades llegaron desde otros países, como es el caso de la fiebre zika, importado desde Haití, el aumento de las desigualdades en el país sudamericano ha provocado una mayor y más rápida expansión de otras enfermedades.

En 2017, la pobreza extrema creció 11,2%, y llegó a los 14,83 millones de personas, según cifras del gobierno.

Otro estudio, en este caso del Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) demostró que los más pobres sufren la mayor parte de carga de las enfermedades. El 80% de los nuevos casos de malaria, lepra y leishmaniosis cutánea se concentran en 10% de los municipios más pobres, desiguales y con más aglomeración por domicilio.

“Inclusive en lo que respecta a la distribución de las enfermedades, Brasil es desigual. Los pobres perciben menos renta pero tienen más enfermedades. En 2017 y 2018, la pobreza y la desigualdad aumentaron, manteniendo este cuadro de desigualdad. No hay una palabra para definir esta situación, más que la vergüenza”, explica la investigadora del IPEA Leila Posenato Garcia, autora del informe *Enfermedades transmisibles y situación socioeconómica en Brasil: análisis especial*⁵.

Según la especialista, hay 26 millones de brasileños que viven bajo riesgo de sufrir enfermedades por negligencia de las autoridades.

“Estas enfermedades matan, especialmente a negros e indígenas. La mortalidad está fuertemente relacionada a los indicadores socioeconómicos, demográficos y ambientales. Se puede observar una reducción de la contracción de las mismas en las regiones ricas de Brasil, al sur y sureste y un aumento en las más pobres, al noreste, norte y centro-oeste del país. Tras el aumento de la pobreza y la desigualdad, la situación empeora”, resaltó Posenato.

Por su parte, el médico Fernando Tobias Silveira, del Instituto Nacional de Infectología ‘Dr. Evandro Serafim Lobo Chagas’, afirma que Brasil cuenta con enfermedades llamadas “del mundo desarrollado”, como cáncer y diabetes, pero eso no quiere decir que se libere de viejos males que tienen cura y prevención.

“Por afectar a los más pobres, la industria no está interesada en desarrollar remedios y vacunas. Las enfermedades siguen porque sus condiciones persisten, como la falta de educación y saneamiento. Son vidas en la negligencia que acaban en muertes invisibles en las estadísticas”, apuntó.

En 1916, el brasileño Carlos Justiniano Ribeiro das Chagas descubrió la enfermedad de Chagas, que en la época, se calcula que sufrían un millón de brasileños. Un siglo después, según la OMS, hay 1,15 millones de brasileños con la misma enfermedad y 25 millones viven en áreas de riesgo de ser contagiados por el insecto transmisor. “Es el mejor ejemplo de lo mucho que nos queda por hacer”, finalizó Fadel.

Opinión&Salud **Colombia: Reportan más de 3.100 casos de leishmaniosis cutánea en lo que va del año**

Revista Digital

21 de agosto de 2018 – Fuente: Opinión y Salud (Colombia)

En Colombia, el Instituto Nacional de Salud (INS) informó que se han notificado 3.161 casos de leishmaniosis cutánea en lo que va del año, donde 80% de los casos corresponde al área rural. Sin embargo, se observa una disminución de 35% de los casos de leishmaniosis cutánea con respecto al año anterior en el mismo periodo de tiempo.

La mayor incidencia de leishmaniosis por regiones se presenta en los departamentos de Bolívar, Santander, Nariño, Vichada y la Amazonia.

Se notificaron 41 casos de leishmaniosis mucosa, registrados en Boyacá, Vaupés, Caldas, Meta y Guaviare.

De igual forma, se reportaron siete casos de leishmaniosis visceral, 57% de ellos en menores de 5 años. Se notificó un caso probable de muerte por leishmaniosis visceral en el departamento de Bolívar.



Estados Unidos: Los casos de infecciones de transmisión sexual registran cifras récords

28 de agosto de 2018 – Fuente: EFE

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) siguen en “aumento sostenido” en Estados Unidos y marcaron un nuevo récord histórico al superar los 2,3 millones de casos en 2017, unos 200.000 más que en 2016, informaron hoy los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) del país.

Se trata del cuarto año consecutivo de “fuertes aumentos” en el diagnóstico de clamidiosis, gonorrea y sífilis, precisaron los CDC durante la Conferencia Nacional de Prevención de ITS, que se lleva a cabo en Washington.

“Estamos retrocediendo. Es evidente que los sistemas que identifican, tratan y, en última instancia previenen las ITS están a punto de agotarse”, se lamentó Jonathan Mermin, director del Centro Nacional para la Prevención del VIH/Sida, Hepatitis Viral, ITS y Tuberculosis de los CDC.

Según los análisis, los casos de ITS informados en 2013 y los datos preliminares para 2017 muestran aumentos “pronunciados y sostenidos”.

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

Los CDC detallaron que los diagnósticos de gonorrea aumentaron 67% en general (de 333.004 en 2013 a 555.608 casos en 2017) y casi se duplicaron entre los hombres (de 169.130 a 322.169).

Señalaron que la velocidad con que aumenta entre las mujeres es también "preocupante", con subidas por tercer año consecutivo al pasar de 197.499 a 232.587 casos.

Entre tanto, la incidencia de sífilis primaria y secundaria, las etapas más infecciosas de la enfermedad, aumentaron 76% (de 17.375 a 30.644) en este periodo.

Los hombres que tienen sexo con hombres constituyeron en 2017 casi 70% de los casos de sífilis primaria y secundaria.

La clamidiosis, según las autoridades sanitarias de Estados Unidos, siguió siendo la afección más común informada a los CDC. Más de 1,7 millones de casos fueron diagnosticados en 2017, con 45% de los casos registrado entre mujeres de 15 a 24 años de edad.

Aunque estas enfermedades se pueden curar con antibióticos, la mayoría de los casos no se diagnostica y se deja sin tratar, advirtieron las autoridades sanitarias.

Esta situación puede provocar efectos adversos graves que incluyen infertilidad, embarazo ectópico, muerte fetal en bebés y aumento del riesgo de VIH/sida, matizaron los CDC.

Estudios previos sugieren que factores socioeconómicos como la pobreza, el estigma y la discriminación pueden contribuir con el aumento de las ITS, como también el uso de drogas.

Los CDC resaltaron que persiste en Estados Unidos la amenaza de la gonorrea intratable, y que los informes de gonorrea resistente a los antibióticos en el extranjero han reforzado esas preocupaciones. Con los años, la gonorrea se ha vuelto resistente a casi todas las clases de antibióticos que se usan para tratarla, excepto a la ceftriaxona.

"Preveamos que la gonorrea pueda desgastar nuestro último antibiótico altamente eficaz, y se necesitan con urgencia opciones de tratamiento adicionales", dijo Gail Bolan, directora de la División de Prevención de ITS de los CDC, en un comunicado.

"No podemos dejar que nuestras defensas bajen, debemos continuar reforzando los esfuerzos para detectar y prevenir rápidamente la resistencia el mayor tiempo posible", indicó.

ANNALS OF THE AMERICAN THORACIC SOCIETY **Estados Unidos: Reapareció la "enfermedad del pulmón negro" en trabajadores de minas de carbón**

17 de agosto de 2018 – Fuente: *Annals of the American Thoracic Society*

Desde la década de 1990 ha aumentado la cifra anual de trabajadores de las minas de carbón de Estados Unidos con un nuevo diagnóstico de una forma avanzada de la "enfermedad del pulmón negro", o fibrosis masiva progresiva. Esta reaparición es especialmente evidente en los mineros de los Apalaches centrales de Kentucky, Pennsylvania, Virginia y West Virginia.

Se trata de una enfermedad que se puede prevenir, por lo que cada caso es una prueba importante de que esta prevención no pudo llevarse a cabo.

La fibrosis masiva progresiva es la forma más grave de la neumoconiosis, y aparece por la sobreexposición al polvo de las minas de carbón. Los síntomas son debilitantes y causan distrés respiratorio.

Se revisaron los casos del período 1970-2016 en ex mineros del carbón que solicitaban los beneficios del Programa Federal para la Atención del Pulmón Negro, como asistencia económica y cobertura de salud. Se detectaron 4.679 casos de fibrosis masiva progresiva entre los 314.000 mineros que se postularon en 46 años al programa; 2.474 lo hicieron desde 1996.

La cantidad anual de casos disminuyó de 404 en 1978 a 18 en 1988, pero luego empezó a crecer anualmente, con 383 casos en el año 2014. Al mismo tiempo, el empleo se redujo de 250.000 trabajadores en 1979 a 81.000 en el año 2016.

Lo más preocupante es que más de la mitad de los casos ocurrieron en el período más reciente, desde 1996, lo que brinda una primera aproximación a la magnitud real de este problema.

El aumento afectó más a la región de los Apalaches. El 84% de los mineros con fibrosis masiva progresiva confirmada habían trabajado por última vez en Kentucky, Pennsylvania, Virginia y West Virginia, aunque sólo 62% de las presentaciones se hizo en esos estados.⁶

El mundo



África: Los ministros de salud se comprometen a poner fin a los brotes de cólera para 2030

28 de agosto de 2018 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

Los ministros de salud de África se han comprometido a implementar estrategias clave para poner fin a los brotes de cólera en la Región de África antes de 2030.

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



El 28 de agosto, 47 países africanos adoptaron el Marco Regional para la Implementación de la Estrategia Global para la Prevención y el Control del Cólera, en la 68ª sesión del Comité Regional para África de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que se desarrolla en Dakar, Senegal.

“El cólera es un símbolo de inequidad. Es una enfermedad antigua, que ha sido eliminada en muchas partes del mundo. Cada muerte por cólera es prevenible. Tenemos los conocimientos técnicos y hoy los países han demostrado que tienen la voluntad de hacer lo que sea necesario para acabar con los brotes de cólera para 2030”, dijo el Dr. Matshidiso Moeti, Director Regional de la OMS para África.

El cólera es un importante problema de salud pública mundial, pero la carga y el impacto de esta enfermedad de transmisión hídrica es mayor en el África Subsahariana. En 2017, se notificaron más de 150.000 casos de cólera, incluidas más de 3.000 muertes en 17 países de África. Este año, hubo un aumento en los casos de cólera en África, con ocho países que actualmente luchan contra brotes.

La región es vulnerable al cólera por una variedad de razones. Unos 92 millones de personas en África todavía beben agua de fuentes inseguras. En las áreas rurales, a menudo no se dispone de agua corriente, y las personas practican la defecación al aire libre. Las crisis humanitarias, el cambio climático, la rápida urbanización y el aumento de la población también están incrementando el riesgo de propagación del cólera.

Al adoptar el Marco Regional, los países se comprometieron a reducir en 90% la magnitud de los brotes de cólera, en particular entre las poblaciones vulnerables y en las crisis humanitarias. Acordaron acciones basadas en evidencias, que incluyen el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y de laboratorio, la cartografía de los puntos críticos para el cólera, el mejoramiento del acceso oportuno al tratamiento, el fortalecimiento de la vigilancia transfronteriza, la promoción del compromiso de la comunidad y el uso de la vacuna oral contra el cólera, como así también el aumento de las inversiones en agua segura y saneamiento para las comunidades más vulnerables.

“La OMS está trabajando codo a codo con los países, proporcionando conocimientos técnicos y orientación clave. La vacuna oral contra el cólera ha demostrado ser altamente efectiva y la OMS ha facilitado la vacunación de millones de personas en toda África. Debemos continuar expandiendo el uso de esta nueva estrategia”, dijo Moeti.

Entre 2013 y 2017, la OMS apoyó 65 campañas de vacunación contra el cólera y suministró más de 16 millones de dosis de vacunas a 18 países en todo el mundo, incluidos 11 en África. Muchas de las campañas en África se han llevado a cabo en el contexto de una crisis humanitaria o un desastre natural.

Muchos de los factores de riesgo del cólera, como el saneamiento deficiente y la rápida urbanización se encuentran fuera del sector sanitario, por lo que la OMS está trabajando con una amplia coalición de asociados para interactuar con todos los sectores pertinentes a fin de construir una respuesta integral y sostenible en toda la región.



Australia: El virus HTLV-1 es común en algunas áreas del país

7 de agosto de 2018 – Fuente: Medical Press

El virus linfotrópico humano de células T tipo 1 (HTLV-1), es un virus de transmisión sexual que causa condiciones de salud graves en humanos. Peor aún, no hay cura o tratamiento. La más letal de estas afecciones es un tipo de cáncer que afecta las células T del cuerpo. La afección se llama mielopatía asociada a HTLV-1 y afecta el sistema nervioso, lo que puede conducir a la muerte.

El HTLV-1 es un viejo enemigo humano que ha sido encontrado incluso en momias andinas de más de 1.500 años de antigüedad.

Hoy en día, se lo encuentra en todo el mundo, infectando a entre 5 y 10 millones de personas, aunque algunas partes del mundo se ven peor que otras. Los expertos advierten que se necesita más investigación para obtener una cifra más precisa.

El HTLV-1 fue descubierto hace más de 35 años en el laboratorio de Robert Gallo. Es cofundador y director del Instituto de Virología Humana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Maryland en Estados Unidos. También co-descubrió el VIH en la década de 1980.

El HTLV-1 puede transmitirse sexualmente y de madre a hijo a través de la lactancia, pero el mecanismo más eficiente de transmisión es a través de la sangre.

Alrededor de 12% de las personas infectadas desarrollarán afecciones graves en algún momento de sus vidas, especialmente cáncer. Podría decirse que el HTLV-1 es el agente más cancerígeno conocido. No se conoce ningún otro virus o bacteria que cause cáncer tan eficientemente.

HTLV-1 en Australia

Se cree que el HTLV-1 se originó a partir de múltiples eventos zoonóticos, que probablemente impliquen la transmisión del virus de monos a humanos. En Australia, donde no hay monos, el origen de este virus probablemente implicó la migración humana, posiblemente desde Indonesia, hace mucho tiempo.

Independientemente de cómo o cuándo llegó el virus, tuvo bastante éxito en la difusión y supervivencia en algunas poblaciones.

Según estimaciones recientes, en algunas comunidades del norte de Australia, las tasas de infección han alcanzado cifras alarmantes. En Alice Springs, la tercera ciudad más grande del Northern Territory, más de 40% de los adultos están infectados con el HTLV-1. Más de 30% de estas personas infectadas han desarrollado enfermedades asociadas con el virus.

Esta tasa de infección inusualmente alta es un misterio, pero se la ha atribuido a una combinación del patrón de infección sigilosa del virus (puede infectarse y sentirse perfectamente normal durante años) y la falta de enfoques de atención médica adecuados para prevenir su difusión.

Una solución a este problema sería el desarrollo de una vacuna, pero hasta ahora, se han realizado pocas investigaciones con ese fin.

Sin cura a la vista

Con poco esfuerzo para eliminar la propagación del virus y la falta de fondos de investigación invertidos en el desarrollo de una vacuna, las cosas no se ven bien.

Actualmente no existen políticas de salud para educar sobre este virus o prevenir su propagación. Parte del problema es que las personas no conocen el HTLV-1. Esto significa que los medios deben realizar más esfuerzos para comunicar los hechos sobre este virus.

Expertos mundiales recomendaron varios enfoques para prevenir la transmisión del HTLV-1.

El Gobierno australiano está invirtiendo fondos para luchar contra la propagación de este virus, y el país podría convertirse en un líder en este campo. Pero también existe la necesidad de aprender más sobre cómo funciona este virus.

También es imprescindible la investigación sobre vacunas y terapias. A nivel de la salud pública, se necesitan buenas estadísticas, que permitan conocer con precisión cuántas personas están infectadas, y cómo se están infectando. Para lograr esto, se requiere la cooperación de todas las comunidades involucradas.

The New York Times **China retiene muestras del peligroso virus de la influenza aviar A(H7N9)**

27 de agosto de 2018 – Fuente: The New York Times (Estados Unidos)

Durante más de un año, el gobierno chino ha estado ocultando a Estados Unidos muestras de laboratorio de un virus de la influenza en rápida evolución, especímenes necesarios para desarrollar vacunas y tratamientos, de acuerdo con funcionarios federales de salud.

A pesar de las solicitudes persistentes de funcionarios gubernamentales e instituciones de investigación, China no ha proporcionado muestras del peligroso virus de la influenza aviar A(H7N9). En el pasado, estos intercambios han sido generalmente rutinarios, según reglas establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Ahora, cuando Estados Unidos y China controlan el comercio, algunos científicos temen que el intercambio vital de suministros e información médica se desacelere, lo que dificultará la preparación para la próxima amenaza biológica.

El escenario es "diferente al de la escasez de aluminio y soja", dijo el Dr. Michael Callahan, especialista en enfermedades infecciosas de la Escuela de Medicina de Harvard.

"Poner en peligro el acceso de Estados Unidos a patógenos importados y las terapias para contrarrestarlos socava la capacidad de la nación para protegerse contra las infecciones que pueden propagarse a nivel mundial en cuestión de días".

Los expertos coinciden en que la próxima pandemia mundial probablemente provenga de un patógeno reincidente: la influenza. El virus A(H7N9) es un candidato.

Desde que se arraigó en China en 2013, el virus se ha propagado a través de las granjas de aves de corral, evolucionando hacia una cepa altamente patógena que puede infectar a los humanos. Ha provocado la muerte a 40% de sus víctimas.

Si esta cepa llegara a ser altamente contagiosa entre humanos, las vacunas contra la influenza estacional proporcionarían poca o ninguna protección. Los estadounidenses prácticamente no tienen inmunidad.

"La influenza pandémica se propaga más rápido que cualquier otra", dijo Rick A. Bright, director de la Autoridad de Investigación y Desarrollo Médico Avanzado, una agencia dentro del Departamento de Salud y Servicios Humanos que supervisa el desarrollo de vacunas. "No hay nada que la contenga o la desacelere. Cada minuto cuenta".

Según un acuerdo establecido por la OMS, los países participantes deben transferir las muestras de influenza con potencial pandémico a los centros de investigación designados "de manera oportuna".

Ese proceso –que implica papeleo, aprobación a través de varias agencias y un transportista con licencia– normalmente lleva varios meses, según el Dr. Larry Kerr, director de Pandemias y Amenazas Emergentes en el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Pero más de un año después de una ola devastadora de infecciones por el virus A(H7N9) en Asia –se reportaron 766 casos, casi todos en China–, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) aún esperan las muestras virales, confirmaron el Consejo de Seguridad Nacional y la OMS.



Trabajadores de la salud atendiendo un caso de influenza aviar A(H7N9) en Wuhan, China.

Los científicos del Departamento de Agricultura han tenido tantas dificultades para obtener muestras de influenza de China que han dejado de solicitarlas por completo, según un funcionario del gobierno que habló de forma anónima porque no estaba autorizado a discutir el asunto.

Al menos cuatro instituciones de investigación se han basado en un pequeño grupo de muestras de A(H7N9) de casos en Taiwán y Hong Kong. (Los cuatro pidieron que no se los identificara por temor a tensiones adicionales).

Los investigadores afirman que, cuando el virus A(H7N9) apareció por primera vez en China, el gobierno chino al principio proporcionó información oportuna. Pero la comunicación ha ido empeorando gradualmente.

Sin embargo, un aumento repentino de las infecciones durante la ola de brotes de 2016-2017 exige una intensa investigación, con el objetivo de comprender la evolución del virus, dijeron los científicos.



Trabajadores de salud sacrificando pollos en Hong Kong en 2014 luego de un brote de influenza aviar.

Las recientes tensiones comerciales podrían empeorar el problema. En abril, la Oficina del Representante Comercial de Estados Unidos publicó una lista propuesta de productos a ser alcanzados por los aranceles, incluidos productos farmacéuticos, como vacunas, medicamentos y dispositivos médicos.

Hasta el momento, ninguno de esos productos médicos ha sido incluido en las listas finales de tarifas. Pero las negociaciones comerciales de menor nivel con China concluyeron el 23 de agosto con escasas señales de progreso, lo que aumenta la probabilidad de aranceles adicionales.

Estados Unidos se apoya en China no solo para las muestras de influenza A(H7N9), sino también para suministros médicos, como los mecanismos plásticos de goteo para solución salina intravenosa, así como los ingredientes de ciertos medicamentos oncológicos y anestésicos. Algunos de estos se entregan a través de un modelo de producción *just-in-time*⁷; no hay reservas, lo que podría resultar peligroso si se interrumpiera el suministro, dijeron funcionarios de salud.

Los científicos creen que los principales funcionarios de comercio de ambos gobiernos ven las muestras virales como cualquier otro producto de laboratorio, y pueden no estar familiarizados con su papel vital en la seguridad global.

“Los países no son dueños de sus muestras virales, como tampoco son dueños de las aves que vuelan por sus cielos”, dijo Andrew C. Weber, que supervisó los programas de defensa biológica en el Pentágono durante la administración Obama.

“Dado que este virus de la influenza es una amenaza potencial para la humanidad, es escandaloso no compartirlo de inmediato con la red mundial de laboratorios de la OMS, como son los CDC. Muchos podrían morir innecesariamente si China niega el acceso internacional a las muestras”.

Durante más de una década, los datos epidemiológicos y las muestras se han utilizado como peones de guerra comercial.

China ocultó el brote de síndrome respiratorio agudo severo (SARS) en 2002 durante cuatro meses y luego mantuvo los resultados de su investigación en privado. Algunas provincias retuvieron la información sobre sus casos incluso del gobierno central en Beijing.

En 2005, las autoridades chinas insistieron en que se había contenido un brote de influenza A(H5N1), contradiciendo a científicos de la Universidad de Hong Kong que ofrecieron pruebas de que se estaba expandiendo. Esas autoridades vacilaron en compartir las muestras virales de aves silvestres infectadas con la comunidad internacional, ocultando el alcance para evitar un impacto en su vasta industria avícola.

Indonesia hizo lo mismo, y se negó en 2007 a compartir muestras del virus A(H5N1) con Estados Unidos y Gran Bretaña, argumentando que los países utilizarían las muestras para desarrollar una vacuna que los indonesios no podrían adquirir.

Esos episodios llevaron al desarrollo en 2011 del Marco de Preparación para la Influenza Pandémica de la OMS, que tiene como objetivo promover el intercambio de muestras, así como el acceso de los países en desarrollo a las vacunas.

Pero para países como China, soportar la carga de un nuevo virus es paradójico. Los brotes son costosos –la ola de infecciones por A(H7N9) solo en 2013 le costó a China más de 6.000 millones de dólares, según la Organización de Naciones Unidas– pero pueden proporcionar una ventaja para el desarrollo de tratamientos valiosos.

“En cierto sentido, China ha hecho limonada de los limones, convirtiendo el problema de las amenazas de enfermedades infecciosas a nivel mundial en mercancía valiosa”, dijo Callahan.

⁷ El método *just-in-time* (JIT, traducido como ‘justo a tiempo’), es un sistema de organización de producción en fábricas. Permite reducir costos, especialmente de inventario de materia prima, y de los productos finales. La esencia del método JIT es que los suministros llegan a la fábrica, o los productos al cliente, “justo a tiempo”, poco antes de que se usen y solo en las cantidades necesarias. Esto reduce o hasta elimina la necesidad de almacenar y trasladar la materia prima del almacén a la línea de producción. Permite reducir el costo de la gestión, la inversión en inventarios, y por pérdidas en almacenes debido a acciones innecesarias. Para los clientes del productor, no se produce bajo suposiciones, sino sobre pedidos reales. Una definición del objetivo del método JIT sería “tener a la mano los elementos que se necesitan, en las cantidades que se necesitan, en el momento en que se necesitan”.

Grecia: La fiebre del Nilo Occidental causó 16 muertes en lo que va de la temporada

29 de agosto de 2018 – Fuente: Αθηναϊκό-Μακεδονικό Πρακτορείο Ειδήσεων (Grecia)

Dieciséis personas han muerto en Grecia en lo que va de la temporada de mosquitos tras ser infectadas con el virus del Nilo Occidental, según informo hoy una responsable del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (ΚΕΕΛΠΝΟ).

La directora del Departamento de Enfermedades Infecciosas, Danai Pervanidu, precisó que se han registrado 133 casos desde el comienzo de la temporada a fines de mayo, de los que 16 fueron letales.

El 80% de las enfermedades transcurren sin síntomas, 20% de los afectados desarrolla una infección viral, y 1%, en su mayoría personas mayores con enfermedades subyacentes, acaban padeciendo encefalitis o meningitis, explicó.

“Por desgracia, la propagación del virus es bastante amplia y se han detectado brotes en muchos municipios, aunque los principales focos se han registrado en Ática (la región capitalina) y Macedonia central (norte del país)”, señaló Pervanidu.

El año pasado se registraron 48 casos durante toda la temporada, con un total de cinco muertes.

Según Pervanidu, la diferencia es que este año las temperaturas veraniegas comenzaron muy pronto, acompañadas de muchas lluvias.

El ΚΕΕΛΠΝΟ calcula que se ha alcanzado ya el pico de propagación, pero Pervanidu no quiso excluir que siga habiendo brotes hasta principios de octubre, como ha demostrado la experiencia de años anteriores.

“Cuando el virus afecta al sistema central nervioso, con síntomas como la pérdida de conciencia, letargo, somnolencia, entonces el paciente debe ser hospitalizado inmediatamente”, agregó.

En el ΚΕΕΛΠΝΟ hubo este martes una reunión interdisciplinaria en la que se analizó la propagación del virus durante esta temporada, especialmente agresiva.

Según indicó hoy el ΚΕΕΛΠΝΟ en un comunicado, hasta el momento se han registrado casos de infección en ocho países europeos, con una incidencia especialmente alta en Italia y Serbia, además de Grecia, lo que pone de manifiesto la necesidad de “una respuesta transeuropea coordinada a este desafío a la salud pública”.

Durante la reunión se analizaron, con representantes de todas las regiones griegas, los programas de control de mosquitos que ya se han aplicado y se abordó a necesidad de tomar medidas adicionales para reforzar la prevención y respuesta.



Malasia: Los casos de enfermedad de manos, pies y boca aumentaron 127% respecto del año anterior

28 de agosto de 2018 – Fuente: Kementerian Kesihatan Malaysia (Malasia)

En una actualización sobre el brote de la enfermedad de manos, pies y boca en Malasia este año, los funcionarios de salud informaron un aumento de 127% en los casos con respecto a 2017 durante el mismo período.

Entre el 1 de enero y el 25 de agosto de 2017, el Ministerio de Salud de Malasia informó 24.398 casos. Durante el mismo período de este año, se contabilizaron 55.391 casos.

El número de fallecidos de este año se mantiene en dos.

El estado de Selangor registra la mayoría de los casos (15.912), seguido de Sarawak (6.827), el Territorio Federal de Kuala Lumpur y Putrajaya (6.032) y Perak (4.371). Todos los estados han mostrado un aumento en los casos este año.

En el informe semanal más reciente, del 19 al 25 de agosto de 2018, se notificaron 2.235 casos, con una reducción de 1.591 casos (41,6%) en comparación con la semana anterior (del 12 al 18 de agosto de 2018) cuando se registraron 3.826 casos. Todos los estados mostraron una disminución de entre 13,3% y 65,5%.

Penyakit Tangan, Kaki & Muiut

NASIHAT kepada Ibu Bapa / Penjaga

- 1 Dapatkan nasihat daripada doktor secepatnya jika terdapat tanda-tanda penyakit kaki, tangan dan mulut pada anak-anak.
- 2 Peka kepada sebarang perubahan tingkah laku anak-anak seperti kerengsaan dan mengantuk.
- 3 Segera membawa anak ke hospital jika mereka tidak mahu minum atau makan, muntah berterusan atau mengantuk.
- 4 Elakkan menghantar anak yang mempunyai gejala seperti di atas ke sekolah, pra sekolah, nurseri atau tadika.
- 5 Sapu dan bersihkan hidung serta mulut anak dengan tisu dan buang tisu yang telah digunakan dengan sempurna.

Sumber: www.myhealth.gov.my

Dihasilkan oleh: Bahagian Penyelidikan Kesihatan Kementerian Kesihatan Malaysia

myhealthkm

Nigeria: El noma destruye los rostros de los niños más pobres

24 de agosto de 2018 – Fuente: Public Library of Science – Neglected Tropical Diseases

“No escondas a tu hijo en casa”, pide un folleto informativo de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se dirige a las familias de niños con noma, una enfermedad olvidada de origen desconocido que destruye sus rostros en cuestión de días. Noma, en griego, significa devorar. Y eso es lo que ocurre, literalmente. Comienza como una simple llaga en las encías y rápidamente se convierte en una gingivitis necrosante y ulcerosa que perfora los músculos, la piel y los huesos. Los afectados desprenden un olor fétido. La OMS calcula que 140.000 niños contraen el noma cada año. Si no reciben tratamiento antibiótico, 90% de ellos muere, muchos ya sin nariz y con un agujero en la cara que deja a la vista su mandíbula. Los que sobreviven quedan desfigurados de por vida.

“Normalmente tienden a ser apartados de su vida cotidiana, siendo escondidos o aislados con los animales. Se debe, muchas veces, a que la aparición de las gangrenas se considera un signo demoníaco o una maldición para la



Una chica con noma posa en un centro de la ONG Sentinelles en Zinder (Níger).

manera generalizada la nutrición y la atención sanitaria. Algunos de los últimos casos se registraron en los campos de concentración nazis de Bergen-Belsen y Auschwitz. En España, una mujer de 50 años con VIH sufrió el noma en 2010. Cuando llegó a un hospital de Alicante, la enfermedad ya le había devorado media mejilla. Salvo este tipo de casos aislados, la patología se concentra en los países más pobres del planeta, sobre todo en el llamado "cinturón del noma", que recorre África desde Senegal a Etiopía.

Se sabe poco sobre el noma, ya que la mayoría de los enfermos vive en lugares desatendidos y de difícil acceso. Los pacientes que consiguen llegar a un centro de salud son pocos y, a menudo, ya están muy enfermos. La mayoría de los afectados por el noma muere dos semanas después de los primeros síntomas si no recibe tratamiento. En la gangrena de sus caras se pueden identificar multitud de especies de microbios, como *Fusobacterium necrophorum* y *Prevotella intermedia*, pero se desconoce qué desencadena la infección.

Los expertos tienen diferentes hipótesis sobre la causa. Los factores de riesgo conocidos incluyen la pobreza, la desnutrición, la falta de higiene oral, la convivencia con el ganado y las infecciones previas, en particular el sarampión, según los estudios pioneros de Cyril Enwonwu, un médico nigeriano de la Universidad de Maryland (Estados Unidos) empeñado desde hace más de dos décadas en encontrar al culpable del noma. A juicio de Farley, estos factores diversos se unen y crean "una tormenta perfecta" para que surja el noma.

El nuevo estudio de MSF apunta a una dieta pobre y monótona, con niños alimentados cada día con las mismas gachas de maíz. Los investigadores también señalan a la toma de calostro –la primera leche que da una madre– como un factor protector contra el noma. El trabajo, sin embargo, no ha podido estudiar el potencial efecto del sarampión como desencadenante, al no existir nada parecido a un historial clínico de los enfermos. Además, la cobertura vacunal en la zona es tan baja que impide comparar a los niños con y sin noma. Solo dos de los 74 pacientes con noma (2,6%) estaban vacunados contra el sarampión. En los niños sin noma escogidos como referencia en los mismos poblados, el porcentaje apenas alcanzaba 6,8%. Se necesita más investigación para comprender mejor el origen de la enfermedad.

La OMS recuerda que el noma, en ocasiones, se conoce como "el rostro de la pobreza". El análisis del equipo de María García Moro coincide: "El noma se puede considerar como un indicador biológico de múltiples violaciones de los derechos humanos, incluido el derecho a la alimentación".

En algunos casos, no obstante, hay un final feliz o, al menos, no tan desdichado. Los cirujanos de MSF operaron el rostro de 243 supervivientes del noma en 2017. Algunos pacientes comentaron que después de la cirugía han sido bienvenidos de vuelta en sus comunidades y han podido volver al colegio o casarse.⁸

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

5 RAZONES PARA HACERTE EL TEST DE VIH

1) PORQUE LA INFECCIÓN POR VIH PUEDE NO PRESENTAR SÍNTOMAS Y EL TEST ES LA ÚNICA FORMA DE DETECTARLA



2) NO NECESITÁS ORDEN MÉDICA NI ESTAR EN AYUNAS PARA HACÉTELO



3) SI TE DA POSITIVO, PODÉS EMPEZAR A TRATARTE Y MANTENER UNA BUENA CALIDAD DE VIDA



4) ES GRATUITO Y TE LO PODÉS HACER EN HOSPITALES O CENTROS DE SALUD



5) PORQUE SIEMPRE ES MEJOR SABER



Dirección de Sida y ETS



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

Para saber dónde hacerte el test gratis llamá al **0800 3333 444**
www.msal.gov.ar/sida     /direccionsida

Ministerio de Salud (Argentina).

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.