



Reporte Epidemiológico de Córdoba

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

2.186

15 de mayo de 2019

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.)

Noticias

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

Argentina

- Vigilancia de secreción genital sin especificar en mujeres (por vigilancia clínica)

América

- Bolivia, Santa Cruz: El 30% de la población del departamento estarían infectados con la enfermedad de Chagas
- El Salvador: Repunte de 25% en los casos de fiebre tifoidea
- Estados Unidos, Montana: Brote de tos convulsa en el condado de Missoula
- Estados Unidos: Puerto Rico vacunará contra el dengue
- México: El número de niños nacidos con daños congénitos provocados por el virus Zika sería el triple de lo estimado

El mundo

- Bélgica, Oost-Vlaanderen: Brote de legionelosis en Evergem
- España: El sarampión irrumpe en Madrid y Guadalajara con casi 40 casos en un mes
- Europa: Asocian un nivel socioeconómico más alto con un mayor riesgo de exposición a contaminantes químicos
- Francia: Nuevos datos de vigilancia del VIH
- Francia, Mayotte: Situación epidemiológica de la fiebre del Valle del Rift
- Yemen: Situación epidemiológica del cólera
- La eliminación del sarampión puede ayudar a orientar los esfuerzos de vacunación
- Cerrando las brechas en la preparación ante las epidemias

Adhieren:



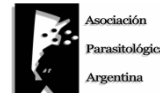
SLAMVI
Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero



SAVE
SOCIEDAD ARGENTINA DE VACUNOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA



Comité Nacional de Infectología
Sociedad Argentina de Pediatría



Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Córdoba



Vigilancia de secreción genital sin especificar en mujeres (por vigilancia clínica)

29 de abril de 2019 – Boletín Integrado de Vigilancia – Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de la Situación de Salud (Argentina)

Provincia/Región	2017		2018	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	291	17,86	773	47,42
Buenos Aires	2.599	29,95	2.527	28,83
Córdoba	2.202	118,11	1.892	100,46
Entre Ríos	3.031	441,77	2.934	423,68
Santa Fe	213	12,02	173	9,68
Centro	8.336	56,98	8.299	56,24
Mendoza	6.340	646,46	5.246	529,35
San Juan	1.452	380,32	1.339	347,03
San Luis	536	217,34	624	249,79
Cuyo	8.328	517,55	7.209	443,17
Corrientes	1.249	225,91	1.671	299,50
Chaco	6.597	1.115,57	6.792	1.136,32
Formosa	951	321,13	938	313,91
Misiones	133	21,80	571	92,49
NEA	8.930	435,52	9.972	481,32
Catamarca	9	4,45	48	23,54
Jujuy	58	15,37	377	98,80
La Rioja	847	446,22	435	226,07
Salta	8.682	1.254,06	8.392	1.196,25
Santiago del Estero	1.657	348,05	1.972	409,80
Tucumán	1.230	148,63	1.430	170,70
NOA	12.483	451,44	12.654	452,19
Chubut	106	36,11	77	25,78
La Pampa	285	161,98	207	116,60
Neuquén	222	69,24	162	49,82
Río Negro	1.065	295,48	1.429	391,20
Santa Cruz	287	174,38	282	166,86
Tierra del Fuego	557	707,42	869	1.075,19
Sur	2.522	180,93	3.026	213,63
Total Argentina	40.599	180,85	41.160	181,56

Tabla 1. Casos notificados y tasa de incidencia cada 100.000 mujeres, según provincia y región. Argentina. Años 2017/2018. Fuente: Secretaría de Salud de Argentina.

laRazón Bolivia, Santa Cruz: El 30% de la población del departamento estarían infectados con la enfermedad de Chagas

14 de mayo de 2019 – Fuente: La Razón (Bolivia)

Un reporte del Servicio Departamental de Salud (SEDES) de Santa Cruz alertó que aproximadamente 30% de la población, unas 600.000 personas, estarían infectadas con la enfermedad de Chagas, que puede provocar a largo plazo afecciones cardíacas y gastrointestinales, las cuales a su vez pueden resultar mortales.

Además, para mayor inquietud, muchos de los infectados conviven con este mal sin saberlo. Este desconocimiento deviene en gran medida a que es una enfermedad "silenciosa", que puede permanecer en el cuerpo sin manifestarse durante mucho tiempo (entre 20 y 30 años). Pero cuando lo hace, las posibilidades de que un adulto se cure no alcanzan a 50%. Mientras que las probabilidades de que un niño menor de 10 años se sane son cercanas a 100%, siempre y cuando reciba oportunamente el tratamiento adecuado.

De allí que los programas de diagnóstico y tratamiento suelen estar enfocados principalmente en los menores de 15 años y en las mujeres de menos de 45. Esto porque las madres infectadas transmiten este mal a sus hijos durante el embarazo. No obstante, cabe resaltar que el principal transmisor es la vinchuca, cuyas heces son las portadoras del microorganismo que provoca la enfermedad. En este sentido, la enfermedad de Chagas es considerada una dolencia de gente pobre, pues las casas de adobe, con paredes llenas de recovecos y grietas, son un paraíso para la vinchuca.

Pero no todas las cifras resultan preocupantes. Por ejemplo, el responsable del Programa de Chagas del SEDES de Santa Cruz aseguró que el índice de contagio en las regiones endémicas bajó de 60% a 3% en los últimos años.

Asimismo, en el último lustro se realizaron 543.000 evaluaciones, las cuales permitieron identificar 128.506 casos positivos. Sin embargo, únicamente 7.430 personas (5,8%) recibieron tratamiento.

Según explican los especialistas de la organización Médicos Sin Fronteras (MSF), el hecho de que solo un proveedor fabrique y exporte a Bolivia el principal medicamento para tratar esta enfermedad, el benznidazol, genera problemas de abastecimiento y limita el acceso al tratamiento en varias de las zonas endémicas. Además, la falta de apoyo gubernamental restringe el tratamiento únicamente a quienes pueden cubrir su elevado costo. El reducido número de técnicos y voluntarios para fumigar las casas infectadas con la vinchuca es otra de las limitaciones observadas por MSF en esta lucha contra la enfermedad de Chagas, a lo que se suma la resistencia al insecticida del propio insecto.

Por todo ello, además de reforzar el acceso al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, algo que pasa necesariamente por fortalecer la atención, la infraestructura y los medios de la salud primaria, urgen más campañas de fumigación en las áreas endémicas, tanto más importantes por cuanto basta un par de años sin fumigar para que los insectos vuelvan a invadir una comunidad.



El Salvador: Repunte de 25% en los casos de fiebre tifoidea

13 de mayo de 2019 – Fuente: El Mundo (El Salvador)

El Ministerio de Salud y Asistencia Social registró un aumento de 194 casos de fiebre tifoidea en las últimas semanas, un repunte de 25% en los contagios respecto de mediados de abril, según estadísticas de la institución. La enfermedad, provocada por la bacteria *Salmonella enterica* serovar Typhi, es uno de los padecimientos infecciosos más vigilados por la cartera de salud en los últimos meses. Su incidencia es reportada semanalmente a través del boletín epidemiológico del ministerio, que revela el repunte después de la Semana Santa.

Las estadísticas indican que en las primeras 18 semanas de 2019, se registran 956 casos de fiebre tifoidea; es decir, 194 infecciones más en comparación a dos semanas atrás, cuando se reportaban 762: un incremento de 25% en 15 días.

Respecto del año pasado, además, los contagios han subido en un promedio de 45%, ya que este año ha habido 295 casos más respecto de los 661 reportados en el mismo periodo de 2018, las primeras 18 semanas. De estos casos, 559 fueron registrados por el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), 355 por el Ministerio de Salud, 13 casos por Sanidad Militar, 12 por el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, 12 por el sector privado, y cinco por el Fondo Solidario para la Salud.

Hasta el momento, hay siete municipios con afectación grave por la fiebre tifoidea, los cuales albergan más de 88,8 % de las infecciones reportadas este año. Estos municipios son Ilopango, Mejicanos, Panchimalco, Soyapango, la zona sur de San Salvador, Santa Tecla y Tepecoyo, en La Libertad.

Además, los municipios de Sonsonate, Chalatenango, Quezaltepeque, La Libertad, Aguilares, Apopa, El Carmen, Olocuilta, Zacatecoluca, San Vicente, Usulután y Nueva Guadalupe ahora tienen afectación moderada de la enfermedad infecciosa.

LA FIEBRE TIFOIDEA

¿QUÉ ES?
ES UNA ENFERMEDAD INFECCIOSA QUE AFECTA, PRINCIPALMENTE, LOS INTESTINOS.

¿Qué la causa?
La fiebre tifoidea es causada por la bacteria *Salmonella typhi*. En general se propaga por agua o alimentos contaminados.

¿Cuáles son los síntomas?
Fiebres altas, fatiga, dolores de cabeza, náuseas, dolores abdominales y estreñimiento o diarrea. Algunos pacientes pueden presentar erupciones en la piel (rash) y de no ser tratada puede provocar perforaciones intestinales.

¿Qué hacer?
Si usted tiene alguno de estos síntomas busque ayuda en una unidad de salud u hospital, para determinar si padece fiebre tifoidea y recibir tratamiento médico.

¿Cómo prevenir?

- Lave bien y desinfecte frutas y verduras antes de consumirlas.
- Evite consumir alimentos en la calle.
- Cocine bien los alimentos antes de ingerirlos
- Lave sus manos y la de sus hijos, frecuentemente y después de usar el sanitario.
- Evite la leche cruda y los productos elaborados con leche cruda. Beba solo leche pasteurizada o hervida.
- Si el agua potable es seguridad dudosa, hiévala. Si no fuera posible, purifíquela.






Estados Unidos, Montana: Brote de tos convulsa en el condado de Missoula

13 de mayo de 2019 – Fuente: Missoula Public Health (Estados Unidos)

El Departamento de Salud del condado de Missoula, Montana, informó sobre un brote de tos convulsa que afecta a varias escuelas locales.

Hasta la fecha, se han reportado 96 casos confirmados por laboratorio.

El Departamento de Salud está trabajando estrechamente con las escuelas para identificar a los contactos cercanos de los casos confirmados. Hasta la fecha, se han identificado casi 2.000 contactos cercanos.

El brote ha crecido hasta el punto de que el Departamento de Salud está contratando inmediatamente enfermeras para que colaboren en el brote.



Estados Unidos: Puerto Rico vacunará contra el dengue

13 de mayo de 2019 – Fuente: SciDev Net

Los niños de entre 9 y 16 años de Puerto Rico comenzarán a recibir en los próximos meses la vacuna Dengvaxia® contra el dengue al haber sido aprobada por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) de Estados Unidos.

“Esta vacuna no es perfecta, pero como es eficaz será importante para el control de la enfermedad en Puerto Rico”, dijo Steven Waterman, jefe de la rama de dengue de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) en San Juan, Puerto Rico.

El dengue es una enfermedad infecciosa causada por un virus transmitido por mosquitos, específicamente por *Aedes aegypti*. Presente en los trópicos y subtropicos, la primera infección con el virus no despliega síntomas o estos



Larvas de mosquito *Aedes aegypti*, responsable de transmitir el virus Dengue.

son tan débiles que se confunden con un estado gripal. Pero una segunda infección puede volverse severa, incluir fiebre hemorrágica y también llegar a ser fatal. Cerca de 95% de las hospitalizaciones están asociadas con la segunda exposición al virus.

“Cada tres años hay un brote importante de dengue en la isla, donde aparecen miles de casos, cientos de ellos son hospitalizados y hay muertes. Esto no solo afecta a la población, sino también al sistema de salud en general”, agregó.

Por lo mismo, opina el especialista, esta vacuna podría aplicarse en otros países de Latinoamérica donde el virus está presente.

La vacuna también será administrada en los territorios estadounidenses de Samoa Americana, Guam y las islas Vírgenes de Estados Unidos –zonas donde el virus es endémico– apenas se cumplan todas las instancias técnicas.

La medida se suma a la ya tomada por la Unión Europea y otros 19 países que han aprobado esta vacuna, entre ellos Brasil, México, Paraguay, Perú, Costa Rica, El Salvador y Guatemala.

Dengvaxia®, del laboratorio Sanofi, solo está aprobada para ser utilizada en personas donde se haya comprobado –mediante un examen– que tuvieron un primer contacto con el virus del dengue. Esto porque en quienes no lo han tenido, la vacuna funciona como una primera infección y un segundo encuentro con el patógeno podría volverse grave.

Entre tanto, en Brasil, el Instituto Butantan, en asociación con la empresa estadounidense Merck Sharp & Dohme, está trabajando en otra vacuna candidata que está en la fase final de prueba en humanos.

“Más de 17.000 voluntarios, en 14 municipios brasileños, están involucrados”, contó Consuelo Silva de Oliveira, investigadora clínica del Instituto Nacional de Infectología ‘Dr. Evandro Serafim Lobo Chagas’, en la región brasilera de Pará.

En ese país, el dengue sigue siendo un problema de salud pública grave. Solo entre enero y abril de este año los casos probables de dengue aumentaron en casi 340%, con respecto al mismo período del año anterior, totalizando más de 450.000 infecciones. Las muertes han aumentado 186% en el mismo periodo, informó la especialista.

Desde fines de 2015, la vacuna Dengvaxia® fue autorizada en Brasil para personas de entre 9 y 45 años. Casi un año después comenzó un estudio sobre la efectividad de la inoculación en 30 municipios de Paraná. Los resultados están siendo evaluados por un comité de expertos del Ministerio de Salud.

“Tanto desde el punto de vista individual como desde la salud pública, prevenir la infección en personas que ya han tenido dengue puede desempeñar un papel importante en la reducción de la carga social y económica de la enfermedad”, opinó Oliveira.

MILENIO México: El número de niños nacidos con daños congénitos provocados por el virus Zika sería el triple de lo estimado

13 de mayo de 2019 – Fuente: Milenio (México)

El número de bebés que desarrollaron microcefalia, síndromes o deformidad congénitos asociados al virus Zika fue tres veces mayor a lo reportado por la pasada administración federal, ya que ocultó información a los mexicanos y a la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la gravedad de la epidemia, reportó un estudio del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).

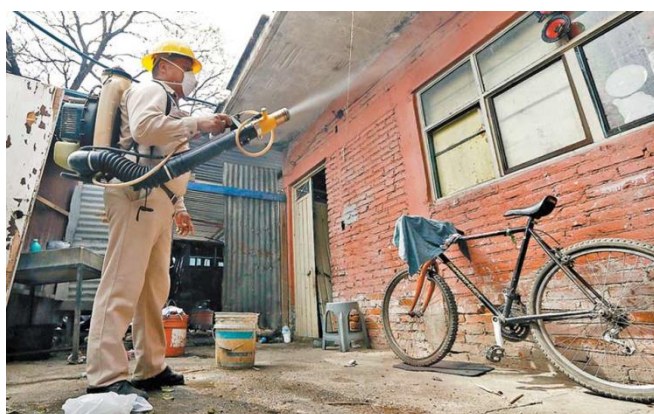
De acuerdo con el Boletín Epidemiológico, de 2014 a noviembre de 2018, las autoridades del gobierno de Enrique Peña Nieto confirmaron 54 casos de síndrome congénito vinculados al virus Zika, de los cuales 43 estaban vivos y el resto falleció.

Sin embargo, el INSP emprendió una investigación basada en el rastreo de actas de nacimientos y encontró un registro de 177 bebés con microcefalia relacionada al virus desde antes que se anunciara el primer caso, en noviembre de 2016.

Los cálculos del instituto son que el número anual de bebés nacidos con microcefalia en México puede continuar aumentando. La tasa de incidencia pasó de alrededor de 1,5 cada 100.000 nacidos antes de la presencia del virus en 2014, a 3,9 en 2018, sobre todo en mujeres que habitan en altitudes inferiores a 2.200 metros, donde circula más el vector.

A ello se suma que un porcentaje importante desarrolló, después del nacimiento, afectaciones neurológicas. La incidencia de casos con síndrome llegó a ser parecida a la de Brasil, Colombia y Venezuela en Guerrero, Chiapas, Colima y Oaxaca, y se estima que en Jalisco y Nayarit existe un subregistro de casos confirmados.

La investigación liderada por el entonces director general del INSP, Mauricio Hernández Ávila, estableció que la cifra de casos de microcefalia y síndromes fue significativamente mayor después de la entrada del virus a México y se



anunció el 5 de noviembre de 2016 el primer caso con afectación: una bebé con una edad gestacional de 33,5 semanas, con peso de 995 gramos y talla de 34,5 centímetros, que falleció al momento del parto. La madre fue una mujer de 25 años originaria de Oaxaca.

Por otra parte, el Boletín Epidemiológico de 2015 al 29 de abril de 2019 reportó 12.810 casos de personas infectadas con el virus y 7.120 embarazadas confirmadas que lo padecieron: Yucatán registró 926, Veracruz 888, Tamaulipas 692 y Nuevo León 679, con lo que fueron las entidades más afectadas.

Además, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y el Seguro Popular solo realizaron tamizajes a 23% de las embarazadas, y el resto con síntomas careció de diagnóstico. Tampoco incluyeron en las listas a las mujeres con abortos espontáneos por el virus.

El INSP detalló que del 25 de noviembre de 2015 al 20 de agosto de 2016, la tasa de embarazadas infectadas con el virus Zika fue de 60.172, es decir, 7,3 veces más alto que el número de casos notificados hasta ese momento, por lo que ya tenía las características de una epidemia que, a decir de Hernández, "jamás se declaró a pesar de la gravedad entre gestantes".

Se trata de una cifra "conservadora" de 60.172, "aunque sigue siendo alrededor de 40 veces mayor que la tasa de incidencia previamente reportada, 1,66 casos cada 100.000 habitantes, 16 y casi 30 veces mayor que el número de casos confirmados de zika reportado por México durante este tiempo".

El mundo

AGENTSCHAP ZORG & GEZONDHEID **Bélgica, Oost-Vlaanderen: Brote de legionelosis en Evergem**

14 de mayo de 2019 – Fuente: Agentschap Zorg & Gezondheid (Bélgica)

Según la Agencia Flamenca para la Salud y la Seguridad, al menos 16 personas del municipio de Evergem, provincia de Oost-Vlaanderen, en el norte de Bélgica, han contraído legionelosis. Un paciente falleció mientras era tratado en el Hospital Universitario de Ghent.

Los primeros pacientes presentaron síntomas entre el 29 de abril y el 6 de mayo. Los casos más recientes se presentaron entre el 7 y el 10 de mayo.

La edad de los pacientes varía entre 25 y 90 años, con una media de 58,6 años. Seis de los casos son mayores de 65 años, nueve tienen una enfermedad crónica o una inmunidad reducida.

Se han tomado muestras de agua para analizarlas en las torres de enfriamiento de 17 compañías en la zona del canal. Se ha solicitado información sobre sus instalaciones a otras dos empresas. Sin embargo, todavía no se sabe nada sobre la posible fuente de las infecciones.

Siete de los 16 pacientes viven en Evergem y dos viven en la frontera con Oostakker. Esto continúa indicando que se debe encontrar la fuente de la contaminación en las cercanías de Evergem.

Joris Moonens, portavoz de la agencia, dijo: "Tenemos una línea telefónica donde las empresas pueden registrar sus torres de enfriamiento, lo que significa que ya hemos podido investigar 19 compañías. Hacemos un llamado a las empresas de la zona del canal de Gent para que revisen cuidadosamente las instalaciones de sus torres de enfriamiento y nos informen, si aún no lo han hecho. Por cierto, las empresas están cooperando muy bien con esta investigación".

EL PAÍS **España: El sarampión irrumpe en Madrid y Guadalajara con casi 40 casos en un mes**

10 de mayo de 2019 – Fuente: El País (España)

Tras un primer trimestre del año relativamente tranquilo, el sarampión ha disparado su incidencia en España en las últimas semanas. Si Catalunya informó hace unos días de que dos brotes aún activos han causado al menos 19 casos en abril en la provincia de Barcelona, ahora son las de Madrid y Guadalajara las que han registrado un cúmulo de pequeños brotes que han afectado a más de 40 personas, confirmó la Comunidad de Madrid y la Junta de Castilla-La Mancha. Los responsables de salud pública de ambas administraciones consideran "muy probable" que la propagación de la enfermedad en las dos provincias esté relacionado, dado "el intenso movimiento de personas que existe entre ambas".

Madrid, que solo había registrado seis casos en el primer trimestre del año, ha visto como a medida que avanzaba el mes de abril crecía el número de diagnósticos hasta alcanzar los 17, un incremento que "está siendo analizado", informó la Dirección General de Salud Pública. Una docena de los afectados ha requerido atención hospitalaria y dos son menores de un año.

Cuatro de los casos diagnosticados en Madrid han contraído el virus en el extranjero, dos de ellos en Ucrania, uno en Italia y otro en Francia. Ha sido a partir de estos casos que el virus ha ido contagiando a otras personas. Los dos clústeres más destacadas son dos brotes familiares de siete y cuatro casos, respectivamente, según Salud Pública de Madrid. En cuatro ocasiones, los enfermos tenían relación con la provincia de Guadalajara.



La Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla-La Mancha, por su parte, confirmó que son 22 las personas afectadas por el sarampión en esa provincia durante las últimas semanas. "Todas ellas personas de mediana edad, nacidas antes de 1980", explicó un portavoz.

Fuentes de las dos comunidades explicaron que "las coberturas vacunales son elevadas, cercanas a 95%" y que en ambos casos los contagios afectan "a los pequeños bolsos de población no inmunizada, más por cuestión de edad que por la casi nula influencia en estas provincias del colectivo antivacunas".

"Son brotes pequeños y autolimitados porque tenemos buenas coberturas vacunales que frenan la expansión de la enfermedad", sostuvo Esther Redondo Margüello, coordinadora de actividades preventivas de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).

Esta especialista recomendó a las personas nacidas a principios de la década de 1970 comprobar si de pequeños recibieron "dos dosis de la vacuna". "Si no fue así o no tienen forma de comprobarlo, es aconsejable que aprovechen su próxima visita al médico de cabecera para comentárselo. Él decidirá si puede ser de interés hacer una prueba serológica y, en su caso, administrar una dosis", concluyó Redondo.

"Consideramos que los nacidos antes de 1970 están inmunizados porque estuvieron en contacto con el virus de niños y que las personas más jóvenes ya han sido vacunadas. Pero las campañas no se desarrollaron igual en todas partes y hay pequeños grupos de adultos de mediana edad que siguen sin inmunizar. Ellos son en estos casos quienes pueden contraer la enfermedad", añadió Redondo.

Una posición socioeconómica más alta se asocia con una mayor exposición a varios contaminantes químicos –como diversas sustancias perfluoroalquiladas (PFAS), mercurio y arsénico– durante el embarazo y la infancia, según las conclusiones de un nuevo estudio europeo que ha descrito la relación entre la posición socioeconómica de 1.300 mujeres embarazadas y sus hijos e hijas de 6 a 12 años y la exposición a 41 contaminantes químicos ambientales.

Hasta la fecha, diversos estudios han mostrado que existe una relación entre la posición socioeconómica –ingresos económicos, estatus social, empleo y educación– y el nivel de exposición a diversos riesgos ambientales, pero los resultados son variables: algunos apoyan y otros contradicen la hipótesis tradicional de que los grupos desfavorecidos son el grupo con más riesgo. Por ejemplo, otro estudio¹ ya mostraba que el nivel socioeconómico de las embarazadas determina los riesgos ambientales a los que se exponen, pero la naturaleza de la relación varía según el entorno urbano en el que viven.

La nueva investigación se ha realizado a partir de las cohortes de nacimiento de seis países europeos: España, Francia, Grecia, Lituania, Noruega y Reino Unido. Se recogieron muestras de orina y de sangre de las embarazadas y sus hijos e hijas para hallar las concentraciones medias de biomarcadores de los contaminantes químicos. Además, las madres rellenaron cuestionarios sobre su nivel educativo, laboral y de riqueza familiar.

Los resultados indicaron que las mujeres embarazadas con un nivel socioeconómico más alto tenían un riesgo más elevado de exposición a diversas PFAS, mercurio, arsénico, varios fenoles y pesticidas, en comparación con las mujeres con niveles socioeconómicos más bajos. De forma similar, las niñas y niños de familias con una posición social más elevada tenían más riesgo de exposición a compuestos organoclorados, PFAS, mercurio, arsénico y bisfenol A.

Salud y desigualdades socioeconómicas

En los niveles socioeconómicos más bajos, solo se encontró que había más riesgo de exposición en el caso del cadmio durante el embarazo y en los metabolitos del plomo y del ftalato en la infancia.

Las posibles explicaciones de las asociaciones encontradas deben buscarse en las diferencias en la dieta, el hábito de fumar y el uso de productos de consumo, como los cosméticos, entre familias de diferentes posiciones socioeconómicas. Por ejemplo, fumar tabaco puede explicar parte de los niveles elevados de cadmio observados en mujeres con niveles socioeconómicos más bajos.

Muchos de los contaminantes químicos estudiados son sospechosos de tener un impacto negativo en la salud infantil y adulta. Los estudios también indican que estos efectos sobre la salud están influenciados por las desigualdades socioeconómicas. Por tanto, en futuros trabajos, es importante que se analicen los impactos en la salud de los contaminantes ambientales teniendo en cuenta el rol de la posición socioeconómica.²



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

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

Francia: Nuevos datos de vigilancia del VIH

28 de marzo de 2019 – Fuente: Santé Publique (Francia)

Salud Pública Francia publicó el informe de vigilancia del VIH. El número de nuevos diagnósticos seropositivos para VIH entre 2010 y 2017 se mantuvo estable. A pesar de la amplia oferta de pruebas de detección del VIH en Francia, casi un tercio de los diagnósticos fueron tardíos. Es necesario intensificar y mejorar la selección de las personas a analizar. El objetivo es reducir la cantidad de personas que desconocen su infección y permitir que las personas VIH positivas tengan acceso a la terapia antirretroviral para beneficio individual y colectivo. La promoción de todas las herramientas de prevención disponibles debe continuar aumentando su uso y reduciendo el número de contagios.

Unos 6.400 nuevos casos en 2017

El número de nuevos seropositivos para el VIH se mantuvo estable entre 2010 y 2017. La diferencia observada en comparación con las anteriores estimaciones puede explicarse por un cambio en la metodología y no por un aumento en el número de nuevos casos. De los que descubrieron su estado de VIH en 2017, 3.600 (56%) se infectaron a través de sexo heterosexual, 2.600 (41%) a través de sexo homosexual masculino y 130 (2%) por el uso de drogas intravenosas. Con respecto a las dos vías principales de contagio, ha habido un aumento constante en el número de nuevos casos de VIH positivos desde 2010. Entre los usuarios de drogas, este número está disminuyendo. Entre los hallazgos entre los heterosexuales de 2017, el 75% son nacidos en el extranjero, principalmente en África Subsahariana. Entre los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) que descubrieron su estado de VIH en 2017, 26% nació en el extranjero.

Llegar a quienes nunca fueron evaluados

En 2017, los laboratorios de biología médica llevaron a cabo 5,6 millones de serologías de VIH, es decir, un aumento de la actividad de detección de 12% entre 2010 y 2017. Este aumento no fue acompañado por un aumento en el número de serologías positivas. Esto sugiere que un aumento en la detección puede no haber beneficiado a las poblaciones más expuestas al VIH. Casi un tercio de los nuevos diagnósticos de VIH fueron tardíos: 30% de las personas fueron diagnosticadas en 2017 con infección avanzada. La mitad de los hallazgos positivos (52%) se encontraban entre los que dijeron que nunca se habían realizado pruebas antes. En las poblaciones donde se recomiendan las pruebas regulares, los heterosexuales nacidos en el extranjero y los HSH, esta proporción fue de 68% y 33%, respectivamente.

Estos nuevos datos son un recordatorio de la importancia de eliminar las barreras para la detección.

Continuar promoviendo la prevención diversificada

Además de evaluar y tratar a las personas VIH positivas, debe continuar la promoción de otras herramientas de prevención disponibles (condones, profilaxis pre-exposición, profilaxis post-exposición). Todas estas medidas serán las que finalmente reducirán el número de nuevas infecciones por el VIH, que luego serán seguidas por una disminución en el número de nuevos casos de VIH positivos.³

Francia, Mayotte: Situación epidemiológica de la fiebre del Valle del Rift

13 de mayo de 2019 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

El 4 de enero de 2019, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Francia informó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) cinco casos autóctonos de fiebre del Valle del Rift diagnosticados en la isla de Mayotte a través del Sistema de Alerta Temprana y Respuesta de la Unión Europea. Las fechas de aparición de los síntomas oscilaron entre el 22 de noviembre y el 31 de diciembre de 2018.

Desde noviembre de 2018 hasta el 3 de mayo de 2019, se han notificado en Mayotte 129 casos confirmados de fiebre del Valle del Rift (RVF) y 109 focos animales (23 pequeños rumiantes y 86 bovinos). Después de una disminución constante de los casos durante las últimas tres semanas de marzo de 2019, se observó un ligero aumento en abril de 2019. Desde el 3 de mayo de 2019, se ha reportado un nuevo caso humano, pero no nuevos focos animales. Tanto los casos humanos como los focos animales se localizan principalmente en el centro y el noroeste de la isla principal de Grande-Terre. Sin embargo, desde fines de marzo de 2019, también se han detectado algunos focos animales nuevos en el este de Grande-Terre y en Petite Terre, en Mayotte.

Respuesta de salud pública

Se han tomado las siguientes medidas desde la detección de los casos humanos en enero de 2019:

- Las autoridades de salud locales han implementado una vigilancia intensificada de la salud humana y animal.
- Se han realizado reuniones entre expertos en salud humana y animal a nivel local y nacional para el intercambio de información sobre la enfermedad.
- Las autoridades de salud locales publican comunicaciones regulares a los criadores y a la población para recordarles la importancia de las medidas de protección personal contra las picaduras de mosquitos y evitar el consumo de carne cruda y leche sin pasteurizar para prevenir infecciones.
- Sensibilizar a los trabajadores de salud para diagnosticar rápidamente los casos.
- La comercialización de leche sin pasteurizar está prohibida desde el 27 de febrero de 2019.

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

- La exportación de ganado, carne cruda y leche sin pasteurizar de Mayotte también está prohibida desde el 20 de marzo de 2019.

Evaluación de riesgos de la OMS

El virus de la fiebre del Valle del Rift ha estado circulando activamente en la isla de Mayotte, en un contexto de importación regular del virus desde países cercanos a través de movimientos ilegales de animales, la presencia de animales susceptibles y un entorno favorable para que los mosquitos vectores mantengan la transmisión del virus a nivel local. El virus de la fiebre del Valle del Rift es transmitido generalmente por mosquitos que pertenecen principalmente a los géneros *Aedes* y *Culex* (pero también a *Anopheles*, *Mansonia* y otras especies de mosquitos) entre los animales. Mayotte, tiene una notable riqueza de especies de mosquitos, con 45 especies documentadas pertenecientes a 15 géneros, incluyendo *Aedes* y *Culex*, que actúan como reservorios del virus. El riesgo de infecciones por mosquitos en los animales debería disminuir en los próximos meses a medida que finaliza la temporada de lluvias (diciembre a abril) en Mayotte. Sin embargo, la lluvia prolongada relacionada con el post-ciclón Kenneth puede llevar a un aumento en los casos de fiebre del Valle del Rift.

Si bien la principal vía de infección de los seres humanos es a través del contacto directo o indirecto con la sangre, los fluidos corporales, los tejidos y órganos de los animales infectados y los fetos de animales abortados, es altamente contagioso para los humanos cuando se trata de ganado infectado. Los grupos de alto riesgo, incluidos veterinarios, ganaderos y carniceros, deben llevar a cabo prácticas seguras de cría y sacrificio de animales para prevenir infecciones. Hasta la fecha, no se ha reportado transmisión del virus de persona a persona.

La epizootia de fiebre del Valle del Rift puede causar impacto agrícola y pérdidas económicas en las comunidades debido a las altas tasas de mortalidad y aborto entre el ganado infectado, la pérdida de la confianza pública en la seguridad de los productos animales (leche, carne) o las prohibiciones de movimiento que podrían implementarse para controlar este brote. Las autoridades locales han implementado medidas de control apropiadas y han fortalecido el enfoque multisectorial de Una Salud para prevenir, detectar y responder al brote. Sin embargo, existe preocupación por un aumento potencial de casos y focos en mayo de 2019, debido al período de Ramadán, donde se espera un aumento de las importaciones ilegales de ganado. Hasta la fecha, no hay información que sugiera que la enfermedad se extenderá más allá de Mayotte.

Asesoramiento de la OMS

La fiebre del Valle del Rift es una zoonosis viral que afecta principalmente a animales domésticos (incluidos ganado vacuno, ovejas, dromedarios y cabras) y, en menor medida, a los humanos. El virus de la fiebre del Valle del Rift es altamente contagioso para los humanos cuando se maneja ganado potencialmente infectado. La clave para reducir las infecciones y muertes humanas es aumentar la conciencia acerca de los factores de riesgo de la transmisión de la fiebre del Valle del Rift, así como las medidas de protección, como el control de vectores y la protección contra las picaduras de mosquitos. Los mensajes de salud pública para la reducción de riesgos deben centrarse en:

- Reducir el riesgo de la transmisión de animal a humano debido a prácticas inseguras de cría y sacrificio de animales. Practicar la higiene de las manos, usar guantes y otro equipo de protección individual apropiado al manipular animales enfermos o sus tejidos o al sacrificar animales.
- Reducir el riesgo de transmisión de animal a humano derivado del consumo inseguro de sangre fresca, leche sin pasteurizar o tejido animal no cocido completamente.
- La importancia de la protección personal y comunitaria contra las picaduras de mosquitos mediante el uso de mosquiteros impregnados, repelente de insectos, ropa de colores claros (camisas y pantalones de manga larga) y evitando las actividades al aire libre en las horas pico de picadura de las especies vectoras.
- Como los brotes de fiebre del Valle del Rift en animales preceden a los casos humanos, el establecimiento de un sistema activo de vigilancia de la salud animal es esencial para proporcionar una alerta temprana a las autoridades de salud pública veterinaria y humana. La inmunización animal de rutina en áreas endémicas puede prevenir las epizootias de esta enfermedad. Las campañas de vacunación no se recomiendan durante un brote, ya que puede intensificar la transmisión entre rebaños a través de la propagación del virus con la aguja.

La OMS no recomienda la aplicación de restricciones a los viajes ni al comercio con Mayotte, con base en la información actual disponible para este evento.



Yemen: Situación epidemiológica del cólera

12 de mayo de 2019 – Fuente: Organización Mundial de la Salud – Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental

El Ministerio de Salud Pública y Población de Yemen reportó 18.171 casos sospechosos de cólera con 13 muertes asociadas durante la semana epidemiológica (SE) 18 de 2019. El 15% de los casos fueron severos. El número total acumulado de casos sospechosos de cólera desde el 1 de enero de 2018 hasta el 28 de abril de 2019 es de 668.891 con 1.081 muertes asociadas (tasa de letalidad de 0,16%). Los niños menores de cinco años representan 22,7% del total de casos sospechosos durante 2019. El brote ha afectado a 22 de las 23 gobernaciones y a 294 de los 333 distritos en Yemen.

A partir de la SE 8 de 2019, la tendencia de casos sospechosos semanales comenzó a aumentar y alcanzó un máximo de más de 29.500 casos en la SE 14. Entre las SE 15 y 18, los números de nuevos casos empezaron a disminuir, aunque es demasiado pronto para concluir en que se mantenga esta tendencia a la baja. La disminución puede atribuirse a los mayores esfuerzos para controlar el brote, como la mejora en el compromiso de la comunidad y las actividades de los programas de agua, saneamiento e higiene (WASH), y la ampliación de la respuesta por parte de

la Organización Mundial de la Salud (OMS) y asociados, incluido el establecimiento de nuevos centros de tratamiento de la diarrea (DTC) y centros de rehidratación oral (ORC). Otro factor es la primera ronda de la campaña de inmunización con la vacuna oral contra el cólera que se llevó a cabo en abril en tres distritos de la gobernación de Amanat Al-Asimah, alcanzando a 1.088.101 personas (88% del objetivo).

Las gobernaciones que reportaron el mayor número de casos sospechosos de cólera durante 2019 fueron Amanat Al-Asimah (50.166), Sana'a (36.527), Al-Hudaydah (30.925), Ibb (26.421), Dhamar (26.421) y Arman (25.244).

De un total de 5.610 muestras analizadas desde enero de 2019, 2.920 han sido confirmadas como positivas para cólera en los laboratorios centrales de salud pública. Durante el período del informe, las gobernaciones que informaron el mayor número de cultivos positivos fueron Amanat Al-Asimah (893), Taizz (704) y Sana'a (342).

La OMS continúa brindando liderazgo y apoyo para las actividades con las autoridades de salud y los asociados para responder a este brote de cólera en curso, incluida la gestión de casos, la vigilancia y las investigaciones de laboratorio, el mapeo de los puntos críticos y la planificación de campañas de inmunización con la vacuna oral contra el cólera, las actividades de WASH y la comunicación de riesgos.

Science

La eliminación del sarampión puede ayudar a orientar los esfuerzos de vacunación

10 de mayo de 2019 – Fuente: *Science*

El progreso de un país hacia la eliminación del sarampión puede trazarse en un "camino canónico" que, a su vez, puede guiar las estrategias de vacunación, según un reciente estudio.

Se encontró que la trayectoria que siguen los países para eliminar el sarampión se debe a su tasa de natalidad y cobertura de vacunación. La adopción del nuevo concepto de vía canónica podría ayudar a los países a adaptar los esfuerzos de control del sarampión a medida que avanzan hacia su eliminación, en general, y también como respuesta a los brotes.

Las vacunas infantiles contra el sarampión han sido estándar en muchos países desde la década de 1960, y se pensaba que el sarampión se había eliminado en varios países, incluyendo, a partir de 2000, Estados Unidos. Al mismo tiempo, el sarampión todavía infecta a varios millones de personas en todo el mundo, principalmente niños, matando un estimado de 100.000 cada año.

Los brotes recientes en Estados Unidos y en todo el mundo hacen de 2019 uno de los peores años para el sarampión en décadas. Los investigadores llaman a este camino "canónico" porque es el resultado esperado de la teoría fundamental que gobierna la dinámica epidémica del sarampión.

Cuando se completó el análisis inicial de este estudio con datos hasta 2014, se descubrió que la historia era muy clara: los países avanzaban hacia la eliminación en el camino canónico y luego se quedaban allí. Desafortunadamente, cuando se agregan datos más recientes, la historia se complica a medida que muchos países, particularmente en las Américas, comenzaron a retroceder por el camino por el resultado de una vacunación inadecuada alimentada en parte por el descontento social y el rechazo de la vacuna en varios países.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos han estimado que las vacunas contra el sarampión previnieron más de 20 millones de muertes en todo el mundo entre 2000 y 2017. Incluso, hasta el año 2000, hubo hasta 28 millones de casos de sarampión en todo el mundo con más de 500.000 muertes asociadas. En los últimos años, ha habido brotes de sarampión con miles de casos reportados incluso en países ricos como Alemania, Italia y España. Algunos países menos ricos, como India, Filipinas, Etiopía y Nigeria, todavía declaran decenas de miles de casos cada año.

Disminución en el número de personas susceptibles a la infección

En general, se ha dependido de marcos en bruto y cualitativos para clasificar a los países en su progreso hacia la eliminación y la determinación de estrategias de vacunación. Este trabajo intentó mejorar este marco utilizando datos fácilmente disponibles y cálculos simples para resumir las complejas dinámicas a medida que los países avanzan hacia la eliminación del sarampión.

El "camino canónico" refleja el hecho de que el número anual de casos de sarampión per cápita en un país –la incidencia– disminuye a medida que baja el número de personas susceptibles al sarampión. La disminución en el número de niños susceptibles se produce debido al aumento de la vacunación y/o la disminución de la tasa de natalidad. La vía también refleja la observación de que, a medida que disminuye la incidencia de sarampión, inicialmente se vuelve más variable de un año a otro, ya que los huéspedes susceptibles cada vez están más alejados en promedio, y los brotes se vuelven más esporádicos e impredecibles.

Estos brotes más esporádicos cambian la naturaleza de quién se infecta, modificando la enfermedad desde una solamente infantil a una que también puede afectar a los adultos. Este cambio de edad ha sido obvio en brotes recientes en Estados Unidos y en otros lugares. Finalmente, se llega a un punto en el que realmente parece que se tiene el sarampión bajo control y se está moviendo hacia la eliminación, y en ese punto la variabilidad de la incidencia también comienza a disminuir.



La posición de un país en este camino implica otra información importante, como la distribución por edades de las personas susceptibles al sarampión. A medida que los brotes se vuelven más esporádicos, las personas no vacunadas pueden envejecer antes de infectarse, lo que puede llevar a desafíos raramente vistos en entornos "endémicos" donde todos se infectan en la infancia, como las infecciones en mujeres embarazadas.

Zambia, por ejemplo, pasó de tener infecciones sistemáticas generalizadas de sarampión entre los niños pequeños a no registrar casi casos de sarampión por un tiempo, y luego comenzó a registrar brotes esporádicos y, en ocasiones, en niños y mayores. En casos como ese, el rango de edad al que se dirige con las campañas de vacunación tiene que aumentar.

Después de introducir vacunas contra el sarampión, los países en general tienden a avanzar por el camino en una dirección, hacia la eliminación del sarampión. Pero si se reduce la cobertura de vacunación, pueden darse la vuelta y comenzar a moverse en la dirección opuesta. Para los epidemiólogos de enfermedades infecciosas, una de las grandes historias de los últimos años ha sido el incremento de los casos de sarampión en países de ingresos medios como Brasil y Ucrania, debido en parte a la negativa de muchos padres a vacunar a sus hijos.

Desde 2014, varios países han empezado a retroceder, están viendo brotes esporádicos y grandes. La preocupación es que a medida que disminuyen las tasas de vacunación, continuará la progresión hacia atrás.⁴



Cerrando las brechas en la preparación ante las epidemias

8 de mayo de 2019 – Fuente: *The New England Journal of Medicine*

Aislado por primera vez en Malasia en 1999, el virus Nipah pasó rápidamente de desconocido a endémico en Bangladesh, que ha experimentado brotes casi todos los años desde 2001. Sin embargo, aún quedan grandes lagunas en la comprensión sobre su naturaleza, como la forma en que el virus cruzó India para provocar una epidemia en Kerala, en la costa suroeste, de ese país en 2018.

Se han identificado varios virus potencialmente letales por primera vez en el siglo XXI, incluyendo los coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo (SARS) y del síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS). La asociación entre la infección por el virus Zika durante el embarazo y la microcefalia salió a la luz recién en 2015. Una vez aparentemente confinada por las medidas de salud pública a episodios esporádicos en las áreas rurales, la enfermedad por el virus del Ébola explotó en 2014, llegando a los centros urbanos y matando a más de 11.000 personas. Como todas las epidemias, distrajo recursos de otras necesidades críticas de atención médica y dejó un legado de desconfianza y desconexión.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), junto con expertos mundiales, elaboró una lista de nueve enfermedades infecciosas conocidas y una desconocida (enfermedad X) en un "Plan de Acción" para investigación y desarrollo. Estas infecciones tienen el potencial para causar emergencias de salud pública, y carecemos de las herramientas para diagnosticarlas, tratarlas o prevenirlas. Por lo tanto, el mundo es particularmente vulnerable a estas infecciones y, sin embargo, se han descuidado en la investigación y el desarrollo.

Plan de Acción para Enfermedades Prioritarias

Dado su potencial para causar una emergencia de salud pública y la ausencia de medicamentos eficaces, vacunas o ambos, existe una necesidad urgente de investigación y desarrollo acelerados para las siguientes enfermedades:

- Fiebre hemorrágica de Crimea-Congo
- Enfermedad por el virus del Ébola y enfermedad por el virus de Marburg
- Fiebre hemorrágica de Lassa
- Síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS) y síndrome respiratorio agudo severo (SARS).
- Enfermedades por el virus Nipah y henipavirus.
- Fiebre del valle del Rift.
- Fiebre zika.
- Enfermedad X.

Fuente: Organización Mundial de la Salud.

La lista no es exhaustiva, y muchas infecciones representan una gran amenaza. La fiebre amarilla se propagó a Asia por primera vez en 2016, y aunque no se estableció allí, ese continente podría correr un riesgo muy real: el vector se encuentra en ciudades grandes y densas con poblaciones no inmunes. Los crecientes vínculos entre África y Asia aumentan las posibilidades de una futura propagación. Es alarmante imaginar una epidemia de fiebre amarilla en una gran ciudad asiática. Si bien existe una vacuna altamente eficaz contra esta enfermedad, la capacidad de producción (y, por lo tanto, la disponibilidad) es limitada. La influenza, que tampoco está en la lista de la OMS, sigue siendo un importante problema estacional cada año y una amenaza pandémica perenne para la cual todavía tenemos contramedidas limitadas.

Los nuevos patrones de aparición y propagación viral están siendo impulsados por cambios ecológicos y sociológicos, como el cambio climático, la migración de especies de vectores a nuevas áreas,

las interacciones cambiantes entre personas y animales, el aumento de la conectividad entre las comunidades, los viajes cada vez más rápidos, la urbanización, inestabilidad política y conflictos. Nuestros preparativos para las epidemias deben seguir el ritmo de tales cambios.

La OMS sigue siendo el recurso mundial para prepararse y responder a las epidemias, y su Programa de Emergencias de Salud ha avanzado mucho desde su lanzamiento en 2016. Además, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, organizaciones no gubernamentales como Médicos Sin Fronteras, y muchos otros grupos han jugado roles globales invaluable. Lo que falta son definiciones claras de las relaciones entre los países, la OMS y las organizaciones involucradas en la preparación y respuesta ante epidemias.

La declaración de una emergencia, responsabilidad de la OMS, es una decisión a conciencia. A veces, un brote resulta tener menos impacto de lo previsto. Pero en lugar de criticar a la OMS por ser demasiado apresurada para de-

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

clarar una emergencia de salud pública de preocupación internacional, como muchas personas lo hicieron en el momento de la pandemia de influenza de 2009, debemos aplaudir las acciones de salud pública rápidas y decisivas, que a menudo evitan una verdadera crisis. La acción conlleva riesgos, pero nunca se debe subestimar el riesgo de la inacción.

Un enfoque consolidado para combatir los virus requiere una inversión sostenida. Es correcto y necesario usar fondos públicos para asegurar la salud pública mundial, y sin embargo, sigue habiendo un déficit en los fondos, incluso para el brote actual de enfermedad por el virus del Ébola en la República Democrática del Congo. Se necesitan enfoques más innovadores para financiar este trabajo esencial: enfoques que hagan que las inversiones de los gobiernos y las empresas sean menos riesgosas. La CEPI (Coalición para la Preparación ante Epidemias e Innovación) y la Alianza Mundial para el Fomento de la Vacunación y la Inmunización (GAVI), junto con las agencias nacionales de financiación y las organizaciones filantrópicas, están liderando el camino, por ejemplo, asegurando que se realicen investigaciones y desarrollos críticos y adquiriendo compromisos para adquirir medicamentos y vacunas antes de cualquier epidemia para crear incentivos para que las compañías farmacéuticas se enfoquen en ciertas enfermedades.

Un enfoque de la investigación más productivo e integrado abarcaría disciplinas como las ciencias sociales específicas del contexto, las ciencias clínicas y de datos, y la genómica, e involucraría la búsqueda de diseños de estudios innovadores y mejores vías de regulación. Si los ensayos de diagnósticos, medicamentos y vacunas se convirtieran en parte rutinaria de las respuestas a las epidemias, con protocolos abiertos de varios años y en varios países preparados de antemano, podríamos evitar que queden en los estantes herramientas para salvar vidas.

La prevención y la respuesta efectivas requieren sistemas sólidos de salud pública que proporcionen acceso universal y equitativo a la atención médica de alta calidad. La atención médica efectiva no puede estar disponible si los trabajadores de la salud no están protegidos. En cada brote, han muerto trabajadores de la salud. Aquí, el control de infecciones y las vacunas pueden marcar la diferencia, permitiendo que las personas sean tratadas sin poner a los cuidadores, enfermeras, médicos y personal de apoyo en un riesgo inaceptable.

Desafortunadamente, las infecciones no son el único peligro. En un mundo cada vez más fragmentado e inestable, los conflictos armados ocurren con frecuencia y aumentan significativamente el riesgo de brotes de enfermedades infecciosas, que a su vez exacerban el pánico y el temor de las poblaciones. Los conflictos alimentan la transmisión de enfermedades cuando las personas intentan desplazarse, a menudo en secreto, para escapar, lo que puede hacer que la asistencia segura sea casi imposible.

El noreste de la República Democrática del Congo ha sido trágicamente inestable durante más de 20 años, y el impacto devastador de esa inestabilidad se hizo evidente cuando comenzó un brote de enfermedad por el virus del Ébola en agosto de 2018. A pesar de los heroicos esfuerzos, puede ser imposible contener este brote, toda vez que la violencia paraliza repetidamente la respuesta de salud pública dirigida por el Ministerio de Salud del país, la OMS y otros asociados. Y cada día que continúa la epidemia, aumenta el riesgo de un desastre sanitario nacional y regional.

Las personas enfrentan una inseguridad similar en muchos otros lugares del mundo: Yemen, Siria y Venezuela vienen inmediatamente a la cabeza. Un brote grave en cualquiera de estos países sería extremadamente desafiante; más de un brote podría ser demasiado difícil de manejar para el mundo. Por lo tanto, se necesita un enfoque profundamente diferente cuando las epidemias estallan en regiones altamente inestables.

El gobierno alemán dio prioridad a la preparación para epidemias internacionales durante sus presidencias de los países industrializados del Grupo de los 7 (G7) y del Grupo de los 20 (G20). Como anfitrión de la Conferencia Anual de Seguridad en München y miembro del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, Alemania se encuentra en una posición sólida para liderar los esfuerzos para asegurar la salud mundial en situaciones de inseguridad. Enfrentar este desafío requerirá nuevos enfoques para resolver las tensiones dentro y entre los países, las comunidades locales, las facciones armadas, los grupos de trabajadores humanitarios y de salud y las fuerzas de seguridad nacionales e internacionales. Ahora se necesitan negociadores de paz con experiencia en resolución de conflictos en salud pública ahora. Sin sus habilidades, las potenciales pandemias se irán descontrolando en las regiones vulnerables del mundo, lo que llevará, tarde o temprano, a una catástrofe.

Un cambio adicional puede mejorar la preparación para futuras epidemias: que debemos esperarlas. La última entrada en la lista de infecciones priorizadas de la OMS es la "enfermedad X". La infección por el virus Nipah fue la enfermedad X hace 20 años; el SARS y el MERS también fueron la enfermedad X en su momento. Veinte años antes, fue el VIH/sida. Es la enfermedad que aún no conocemos, que emerge en algún lugar del mundo, y apenas se nota hasta que ya no se puede ignorar.

No hay justificación para cerrar los ojos ante tales amenazas, con la esperanza de que estemos a salvo, y luego entrar en pánico cuando nos demos cuenta de que no lo estamos. Tampoco podemos tratar cada episodio como un evento aislado discreto. Con el mundo más conectado que nunca, todos compartimos la responsabilidad de estar preparados para los brotes inevitables de enfermedades. La población mundial debería poder confiar en que se están evitando las epidemias y que, si se enfrentan a una emergencia de salud pública, su país y la comunidad sanitaria mundial estarán preparados para detenerla.⁵

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

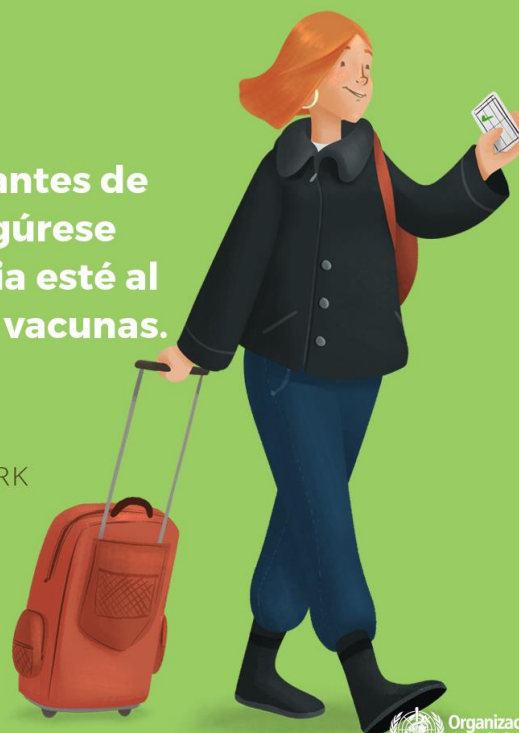


¿Tiene previsto viajar?

Infórmese antes de partir - asegúrese de su familia esté al día con sus vacunas.

#VACCINESWORK

PROTEGIDOS COLECTIVAMENTE



Organización Mundial de la Salud (2019)

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.