



# Reporte Epidemiológico de Córdoba

22 DE ENERO  
2020  
REC 2.277

## CÓRDOBA

- Aumentó 17% la tasa de mortalidad materna en la provincia

## ARGENTINA

- Vigilancia de dengue

## AMÉRICA

- Bolivia: La combinación de dos pruebas rápidas para diagnosticar Chagas en el terreno
- Brasil: Caso confirmado de fiebre hemorrágica por Arenavirus en el estado de São Paulo

- Canadá: Alertan sobre un brote de sífilis en Nova Scotia

- Estados Unidos: Dan por finalizado el brote de infecciones por *Escherichia coli* vinculado con la escarola

- Venezuela: Primer caso de fiebre amarilla en el país en 14 años

## EL MUNDO

- África: Las otras muertes de la enfermedad por el virus del Ébola

- Camerún: Reportan dos casos de viruela símica

- Chad: Situación epidemiológica del sarampión

- China: Al menos seis muertos y casi 300 infectados por el coronavirus de Wuhan

- Crean alianza internacional contra tres enfermedades desatendidas

- Una de cada cinco muertes en el mundo es causada por sepsis

## PUNTO DE VISTA

- Afrontar el desafío de la multimorbilidad

### Comité Editorial

#### Editor en Jefe

ÁNGEL MÍNGUEZ

#### Editores Adjuntos

ÍLIDE SELENE DE LISA  
ENRIQUE FARIÁS

#### Editores Asociados

PILAR AOKI // HUGUES AUMAITRE // GERMÁN BERNARDI // JORGE BENETUCCI // PABLO BONVEHÍ // MARÍA BELÉN BOUZAS // JAVIER CASELLAS // ISABEL CASSETTI // ANA CEBALLOS // SERGIO CIMERMAN // GUILLERMO CUERVO // FANCH DUBOIS // SALVADOR GARCÍA JIMÉNEZ // ÁNGELA GENTILE // NORA GLATSTEIN // SUSANA LLOVERAS // GUSTAVO LOPARDO // EDUARDO LÓPEZ // TOMÁS ORDUNA // DOMINIQUE PEYRAMOND // DANIEL PRYLUKA // FERNANDO RIERA // ALFONSO RODRÍGUEZ MORALES // CHARLOTTE RUSS // HORACIO SALOMÓN // EDUARDO SAVIO // DANIEL STECHER // CARLA VIZZOTTI

### Adherentes

Logos of adherent organizations:
 

- CIRCO MÉDICO DE CÓRDOBA
- SLAMVI - Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero
- ASOCIACIÓN PANAMERICANA DE INFECTOLOGÍA
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA
- Comité Nacional de Infectología SAP
- Facultad de Ciencias Médicas
- CM PCI
- UCC
- Rev. Panam. de Enf. Infecciosas
- Asociación Parasitológica Argentina
- SOCIEDAD ARGENTINA DE VACUNOLOGÍA E INFECCIOLOGÍA
- DDNA - DEFENSORÍA DE LOS DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES
- Vacunas SADI 2019
- GEMICOMED - seimc.org
- S.A.D.I.

Es uno de los indicadores más sensibles de la calidad del sistema sanitario de una región. La tasa de mortalidad materna –además de la infantil– puede ser reflejo de otras realidades menos tangibles, como la falta de acceso de la embarazada al sistema de salud, su nutrición o el saneamiento de su entorno.

Las últimas Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud de la Nación –que corresponden a 2018 y fueron publicadas el 16 de enero de 2020– aportan datos nada alentadores. La mortalidad materna aumentó en Córdoba, como en gran parte del país. Y la provincia quedó muy por detrás de la meta de desarrollo del milenio de la Organización de Naciones Unidas (ONU).

En 2018, la tasa de mortalidad materna en Córdoba fue de 3,4 cada 10.000 nacidos vivos, 17% más que el año anterior, cuando el indicador había sido de 2,9, la misma cifra que la de 2015.

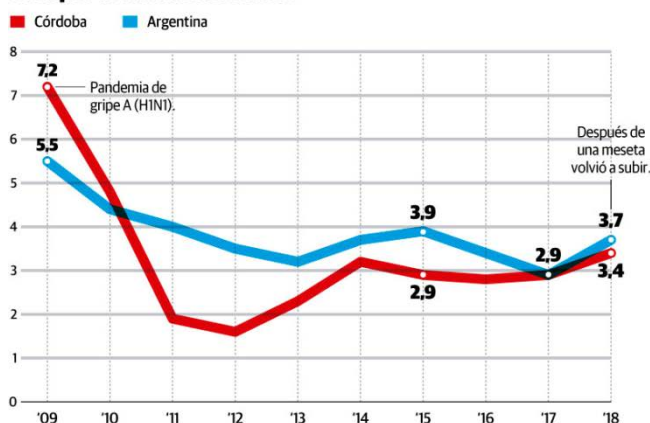
Según las Estadísticas Vitales, es la tasa más alta desde 2010, cuando se registraron 4,8 muertes maternas cada 10.000 nacidos vivos. Y del récord de 2009 (7,2), con la pandemia de influenza A(H1N1), que afectó particularmente a las embarazadas.

El indicador mide las defunciones de mujeres durante la gestación o dentro de los 42 días posteriores al parto, cada 10.000 nacidos vivos.

“La profundización de las crisis económica y social, que venimos asistiendo desde los últimos años, también impacta en los indicadores de salud. El aumento de la pobreza agrava las condiciones de la muerte materna”, explicó Alejandra Domínguez, magíster en Ciencias Sociales y secretaria de Extensión de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC).

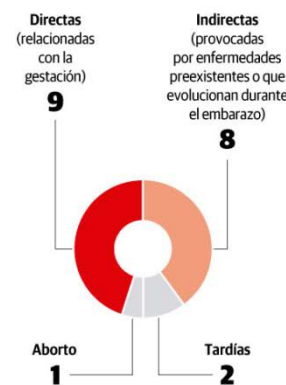
## Fallecimientos en embarazo, parto o puerperio

Tasa por 10 mil nacidos vivos



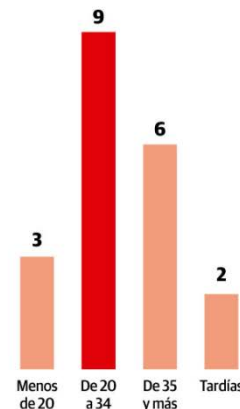
### Por causa de muerte

En la provincia de Córdoba.



### Por edad

En la provincia de Córdoba.



Fuente: Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud de la Nación.

LA VOZ

El crecimiento también se dio a nivel nacional, con una tasa promedio del 3,7 cada 10.000 nacidos vivos. También subió en la mayoría de las provincias.

## ¿De qué mueren?

Las causas obstétricas directas fueron la principal causa de muerte en Córdoba, con 50% de los casos en 2018. Son fallecimientos relacionados con intervenciones, omisiones o tratamientos incorrectos durante el parto, el embarazo o el puerperio, según la definición del Ministerio de Salud de Argentina.

En segundo lugar, las causas obstétricas indirectas representaron 44% de las muertes en Córdoba. Es decir, aquellas muertes causadas por una enfermedad preexistente al embarazo, que pudo agravarse durante la gestación. Finalmente, 6% falleció por motivo de un aborto.

En números absolutos, fueron nueve las mujeres que murieron por causas directas, ocho por indirectas y una por aborto. Además se registraron dos muertes maternas tardías (después de los 42 días posteriores al parto hasta el año), que no se tienen en cuenta en la estadística.

“Los controles de embarazo también suelen ser deficientes cuando no existe una política de prevención sostenida en el tiempo. Las mujeres llegan al momento del parto sin chequeos o con controles insuficientes. Y, entonces, si ya tenía una enfermedad previa, entonces esta patología no se pudo tratar a tiempo”, agregó Domínguez.

La especialista agregó que las crisis también agudizan la malnutrición y la vulnerabilidad en las personas de menores recursos. Y señaló que en los últimos años hubo faltante de anticonceptivos, que atribuyó a la discontinuidad en la entrega de preservativos o en métodos inyectables por parte del Ministerio de Salud de la Nación.

## La punta del iceberg

Aunque a nivel provincial se hayan declarado 20 muertes maternas y 295 a nivel país, el mismo Ministerio de Salud de la Nación reconoce la existencia de un subregistro. Estas defunciones “son subestimadas debido a deficiencias en la certificación médica, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo”, establece el organismo en la introducción de las Estadísticas Vitales.

A su vez, estos números suelen ser la punta del iceberg que reflejan otras “causas condicionantes”: barreras culturales, desconocimiento de los derechos de las mujeres, limitado acceso a la educación, pobreza o demora en las consultas, según informó la especialista Zulma Ortiz.

Respecto de la edad, 17% de las muertes registradas en Córdoba correspondieron a menores de 20 años. La mitad tenía entre 20 y 34 años. Y 33%, 35 años o más.

Córdoba, al igual que el país, quedó muy por detrás de la meta de Desarrollo del Milenio establecida por la ONU. El organismo había recomendado a los países que instrumentaran medidas para que, en 2015, puedan alcanzar una tasa de muerte materna inferior a 1,5 cada 10.000 nacimientos. Con 3,4, Córdoba no llegó al objetivo.

“Por la pérdida de empleos formales, más personas se quedaron sin obra social. Esto hace que los turnos para controles se den con demoras y que esas oportunidades se terminen perdiendo. Una mujer que llegue a un dispensario y no encuentre atención es muy poco probable que después regrese”, agregó Domínguez.

Los desafíos próximos son lograr que la gente se involucre más en esta problemática. A criterio de Ortiz, hay que sumar la participación de las sociedades científicas, identificar cada muerte con nombre y apellido, mejorar el acceso a la información y analizar el problema con una mirada en la que no predomine la ideología.

### Cómo se calcula este indicador sanitario

- Las muertes maternas son las defunciones durante el embarazo y dentro de los 42 días posteriores al parto. La tasa se calcula cada 10.000 nacidos vivos.
- En epidemiología, se necesitan al menos cuatro años para calcular tendencias. Por eso, este informe compara la tasa de mortalidad materna registrada en 2018 (3,4) con las de 2017 y de 2015 (2,9). El aumento es de 17% en ambas comparaciones.
- Las muertes tardías y los accidentes no se tienen en cuenta.

# Argentina

BOLETÍN INTEGRADO  
DE VIGILANCIA

VIGILANCIA DE DENGUE

14/01/2020

En Argentina, desde la semana epidemiológica (SE) 31 de 2019, hasta el 29 de diciembre de 2019 se registraron 19 casos de dengue sin antecedentes de viaje: 18 en Misiones y 1 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

En Misiones se registraron hasta el momento 11 casos confirmados de dengue y 7 probables en las localidades de Garupá (2), Comandante Andresito (10) y Puerto Iguazú (6). El serotipo identificado y notificado hasta el momento es DENV-1.

En la CABA, el 27 de diciembre se notificó un caso de dengue, sin antecedentes de viaje, con resultados positivos para DENV-2 en la jurisdicción; resta su confirmación por el laboratorio nacional de referencia.

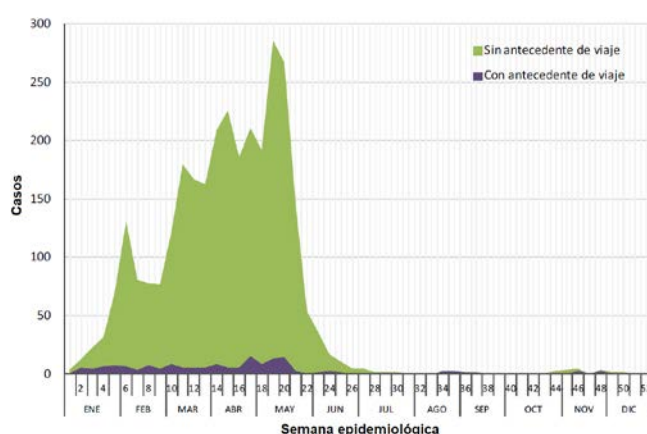


Gráfico 1. Casos positivos (confirmados y probables), según antecedente de viaje y semana epidemiológica de inicio de síntomas o consulta. Argentina, Año 2019. N=3.220. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

Además, entre las SE 31 y 52, se registraron 10 casos probables distribuidos en la CABA (3 casos) y en las provincias de Buenos Aires (4) y Chaco (3).

En el mismo período se registraron 25 casos importados: 15 confirmados y 10 probables; presentan antecedente de viaje principalmente a México –con identificación del serotipo DENV-1 y DENV-2– y Cuba, así como también Colombia, Brasil, Vietnam, India, República Dominicana, Paraguay, Polinesia y Bolivia. Los mismos se distribuyeron en la CABA (11 casos), y en las provincias de Buenos Aires (7), Santa Fe (3), Córdoba (1), Entre Ríos (1), Jujuy (1) y Mendoza (1), entre las SE 31 y 49.

En el transcurso de 2019 se registraron brotes de dengue entre las SE 1 y la 30, evidenciándose un aumento desde la SE 2 y dos picos de incidencia de casos: un primer pico en la SE 6 y un segundo incremento a partir de la SE 11, con un máximo en la SE 19 (ver Gráfico 1). Desde la SE 19 se registró un descenso en el número de casos positivos autóctonos e importados y un incremento en la detección de casos importados entre las semanas 34 y 35. La curva refleja un aumento en la notificación de casos sin registro de viaje a partir de la SE 44, coincidente con el registro de los primeros casos confirmados en la provincia de Misiones.

Provincia/Región	Sin antecedente		Con antecedente	
	Confirmados	Probables	Confirmados	Probables
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	25	12	29	13
Buenos Aires	54	59	18	20
Córdoba	2	1	10	2
Entre Ríos	–	–	2	1
Santa Fe	474	21	9	7
<b>Centro</b>	<b>555</b>	<b>93</b>	<b>68</b>	<b>43</b>
Mendoza	–	–	–	3
San Juan	–	–	–	–
San Luis	–	–	1	1
<b>Cuyo</b>	<b>–</b>	<b>–</b>	<b>1</b>	<b>4</b>
Corrientes	–	–	3	2
Chaco	55	64	4	3
Formosa	5	14	–	–
Misiones	291	245	10	9
<b>Noreste Argentino</b>	<b>351</b>	<b>323</b>	<b>17</b>	<b>14</b>
Catamarca	–	–	1	–
Jujuy	409	352	2	6
La Rioja	–	–	–	–
Salta	401	531	8	10
Santiago del Estero	2	5	4	1
Tucumán	2	3	5	1
<b>Noroeste Argentino</b>	<b>814</b>	<b>891</b>	<b>20</b>	<b>18</b>
Chubut	–	–	1	1
La Pampa	–	–	1	–
Neuquén	–	–	2	1
Río Negro	–	–	1	1
Santa Cruz	–	–	–	–
Tierra del Fuego	–	–	–	–
<b>Sur</b>	<b>–</b>	<b>–</b>	<b>5</b>	<b>3</b>
<b>Total Argentina</b>	<b>1.720</b>	<b>1.307</b>	<b>111</b>	<b>82</b>

**Tabla 1.** Casos notificados, según antecedentes de viaje y provincia y región. Argentina. Año 2019. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

El uso combinado de dos pruebas rápidas de diagnóstico, que ya existen en el mercado, es capaz de diagnosticar la enfermedad de Chagas crónica con una alta precisión y especificidad en campañas móviles hechas en terreno.

El rendimiento observado permitiría confiar en estos tests diagnósticos en regiones altamente endémicas que no cuentan con laboratorios suficientemente equipados. La fase aguda de la infección por *Trypanosoma cruzi* –el agente causal de la enfermedad de Chagas– suele ser asintomática, por lo que pasa desapercibida. Por ello, el diagnóstico suele hacerse en la fase crónica de la enfermedad, cuando aparecen los síntomas.

Las pruebas serológicas convencionales para diagnosticar la infección son poco prácticas en regiones que no cuentan con laboratorios equipados. En cambio, los tests rápidos de diagnóstico son fáciles de usar, no necesitan cadena de frío, y requieren cantidades muy pequeñas de sangre.

Anteriormente se había propuesto el uso combinado de pruebas rápidas como una alternativa a técnicas serológicas para el diagnóstico de la enfermedad de Chagas. En esta investigación, se llevaron las pruebas al terreno y se probó su eficacia al ser usadas por equipos móviles en campañas de diagnóstico.

## Sensibilidad casi completa

Se usaron 685 muestras obtenidas en la región del Chaco (Bolivia), para comparar los resultados de ambas pruebas rápidas, combinadas o por separado, con las pruebas serológicas estándar, realizadas en laboratorio.

Se encontró que el uso combinado de las pruebas tenía una sensibilidad de 97% y una especificidad de 96,1%, comparado con el algoritmo estándar, basado en el ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA).

Los resultados indican una alta prevalencia de infección en la región: 44% de muestras analizadas resultaron positivas. Los resultados de este estudio apoyan el uso de pruebas rápidas de diagnóstico como una alternativa a los métodos serológicos convencionales en el Chaco y otras regiones de alta endemicidad.<sup>1</sup>

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

El último informe de un caso de fiebre hemorrágica brasileña fue hace más de 20 años. Durante ese período, hubo cuatro casos en humanos, dos casos adquiridos en un entorno salvaje en el estado de São Paulo y dos debido a infecciones en un entorno de laboratorio.

La enfermedad se considera extremadamente rara y altamente letal, y el tratamiento se basa en la condición clínica y los síntomas del paciente.

El período de incubación de la enfermedad es largo –en promedio de 7 a 21 días– y comienza con fiebre, malestar, dolor muscular, manchas rojas en el cuerpo, dolor de garganta, estómago y detrás de los ojos, dolor de cabeza, mareos, sensibilidad a la luz, estreñimiento y sangrado de las membranas mucosas, como la boca y la nariz. A medida que la enfermedad progresa, puede haber deterioro neurológico: somnolencia, confusión mental, cambios de comportamiento y convulsiones.

Entre el inicio de los síntomas –el 30 de diciembre de 2019– y la muerte –el 1 de enero de 2020–, el paciente pasó por tres hospitales diferentes en los municipios de Eldorado, Pariquera-Açu y São Paulo, siendo el último el Hospital das Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo. No tenía un historial de viajes internacionales.

Durante su atención, se le realizaron análisis para identificar enfermedades, como fiebre amarilla, hepatitis viral, leptospirosis, dengue y fiebre zika. Sin embargo, los resultados fueron negativos para estas enfermedades. Se realizaron exámenes complementarios en el Laboratorio de Técnicas Especiales del Hospital Israelita ‘Albert Einstein’, que identificó al arenavirus que causa la fiebre hemorrágica brasileña. Este resultado fue confirmado por el Laboratorio de Investigación Médica del Instituto de Medicina Tropical, el Hospital das Clínicas, la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo y el Instituto ‘Adolfo Lutz’.

Además, la Secretaría de Vigilancia de la Salud/Ministerio de Salud ya ha comunicado el hecho a la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), de conformidad con los protocolos internacionales establecidos.

### **Situación actual**

Hasta el momento, la fuente de contagio del paciente no ha sido confirmada. Lo que se sabe es que las personas contraen la enfermedad posiblemente a través de la inhalación de partículas en la orina, las heces y la saliva de los roedores infectados. La transmisión del arenavirus de persona a persona puede ocurrir cuando hay un contacto muy cercano y prolongado o en entornos hospitalarios, cuando no se usa equipo de protección, a través del contacto con sangre, orina, heces, saliva, vómito, semen y otras secreciones o excreciones.

Los empleados de los hospitales por donde pasó el paciente están siendo monitoreados y evaluados, así como los familiares del caso confirmado en São Paulo.

### **Acciones**

El 20 de enero, el Ministerio de Salud convocó una reunión con representantes de todas las partes involucradas en el caso: Secretaría de Salud de São Paulo, el Hospital das Clínicas,

Facultad de Medicina, Universidad de São Paulo, el Hospital Israelita 'Albert Einstein', el Consejo Nacional de Secretarios de Salud y el Consejo Nacional de Secretarías Municipales de Salud. El propósito de la reunión fue verificar el escenario actual y las acciones de búsqueda y monitoreo de las personas que tuvieron contacto directo con el paciente.

El Ministerio de Salud también ofreció apoyo al Departamento de Salud de São Paulo, enviando un equipo de técnicos para buscar activamente a las personas que tuvieron contacto con el paciente y para la investigación ambiental.<sup>2</sup>



Funcionarios de salud pública de la provincia de Nova Scotia declararon un brote de sífilis después de un aumento en los casos en 2019.

Los datos preliminares indican que se registraron 82 casos en Nova Scotia en 2019, un aumento considerable respecto de los 50 casos del año 2018 y los 38 casos del 2017. Los casos se han diagnosticado en personas de 20 a 65 años o más en toda la provincia. También parece haber una proporción cada vez mayor de casos entre mujeres (20%) en 2019, en comparación con 10% en 2018 y 5% en 2017. Esta tendencia es consistente con el patrón observado en otras jurisdicciones de Canadá.

“Las prácticas sexuales más seguras y hacerse la prueba de sífilis pueden ayudar a disminuir la cantidad de casos que se están observando actualmente en Nova Scotia”, dijo el Dr. Gaynor Watson-Creed, Subdirector Médico de Salud de Nova Scotia. “Conocer su estado respecto de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la sífilis, es realmente importante para la salud propia y también para la de los demás”.

Las prácticas sexuales más seguras, incluido el uso de condones y barreras bucales en cada interacción sexual, pueden ayudar a prevenir la sífilis. El contacto sexual sin protección aumenta el riesgo de sífilis u otras ITS.

Si bien la mayoría de los casos se registran en hombres, los datos de 2019 indican un aumento en los casos de sífilis en mujeres en comparación con las tendencias recientes. Como precaución para prevenir la sífilis congénita, el Programa de Salud Pública y Atención Reproductiva recomienda que los médicos ahora realicen las pruebas para sífilis dos veces durante el embarazo. Esta segunda prueba, completada a las 24 a 28 semanas, complementará el examen de detección de sífilis de rutina que se realiza al principio del embarazo.

Hasta la fecha no se han reportado casos de sífilis congénita en Nova Scotia.

Se declaró un brote de sífilis en el área de Halifax en 2009, llegando a su punto máximo en 2013 con 84 casos ese año. La Agencia de Salud Pública de Canadá ha establecido un Comité

<sup>2</sup> Puede consultar el informe completo, en portugués, haciendo clic [aquí](#).



de Coordinación de Investigación de Brotes de Sífilis para informar las medidas de vigilancia y control de brotes en todo el país, que pueden informar medidas de protección y recomendaciones adicionales.

“Por ahora, es muy importante que las personas conozcan los signos y síntomas de la sífilis, usen protección para la actividad sexual y se hagan pruebas de sífilis y otras ITS si están en riesgo”, dijo el Dr. Watson-Creed.

“Estar informado, tomar medidas y protegerse son los mejores pasos en este momento. Hágase la prueba si cree que está en riesgo”, agregó.<sup>3</sup>



ESTADOS UNIDOS

DAN POR FINALIZADO EL BROTE DE INFECCIONES POR  
*ESCHERICHIA COLI* VINCULADO CON LA ESCAROLA

15/01/2020

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), funcionarios de salud pública y reguladores en varios estados, y Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de Estados Unidos investigó un brote multiestatal de infecciones por *Escherichia coli* productora de toxina Shiga (STEC) O157:H7.

La secuenciación del genoma completo de las bacterias *E. coli* aisladas de personas enfermas mostró que estaban estrechamente relacionadas genéticamente. Esto significa que las personas afectadas en este brote tenían muchas probabilidades de compartir una fuente común de infección. Este análisis también mostró que este brote fue causado por la misma cepa de *E. coli* O157: H7 que causó brotes vinculados a las verduras de hoja verde en 2017 y a la escarola en 2018.

Se informó un total de 167 personas infectadas con la cepa del brote de *E. coli* O157:H7 en 27 estados: Wisconsin (35 casos), Pennsylvania (21), Illinois (15), Ohio (12), New Jersey (9), California (8), Minnesota (7), Colorado (6), Texas (6), Virginia (6), Washington (6), Maryland (5), Arizona (4), Florida (4), Idaho (4), North Carolina (3), New York (3), Michigan (2), Nebraska (2), New México (2), Delaware (1), Iowa (1), Montana (1), Oregon (1), South Carolina (1), South Dakota (1) y Tennessee (1).

La Agencia de Salud Pública de Canadá también informó varios casos que estaban estrechamente relacionados genéticamente con los casos en Estados Unidos.

Los casos presentaron síntomas entre el 20 de septiembre y el 21 de diciembre de 2019. Las personas afectadas tenían edades comprendidas entre menos de 1 año y 89 años, con una edad media de 27 años. El 64% de los casos eran mujeres. De 165 casos con información disponible, se registraron 85 hospitalizaciones (52%), incluidos 15 que desarrollaron síndrome urémico hemolítico. No se informaron muertes.

El análisis de la secuenciación del genoma completo de aislamientos bacterianos de 159 casos no detectó resistencia a antibióticos en 157 de ellos. De los dos en que se detectó resistencia,

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

uno contenía un gen de resistencia para ampicilina, y el otro genes de resistencia para ampicilina, cloranfenicol, estreptomicina, sulfisoxazol y tetraciclina. El análisis de la secuenciación del genoma completo de cinco aislados bacterianos de una muestra de escarola no detectó resistencia a los antimicrobianos. Estos hallazgos no afectan la orientación del tratamiento, ya que no se recomiendan antibióticos para pacientes con infecciones por *E. coli* O157.

La evidencia epidemiológica, de laboratorio y de rastreo indicó que la escarola de la región de cultivo del Valle de Salinas en California fue la fuente probable de este brote.

En entrevistas, las personas afectadas respondieron preguntas sobre los alimentos que consumieron y otras exposiciones en la semana antes de enfermarse. De 113 personas entrevistadas, 94 (83%) informaron haber consumido escarola. Este porcentaje fue significativamente mayor que los resultados de una encuesta a personas sanas en las que 47% informó haber consumido escarola en la semana previa a la entrevista. Las personas enfermas informaron haber consumido diferentes tipos de escarola en varios restaurantes y en sus hogares.

El Departamento de Salud de Maryland identificó la cepa del brote de *E. coli* O157:H7 en un paquete sin abrir de Ensalada César de Pollo Ready Pac Foods Bistro® recolectada de la casa de una persona enferma en Maryland. El Departamento de Salud de Wisconsin identificó la cepa del brote en una bolsa sin abrir de Fresh Express® Leafy Green Romaine recolectada de la casa de una persona enferma en Wisconsin. La región de cultivo del Valle de Salinas en California fue la principal fuente de escarola en ambos productos.

La FDA y los estados rastrearon el origen de algunas de las escarolas que consumieron las personas enfermas. La información recopilada indicó que la escarola en cuestión se cosechó de la región de cultivo del Valle de Salinas en California.

La escarola contaminada de esta región de cultivo ya no está disponible para la venta. A partir del 15 de enero de 2020, este brote parece haber terminado.

	<i>VENEZUELA</i>
	PRIMER CASO DE FIEBRE AMARILLA EN EL PAÍS EN 14 AÑOS
	<i>20/01/2020</i>

La Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA) reportó que a fines de 2019 se detectó el primer caso de fiebre amarilla en Venezuela en 14 años.

El 13 de noviembre fue notificado un caso confirmado de fiebre amarilla en un hombre de 46 años perteneciente a la etnia Pemón y residente en el municipio de Gran Sabana en el estado Bolívar.

El origen de la infección de este caso es probablemente selvático, ya que se trata de una zona donde se ha determinado que hay riesgo de transmisión de la fiebre amarilla, y se considera que existe riesgo de transmisión de esa enfermedad en Venezuela.

La OCHA indicó que a raíz de este caso se activó la primera fase del plan de respuesta en el que participaron el Ministerio de la Salud, el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), que contempló jornadas de vacunación y el refuerzo de la vigilancia epidemiológica.

### **Necesidad de ayuda humanitaria**

Según la Organización de Naciones Unidas (ONU), en Venezuela más de 7 millones de personas requieren asistencia humanitaria y el año pasado en el marco del Plan de Respuesta Humanitaria 2019 más de 1,1 millones de personas recibieron asistencia humanitaria de julio a septiembre.

La entidad advirtió que el trabajo de la oficina así como de sus aliados en Venezuela se ha visto afectado por cortes de energía, problemas de telecomunicaciones, acceso intermitente al agua, escasez de combustible y actividades de grupos irregulares, principalmente en los estados fronterizos y remotos.

De los 223 millones de dólares que se requerían para la implementación del Plan de Respuesta Humanitaria 2019 se recibieron 76,4 millones, 34 % de los fondos requeridos, de acuerdo con los datos del Financial Tracking Service (FTS); además, el año pasado se recibieron otros 107,5 millones de dólares para actividades humanitarias.

### **Disminuyen los casos de dengue y malaria**

En cuanto a enfermedades, la OCHA informó que se reportaron 461 casos sospechosos de difteria y 20 defunciones desde principios de año hasta el 30 de noviembre, por lo que las actividades de vacunación y control continúan siendo implementadas en el país.

Asimismo, fueron notificados 14.701 casos de dengue en los primeros 11 meses de 2019, lo que implicó una disminución de 16,6% con respecto al año precedente, y en el período se produjeron 22 muertes por esta enfermedad.

Se notificaron 323.392 casos y 100 defunciones de malaria desde principios del año 2019 hasta el 12 de octubre, lo que representa una disminución de 1,5% y 56% con respecto a los casos notificados de malaria (328.373) y de las defunciones (229) en el mismo periodo de 2018, respectivamente.

La ONU también alertó que el número de mujeres embarazadas con malaria aumentó 55% en todo el país y que se han notificado casos en casi todos los estados.

Mientras en los estados de fronterizos de Bolívar y Amazonas se han reducido los casos reportados de malaria, aumentó el número de enfermos en los estados orientales de Sucre, Anzoátegui, Delta Amacuro y Monagas, y en el estado andino de Mérida.

En este sentido, la OCHA recomendó fortalecer las acciones de vigilancia y control de la enfermedad, poniendo especial interés en las poblaciones más vulnerables como mujeres embarazadas y poblaciones indígenas.

El virus del Ébola mata dos veces. A aquellos a los que les atrapa y mueren, pero también a los supervivientes que tienen que retomar su vida con el estigma, la soledad y el miedo que provoca una enfermedad con muchos temores y mitos alrededor. Son los casos de Abu y Mariama en Sierra Leona, y de Happy, en República Democrática del Congo, huérfanos de la primera y la segunda ola más mortífera de la enfermedad por el virus del Ébola (EVE) que ha vivido África desde el descubrimiento del virus en 1976.



Un niño de República Democrática del Congo que perdió a su padre por el virus del Ébola.

Happy es una niña de diez años que vive con su cinco hermanos, de entre 11 y 3 años, en Beni, la región de República Democrática del Congo epicentro de la segunda epidemia de (EVE) más letal de la historia. Ha perdido a su padre a causa del virus y dice sentirse siempre triste. “Él se encargaba de todos nosotros: quien pagaba nuestras matrículas, la comida y nuestra ropa. Ahora no sabemos cómo sobrevivir”, explicó esta huérfana a World Vision, una organización que trabaja para ofrecer apoyo psicosocial, saneamiento e higiene del agua, seguridad alimentaria y asistencia a casi 700.000 personas en las comunidades afectadas por el virus.

Abu vive en Wellington (Sierra Leona) y en 2015 perdió a ocho miembros de su familia más directa: su madre, su padre, su abuela, un tío y una tía, un hermano, y por último, una prima que iba a hacerse cargo de él y su otro hermano Abdul, y que también dejó a cargo de la familia que quedaba un bebé de meses. “Encontrar los ahorros de mis padres me han recordado a ellos y me ha puesto triste”, se lamentaba Abu en la casa familiar, en una de las escenas de *Los huérfanos del Ébola*, documental de HBO (Ben Steele, 2016) que hace un recorrido por las vidas destrozadas por el primer brote y más extenso que afectó a África Occidental entre 2014 y 2016, y que dejó 11.300 muertos en Guinea, Liberia y Sierra Leona. “Los amigos del colegio no se acercan a mí. Cuando me dieron el alta y volví a casa, me arrepentía de haber sobrevivido”, cuenta en la misma película Mariama, de 15 años, nacida en Moyamba, al sur de Sierra Leona, y que creció con el estigma de que su padre, farmacéutico y líder religioso en su comunidad, fuera acusado de ser el que trajo la EVE al pueblo.

Estos tres huérfanos y supervivientes a la temida EVE tienen algo en común y son las graves secuelas mentales que la infancia sufre en un territorio asolado por el virus: el miedo al

abandono y la soledad. Como ellos, 70% de los niños que han sobrevivido a la enfermedad se sienten marginados por amigos y 33% por familiares, según el informe *Miedo y soledad*, de World Vision elaborado en República Democrática del Congo.

La segunda epidemia de EVE más letal de la historia, que se declaró el 1 de agosto de 2018, ha infectado a 3.398 personas y ha matado a 2.235, según cifras del Ministerio de Salud de la República Democrática del Congo recogidas por la Organización Mundial de Salud (OMS) hasta el 5 de enero de 2020. De las muertes que se habían contabilizado hasta el pasado noviembre, 28% eran niños, según el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

En República Democrática del Congo, más de cinco millones de niños sufren desnutrición, una situación que ha afectado especialmente a los menores de cinco años. Hay más de 2.000 huérfanos y 4.000 menores de edad separados de sus familiares durante la propagación del virus, según el mismo informe del UNICEF. “Es una situación complicada, porque el contacto directo es la forma de propagación del virus, pero a la vez, que una madre no abrace a sus hijos, supone un retroceso en los primeros días y meses de vida de un niño”, explicó Blanca Carazo sobre las consecuencias a largo plazo de la EVE. La responsable de programas del Comité Español del UNICEF aseguró que los centros especializados de la organización realizan terapias y tratamiento de apoyo psicológico con supervivientes del virus, para que los ya inmunes sean los encargados de cuidarlos y los más pequeños no sufran esa carencia afectiva.

## **Un segundo brote bajo la violencia**

A las dificultades propias de parar una epidemia de estas características se une la grave situación de violencia que vive Nord-Kivu, una población que recibe ataques constantes de grupos armados y vive una situación de inseguridad continua. “Es probable que sin paz y seguridad los brotes de EVE continúen y el objetivo de llegar a cero casos, que se creía posible para 2020, ya no podrá lograrse en los próximos meses”, aseguró Anne-Marie Connor, directora de World Vision en la República Democrática del Congo, que explica que derrotar al EVE es extremadamente difícil en una zona de guerra, donde la inseguridad, las operaciones de salud detenidas, los rumores y la abundante desinformación están a la orden del día.

“Los niños sufren una doble tragedia: el ataque de la EVE y el estigma que supone vivir este virus en soledad, sin sus familias y amigos”, explicó Phiona Koech, asesora de salud mental y apoyo psicosocial de World Vision, que ha trabajado durante meses en Beni, zona que abandonó el pasado noviembre por la falta de seguridad para el personal de las organizaciones internacionales.

Otra de las claves para la recuperación de la infancia en una situación de emergencia sanitaria como es una epidemia de EVE es el apoyo por parte de los adultos para informar sobre las maneras de prevenirla y combatirla, y luchar contra la desinformación alrededor de la enfermedad. “Los líderes religiosos y de las comunidades, además de los profesores, deben ser los que se encarguen de crear lugares seguros para los niños, porque muchas veces el desconocimiento de los padres hacen que no crean que sus hijos tienen este tipo de sentimientos de abandono y soledad”, contextualizó Koech. “Un niño que no va a la escuela es un niño con menos herramientas, con menos recursos emocionales para hacer frente a esto”, añadió Carazo. “A veces los niños no hablan pero hacen un dibujo”, sentenció la responsable del Comité Español del UNICEF sobre las distintas técnicas para dar apoyo psicológico a los niños afectados por la EVE.


Pero a pesar de la situación dramática, aún hay rasgos de esperanza. Happy espera que su madre pueda hacer frente a la situación en la que la muerte de su padre les ha dejado a ella y a sus hermanos. Mariama, la otra protagonista del documental de HBO, ha vuelto a sonreír después de que la escuela volviera a abrir tras meses cerrada y haya podido reencontrarse con sus amigos. Y las vidas de Abdul y Abu, por falta de recursos económicos, se tuvieron que separar: Abdul se marchó a una aldea cercana de Wellington y Abu se mudó a casa de su tía a la capital, Freetown. El pequeño, que va a la escuela y ayuda en el puesto de zapatos familiar, aseguraba con una sonrisa en la boca: “Ya no le tengo miedo al Ébola”.

 World Health Organization REGIONAL OFFICE FOR Africa	<i>CAMERÚN</i>
REPORTAN DOS CASOS DE VIRUELA SÍMICA	
<i>19/01/2020</i>	

El 14 de enero de 2020, el Ministerio de Salud Pública de Camerún notificó a la Organización Mundial de la Salud un brote de viruela símica después de que el laboratorio del Instituto ‘Dr. Louis Pasteur’ confirmara un caso el 8 de enero de 2020.

El caso índice es un niño de 13 meses del pueblo de Tomba I, Área Sanitaria de Ajos, Distrito Sanitario de Ajos, Región Centre, que consultó en el centro de salud ‘Arche de Noé’ el 20 de diciembre de 2019 con signos compatibles con la viruela símica.

El niño fue remitido al anexo del Hospital Regional de Ajos, luego al Hospital ‘Chantal Biya’ los días 24 y 26 de diciembre de 2019, respectivamente. El niño murió el 2 de enero de 2020. El segundo caso confirmado es la madre del niño fallecido.

 World Health Organization REGIONAL OFFICE FOR Africa	<i>CHAD</i>
SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL SARAMPIÓN	
<i>19/01/2020</i>	

El brote de sarampión en Chad ha estado en curso desde que fue notificado por primera vez por el gobierno del país en mayo de 2018. En la semana epidemiológica (SE) 1 de 2020 se informaron 123 casos sospechosos de sarampión en 22 de los 126 distritos de Chad. Durante esta semana, la mayoría de los casos (55%) se notificaron en tres distritos: Kyabe (34 casos), Bebeto (21) y Benoye (13). Hubo una muerte asociada al sarampión reportada en el distrito de Kelo, lo que indica una tasa de letalidad de 0,8% para la semana.

Desde el pico del brote en la SE 22 de 2019, cuando se notificaron 1.374 casos sospechosos, el número de casos sospechosos reportados semanalmente ha tenido una tendencia

decreciente hasta que se estabilizó en la SE 30, con un promedio de 150 casos sospechosos informados semanalmente hasta el final del año.

En 2019 se informaron 26.623 casos sospechosos de sarampión, con 259 muertes asociadas (tasa de letalidad de 1,0%). Entre estos, se recogieron 455 muestras de suero para análisis de laboratorio, 296 (65%) de las cuales fueron IgM positivas para el virus del sarampión. Durante el mismo período, siete distritos notificaron más de 1.000 casos sospechosos: Bousso (2.307 casos), East N'Djamena (1.706), Moundou (1.680), Am Timan (1.674), N'Djamena South (1.521), N'Djamena Centre (1.348 casos) y Bongor (1.345 casos). Solo estos distritos representaron 43,5% de los casos sospechosos de sarampión reportados en el país. El grupo etario más afectado fue el de los menores de 10 años, que representan 78% de la población afectada.

De los 1.895 casos investigados en 2019, 1.531 (81%) no habían sido vacunados previamente contra el sarampión. Además, según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la cobertura de la primera dosis de vacuna con componente antisarampionoso (MCV1) se ha mantenido baja en el país, con un promedio de 45% en los últimos 10 años y una cobertura anual de 37% en 2018. Estas coberturas no se acercan al objetivo del Plan de Acción Global de Vacunas 2011-2020 (GVAP) respaldado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2012, que insta a todos los países a alcanzar una cobertura nacional mayor o igual a 90% con todas las vacunas del calendario nacional de vacunación del país para 2020.

### **Acciones de salud pública**

- Entre el 12 y el 18 de diciembre de 2019, se llevó a cabo una campaña de vacunación contra el sarampión dirigida a 424.507 niños de entre 0 y 59 meses de edad en 14 distritos de salud: Moulkou, Bahai, Benoye, Moundou, Beinamar, Bebedja, Doba, Goré, Laramanaye, Donia, PontCarol, Maro, Lai y Donomanga.
- El Grupo de Trabajo Contra el Sarampión, integrado por el Ministerio de Salud, la OMS, el UNICEF y otros asociados, continúa coordinando las actividades de respuesta al brote.
- La OMS continúa brindando asistencia técnica para la producción de productos informativos, incluida la preparación y difusión de un informe de situación semanal sobre la evolución y la gestión del brote.
- Los socios de salud continúan apoyando al Ministerio de Salud con servicios de administración de casos en varios centros de salud, además de la creación de centros de aislamiento y terapia de nutrición y la donación de medicamentos y equipos médicos gratuitos.

### **Estado de situación**

El brote de sarampión en Chad ha estado en curso desde mediados de 2018. Después de varias rondas de campañas de vacunación, la incidencia de casos ha disminuido. Dado que las coberturas de vacunación en el país permanecen por debajo del nivel óptimo, el gobierno y los socios de salud deben realizar importantes inversiones para mejorar las coberturas mediante la implementación de actividades de inmunización suplementaria de alta calidad mientras se identifican y resuelven los desafíos que enfrenta la inmunización de rutina.<sup>4</sup>

---

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

Las autoridades en China trabajan contrarreloj para contener la propagación del novel coronavirus 2019 (2019-nCoV) que ha dejado al menos seis personas muertas y casi 300 enfermos, después de que se confirmara que la infección se puede propagar entre los humanos.



Wuhan, la ciudad central de China donde se detectó el virus por primera vez, anunció el 21 de enero una serie de nuevas medidas, incluida la cancelación de las próximas celebraciones del Año Nuevo Lunar, que se espera atraigan a cientos de miles de personas.

Se ha prohibido a las agencias de viajes sacar grupos de Wuhan y se aumentará la cantidad de monitores térmicos y áreas de detección en los espacios públicos. La policía de tránsito también realizará controles puntuales en vehículos privados que entran y salen de la ciudad para buscar aves de corral vivas o animales salvajes, después de que el virus se vinculó a un mercado de mariscos y animales vivos, según la Comisión Municipal de Salud de Wuhan.

Las nuevas medidas ocurren después de que el presidente de China, Xi Jinping, ordenara el 19 de enero “esfuerzos decididos para frenar la propagación” del virus.

Sin embargo, ahora existen temores de que los esfuerzos para contenerlo lleguen demasiado tarde, obstaculizados por una burocracia china de lento movimiento que no logró establecer las medidas suficientes a tiempo.

Aunque las infecciones se detectaron por primera vez en Wuhan a mediados de diciembre, las áreas de detección de temperatura infrarroja no se instalaron en los aeropuertos y estaciones de la ciudad hasta el 14 de enero.

El 21 de enero, la Comisión Nacional de Salud de China anunció que había recibido 291 casos confirmados de infección por el 2019-nCoV, con 77 nuevos casos reportados el 20 de enero.

Según la Comisión Nacional de Salud, se identificaron pacientes con el virus en la provincia de Hubei –donde se encuentra Wuhan– (270 casos); Beijing (5); provincia de Guangdong (14), y Shanghai (2). También se han reportado casos sospechosos en las provincias de Yunnan, Sichuan, Guangxi y Shandong.

La cifra de muertos se elevó a seis la noche del 21 de enero, después de que la Comisión Municipal de Salud de Wuhan confirmara que un hombre de 66 años y una mujer de 48 años fallecieron el 20 de enero.

Añadió que 60 nuevos casos fueron confirmados a última hora del 19 de enero en la ciudad de Wuhan, donde un menor de 15 años es la persona más joven que ha sido infectada.

En los próximos días, se espera que cientos de millones de chinos comiencen a viajar por todo el país y el extranjero a medida que se inicia el descanso anual del Año Nuevo Lunar, lo que aumenta la preocupación de un aumento adicional en los casos.



Más allá de China, el brote se ha extendido hasta Tailandia, Japón y Corea del Sur. La paciente en Corea del Sur dijo a las autoridades allí que había desarrollado fiebre y dolores musculares el 17 de enero y que un médico en Wuhan le recetó medicamentos para el resfrío, antes de que la enviaran a su viaje.

A pesar de los informes iniciales de que era poco probable que el virus se propagara entre los humanos, las autoridades sanitarias chinas ahora han dicho que existe “definitivamente la transmisión de persona a persona”. Se cree que un paciente ha infectado hasta 14 miembros del personal médico en un hospital, lo que sugiere que la enfermedad se puede propagar con mucha más facilidad de lo que se pensaba.

El espectro del síndrome respiratorio agudo severo (SARS), que infectó a más de 8.000 personas y mató a 774 en una pandemia que arrasó Asia en 2002 y 2003, se ha extendido por la discusión sobre el virus actual.

Durante el brote del SARS, las autoridades chinas inicialmente minimizaron los peligros y censuraron la cobertura, evitando que las personas se dieran cuenta de la gravedad del virus y se tomaran medidas a tiempo para detener su propagación.

Zhong Nanshan, un experto de la Comisión Nacional de Salud de China que investiga el 2019-nCoV, dijo el 20 de enero que, aunque no es tan grave como el SARS, el número de personas con la enfermedad estaba “aumentando” y sugirió que la “tasa de letalidad por el momento no es tan representativa”.

Un estudio realizado por investigadores en el Reino Unido estimó que el número de infecciones en Wuhan todavía se está subestimando enormemente, con un número real cercano a 1.700, basado en la propagación del virus a otras ciudades y países en un período de tiempo relativamente corto.

## **Esfuerzo mundial**

Incluso antes de que se detectaran casos en Corea del Sur, Japón y Tailandia, los esfuerzos para contener el 2019-nCoV fueron internacionales. Wuhan solo tiene conexiones con docenas de destinos en el extranjero, y Beijing y Shanghai tienen cientos más.

Los aeropuertos de Asia han intensificado el control de temperatura de los pasajeros entrantes, al igual que varios centros en Estados Unidos con conexiones a Wuhan, incluidos New York, San Francisco y Los Ángeles.

Pero con todos los indicios de que el virus tiene un tiempo de incubación relativamente largo, estos esfuerzos podrían ser insuficientes para detener su propagación.

“No se puede evitar absolutamente la entrada al país de una enfermedad como esta. El período de incubación es probablemente de una semana”, dijo el 21 de enero el jefe médico de Australia, Brendan Murphy. “Se trata de identificar a las personas con alto riesgo y asegurarse de que estas personas lo sepan y obtengan atención médica”.

Dijo que si bien no había motivos para una alarma inmediata, el número real de casos probablemente era mucho mayor que el reportado actualmente e instó a las personas a estar atentas a los posibles síntomas.

El 21 de enero, las autoridades australianas pusieron en cuarentena a un hombre en Brisbane que había regresado de Wuhan con síntomas sospechosos de infección por el 2019-nCoV. Permanecerá aislado hasta que sus síntomas se hayan resuelto, dijeron las autoridades de salud de Queensland.

En Estados Unidos, los Institutos Nacionales de Salud están trabajando en una vacuna para el 2019-nCoV, aunque pasarán al menos unos meses hasta que comience la primera fase de los ensayos clínicos y más de un año hasta que una vacuna esté disponible.

Científicos en Texas, New York y China también están trabajando en una vacuna, según Peter Hotez, científico de vacunas en el Baylor College of Medicine en Houston.

“La lección que hemos aprendido es que las infecciones por coronavirus son graves y una de las amenazas de salud más nuevas y más grandes del mundo”, dijo Hotez.

El 20 de enero, la Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció que convocaría una reunión de emergencia para el día 22 para determinar si el brote constituye una “emergencia de salud pública de interés internacional” y qué recomendaciones deberían hacerse para ayudar a controlar su propagación.



CREAN ALIANZA INTERNACIONAL CONTRA TRES ENFERMEDADES DESATENDIDAS

23/12/2019

Un consorcio internacional liderado por investigadores brasileños se ha propuesto acelerar el desarrollo de nuevos medicamentos para el tratamiento de la malaria, la leishmaniosis visceral y la enfermedad de Chagas.

Las tres forman parte de las enfermedades desatendidas, llamadas así porque reciben poca o ninguna atención de los laboratorios públicos y privados debido a que afectan sobre todo a poblaciones y países pobres.



En el consorcio participan investigadores de la Universidad de Campinas (UNICAMP) y la Universidad de São Paulo (USP) –ambas en el estado de São Paulo– y las organizaciones internacionales Medicines for Malaria Venture (MMV) y la iniciativa Medicamentos para Enfermedades Olvidadas (DNDi).

Con una inversión de aproximadamente 10,7 millones de dólares de los participantes para los próximos cinco años, los investigadores esperan producir compuestos que reúnan las características necesarias para pasar a las siguientes etapas de desarrollo y puedan convertirse en medicamentos capaces de satisfacer las necesidades de las poblaciones que padecen estas enfermedades.

“La asociación también apoyará la capacitación de nuevos especialistas en las universidades brasileñas para el tratamiento de las enfermedades desatendidas, al tiempo que brindará nuevas oportunidades de trabajo e inversiones en infraestructura para estas instituciones”, dijo Jadel Kratz, gerente de Investigación y Desarrollo de DNDi en América Latina.

La tarea de analizar y preparar un nuevo fármaco contra la malaria se dividirá entre el Laboratorio de Química Orgánica Sintética de la UNICAMP y la MMV, con sede en Suiza y enfocada en reducir la prevalencia de malaria en los países endémicos.

“Mediante el análisis de la estructura de las moléculas que forman parte de la cartera de MMV, trataremos de identificar aquellas que se puedan usar para tratar la malaria por medio de una sola dosis, evitando los casos de resistencia a los fármacos”, señaló Luiz Carlos Dias, químico del Laboratorio de Química de la UNICAMP y coordinador del consorcio.

MMV mantiene una base de datos de moléculas listas para ser estudiadas, sintetizadas y utilizadas en el desarrollo de nuevos medicamentos.

“La idea es desarrollar una píldora capaz de mantener concentraciones suficientes en el plasma sanguíneo para eliminar el parásito de la malaria en un plazo no mayor a siete días”, detalló.

Actualmente, los pacientes infectados deben tomar diariamente medicamentos contra la malaria por muchos días, como sucede con la artemisina, obtenida de la planta *Artemisia annua* y usada contra el protozoo *Plasmodium falciparum*, el parásito causante de la forma más letal de la malaria.

Sin embargo, desde inicios del milenio, la artemisina comenzó a perder parte de su potencia contra la enfermedad en países de África y del Sudeste Asiático.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2017 hubo 219 millones de casos de malaria en 87 países del mundo, de los cuales 435.000 terminaron en muerte.

Al mismo tiempo, el Laboratorio de Química de la UNICAMP trabajará en asociación con el Centro de Biotecnología Molecular Estructural de la USP y la DNDi para desarrollar nuevos fármacos contra la enfermedad de Chagas y la leishmaniosis visceral.

La DNDi es una rama de la organización humanitaria Médicos sin Fronteras y su objetivo es establecer asociaciones para investigar y hacer asequibles nuevos medicamentos para las enfermedades desatendidas.

Se estima que 8 millones de personas en el mundo están infectadas con *Trypanosoma cruzi*, responsable de la enfermedad de Chagas. En América Latina, la enfermedad sigue siendo uno de los principales problemas de salud pública, causando incapacidad en las personas afectadas y más de 10.000 muertes anuales.

Actualmente, solo hay dos medicamentos disponibles para enfrentar la enfermedad: nifurtimox y benznidazol. “Ambos fueron descubiertos hace medio siglo, requieren un tratamiento prolongado –entre 60 y 90 días– y causan efectos secundarios indeseables”, indicó Kratz.

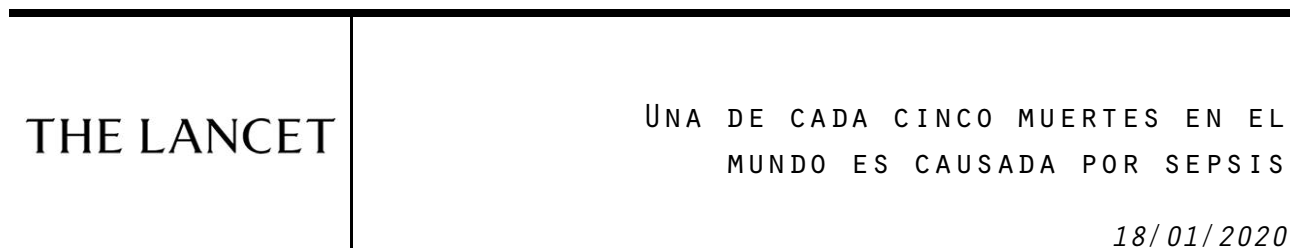
Lo mismo sucede con la leishmaniosis, cuyos fármacos tienen serios inconvenientes en términos de seguridad, resistencia, estabilidad y costos. “Tienen baja tolerancia, el tratamiento es de larga duración y son difíciles de administrar”, afirmó.

“Nuestro objetivo es ofrecer una alternativa terapéutica que brinde un poco más de calidad de vida al paciente durante el tratamiento de esas enfermedades”, añadió.

Daniel Martins-de-Souza, bioquímico de la UNICAMP, cree que la iniciativa es bastante importante para los países latinoamericanos y los países en desarrollo de otras regiones donde estas enfermedades representan un problema de salud pública.

“Parece que este problema ahora está siendo tomado en serio por los investigadores y las agencias de financiamiento”, subrayó. “Aun cuando no es fácil desarrollar nuevas medicinas, el consorcio reúne todo para tener éxito en la búsqueda de nuevos medicamentos para las enfermedades desatendidas”, agregó.

Y añadió: “No debemos aceptar la existencia de enfermedades de este tipo hoy en día”.



Las infecciones y muertes por septicemia alrededor del mundo alcanzan el doble de lo que se estimó anteriormente, según un nuevo estudio. La sepsis, además, sigue siendo la causa más común de muertes en hospitales en Estados Unidos, lo que le cuesta al país 24.000 millones de dólares al año.

La investigación encontró que la sepsis ha provocado el deceso de menos personas durante el último par de décadas, pero aún representa una de cada cinco muertes en todo el mundo.

El estudio calcula que en 2017 hubo 48,9 millones de casos de sepsis y 11 millones de muertes a nivel global. Eso significa que 19,7% de todas las muertes en el planeta estuvieron relacionadas con la sepsis. Las estimaciones globales anteriores fueron significativamente más bajas.

Cuando alguien tiene sepsis, básicamente su cuerpo reacciona exageradamente ante una infección. Estas respuestas inmunes descontroladas pueden hacer que los órganos colapsen. Las muertes por sepsis en 2017 alcanzaron su punto máximo en la primera infancia, disminuyeron en la edad adulta y aumentaron nuevamente entre los ancianos.

Se estima que en 2017 hubo 20,3 millones de casos de sepsis y 2,9 millones de muertes entre niños menores de 5 años alrededor del mundo. Muchos eran recién nacidos.

Se llegó a estas altas cifras tras analizar más de 109 millones de registros individuales de defunciones y tendencias entre 1990 y 2017. Los datos provienen de un estudio que informa sobre 282 causas principales de muerte en 196 países y territorios.<sup>5</sup>

Se utilizó tanto el historial de personas que fueron hospitalizadas con sepsis y como de aquellos que también tenían sepsis pero no fueron tratados en un hospital. Las investigaciones anteriores se centraron únicamente en los registros hospitalarios, y la mayoría no abordaron el alcance global del problema.

La reciente investigación encontró que el número de casos de sepsis disminuyó 37% y las muertes más de 52% desde 1990. Sin embargo, aún es un problema relevante en algunas partes del mundo como África Subsahariana, Asia Meridional y Oriental y Oceanía.

---

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



En los países de altos ingresos, la multimorbilidad se debe principalmente a la edad, y la proporción de la población que vive con dos o más enfermedades aumenta constantemente debido al cambio demográfico. Esta tendencia continuará.

Sin embargo, la multimorbilidad no se limita a los ciudadanos mayores. Estar menos favorecido socioeconómicamente acelera el proceso, por lo que en áreas desfavorecidas se produce multimorbilidad más temprano en la vida.

Los niños o adultos jóvenes con graves deficiencias congénitas o adquiridas a menudo tienen múltiples enfermedades físicas o mentales, y la interacción entre la salud mental y física hace que sea más difícil tratarlas.

Ciertos períodos de la vida, incluido el embarazo, aumentan la probabilidad de que se presenten múltiples afecciones simultáneamente. Aunque esta transición está ocurriendo más rápidamente en los países industrializados, ya está aumentando en los países de ingresos medios y se convertirá en un problema global.

La tendencia a la multimorbilidad presenta desafíos para toda la profesión médica, desde la práctica general y la atención comunitaria hasta los entornos hospitalarios agudos y a largo plazo.

Una mayor especialización, en particular para los médicos con base en el hospital, ha mejorado la capacidad para tratar enfermedades individuales, pero a menos que haya una reacción al aumento de la multimorbilidad, perjudicará la creciente proporción de pacientes con múltiples enfermedades aparentemente no relacionadas.

El tratamiento de cada enfermedad en un paciente como si existiera de forma aislada conducirá a resultados menos favorables y complicará y duplicará las interacciones con el sistema de salud. Sin embargo, en la capacitación de la escuela de medicina en adelante, los equipos clínicos y las pautas clínicas tienden a organizarse en función de una única enfermedad o un único órgano. Como resultado, un único paciente puede tomar múltiples medicamentos recomendados por diferentes pautas y ver a varios especialistas que tratan a los subcomponentes de su problema de salud general de forma aislada.

La ciencia médica también se basa en enfermedades únicas. Los ensayos clínicos a menudo excluyen a las personas que tienen más de una afección. Existe una buena integración vertical para una sola afección o enfermedad, pero hay poca o ninguna integración horizontal entre enfermedades que a menudo coexisten. Esto requerirá un cambio intelectual y repensar algunos elementos de la investigación, capacitación y práctica en virtualmente todas las disciplinas.

## **Medicina en clústeres**

El cambio incluye pasar de pensar en la multimorbilidad como un surtido aleatorio de afecciones individuales a reconocerla como una serie de clústeres de enfermedades en gran medida predecibles en la misma persona.

Algunos de estos clústeres ocurrirán solo por casualidad porque los individuos se ven afectados por una variedad de enfermedades comunes. Sin embargo, muchos no serán aleatorios debido a vías genéticas, conductuales o ambientales comunes hacia la enfermedad. La identificación de estos clústeres es una prioridad y ayudará a hacer más sistemático el enfoque de la multimorbilidad.

Todos los médicos conocen los clústeres de enfermedades relacionadas con el tabaquismo, la diabetes, el VIH o la obesidad. Los clústeres conocidos afectan múltiples órganos con múltiples procesos patológicos.

El clúster vinculado con la diabetes es un buen ejemplo de una enfermedad grave común que afecta el corazón, el sistema nervioso, la piel, la vascularidad periférica y los ojos. Los diabetólogos ya brindan atención para el clúster de enfermedades multiorgánicas relacionadas con la diabetes, y algunas especialidades, como la geriatría o la práctica general, tienen en cuenta la multimorbilidad en su corazón. Sin embargo, para la mayoría, la capacitación y la organización de servicios no están optimizadas para enfrentar un futuro dominado por la multimorbilidad.

Es posible reunir los indudables beneficios de la especialización con un enfoque más sistemático de las realidades de tratar con pacientes con múltiples enfermedades, pero eso no sucederá espontáneamente.

Es posible y deseable tener un conjunto de habilidades especializadas y generalistas; un especialista sin habilidades generalistas estará mal equipado para tratar con muchos de sus pacientes.

El aforismo de Osler, “*Atención más particular para el paciente individual que para las características especiales de la enfermedad*”, es cada vez más importante. Un enfoque profesional holístico es esencial. El cambio hacia el mantenimiento del generalismo en la fuerza laboral médica debería acelerarse y centrarse más en la selección, capacitación y recompensa de la futura fuerza laboral.


Los aumentos continuos en la longevidad saludable dependen de este modelo diferente. La agrupación de enfermedades, y cómo se podría abordar mejor el manejo de los problemas de salud física y mental coexistentes, debería integrarse en la capacitación médica y el desarrollo profesional continuo, incluso para especialistas.

Las escuelas de medicina, las universidades reales, los grupos de orientación, los consejos médicos y los gobiernos deben trabajar juntos con toda la profesión para abordar esto. El patrón de salud y enfermedad en la población está cambiando, y la profesión debe responder.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

## Taking Pride In Your Sexual Health!



**We recommend  
ALL sexually active  
gay / bi / bi-curious men  
get a once-a-year HIV test  
and STI\* screen.**


**Because** 20% of HIV positive guys  
(who play with guys) don't know it ...

... And up to 75% of new HIV infections come  
from playing with guys who don't know it.

**Because** having ANY STI\* greatly increases  
the risk of getting or giving HIV ...

... And because you can easily have HIV  
or an STI\* without ANY obvious symptoms.

**You Need To Know.  
Get Tested.  
Get Treated.**




**- The Gay Men's Health Project**

\*STI = Sexually Transmitted Infection. Not having any symptoms does NOT mean that you do not have HIV or another STI, or that it's not doing you harm. We recommend you get tested annually for HIV as well as Syphilis, Gonorrhea, Chlamydia, Hepatitis B and Hepatitis C.

For more info contact the Gay Men's Health project  
at [GMHC@acns.ns.ca](mailto:GMHC@acns.ns.ca), or 425-4882 ext. 222 or 1-800-566-2437 ext. 222

Design: Chris Aurohn



Nova Scotia, Canadá.

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 con-fianza 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 persona interesada en recibir el Reporte Epidemiológico de Córdoba en formato electrónico, por favor solicitarlo por correo electrónico a [reporteepidemiologicocba@gmail.com](mailto:reporteepidemiologicocba@gmail.com) aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.