



Acción Contra Las INFECCIONES

BOLETIN PARA LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y SUS ASOCIADOS

Acción contra las infecciones



Photo credit: WHO

CRISIS HUMANITARIA EN DARFUR

Reflexiones desde el terreno

Cuando el departamento de la OMS de Acción Sanitaria en las Crisis lanzó un llamamiento de ayuda en junio de 2004 a la totalidad de la organización para relucir voluntarios para trabajar en Darfur (Sudán), el Dr. Nevio Zagaria fue uno de los primeros en responder. El Dr. Zagaria, Coordinador, Control, Prevención y Erradicación de Enfermedades Transmisibles en la OMS, que cuenta con años de experiencia de trabajo en África (concretamente, en el sur del Sudán), estaba impaciente por regresar al terreno.

El Dr. Zagaria estuvo un mes en Darfur, trabajando en el equipo de la OMS de respuesta sobre el terreno. Dijo que «la situación en Darfur es, sin lugar a dudas, una de las peores catástrofes humanitarias que he visto nunca», y explicó que el desplazamiento de 1,2 millones de personas a la región de Darfur ha generado una necesidad acuciante de una respuesta de urgencia. Cuando el Dr. Zagaria llegó al campamento de Kalma, en Nyala, para evaluar la situación, comprobó que había sólo 300 letrinas para las 50 000 personas presentes, y sólo la mitad podían utilizarse. Normalmente, se considera aceptable una proporción de una letrina por cada 20 personas. Dado que la temporada de lluvias estaba próxima, el Dr. Zagaria temía la aparición inminente de una epidemia de cólera. La situación, afirmó, era «como una bomba biológica».

La única solución era organizar una campaña de vacunación masiva contra el cólera, con la mayor premura posible. Esta campaña de vacunación, planificada en muy poco tiempo en colaboración con el Ministerio de Salud, fue la primera de ese tipo realizada en una situación de urgencia. En los cuatro días anteriores al inicio de la campaña, el

Dr. Zagaria y otros expertos de la OMS mantuvieron reuniones diarias con líderes comunitarios y voluntarios de los pueblos afectados. La OMS dividió los campamentos en siete sectores, contando con la experiencia que habían adquirido los expertos locales en campañas masivas anteriores de vacunación contra el sarampión. Durante dos semanas (se realizaron dos rondas de vacunación de cinco días, con un intervalo de doce días entre una y otra), 152 voluntarios, organizados en 10 equipos independientes, lograron vacunar casi a la totalidad de la población. Según el Dr. Zagaria, «nunca antes se había realizado una campaña de vacunación contra el cólera como esta, pero era fundamental que evitáramos una gran epidemia». La compleja situación de Darfur exigía una solución innovadora, que sólo podía imaginarse una vez en el terreno. «La necesidad de responder inmediatamente a las principales metas de la comunidad fue lo que motivó toda esta campaña», explicó el Dr. Zagaria. «Para poder ayudar a los más pobres entre los pobres —tal era la situación de Darfur— era necesario poner en marcha medidas de urgencia con la mayor celeridad posible.»

En el futuro, el Dr. Zagaria quisiera ver aumentada la presencia de la OMS en el terreno. «La mejor forma de ayudar a la gente es evaluar la situación sobre el terreno», afirmó. «El acceso a una atención de salud básica es un derecho humano fundamental y debemos hacer todo lo posible por garantizar que todas las personas, con independencia de dónde estén, tengan acceso a una atención de salud adecuada.» También es fundamental la capacidad de detectar y responder rápidamente a los posibles brotes de enfermedades infecciosas.

El Dr. Zagaria cree que aún queda mucho por hacer. «Sencillamente, no existe la infraestructura necesaria», afirmó. Aunque las organizaciones internacionales hayan donado alimentos, siguen existiendo grandes obstáculos: la persistencia de los problemas de seguridad y la falta de agua limpia. «Hemos alcanzado logros significativos en Darfur, pero a la larga no es más que una gota en un océano», explicó.

El 26/12/2004, Asia Sudoriental se vio afectada por un maremoto que ocasionó una grave crisis de salud pública. Como en Darfur, la OMS respondió de inmediato con el envío de expertos médicos, así como con la movilización de 330 botiquines, con provisiones suficientes para tratar a 2 millones de personas durante tres meses. Las prioridades inmediatas de la OMS son tratar a los heridos, restaurar las instalaciones de agua limpia y saneamiento, y garantizar el suministro de medicamentos. La OMS ha enviado asimismo varios equipos para ayudar a las autoridades nacionales a fortalecer sus sistemas de vigilancia.

Mobilización social para luchar contra el virus de Ébola en Yambio, en el sur del Sudán

El control de las enfermedades transmisibles requiere, además de conocimientos médicos, educación social. Para lograr este objetivo, la OMS ha adoptado un tipo de movilización social conocido como comunicación para la transformación de los hábitos (communication for behavioural impact, COMBI) cuyo fin es modificar los hábitos, tanto individuales como de las comunidades. Esta estrategia se aplicó en Yambio, de finales de mayo a junio de 2004, durante un brote epidémico de fiebre hemorrágica de Ébola en la que se dieron 17 casos confirmados, de los que 7 fallecieron.

A finales de mayo, se incorporaron al equipo internacional, coordinado por la OMS, de respuesta al virus de Ébola expertos en movilización social de la OMS, del Centro Mediterráneo de la OMS para la Reducción de la Vulnerabilidad ubicado en la ciudad de Túnez (Túnez). Su primera tarea al llegar a Yambio fue determinar qué cambios de hábitos eran necesarios para contener el brote epidémico de fiebre hemorrágica de Ébola.

El equipo de movilización social comprobó inmediatamente la existencia de numerosas ideas falsas acerca del brote epidémico. Por ejemplo, había en Yambio muchas personas que no estaban convencidas de que realmente hubiera un brote epidémico de fiebre hemorrágica de Ébola, y otras creían que se tomaban muestras de sangre y piel de los enfermos para venderlas. Existía asimismo un temor no fundamentado a la sala de aislamiento, recelo de los equipos de vigilancia y comportamientos irracionales. Por ejemplo, algunas personas se negaban a salir de sus hogares entre las 17.00 y las 19.00 horas, ya que creían que esto reduciría el riesgo de contraer fiebre hemorrágica de Ébola.

Para hacer frente a estas ideas falsas, el equipo de movilización social, en el que había sacerdotes,

maestros y trabajadores de desarrollo de la comunidad (vestidos de uniforme para aumentar su credibilidad), habló diariamente con los vecinos de los pueblos, en sus hogares, en mercados, en restaurantes, en iglesias y en escuelas. Se hizo hincapié en medidas sencillas, como pedir a las personas enfermas que se pusieran en contacto con el equipo del virus de Ébola antes de que transcurrieran 24 horas desde la aparición de los síntomas; recomendar a la población que evitara el contacto directo con personas enfermas y sugerir que la comunidad se abstuviera de practicar costumbres tradicionales, como dormir junto a los cadáveres o tocarlos, durante el tiempo que dure el brote epidémico.

Un componente clave de la estrategia del equipo fue la distribución de folletos informativos, en los que se respondía a preguntas básicas acerca de la fiebre hemorrágica de Ébola y se disipaban rumores comunes. Reconociendo el estigma que conlleva la enfermedad, el equipo de movilización social procuró también explicar la necesidad de contar con una sala de aislamiento en el Hospital de Yambio e incluyó fotografías de la sala en el folleto, para mostrar a la población local que la valla que rodeaba la sala era suficientemente baja para que los enfermos pudieran ver a sus familiares y amigos y hablar con ellos desde una distancia prudencial.

Al situar a las comunidades en el centro del programa de movilización social, la rápida contención del brote de fiebre hemorrágica de Ébola en Yambio puede atribuirse en gran medida a los esfuerzos de los propios habitantes de la zona.

Conforme aumenta la experiencia de la OMS y sus asociados en la identificación y la respuesta a los brotes de fiebre hemorrágica de Ébola, se hace más evidente la importante función que continuará teniendo la movilización social en la contención exitosa de futuras epidemias.

Para obtener más información acerca de la estrategia de movilización social de la OMS, póngase en contacto con el Centro Mediterráneo de la OMS para la Reducción de la Vulnerabilidad en:
www.wmc.who.int, o bien envíe un mensaje a la siguiente dirección electrónica:
info@wmc.who.int, llame al teléfono:
+21671964681

Un documental de la OMS acerca de la úlcera de Buruli, La enfermedad misteriosa (The mystery disease), ha sido galardonado recientemente en la categoría de enfermedades infecciosas de la edición de 2004 de los Premios internacionales de comunicación de salud y medicina (International Health and Medical Media Awards, conocidos también como premios Freddie). La ceremonia de entrega de premios tuvo lugar el 5 de noviembre de 2004 en Nueva York (EE. UU.).

El documental ofrece una mirada audaz a la úlcera de Buruli, una enfermedad cutánea devastadora ocasionada por el patógeno *Mycobacterium ulcerans*. Al ofrecer una perspectiva personal de las difíciles situaciones de enfermos en Benin, como Charles, un niño de 14 años cuya pierna derecha fue destruida por la enfermedad, y Christine, una niña de 15 años que ha perdido toda la piel del abdomen y el pecho, el documental revela el tremendo dolor y sufrimiento que ocasiona la úlcera de Buruli.

Aunque se sabe muy poco acerca de la úlcera de Buruli, y no se conoce exactamente cuál es su modo de transmisión, se están realizando progresos poco a poco. Se ha comprobado en investigaciones realizadas recientemente en Benin y Ghana que una combinación de antibióticos, rifampicina y estreptomina, administrada durante 4 a 12 semanas puede evitar la necesidad de recurrir a la cirugía, que continúa siendo el principal tratamiento.



Egipto completa la quinta campaña de interrupción de la transmisión de la filariasis linfática

Si desea más información sobre la filariasis linfática, consulte las siguientes páginas:

www.who.int/ctd/filariasis/home/

y www.filariasis.org/index.pl



A comienzos de octubre de 2004, Egipto completó su quinta campaña nacional masiva de administración de fármacos para cortar la cadena de transmisión de la filariasis linfática, también conocida como elefantiasis. De los 83 países del mundo en los que la filariasis linfática es endémica, Egipto ha logrado ser uno de los primeros en lograr este significativo hito.

Según el Dr. Francesco Rio, del Programa Mundial de la OMS para la Eliminación de la Filariasis Linfática, en Ginebra, «se trata de un logro extraordinario, no sólo para Egipto sino también para la lucha internacional para la eliminación de la filariasis linfática». El Dr. Rio añadió: «Egipto abordó esta campaña desde el comienzo como una operación de ámbito nacional. Esperamos obtener unos resultados extraordinarios.»

El Dr. Rio afirmó asimismo que «la lucha contra la filariasis linfática es, en esencia, una lucha contra la pobreza», y que «la persistencia de esta

enfermedad, a pesar de que sabemos como enfrentarnos a ella y de que se han donado muchos de los fármacos necesarios para su prevención, demuestra que realmente se trata de una enfermedad que afecta sólo a personas sumidas en la pobreza más extrema». Hoy en día, presentan riesgo de contraer la enfermedad mil millones de personas en 83 países: una quinta parte de la población mundial.

Para interrumpir la transmisión de la filariasis linfática, deben aplicarse programas de distribución de fármacos de ámbito comunitario, con una cobertura de al menos el 65%, con objeto de tratar a toda la población de las zonas en las que la enfermedad es endémica. La combinación de fármacos impide que el parásito produzca microfilarias, y si estas larvas no circulan por el torrente circulatorio no pueden ser transmitidas por los mosquitos a otras personas. Si el tratamiento se repite durante al menos cinco años, el fármaco elimina los parásitos o bien éstos mueren de forma natural, y se evitan daños adicionales en el sistema linfático.

Durante esta campaña reciente, equipos de funcionario del Ministerio de Salud, con el apoyo de la OMS, visitaron, puerta a puerta, los pueblos de Egipto en los que la enfermedad era endémica, y distribuyeron los fármacos a unos 2,5 millones de personas durante dos semanas.

GlaxoSmithKline ha donado el albendazol, un fármaco utilizado en la lucha internacional para la eliminación de la filariasis linfática. Otro fármaco utilizado junto con el albendazol en Egipto, la dietilcarbamazina (DEC), lo ha obtenido la OMS gracias al apoyo de los donantes. Según el Dr. Rio, «el tratamiento sólo cuesta unos US\$ 0,20 por persona, que es muy poco dinero para lo que supone la eliminación de esta tremenda enfermedad».

Un documental de la OMS sobre la úlcera de Buruli recibe un premio

Investigaciones médicas adicionales en Benin demostraron que aproximadamente la mitad de los enfermos cuyas lesiones fueron tratadas con la combinación de antibióticos se curaron, evitando tanto las deformidades como la necesidad de recurrir a la cirugía. En los casos en que hubo que recurrir a la cirugía, bastó con una intervención limitada. Según el Dr. Kingsley Asiedu, Coordinador de la Iniciativa Mundial de la OMS contra la Úlcera de Buruli, «si se confirmaran estos resultados, dispondríamos por fin de un tratamiento práctico, y que transformaría por completo el control y el tratamiento de la úlcera de Buruli».

En un intento de aumentar la vigilancia y el control de la úlcera de Buruli, así como de intensificar la búsqueda de instrumentos de desarrollo para diagnosticar, tratar y prevenir la enfermedad, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución en mayo de 2004 cuyo objeto era aumentar la promoción y la investigación a nivel mundial. Según el Dr. Asiedu, «a pesar del enorme dolor y sufrimiento que ocasiona la úlcera de Buruli, aún no disponemos de instrumentos eficaces de salud pública, pero, por vez primera, quizá podamos dar ciertas esperanzas a los enfermos».

Premios internacionales de comunicación de salud y medicina (International Health and Medical Media Awards): <http://www.thefreddies.com/awards.html>

Sitio web de la OMS sobre la úlcera de Buruli: <http://www.who.int/gtb-buruli/>

La enfermedad misteriosa: http://www.who.int/gtb-buruli/publications/video_SP.htm

Nuevos informes de los programas de la OMS sobre enfermedades transmisibles

Control of communicable diseases manual, 18th edition – David L. Heymann, MD, Editor; publicado por the American Public Health Association – ISBN 0 87553 034

La prevención de la transmisión de enfermedades infecciosas nunca ha sido tan difícil como hoy, en un mundo caracterizado por una formidable mundialización, conectividad y velocidad.

Communicable disease control in emergencies. A field manual (en prensa)

ISBN 92 4 154616 6 – WHO/CDS/2004.27

Public health response to biological and chemical weapons – WHO guidance, 2nd edition – ISBN 92 4 154615 8

Nobramientos

Enfermedades transmisibles

Dr. Diego Buriot ha sido nombrado Asesor Especial del Subdirector General. Hasta su nombramiento para el puesto en Ginebra, el Dr. Buriot era Director de la Oficina de Enfermedades Transmisibles: Vigilancia y Respuesta (CSR) en Lyon, Francia.

El nuevo Director de la Oficina de CSR en Lyon es el **Dr. Stefano Lazzari**, que previamente ocupaba el cargo de Coordinador de Contención de Riesgos, Cartografía y Resistencia a los Fármacos, en Ginebra.

Dr. Michael Ryan ha sido nombrado Director del Centro de Operaciones de Alerta y Respuesta en CSR. Previamente, el Dr. Ryan ocupaba el cargo de Coordinador de la Red Mundial de la OMS de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos.

Dr. Robert Ridley ha sido nombrado Director del Programa Especial *UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR)*. Anteriormente ocupó el cargo de Director Interino del TDR, así como de Coordinador de Investigación y Desarrollo de Productos.

Revisión del Reglamento Sanitario Internacional

La primera reunión del Grupo de Trabajo Intergubernamental sobre la Revisión del Reglamento Sanitario Internacional (IGWG) se celebró del 1 al 12 de noviembre de 2004 en el Palacio de las Naciones Unidas en Ginebra. Esta reunión, abierta a todos los Estados Miembros y organizaciones de integración económica regional de la OMS, examinó un proyecto de revisión del Reglamento Sanitario Internacional para la Asamblea Mundial de la Salud que se celebrará en mayo de 2005. Los recientes brotes epidémicos de SRAS y de gripe aviar han proporcionado importantes enseñanzas a los Estados Miembros y a la OMS acerca de la mejor forma de prevenir y contener las epidemias. Se espera que el Reglamento revisado ayudará a los Estados Miembros a poner en marcha rápidamente respuestas prácticas e internacionales a las amenazas para la salud de ámbito mundial.

En los últimos meses, 12 reuniones regionales y subregionales han examinado el actual proyecto de revisión del Reglamento Sanitario Internacional. La reunión intergubernamental representó una excelente oportunidad para que los Estados Miembros intercambiaran perspectivas nacionales y regionales y avanzaran hacia un consenso acerca de las preocupaciones principales. Se plantearon cuestiones como las siguientes: el ámbito de aplicación del Reglamento, las ventajas e inconvenientes del uso de listas de enfermedades de notificación obligatoria y el equilibrio entre los derechos de las personas y de los Estados Miembros y las responsabilidades colectivas para impedir la extensión de las enfermedades, así como otros aspectos técnicos y políticos del Reglamento. Los Estados Miembros tenían gran interés en finalizar el nuevo Reglamento, que bien pudiera servir de marco para responder a la siguiente pandemia. El IGWG se reunirá de nuevo del 21 al 25 de febrero de 2005, con la esperanza de alcanzar un consenso con la antelación suficiente para el siguiente reunión de la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2005.

Si desea más información: <http://www.who.int/csr/ih/en/>

El Boletín, producido por CDS/HTM/CME, se publica en español, francés e inglés.

Si desean obtener más información o figurar en la lista de distribución de este boletín informativo, pueden dirigirse a:

CDS, Centro de Recursos de Información, Organización Mundial de la Salud
1211 Ginebra 27 (Suiza)
Fax: +(41) 22 791 4285
e-mail: [cgsdoc@who.int](mailto:cdsdoc@who.int)

El presente documento se puede reseñar, resumir, reproducir o traducir libremente, en parte o en su totalidad, pero no para la venta u otro uso relacionado con fines comerciales. Las denominaciones empleadas en Acción contra las Infecciones y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

© Organización Mundial de la Salud, 2004

Consulta de la OMS sobre la comunicación de riesgos, Singapur, 21 al 23 de septiembre de 2004

Cuando apareció el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) a comienzos de 2003, la OMS se concienció profundamente de la importancia de la eficacia en la comunicación de riesgos. Los Estados Miembros comprobaron que la comunicación con la población podría reducir el riesgo y acelerar el control del brote epidémico, o bien complicar dicho control y además agravar las pérdidas económicas y la turbulencia política.

A comienzos de este año, la OMS puso en marcha una iniciativa para mejorar su capacidad de comunicación de riesgos y proporcionar orientación a los Estados Miembros en la comunicación de riesgos. Dicha iniciativa ha dado lugar a un proceso en dos etapas del que formó parte una reunión, celebrada en septiembre en Singapur, de 85 de los expertos en comunicación de riesgos y salud pública más experimentados del mundo.

La OMS se propuso elaborar una orientación para la comunicación de riesgos con una base científica firme y de eficacia comprobada en situaciones reales de brotes epidémicos. Inicialmente, la OMS centró la atención del amplio campo de la comunicación de riesgos, en un único tipo de suceso: un brote epidémico de una enfermedad. Creo así una nueva subespecialidad: la comunicación de información sobre brotes epidémicos.

El proceso de desarrollo de una orientación correcta comenzó con un examen de las publicaciones acerca de la comunicación de riesgos. Se habían publicado más de 8000 artículos sobre dicha cuestión, de los que pudo obtenerse una considerable cantidad de información que permitió determinar cinco características comunes de la comunicación eficaz durante brotes epidémicos: confianza, anuncio temprano, transparencia, diálogo con la población y planificación.

Estos cinco factores determinantes de la comunicación eficaz sobre brotes epidémicos se convirtieron en el núcleo de la consulta internacional de expertos de Singapur. Muchos participantes eran altos funcionarios gubernamentales; otros eran expertos destacados en comunicación de riesgos y también participaron expertos técnicos de la propia OMS en el control de brotes epidémicos. Los participantes en la reunión compararon la información relativa a los cinco componentes con sus propias experiencias en la gestión de brotes de enfermedades, desde la fiebre hemorrágica de Ébola al dengue, pasando por el virus de Nipah.

Como dijo el Director General de la OMS, «la comunicación correcta, incluso excelente, acerca de un brote epidémico no corregirá las consecuencias de decisiones equivocadas en el control del brote, pero una comunicación deficiente acerca del brote puede desbaratar decisiones correctas». La OMS trabaja ahora en el fortalecimiento de su propia capacidad y en la provisión de asistencia técnica a los Estados Miembros.

Las directrices elaboradas en la reunión de Singapur pueden consultarse, en inglés y francés, en la dirección siguiente: [who.int/csr/en/](http://www.who.int/csr/en/)