



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina



Número 1.032

28 de noviembre de 2012

Publicación de:

Servicio de Infectología
Hospital Nuestra Señora
de la Misericordia
Ciudad de Córdoba
República Argentina

Comité Editorial

Editor Jefe

Ángel Mínguez

Editores Adjuntos

Ílida Selene De Lisa
Enrique Fariás

Editores Asociados

Jorge Benetucci (Arg.)
Pablo Bonvehí (Arg.)
Marina Bottiglieri (Arg.)
María Belén Bouzas (Arg.)
Lydia Carvajal (Arg.)
Arnaldo Casiró (Arg.)
Ana Ceballos (Arg.)
Sergio Cimerman (Bra.)
Ángela Gentile (Arg.)
Ezequiel Klimovsky (Arg.)
Gabriel Levy Hara (Arg.)
Susana Lloveras (Arg.)
Eduardo López (Arg.)
Tomás Orduna (Arg.)
Dominique Peyramond (Fra.)
Daniel Pryluka (Arg.)
Charlotte Russ (Arg.)
Eduardo Savio (Uru.)
Daniel Stecher (Arg.)

Colaboradores

Germán Bernardi (Arg.)
Guillermo Cuervo (Esp.)
Milagros Ferreyra (Fra.)
Leonardo Marianelli (Arg.)
Lorena Ravera (Arg.)
Gisela Sejenovich (Arg.)
Natalia Spitale (Arg.)
María Lola Voza (Arg.)

Noticias

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

Argentina

- Situación epidemiológica del botulismo alimentario (1ª parte)
- Sancionan una ley que incorpora la vacuna BCG al Plan Médico Obligatorio
- Salta: Hay alerta sanitaria por brotes de gripe A y B en el norte de la provincia

América

- Bolivia: Según las autoridades, el dengue está bajo control
- Perú: El dengue se extiende a 17 regiones del país
- Perú, Oxapampa: Registran 300 casos de malaria en dos distritos de la provincia
- República Dominicana: Las personas con VIH/sida tendrán medicamentos hasta mayo próximo

El mundo

- Australia: Estudian si la epidemia de linfoma folicular es causada por pesticidas y solventes

- España, Euskadi: Introducen en el calendario la vacuna contra el neumococo, y eliminan la BCG en recién nacidos y la de la hepatitis B a los 13 años

- España: Malestar por los recortes en la lucha contra el VIH/sida

- Gran Bretaña: La mitad de los hombres gays con VIH no creen que el tratamiento antirretroviral reduzca el riesgo de transmitir el virus

- Grecia: La malaria vuelve a un país en crisis 40 años después de erradicada

- Pakistán, Lahore: Diecisiete muertos por beber jarabe adulterado

- Uganda: Suman 20 los casos de fiebre hemorrágica de Marburg

- Un cóctel de bacterias para eliminar las infecciones por *Clostridium difficile*

Adhieren:



www.apinfectologia.org/



www.sadi.org.ar/

SLAMVI
Sociedad Latinoamericana
de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/



www.sadip.net/

Comité Nacional de
Infectología

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

Situación epidemiológica del botulismo alimentario (1ª parte)

23 de noviembre de 2012 – Fuente: Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

Introducción

El botulismo es una enfermedad neurotóxica grave producida por las toxinas de distintas especies del género *Clostridium*, anaerobios obligados y formadores de endosporas. El botulismo fue reconocido como entidad clínica en 1793 en Alemania y recibió su nombre a partir del término latín “botulus”, que significa “embutido” pues era más frecuente entre quienes habían ingerido este tipo de alimentos elaborados y conservados en forma deficiente.

Clostridium botulinum y otras especies, producen distintos serotipos de toxina botulínica, poderosa neurotoxina causante de esta enfermedad que afecta al hombre y diversas especies animales.

Se reconocen siete tipos de neurotoxinas según su especificidad antigénica: A, B, C1, D, E, F y G. Los tipos A, B y E y eventualmente el F se relacionan con la mayor parte de los casos ocurridos en humanos. En animales la mayoría de los casos descritos fueron causados por los tipos C y D. El tipo G ha sido aislado de suelos sin un evidente rol patógeno, aunque Sonnabend O & Sonnabend W (1981) en un estudio microbiológico de autopsias de 882 cadáveres de un total de 6.905, entre enero de 1975 y diciembre de 1980, encontraron *C. botulinum* o su toxina en 12 pacientes que murieron inesperadamente, en 5 de los cuales aislaron *C. botulinum* tipo G, mientras que en 4 casos se involucró toxina botulínica tipo A y en 3 *C. botulinum* tipo D.

Se conocen dos formas fisiopatogénicas que dan lugar a diferentes formas clínico-epidemiológicas de esta patología, la intoxicación, más frecuentemente por alimentos, y la toxiinfección por herida y del lactante.

- El botulismo alimentario: es una intoxicación grave que se produce después de ingerir la toxina preformada presente en alimentos contaminados. El cuadro se caracteriza por afección aguda y bilateral de los pares craneales y parálisis simétrica descendente. Es una enfermedad neuroparalítica potencialmente letal, sin embargo, tratable a partir de un diagnóstico certero y precoz, y prevenible. El diagnóstico precoz permitirá la instauración oportuna del tratamiento específico con la antitoxina botulínica.
- El botulismo por heridas: se observa el mismo cuadro clínico luego de la contaminación con el microorganismo de una herida en la que predomina un medio anaerobio. Es poco frecuente en nuestro país, o bien son escasos los reportes. En Estados Unidos esta forma clínica supera el número de casos alimentarios.
- El botulismo del lactante: es el resultado de la ingestión de esporas principalmente por deglución de polvo ambiental contaminado, y en algunos casos de miel o hierbas medicinales contaminadas, y su desarrollo en el intestino a la forma vegetativa, con la consiguiente producción de toxina. Lo sufren niños menores de un año.

La vigilancia del botulismo alimentario resulta imprescindible para el tratamiento temprano de los casos y su prevención y la planificación de las intervenciones.

El botulismo alimentario es la única forma de botulismo que puede aparecer en forma de brotes, por lo que es fundamental la identificación de la fuente para su control, la detección de casos secundarios a fin de minimizar la duración del cuadro, la gravedad y la mortalidad.

A los fines de la vigilancia epidemiológica, un solo caso de botulismo se considera un brote.

El botulismo alimentario se adquiere por la ingestión de alimentos en los que se ha formado la toxina. El alimento se contamina con *C. botulinum* generalmente por falta de higiene en la elaboración (el principal reservorio de las esporas es el suelo), a lo que puede sumarse que las temperaturas de esterilización no son suficientes para destruir las esporas y la temperatura de conservación y el medio resultan favorables para la producción de la toxina (inadecuada actividad del agua –Aw–, pH, concentración de sal, etc.). Otra condición para la contaminación es la cocción inadecuada previa o posterior al envasado, aunque puede tratarse de alimentos no envasados.

No hay transmisión de persona a persona y su período de incubación va generalmente de las 12 a las 36 horas de consumido el alimento contaminado aunque, ocasionalmente, los síntomas pueden producirse en menos de 12 horas o varios días después de la ingesta. La gravedad del cuadro será proporcional a la cantidad de neurotoxina ingerida.

Los signos y síntomas iniciales pueden ser gastrointestinales, tales como náuseas, vómitos, dolores abdominales; y/o neurológicos, siendo los síntomas más frecuentemente presentados: visión borrosa, diplopía, ptosis palpebral, disartria, sequedad de boca, disfagia y debilidad generalizada. También puede observarse trastornos respiratorios (disnea) y eventual paro respiratorio. Otros síntomas que se han asociado al botulismo incluyen nistagmus, ataxia, parestesias, ileo paralítico, estreñimiento severo, retención urinaria e hipotensión ortostática. Las pupilas están dilatadas (midriasis) o no reactivas (oftalmoplejía) en el 50% de casos, o el reflejo fotomotor lento o ausente. A menos que se produzcan complicaciones secundarias como falla respiratoria, los pacientes están alertas y tienen sus funciones mentales intactas. La enfermedad es afebril.

Situación internacional

Las esporas de *Clostridium* resisten la desecación y el calor por lo que pueden encontrarse en suelo, polvo, barro, sedimentos de lagunas y océanos, superficie de vegetales y el tubo digestivo de distintos animales. En consonancia con esto, esta patología está distribuida en todo el planeta. Los países que registran el mayor número de casos están localizados al norte del Trópico de Cáncer, siendo Argentina la única excepción.

Entre los años 1951 y 1996 se registraron más de 12.000 casos de botulismo por alimentos en todo el mundo y están asociados con tres serotipos principalmente: B (52%), A (34%), E (12%), y sólo dos casos estuvieron asociados al tipo F.

La neurotoxina de tipo A es la más comúnmente implicada en brotes en Argentina, China y Estados Unidos y está asociada al consumo de conserva de vegetales. En Europa, la neurotoxina de tipo B es la más común y suele aparecer vinculada a productos cárneos. El tipo E predomina en regiones frías del Hemisferio Norte, Japón, Alaska, Canadá y Rusia, hallándose en sedimentos lacustres y costas marinas y la intoxicación se relaciona con el consumo de pescado y derivados, ahumados y conservas. En cuanto a su distribución al interior de los diferentes países, los casos de botulismo alimentario tienden a concentrarse en zonas donde se preparan productos alimenticios de forma tradicional sin emplearse métodos que destruyan las esporas e impidan la formación de la toxina.

La letalidad del botulismo varía en las distintas zonas geográficas debido, entre otros factores, a la letalidad diferencial de los distintos serotipos de toxina botulínica. En cuanto a la frecuencia de casos entre las distintas formas de la enfermedad, ésta varía según los distintos países. Esto último se ha atribuido, en parte, al uso de distintos conservantes entre los diversos países y a los distintos hábitos alimentarios.

Así, mientras en Brasil 94% (N=39) de los casos confirmados de botulismo para el período 1999-2008 eran casos de botulismo alimentario, en Estados Unidos este tipo de presentación de la enfermedad, representa solo 12,6% (N=1.408) de los casos confirmados.

Vigilancia epidemiológica en Argentina

En Argentina, la vigilancia epidemiológica de botulismo comenzó a partir de la ley 15.465 del año 1960. Actualmente, el Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Enfermedades de Notificación Obligatoria establece cuatro ejes que seguirá la vigilancia del botulismo:

- a) Tipo de Estrategia: Vigilancia Clínica y de Laboratorio
- b) Modalidad de notificación: Individual
- c) Periodicidad de la notificación: Inmediata
- d) Instrumento de recolección: Individual en ficha específica

Definiciones de caso

Caso sospechoso: Toda persona que presente visión borrosa, seguida de diplopía, disfagia y sequedad de mucosas a las que se les agrega ptosis palpebral, siempre de presentación bilateral y descendente, con conservación de la conciencia. En 50% de los casos se presenta midriasis parálitica ligada generalmente a toxina A. Continúa a esto la parálisis simétrica y descendente y el paro respiratorio hasta llegar a la cuadriplejía. El síndrome digestivo (náuseas y vómitos) puede preceder al neurológico, también en un 50%.

Caso confirmado: Caso sospechoso con identificación de la toxina botulínica específica en el suero, las heces, el aspirado gástrico, o en el alimento sospechoso.

Desde el año 2005, la notificación se realiza a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). Entre 2005 y 2007, los casos se registraron exclusivamente en el Módulo C2 del SNVS; a partir de 2008, con el fortalecimiento de la Vigilancia Laboratorial a través del Módulo SIVILA, se incrementó la notificación y se pudo, además, especificar si el caso fue sospechoso, confirmado o descartado.

parlamentario Sancionan una ley que incorpora la vacuna BCG al Plan Médico Obligatorio

21 de noviembre de 2012 – Fuente: Parlamentario (Argentina)

La Cámara de Diputados sancionó durante la sesión del 21 de noviembre de 2012 un proyecto venido del Senado que incorpora la vacuna Bacilo de Calmette y Guerín (BCG) contra la tuberculosis al Plan Médico Obligatorio (PMO).

Según la Organización Mundial de la Salud, la aplicación de la vacuna reduce la posibilidad del foco primario de infección entre el nacimiento y los cinco años de vida, período en que esa afección puede derivar en casos fatales.

De acuerdo con cifras del Ministerio de Salud, 16% de los niños recién nacidos no recibe la vacuna en el momento de nacer, lo que implica que alrededor de 100.000 niños por año carecen de esta protección.

Al incorporar la vacuna al PMO se obliga a vacunar a todos los recién nacidos.

El Tribuno Salta: Hay alerta sanitaria por brotes de gripe A y B en el norte de la provincia

27 de noviembre de 2012 – Fuente: El Tribuno (Argentina)

El norte de la Provincia de Salta se encuentra en estado de alerta ante los brotes de influenza B y A(H3N2) registrados en Colonia Santa Rosa e Hipólito Yrigoyen, informó Enrique Medina, gerente del Hospital 'Eva Perón', de la segunda localidad.

"El alerta fue emitido por el Ministerio de Salud de la Provincia y rige para todas las localidades del norte", señaló Medina.

El profesional aclaró que si bien no se trata de la influenza A(H1N1), igualmente es necesario tomar todos los recaudos, especialmente aquellos que pertenecen a los grupos de riesgo: embarazadas, ancianos, menores de dos años y aquellos con enfermedades respiratorias crónicas.

“Los grupos de riesgo son los más expuestos. Atendimos varios casos con síndrome febril. Llama la atención que una gripe común que suele aparecer en otoño o invierno circule en esta época”, destacó Medina.

En Colonia Santa Rosa, el personal del Hospital ‘Dr. Elías Anna’ está utilizando barbijos como medida de prevención. Por su parte, desde el Ministerio de Salud de la Provincia se dispuso el envío de más personal para reforzar las guardias. También se enviaron circulares a todas las instituciones educativas para que se extremen las medidas de higiene y eviten las aglomeraciones.

“Hay un brote de influenza B y no se descarta la del tipo A, por lo cual se les administra a los pacientes y a sus familiares un fármaco antiviral selectivo contra el virus de la gripe A y B”, explicó el Dr. Marcelo Quipildor, infectólogo del departamento de Orán.

Los profesionales recomendaron a la población evitar los lugares concurridos y asistir al médico ante síntomas como dolores corporales, malestares gastrointestinales y fiebre.



Situación crítica

Por su parte, la situación ambiental y sanitaria de Colonia Santa Rosa es alarmante debido a la falta de agua potable que desde hace dos meses padecen los vecinos de la zona.

“Ello complica cualquier patología, ya que el principal requisito para evitar contagios es la higiene. Utilizan el viejo pozo cuyo líquido no es apropiado para el consumo humano”, aseguró.

La planta potabilizadora dejó de funcionar 24 horas después de haber sido inaugurada por la presidenta Cristina Elisabet Fernández Wilhelm por teleconferencia y por el gobernador Juan Manuel Urtubey el 28 de agosto pasado. Desde ese entonces los vecinos no cuentan con el servicio de agua, ya que los cortes son permanentes.

Otro problema grave es que no se cumplen las condiciones de salubridad, ya que el agua es trasladada desde el acueducto del consorcio Río Colorado hasta un viejo canal y desde allí a la antigua planta potabilizadora. “El canal es a cielo abierto y atraviesa fincas donde se lavan las mochilas con agroquímicos, hay letrinas, sobrevuelan los aviones fumigadores y hasta toman agua los animales”, sentenció el diputado Marcelo Bernard.

América



Bolivia: Según las autoridades, el dengue está bajo control

24 de noviembre de 2012 – Fuente: Prensa Latina

“El dengue está bajo control en Bolivia por la labor preventiva establecida en varias regiones del país”, adelantó el viceministro de Salud Pública, Martín Maturano.

Según Maturano, en todo el país existen solo 55 casos confirmados, de 365 sospechosos, de los cuales 21 corresponden al oriental departamento de Santa Cruz, y otros 15 a La Paz.

Otros departamentos con casos confirmados son Pando (12), Beni (6) y Chuquisaca (1), adelantó Maturano, quien explicó que el Ministerio de Salud estableció con anticipación un plan integral de prevención contra el dengue, con el lema de “Prevenir el dengue es tarea de todos”.

Al mismo tiempo, puntualizó que en relación con igual período del año anterior, los casos confirmados son menos y mucho más con relación a 2009.

El viceministro aseguró que en los departamentos, las regiones y los municipios se están cumpliendo campañas de prevención y advirtió que la tarea contra el dengue “es de todos los días, por eso hay un permanente levantamiento y vigilancia entomológica”.

Según Maturano, “se están dotando los recursos económicos necesarios para que las gobernaciones y los municipios encaren un trabajo de prevención efectivo”.

Por último, reiteró que, en el caso del dengue, la vigilancia epidémica es periódica y no anual, y recordó que el período de contagio de esa enfermedad se inicia en julio de un año y se extiende hasta abril o mayo del siguiente.

La Republica Perú: El dengue se extiende a 17 regiones del país

27 de noviembre de 2012 – Fuente: La República (Perú)

El dengue ha puesto en alerta a 17 regiones de Perú. El mosquito que transmite la enfermedad ha viajado desde la selva central hacia diversas provincias del país, dejando a su paso un saldo de 22.000 personas infectadas y 38 fallecidos, hasta el momento, según el Ministerio de Salud (MINSA).

La temporada más peligrosa del dengue recién empieza. La región más afectada es Ucayali, que tiene el mayor número de víctimas desde que brotó la epidemia a mediados de octubre: 11 muertos y 3.538 infectados.

También se han presentado casos en Loreto, Cajamarca (principalmente Jaén), Piura (en Máncora ya hay 20 infectados), La Libertad y San Martín.

Mención aparte merece la zona de Madre de Dios, donde el director regional de Salud, Salvador Quispe, señala que se han registrado 1.400 casos en lo que va de este año, pero sin fallecimientos. Más de 70% de los afectados procede de Puerto Maldonado, capital de la región.

Ante posibles casos de expansión del dengue, se ha declarado alerta epidemiológica en las zonas del Valle de los Ríos Apurímac, Ene y Mantaro (VRAEM).

Esta enfermedad ha puesto en jaque a las autoridades. Ayer, el presidente del Consejo de Ministros, Juan Jiménez, junto a las ministras de Salud y de la Mujer, Midori de Habich y Ana Jara, respectivamente, se reunieron con autoridades de Pucallpa (región Ucayali) para dar solución a esta epidemia. Llevaron 17 toneladas de medicamentos. El premier asegura que la burocracia no entorpecerá la lucha contra el dengue, tras informar que Ucayali cuenta con 7,33 millones de dólares para hacer frente a este mal.

Sin embargo, la epidemia ya rebasó la capacidad médica. "El hospital de Pucallpa se ha tenido que reestructurar para habilitar más pabellones y atender a los enfermos", refiere el coordinador de la Dirección de Atención Integral de Salud del MINSA, Martín Clendemes.

El jefe de Epidemiología de la Dirección Regional de Salud, Cayo Leveau, reconoce que la situación que enfrentan no se había dado nunca en la historia de Ucayali. "El virus del dengue es más agresivo y complica rápidamente a los pacientes". A pesar de ello, Martín Clendemes señala que el número de hospitalizaciones ha descendido. Hoy la región registra un promedio diario de 125 casos de dengue. Hace unos días la cifra era de 225 por día.

Prevención en Lima

Ayer se inició la campaña en los terminales terrestres de Lima para prevenir la expansión del dengue en la capital. Pasajeros, choferes y terramozas de buses interprovinciales –que van y vienen de ciudades de la Amazonía– recibieron información sobre cómo prevenir esta peligrosa enfermedad.

La capital no está libre de una epidemia. En un reciente rebrote de dengue, entre febrero y marzo de este año, en Lima se registraron 350 casos a causa de este mal. Los distritos de Puente Piedra y San Juan de Lurigancho fueron los más afectados. "Mientras exista el vector, el peligro está latente en cualquier lugar", advirtió el coordinador del MINSA. Sin embargo, aún falta mucho más por hacer.



Correo Perú, Oxapampa: Registran 300 casos de malaria en dos distritos de la provincia

22 de noviembre de 2012 – Fuente: Correo (Perú)

Más de 300 casos de malaria se han registrado en diversas comunidades de los distritos de Puerto Bermúdez y Constitución de la provincia de Oxapampa.

Con el fin de atender este problema de salud, el Consejo Regional instó al Ejecutivo a destinar un presupuesto de 232.000 dólares para trabajos de prevención y promoción de la salud, como la compra de mosquiteros, sensibilización, y otros.

El consejero regional, Daniel Paucar Espinoza, informó que junto a los representantes del sector salud, realizaron una inspección *in situ*, y constataron el avance de la enfermedad, pues se han reportado muchos casos, lo cual preocupa a las autoridades.

Señaló que tratan de controlar este problema con un barrido en diversos sectores, para evitar que se expanda, para cuyo efecto es necesario disponer de recursos.



Prensa Latina Agencia Informativa Latinoamericana

República Dominicana: Las personas con VIH/sida tendrán medicamentos hasta mayo próximo

24 de noviembre de 2012 – Fuente: Prensa Latina

República Dominicana tiene registradas hasta hoy 33.695 personas con VIH/sida, las cuales tendrán garantizados sus medicamentos antirretrovirales hasta mayo de 2013, afirmaron fuentes oficiales.

"Con el propósito de reforzar la respuesta a esa enfermedad, el Consejo Nacional para el VIH/sida destinó unos 2,7 millones de dólares", precisó su director ejecutivo, Víctor Terrero.

"La estrategia de trabajo –comentó– incluye labores de prevención, movilización social, monitoreo y atención integral a los afectados".

Según Terrero, los recursos monetarios, que se distribuirán a varias instituciones públicas y privadas, proceden del Acuerdo de Donación con el Fondo Mundial de la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

Varias estadísticas apuntan que existen más de 60.000 dominicanos con VIH/sida.



Australia: Estudian si la epidemia de linfoma folicular es causada por pesticidas y solventes

22 de noviembre de 2012 – Fuente: La Gran Época (China)

En Australia, científicos de la Universidad de New South Wales se preguntan qué está causando una nueva epidemia de linfomas no-Hodgkin, por lo que planean estudiar en particular una de sus variedades, el linfoma folicular, que registró un mayor aumento.

Ayer la Universidad anunció que los investigadores se están reuniendo para realizar el primer estudio mundial para identificar las causas, y una de las que se analizan como más probables son los pesticidas y solventes, que no fueron estudiados en manera particular en el pasado.

“En los últimos 25 años observamos un aumento de 40% de la incidencia del linfoma no-Hodgkin tanto en hombres como en mujeres, con las alzas más dramáticas en 1980 y a inicios de 1990, dijo la profesora Claire Vajdic, de la Escuela Clínica de dicho establecimiento.

El linfoma folicular, una de las 40 variedades de los tumores no-Hodgkin, está aumentando en Australia, a diferencia del resto del mundo, señala el informe, sin embargo otras variedades de tumores no-Hodgkin, registran tasas estables.

“¿Por qué sucede esto?, no lo sabemos”, señala Vajdic, agregando que sin saber qué está causando hoy el linfoma folicular, “no podemos actuar con programas de prevención”.

Hasta ahora los investigadores creen que se debe a factores ambientales y comportamentales. Vajdic señala que anteriormente se estudiaron los tumores no-Hodgkin y los tumores de Hodgkin juntos, y no se identificaron las regiones en que sucede cada uno de ellos, por lo que ahora se está aislando solo un tipo, para determinar si se debe a componentes químicos.

“La prueba más fuerte y coherente es la exposición a nivel profesional y laboral con pesticidas y solventes, que no fue particularmente estudiada en el pasado”, señala la especialista.

“Por esta razón no estamos concentrados sólo en el linfoma folicular, preguntamos sobre la exposición profesional de las personas a los pesticidas y solventes, y registramos los niveles químicos en sangre”, agregó la doctora.

El estudio, en que participan epidemiólogos, médicos genetistas y patólogos, pretende analizar los factores ambientales, riesgo genético y sobrevivencia después del diagnóstico de unos 2.400 australianos con linfoma folicular. En los análisis estudiarán tanto al paciente como un miembro de su familia.

El equipo de investigación invitó a contactarse a la población de 20 a 74 años con diagnóstico de linfoma folicular desde enero de 2011.



EL PAÍS España, Euskadi: Introducen en el calendario la vacuna contra el neumococo, y eliminan la BCG en recién nacidos y la de la hepatitis B a los 13 años

23 de noviembre de 2012 – Fuente: El País (España)

El Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno vasco decidió introducir en el calendario vacunal infantil de 2013 la vacuna gratuita contra el neumococo, responsable de enfermedades como la neumonía, la meningitis o la otitis. Asimismo, eliminará la vacuna contra la tuberculosis en recién nacidos y la dosis contra la hepatitis B que se daba al cumplir los 13 años.

Estas novedades del calendario vacunal infantil vasco fueron presentadas por el viceconsejero de Sanidad, Jesús María Fernández Díaz, la directora de Salud Pública, Mercedes Estébanez, y el pediatra y miembro asesor del Comité de Vacunaciones del País Vasco Javier de Arístegui.

Fernández Díaz señaló que la introducción en el calendario de la vacuna frente el neumococo para los bebés nacidos a partir del 1 de enero de 2013 se debe, principalmente, a tres motivos. Por un lado, destacó la “efectividad clínica” de la vacuna, que está “perfectamente contrastada”. En este sentido, explicó que cubre 65% de los casos de neumococo presentes en Euskadi y que tiene una “altísima eficacia”, también entre los no vacunados.

Esto se debe al efecto conocido como “inmunidad de rebaño”, el cual refleja que, cuando un alto porcentaje de la población se vacuna, se reduce el riesgo de contraer la enfermedad entre los que no lo hacen por la menor presencia del virus.

La segunda razón es la mejora, de manera “muy significativa”, de la equidad en el acceso a esta vacuna. Según apuntó el viceconsejero, los pediatras la recomiendan aun sin estar dentro del calendario vacunal, lo que conlleva que las familias vascas que deseen comprarla en las farmacias tengan que hacerlo a un coste de 403 dólares por niño. Actualmente, la cobertura de esta vacuna está entre 60 y 65% de la población.

Este acceso a la vacuna previo pago tiene, a su vez, tres consecuencias. Para empezar, no se alcanza la cobertura ideal, fijada en torno a 90%. Además, provoca que sean las familias más desfavorecidas las que no vacunen a sus

hijos. Por último, debido a la situación de crisis económica, la previsión era que esa cobertura se viera reducida, como afirmó Fernández Díaz.

El tercero de los motivos expuestos por el viceconsejero, la sostenibilidad del sistema sanitario, puesto que el costo que tendrá la vacuna para la administración será “mucho menor” que para las familias, ya que el Gobierno vasco abonará 168 dólares por cada niño vacunado. Asimismo, al reducir el riesgo de contagio, descenderán los ingresos hospitalarios y las bajas laborales.

Por su parte, Estébanez explicó que la vacuna contra el neumococo se pondrá en tres dosis, a los dos, cuatro y doce meses de vida. Asimismo, la directora de Salud Pública se mostró preocupada por el hecho de que “se está creando una bolsa de desigualdad entre la población infantil”, puesto que “la mayoría de ese 35% de familias que no vacuna a sus hijos lo hace porque no puede sufragar el gasto”.

En cuanto a la eliminación del calendario infantil de la vacuna BCG contra la tuberculosis, se debe, sobre todo, al descenso de la tasa, que en los últimos 20 años ha pasado de 43,7 casos cada 100.000 habitantes a solo 18,2. Euskadi es la única comunidad autónoma que mantenía esta vacuna en su calendario.

No obstante, la vacunación contra esta enfermedad se mantendrá para los “grupos de riesgo”, los cuales tendrán que ser definidos por el Comité de Vacunaciones. Además, el Plan contra la Tuberculosis para el País Vasco, aprobado recientemente, contempla la dispensación gratuita en los hospitales para las personas con dificultades socioeconómicas.

Los niños que el año que viene cumplan 13 años ya habrán sido vacunados cuando eran bebés, por lo que no es necesario mantener esta pauta. A aquellos que no pudieran ser vacunados en su momento, se les ofrecerá la vacuna a través de los centros escolares o en los centros de salud.



España: Malestar por los recortes a la lucha contra el VIH/sida

26 de noviembre de 2012 – Fuente: El Mundo (España)

La Coordinadora Estatal de VIH/Sida (CESIDA) mostró su “disconformidad y malestar” con la propuesta de resolución de subvenciones del Plan Nacional Sobre el Sida, publicada el pasado 20 de noviembre, y advirtió que implicará la desatención y desprotección de un número muy importante de personas vulnerables a esta enfermedad.

Asimismo, desde CESIDA advirtieron que este Plan supondrá el cierre de entidades que daban respuesta a diario a las necesidades de los usuarios. Y es que, el presupuesto destinado a entidades que trabajan en el ámbito del VIH para este ejercicio 2012 se ha reducido en 66% con respecto al ejercicio pasado, por lo que, a su juicio, esta reducción merma seriamente la capacidad de las entidades para dar respuesta a una realidad a la que la Administración “no da respuesta”.

“El aumento de las nuevas infecciones, anunciado por las principales sociedades científicas, el aumento de las situaciones de exclusión social en este colectivo y la precaria situación de las entidades que trabajan en este ámbito, no pueden ser obviados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad”, argumentaron desde CESIDA.

En este sentido, el presidente de la asociación, Carlos Varela, lamentó que las decisiones políticas hayan pesado más que las técnicas a la hora de valorar los proyectos presentados por las entidades ya que, aseguró, de otra manera no se entendería la decisión de desestimar proyectos de continuidad altamente valorados por profesionales y usuarios.

“Caben destacar especialmente los proyectos desestimados presentados por entidades catalanas, ya que estos proyectos y las entidades que los gestionan son referentes, tanto en el estado, como en el ámbito internacional”, recalcó el presidente de CESIDA, para insistir en que si a los recortes a los presupuestos de estas asociaciones se les suman “la eliminación de las partidas finalistas que eran destinadas a las comunidades autónomas para dar respuestas locales a la infección por VIH y al sida, nos enfrentamos a un escenario preocupante que se puede traducir en el aumento de nuevas infecciones por VIH y en la desprotección de las personas más vulnerables”.

Aumentar los diagnósticos

La colaboración de las ONG especializadas en la prevención y tratamiento del VIH/sida es fundamental. Así lo constata un estudio, realizado en Madrid, que será presentado en Toledo en el IV Congreso Nacional del Grupo de Estudio de Sida (GESIDA) que se celebra desde este martes y hasta el viernes, y que demuestra que la colaboración entre el sistema sanitario y las ONG podría contribuir a reducir el diagnóstico tardío de la infección por el VIH.

Según informó la organización en un comunicado, el estudio, en el que participaron profesionales del Centro Sanitario Sandoval de Madrid y distintas organizaciones de voluntariado, compara las tasas de enfermedad avanzada de la Comunidad de Madrid, que se sitúan en el 29%; de España, en el 28%, y del centro, que no llega al 6%”.

Además, concluye que las clínicas especializadas en infecciones de transmisión sexual, en colaboración con las ONG, “son dispositivos que facilitan el diagnóstico precoz del VIH, especialmente en poblaciones más vulnerables”.



Gran Bretaña: La mitad de los hombres gays con VIH no creen que el tratamiento antirretroviral reduzca el riesgo de transmitir el virus

22 de noviembre de 2012 – Fuente: Eleventh International Congress on Drug Therapy in HIV Infection

El sondeo ASTRA (siglas en inglés de Antirretrovirales, Riesgo de Transmisión Sexual y Actitudes), realizado en Gran Bretaña y en el que participaron más de 2.000 hombres gays, reveló que 48% de los encuestados no creían que el tratamiento antirretroviral sirviera para reducir la capacidad de infección de una persona o que hiciera innece-

sario el uso de preservativo. Los resultados fueron presentados en el transcurso del XI Congreso Internacional sobre Terapia Farmacológica en la Infección por VIH, celebrado recientemente en Glasgow (Escocia, Gran Bretaña).

Dicho estudio descubrió que solo 15% de los hombres habían tenido alguna relación sexual sin protección de forma reciente con alguien sin VIH o de estado serológico desconocido (lo que en el sondeo se denominó relación anal serodiscordante sin protección). También comprobó que una minoría de los hombres que no tomaban terapia anti-retroviral fue más propensa a mantener relaciones sexuales sin protección con una pareja de estado serológico negativo o desconocido que los hombres que seguían la terapia.

Sin embargo, en el caso de los participantes que estaban tomando tratamiento anti-VIH, aquéllos con una carga viral detectable fueron considerablemente menos proclives a mantener relaciones anales serodiscordantes sin protección que los que tenían una carga viral detectable, lo que sugiere que algunos hombres tienen en cuenta su nivel de viremia a la hora de tomar decisiones sobre el sexo sin protección.

El sondeo, asimismo, descubrió que las creencias acerca de la carga viral y la capacidad de infección influyeron sobre las decisiones relativas al sexo seguro. Así, los hombres que no pensaban que la carga viral redujera la capacidad de infección fueron mucho menos propensos a mantener una relación sexual anal serodiscordante sin protección que los hombres que sí lo pensaban.

En el estudio participaron 2.086 varones, con una media de edad de 43 años, 88% eran de etnia blanca y 85% recibían terapia antirretroviral. De estos últimos, 83% tenían una carga viral indetectable. Esto supone que más de 70% de todo el grupo tenía una carga viral indetectable gracias al tratamiento. Algo más de 8% de los hombres sabían que tenían una carga viral detectable y la misma proporción ignoraba su viremia.

A los participantes se les preguntó si estaban de acuerdo con dos afirmaciones: "Cuando la carga viral es indetectable, no es necesario usar preservativos para evitar la transmisión del VIH" y "Una carga viral indetectable hace que sea menor la capacidad de transmitir la infección a la pareja sexual". Solo 4% dio su conformidad a la primera afirmación y 48% estuvo de acuerdo con la segunda. Por su parte, 48% no estuvo de acuerdo con ninguna de las dos.

Algo menos de dos tercios de los hombres (64%) habían mantenido algún tipo de relaciones anales en los tres últimos meses y 37% había practicado algún tipo de sexo sin protección, pero más de la mitad de éstos solo había tenido relaciones sexuales sin protección con parejas que sabían que también tenían VIH. Esto supone que 15% de los encuestados habían tenido una relación anal sin protección con una persona serodiscordante. De este subgrupo, 40% adoptó únicamente el papel pasivo en la relación sin protección, lo que podría interpretarse como una estrategia de reducción del daño, mientras que 20% solo mantuvo dichas relaciones con una pareja habitual.

En realidad, las relaciones anales sin protección con personas sin VIH fueron algo más frecuentes entre los hombres que no recibían terapia. Así, los hombres que no tomaban tratamiento fueron 25% más propensos a mantener relaciones anales sin protección serodiscordantes que los hombres que sí lo tomaban, una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,006$).

Un motivo por el que los hombres que no toman terapia podrían mantener más relaciones sexuales sin protección podría ser porque este tipo de conducta fue usual entre los varones que habían sido diagnosticados de forma reciente. Los hombres jóvenes (que podrían haber sido diagnosticados más recientemente y que tenían menos posibilidades de estar tomando terapia) fueron también más propensos a mantener dichas relaciones de riesgo.

Otros factores relacionados con estas relaciones sin protección fueron el consumo de drogas recreativas, que aumentó en más del doble la probabilidad de las mismas, el alcohol (50%), así como el hecho de tener hepatitis C, aunque es posible que este último factor haya sido un efecto más que una causa. El origen étnico, el hecho de tener empleo, el nivel educativo, fumar y el recuento de CD4 no se asociaron con las relaciones anales sin protección serodiscordantes y es importante destacar que, al menos en este estudio, el hecho de tener depresión tampoco estuvo relacionado con ella. Por último, también se comprobó que las posibilidades de mantener una de estas relaciones de riesgo aumentaron con el número de parejas de los hombres en el año anterior.

El equipo de investigadores afirma que, obviamente, estos hallazgos tienen implicaciones en las estrategias preventivas en Gran Bretaña, sobre todo en lo que respecta al tema de si el hecho de dar a conocer a las personas los beneficios preventivos que conlleva el tratamiento puede tener el efecto de aumentar el comportamiento de riesgo. Sin embargo, el foco debería poner no en la información en sí sino que el modo en que se comunica.



Grecia: La malaria vuelve a un país en crisis 40 años después de erradicada

24 de noviembre de 2012 – Fuente: Eurosurveillance

Los casos de malaria en Grecia se multiplicaron en el último bienio, casi 40 años después de erradicada su forma endémica, y hoy en día se requieren medidas urgentes para localizarla, advirtieron los expertos del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Grecia.

Grecia dio por erradicada la malaria endémica en 1974. Entre 1975 y 2010 se registraron 1.400 enfermos de malaria, pero siempre fueron personas venidas de otros países. En 2010 se detectaron poblaciones locales de mosquitos transmisores y 40 casos autóctonos en las regiones de Laconia y Ática.

En enero-octubre de este año se registraron 75 casos de malaria, de los cuales 16 fueron resultado del contagio local y el resto, importados, mayoritariamente, por inmigrantes pakistaníes.

"Es evidente la necesidad de reforzar e intensificar en gran medida el control y la lucha contra los vectores", afirman los expertos del centro.

El combate contra la malaria se complica por la penosa situación del sistema griego de sanidad. Muchos ciudadanos no tienen hoy acceso a la asistencia médica, alertó este mes la oficina local de Médicos sin Fronteras.

Actualmente, Grecia se encuentra al borde de una cesación de pagos, caso sin precedentes en la Eurozona. La deuda pública del país ronda el 170% del producto interno bruto. Las discrepancias entre los acreedores griegos de la Unión Europea y el Fondo Monetario Internacional impiden desbloquear un nuevo tramo de rescate por 40.843 millones de dólares. Para acceder a esta ayuda, Grecia aprobó recortes por 17.504 millones de dólares y un presupuesto draconiano para 2013.¹



Pakistán, Lahore: Diecisiete muertos por beber jarabe adulterado

27 de noviembre de 2012 – Fuente: EFE

Al menos 17 personas murieron intoxicadas tras consumir un jarabe para la tos, al parecer adulterado, en la ciudad de Lahore –la segunda más poblada del país–, en el noreste de Pakistán, informaron hoy fuentes policiales.

Además de los fallecidos, cinco personas permanecen hospitalizadas por la ingesta de Tyno®, un fármaco para la tos con contenido alcohólico, según un oficial de la estación del barrio lahorí de Shaddra Town donde ocurrió el incidente.

“Se ha registrado una denuncia por homicidio contra los responsables de dos farmacias por la venta del medicamento, aunque aún no se han determinado las causas exactas de la intoxicación, a la espera del informe médico”, afirmó el oficial Khadib Hussein. La denuncia también incluye a la compañía farmacéutica que produce el Tyno®.

Las muertes empezaron a producirse el pasado viernes, de acuerdo con la Policía, que ayer clausuró la fábrica donde se produce el Tyno® y allanó varios almacenes médicos y farmacias para confiscar los lotes del medicamento, a los que se les realizan análisis de laboratorio.

La mayoría de los fallecidos tenía entre 15 y 35 años y eran adictos a las drogas, con lo que probablemente recurrían al jarabe para reforzar su efecto.

Según un miembro de la oficina central de Policía de Lahore, los afectados buscaban embriagarse con el alcohol del jarabe, lo cual los llevó a consumirlo en grandes cantidades (en Pakistán la venta y el consumo de alcohol está prohibido para los paquistaníes).

Tres sujetos están bajo investigación, no se sabe si por estar involucrados en la elaboración o en la distribución del letal producto.

Este tipo de intoxicación con fármacos de contenido alcohólico es usual en el subcontinente indio, donde la compra de alcohol es o ilegal o prohibitiva para las clases más populares, que a menudo buscan alternativas peligrosas como medicamentos o alcohol casero.



Uganda: Suman 20 los casos de fiebre hemorrágica de Marburg

23 de noviembre de 2012 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

Un total de 20 casos (probables o confirmados) de fiebre hemorrágica de Marburg, incluyendo 9 muertes, se han registrado hasta el 23 de noviembre de 2012 en cuatro distritos de Uganda: Kabale, Ibanda, Mbarara, y Kampala.

El último caso confirmado fue hospitalizado el 31 de octubre de 2012.

El Ministerio de Salud continúa realizando la vigilancia activa y la investigación en todos los casos notificados en los cuatro distritos. Los contactos cercanos de los casos están siendo seguidos durante un período de 21 días.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus asociados internacionales, entre ellos los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, la Cruz Roja de Uganda (URCS), la Red Africana de Epidemiología de Campo (AFENET), Plan Uganda y Médicos Sin Fronteras (MSF) están apoyando a las autoridades nacionales en la investigación y respuesta a la epidemia. Los expertos se han desplegado a través de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes (GOARN) para reforzar el equipo de campo.

Se está entrenando a los profesionales sanitarios en la prevención y control de infecciones (PCI), y sobre la gestión de la información de campo. Se llevan a cabo actividades de movilización social para aumentar la conciencia sobre la prevención y control de la fiebre hemorrágica de Marburg.

Con respecto a este brote, la OMS no recomienda aplicar ninguna restricción a los viajes y el comercio con Uganda.



Un cóctel de bacterias para eliminar las infecciones por *Clostridium difficile*

21 de noviembre de 2012 – Fuente: *Public Library of Science Pathogens*

En un estudio publicado recientemente, se ha descubierto una combinación de bacterias que erradica la infección por *Clostridium difficile*. Los investigadores del estudio utilizaron ratones para identificar la combinación de seis bacterias presentes de forma natural en mamíferos que destruyen una cepa muy infecciosa de *C. difficile*, bacteria causante de muchas muertes intrahospitalarias. Tres de estas seis bacterias no han sido descritas con anterioridad. Este

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

revolucionario descubrimiento podría tener amplias repercusiones en las futuras estrategias terapéuticas y de control.

C. difficile es una bacteria Gram positiva que provoca meteorismo, diarrea y dolor abdominal. En el año 2011 estuvo implicada en más de 2.000 muertes en Gran Bretaña. Esta bacteria forma parte de la microbiota intestinal natural y, mientras otras bacterias convivan en el intestino para evitar su proliferación y diseminación, es totalmente inocua. Sin embargo, el tratamiento con antibióticos de amplio espectro como clindamicina puede destruir la flora intestinal natural, posibilitando la colonización por *C. difficile*.

La agresiva cepa de *C. difficile* analizada en este estudio ha sido responsable de epidemias en Europa, Norteamérica y Australia. Los investigadores descubrieron que esta cepa (ribotipo 027) presenta un periodo de contagio prolongado y persistente e hipervirulencia y es muy resistente al tratamiento antibiótico. Se caracteriza por liberar esporas de alta resistencia durante un largo periodo de tiempo muy difíciles de erradicar del entorno. Esta situación puede presentarse en los hospitales.



“Tratamos ratones infectados por la cepa persistente de *C. difficile* con una serie de antibióticos, pero recaían sistemáticamente con un alto grado infeccioso o de virulencia”, afirmó el Dr. Trevor Lawley, primer firmante del estudio, del Wellcome Trust Sanger Institute en Gran Bretaña. “A continuación, tratamos los ratones con un trasplante fecal (heces homogeneizadas procedentes de un ratón sano) y así logramos eliminar la enfermedad y el estado de hipervirulencia sin recaídas en la mayoría de los casos. La enfermedad causada por *C. difficile* es resistente al tratamiento antibiótico, pero se puede eliminar con un trasplante fecal, logrando la remisión de los síntomas y la eliminación del factor infeccioso”.

El equipo decidió ir más lejos y aislar la bacteria específica responsable de la eliminación de *C. difficile* y de la restauración del equilibrio de la flora intestinal. Para ello cultivaron numerosas bacterias presentes de forma natural en el intestino de ratón, todas ellas pertenecientes a uno de los cuatro grupos principales de bacterias presentes en los mamíferos. Analizaron muchas combinaciones de estas bacterias hasta aislar un grupo de seis que eliminó la infección de la forma más eficaz.


“La combinación de seis especies bacterianas erradicó la infección por *C. difficile* hipervirulenta en ratones con elevada eficacia y reproducibilidad, restableciendo la diversidad bacteriana natural en el intestino”, declaró el profesor Harry Flint, autor sénior del estudio, de la Universidad de Aberdeen, en Escocia (Gran Bretaña).

El equipo secuenció los genomas de las seis bacterias implicadas y comparó sus árboles filogenéticos para identificarlas con más precisión. Este análisis mostró que tres de las bacterias habían sido identificadas previamente y que las otras tres, por el contrario, eran especies nuevas. La combinación contiene bacterias de los cuatro grupos principales presentes en mamíferos, con diferencias genéticas entre ellas. Los resultados demuestran la posibilidad de eliminar con eficacia *C. difficile* y la microbiota hipervirulenta empleando una combinación de bacterias presentes de forma natural en el intestino.

“Nuestros hallazgos ofrecen la posibilidad de evitar el uso excesivo de antibióticos y de aprovechar el potencial de las comunidades bacterianas naturales en el tratamiento de la infección por *C. difficile* y su transmisión. Además, es posible que esta técnica resulte eficaz para tratar otras enfermedades asociadas a desequilibrios bacterianos”, explicó el profesor Gordon Dougan, autor sénior del estudio, también del Wellcome Trust Sanger Institute. “El trasplante fecal se considera un tratamiento alternativo y su uso no está muy extendido debido al riesgo de introducir patógenos dañinos y a la aversión general de los pacientes. Este modelo incluye algunas de las características del tratamiento con heces y representa una base para desarrollar una combinación terapéutica estandarizada”.²

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

Noche de Detección del VIH/Sida




TEST GRATUITO HIV
RESULTADO EN EL ACTO Y CONFIDENCIAL
HORARIO NOCTURNO

CONFIRMÁ EN EL ACTO QUE SOS HIV NEGATIVO.
TEST GRATUITO Y CON HORARIO NOCTURNO. ÚNICA FECHA.

DESDE LAS 19:00 HS. DEL 30 DE NOVIEMBRE HASTA LAS 7:00 HS.
DEL 1º DE DICIEMBRE. RESULTADO CONFIDENCIAL Y EN EL ACTO.

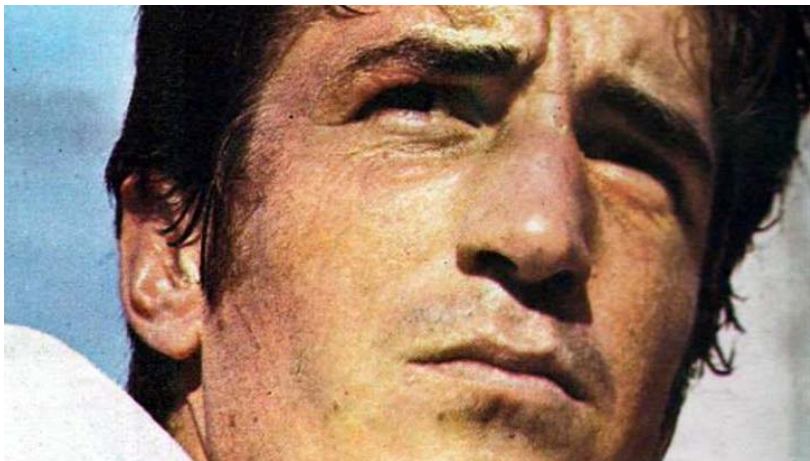
INICIATIVA APOYADA POR LABORATORIOS LKM S.A.
1º DE DICIEMBRE: DÍA MUNDIAL DE LA LUCHA CONTRA EL SIDA.



HOSPITAL LUISA C. DE GANDULFO
Lomas de Zamora
1906

HOSPITAL LUISA C. DE GANDULFO
BALCARCE 350 - LOMAS DE ZAMORA

Homenaje



Sebastián Humberto Viberti Irazoki
(El Crispín, Provincia de Córdoba, 25 de mayo de 1944 – Ciudad de Córdoba, 24 de noviembre de 2012)
Pelado, gracias por el fútbol...



Publicado en el diario Sur, de Málaga, España

Don't Bottle-feed Your Unborn Child.

Every Time You Take a Drink, So Does Your Baby.



If You Are Pregnant, Don't Drink.

Call Your County Alcohol and Drug Abuse Program

scada
SOUTH CAROLINA COMMISSION
ON ALCOHOL & DRUG ABUSE
3709 Forest Drive / Columbia, South Carolina
An EEO / Affirmative Action Employer

No alimentes con la botella a tu hijo por nacer.
(juego de palabras: *bottle-feed* significa 'dar la mamadera')
Cada vez que tomas un trago, haces eso con tu bebé.
Si estás embarazada, no bebas.
Commission on Alcohol & Drug Abuse (South Carolina, Estados Unidos).

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.