



# Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente  
Córdoba - Argentina

[www.reporteepidemiologico.com](http://www.reporteepidemiologico.com)

## Noticias

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

### Argentina

- Vigilancia de infección respiratoria aguda grave
- Santa Fe: Entre 2013 y 2015 murieron de cáncer más de 15 personas por día

### América

- Actualización epidemiológica sobre la situación del cólera en la región
- Brasil, Espírito Santo: El Estado recibirá más de un millón de dosis extras de la vacuna contra la fiebre amarilla
- Chile, Región de Los Ríos: Reportaron un caso de hantavirrosis en Futrono
- Estados Unidos: Demasiados antibióticos en la cesárea comprometen las defensas del bebé
- Estados Unidos, North Carolina: La influenza causó 16 muertes en una semana

- México, Yucatán: Reportaron diez casos de rickettsiosis en lo que va del año en Mérida
- Nicaragua, Región Autónoma de la Costa Caribe Norte: Detectaron un segundo brote de 'locura colectiva' en indígenas
- Perú, Ayacucho: Murió un adolescente por fiebre amarilla
- Venezuela: Estiman que este año habrá medio millón de casos de malaria y unas 350 muertes

### El mundo

- Filipinas, Bisayas: Declaran brote de cólera en dos áreas de las islas
- Somalia azotada por el hambre y la enfermedad
- Las coberturas globales de vacunación, un escudo con agujeros



**Número 1.888**

6 de marzo de 2017

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

#### Comité Editorial

##### Editor Jefe

Ángel Mínguez

##### Editores Adjuntos

Ílide Selene De Lisa

Enrique Farías

##### Editores Asociados

Hugues Aumaitre (Fra.)

Jorge Benetucci (Arg.)

Pablo Bonvehí (Arg.)

María Belén Bouzas (Arg.)

Isabel Cassetti (Arg.)

Arnaldo Casiró (Arg.)

Ana Ceballos (Arg.)

Sergio Cimerman (Bra.)

Milagros Ferreyra (Fra.)

Salvador García Jiménez (Gua.)

Ángela Gentile (Arg.)

Ezequiel Klimovsky (Arg.)

Gabriel Levy Hara (Arg.)

Susana Lloveras (Arg.)

Gustavo Lopardo (Arg.)

Eduardo López (Arg.)

Tomás Orduna (Arg.)

Dominique Peyramond (Fra.)

Daniel Pryluka (Arg.)

Charlotte Russ (Arg.)

Horacio Salomón (Arg.)

Eduardo Savio (Uru.)

Daniel Stecher (Arg.)

#### Adhieren:

**SLAMVI**

Sociedad Latinoamericana  
de Medicina del Viajero

[www.slamviweb.org/](http://www.slamviweb.org/)

**CIRCULO  
MÉDICO DE  
CÓRDOBA**

[www.circulomedicocba.org/](http://www.circulomedicocba.org/)

**CM  
PC** Consejo de Médicos  
de la Provincia  
de Córdoba

[www.consejomedico.org.ar/](http://www.consejomedico.org.ar/)



Biblioteca de la Facultad  
de Ciencias Médicas  
Universidad Nacional de Córdoba

[www.biblioteca.fcm.unc.edu.ar/](http://www.biblioteca.fcm.unc.edu.ar/)



S.A.D.I.

[www.said.org.ar/](http://www.said.org.ar/)

**Comité Nacional de  
Infectología**

Sociedad Argentina de Pediatría

[www.sap.org.ar/](http://www.sap.org.ar/)



[www.apinfectologia.org/](http://www.apinfectologia.org/)

**Sociedad Argentina de Infectología  
Pediátrica**

[www.sadip.net/](http://www.sadip.net/)

**Asociación  
Parasitológica  
Argentina**

[www.apargentina.org.ar/](http://www.apargentina.org.ar/)



## La Declaración de Berlín

### La Declaración de Berlín sobre el Conocimiento en las Ciencias y Humanidades para el Desarrollo Sustentable

Un borrador de la Declaración de Berlín sobre el Conocimiento en las Ciencias y Humanidades para el Desarrollo Sustentable se distribuyó en las Publicaciones Académicas en la Conferencia Europea, celebrada en Berlín el 17 de enero de 2017. Aún no es un hito en el movimiento global para el Desarrollo Sustentable. Pero, con un poco de compromiso, tal vez podamos hacer algo más que la esperanza de lo que podría ser.

Lo invitamos a leer el texto completo, en inglés, de la Declaración de Berlín, y a firmar la misma haciendo clic [aquí](#).



## Argentina



### Vigilancia de infección respiratoria aguda grave

24 de febrero de 2017 – Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

A partir del corriente año, la definición de caso de infección respiratoria aguda grave (IRAG) fue modificada de acuerdo a la definición internacional establecida por la Organización Mundial de la Salud en 2014:

**Definición de caso de IRAG:** Toda infección respiratoria aguda que presente antecedente de fiebre o fiebre constatada mayor o igual a 38°C, tos, inicio dentro de los últimos diez días y que requiera hospitalización.

El presente informe desarrolla el análisis del comportamiento de la IRAG durante las primeras seis semanas epidemiológicas (SE) del año 2017. El objetivo es reconocer la situación actual del evento y fortalecer con la información a los niveles locales, provinciales y nacionales para la toma de decisiones.

Las fuentes de información fueron los módulos de vigilancia clínica (C2) y de laboratorio (SIVILA) del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS).

Como una forma de superar el atraso en la notificación y poder aproximarse a la situación actual de la neumonía, el Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología ha implementado una metodología de estimación que considera las notificaciones al módulo C2, la variación en los establecimientos con mayor regularidad, oportunidad de notificación y número de casos, así como el porcentaje de positividad para virus respiratorios por semana epidemiológica surgido de las notificaciones al SIVILA. Se calculan los casos estimados para las últimas ocho semanas. El resultado de la aplicación de este modelo para el total nacional se muestra en el corredor endémico, incluyendo tres escenarios: el calculado en función de la mediana –representado por una línea llena– y los límites de confianza superior (LCS) e inferior (LCI) –representado con líneas punteadas– que conformarían el peor y mejor escenario en el que se encontraría la notificación según las estimaciones para cada semana.

La curva de notificación de IRAG en 2017 muestra en las primeras cinco SE una caída que se corresponde con el retraso en la notificación. Sin embargo, las estimaciones realizadas a partir de la SE 50 de 2016 ubican los casos entre las zonas de alerta y brote, similar a lo ocurrido en 2016<sup>1</sup>.

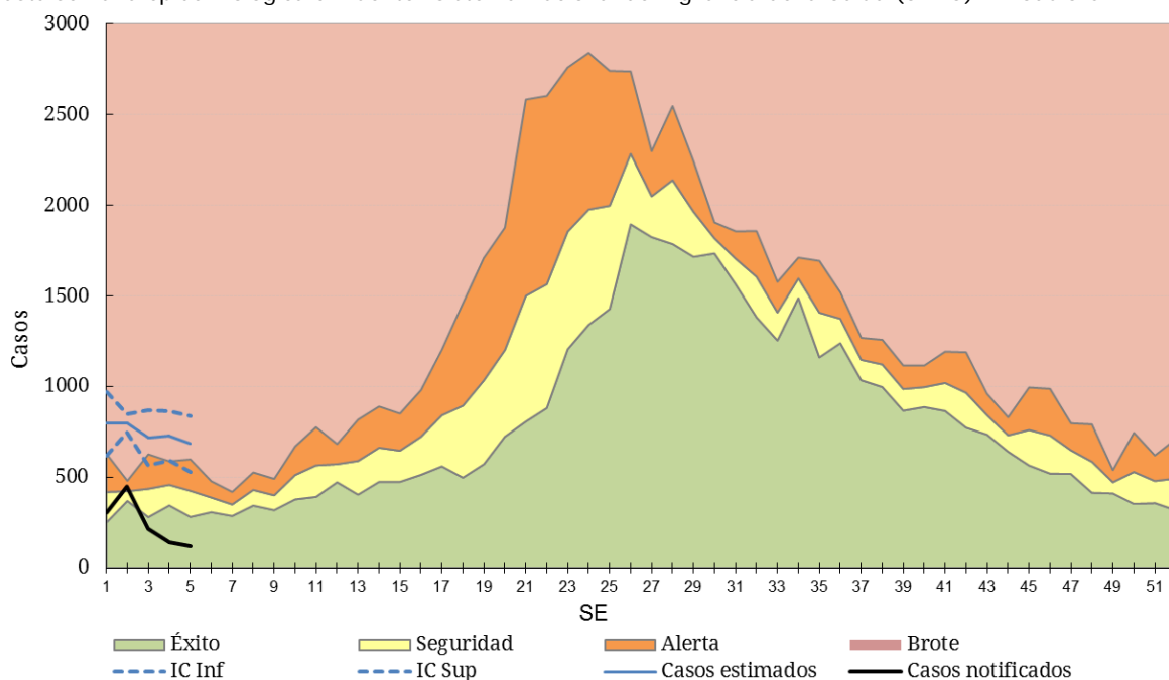
La información proveniente de la vigilancia clínica de IRAG sin estimaciones se presenta considerando un retraso en la notificación de casos de cuatro semanas.

Hasta la SE 2, se han reportado 834 casos, con una tasa acumulada de 1,87 casos cada 100.000 habitantes. Esta tasa acumulada para el total nacional es 12,6% menor a la tasa acumulada hasta la misma SE del período 2011/2016 y 41,6% menor a la de 2016. Estos datos deben ser interpretados considerando el retraso en la notificación.

Las tasas de notificación más elevadas según grupo de edad corresponden a los menores de 5 años, seguido por el grupo de mayores de 64 años.

<sup>1</sup> Este exceso de casos de IRAG se explica por el inicio reciente de la vigilancia de este evento, a partir de 2010. Desde el año 2011, la incorporación constante de establecimientos notificadores y, en consecuencia, de un mayor número de casos notificados, hacen que año a año, la curva sea superadora del límite previo, influyendo en el cálculo del corredor endémico.

**Gráfico 1.** Corredor endémico semanal. Argentina. Año 2017, con base en datos de los años 2012 a 2016. Con representación de casos y estimaciones hasta semana epidemiológica 5. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.



**Tabla 1.** Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes, según provincia y región. Argentina. Años 2011/2017, hasta semana epidemiológica 2. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.

Provincia/Región	2011/2016		2016		2017	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	250	1,37	56	1,83	30	0,99
Buenos Aires	1.083	1,10	381	2,26	107	0,62
Córdoba	756	3,59	199	5,51	69	1,86
Entre Ríos	257	3,29	51	3,83	43	3,16
Santa Fe	78	0,39	39	1,14	2	0,06
<b>Centro</b>	<b>2.424</b>	<b>1,47</b>	<b>726</b>	<b>2,57</b>	<b>251</b>	<b>0,87</b>
Mendoza	293	2,65	93	4,90	61	3,12
San Juan	20	0,46	6	0,80	14	1,83
San Luis	52	1,85	4	0,83	22	4,40
<b>Cuyo</b>	<b>365</b>	<b>2,00</b>	<b>103</b>	<b>3,29</b>	<b>97</b>	<b>3,01</b>
Corrientes	147	2,32	20	1,85	2	0,18
Chaco	529	7,85	126	10,90	133	11,26
Formosa	122	3,56	22	3,77	15	2,52
Misiones	510	7,29	24	1,99	7	0,57
<b>NEA</b>	<b>1.308</b>	<b>5,57</b>	<b>192</b>	<b>4,77</b>	<b>157</b>	<b>3,82</b>
Catamarca	129	5,50	29	7,24	51	12,49
Jujuy	84	1,96	7	0,95	—	—
La Rioja	92	4,25	15	4,02	—	—
Salta	62	0,79	46	3,40	119	8,58
Santiago del Estero	325	5,94	91	9,70	3	0,31
Tucumán	400	4,26	145	9,00	53	3,21
<b>NOA</b>	<b>1.092</b>	<b>3,47</b>	<b>333</b>	<b>6,16</b>	<b>226</b>	<b>4,08</b>
Chubut	69	2,09	13	2,25	80	13,33
La Pampa	26	1,28	6	1,74	3	0,85
Neuquén	48	1,32	12	1,91	6	0,93
Río Negro	62	1,51	5	0,71	6	0,82
Santa Cruz	31	1,69	4	1,21	3	0,86
Tierra del Fuego	18	2,05	2	1,28	5	3,04
<b>Sur</b>	<b>254</b>	<b>1,61</b>	<b>42</b>	<b>1,53</b>	<b>103</b>	<b>3,63</b>
<b>Total Argentina</b>	<b>5.443</b>	<b>2,14</b>	<b>1.396</b>	<b>3,20</b>	<b>834</b>	<b>1,87</b>



### Santa Fe: Entre 2013 y 2015 murieron de cáncer más de 15 personas por día

4 de marzo de 2017 – Fuente: Uno Santa Fe (Argentina)

En tres años, de 2013 a 2015, fallecieron en la provincia de Santa Fe 17.119 personas de cáncer. De ese total, 9.025 son varones (52,72%) y 8.093 mujeres. Como a nivel nacional, se trata de la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares, que se encuentran al frente desde hace más de 10 años. Más atrás, le siguen las infecciosas y luego las causas externas.

Del total de defunciones, 15,65% fueron por cáncer de pulmón (2.679); le siguen los tumores en colon, recto y ano con 13,49% (2.310); más atrás el de mama, con 9,10% (1.558). Luego el de páncreas, con 6,93% (1.186) y el de próstata, con 6,01%.



Entre estos cinco “sitios tumorales” (pulmón, colon-recto-ano, mama, páncreas y próstata) se concentra más de 50% de las causas de muerte por cáncer. Se trata de enfermedades que pueden ser prevenibles o detectados precozmente; lo que permitiría iniciar un tratamiento con mayor anticipación y alcanzar una cura con más facilidad. En este sentido, en el caso del cáncer de mama con una simple mamografía puede ser detectable y en el caso del colon-recto-ano, se puede detectar a través de una colonoscopia o a través de un análisis de sangre oculto en materia fecal.

El número de fallecidos representa 19,8% de las muertes durante el mismo período (103.894 fallecidos). En tanto, la tasa de mortalidad se ubica en 169,3 cada 100.000 habitantes. Los varones presentaron una tasa general mayor que las mujeres (183,62 contra 155,84 respectivamente).

Si se los discrimina por sexo, el informe señala que en las mujeres, la principal causa de muerte por cáncer es el de mama, con 18,94% (1.533). Le sigue el de colon, recto y ano con 13,37% (1.082); el de pulmón con 9,9% (801); el de páncreas con 7,87% (637) y el de ovario con 3,47% (281 defunciones). Por último, entre los tres sitios tumorales del útero (cuello, cuerpo y sin especificar) suman 632 muertes, lo que representa 7,8% del total de los fallecimientos por cáncer en mujeres.

Por el lado de los hombres, el tumor predominante fue el de pulmón con 20,8% (1.877) sobre el total de casos. En segundo lugar y al igual que en las mujeres, se ubicó el de colon, recto y ano con 13,6% (1.228). Más atrás le sigue el cáncer de próstata con 11,4% (1.029) y el de páncreas con 6,8% de los casos (549 fallecimientos). Como se mencionó anteriormente, se trata de datos que fueron recabados del trienio 2013-2015.

### Atlas de mortalidad

Los datos surgen del *Atlas de Mortalidad por Cáncer* realizado por la Dirección Provincial de Información para la Gestión y en el marco de la puesta en funcionamiento de la Agencia Provincial de Control de Cáncer de Santa Fe.<sup>2</sup>

El estudio revela que de los 50 tipos de tumores registrados en las bases de mortalidad, solamente 15 concentran 81,6% de las causas de muerte.

El documento incluye un análisis departamental sobre ocho tipos de tumores para conocer cuál es la situación en la que se encuentra cada departamento. La tasa estandarizada de mortalidad compara la relación entre la tasa de mortalidad observada (en el departamento) y una tasa esperada (estándar provincial). Así, se determinó por ejemplo que en el departamento Vera se encontraron valores ampliamente mayores a la mortalidad esperada en cuanto al cáncer de cuello de útero.

Los resultados del informe se presentan como una herramienta fundamental para conocer las diferencias dentro del territorio. Será el punto de partida para definir las actividades y recursos destinados a la promoción, prevención, tratamiento y recuperación de las personas.

Las patologías varían de acuerdo a edad, sexo y ubicación. Desde la Agencia de Control del Cáncer esperan que el trabajo se convierta en un insumo para la formulación de políticas e intervenciones en el territorio. Por lo tanto, permitirá generar diferentes estrategias a partir de las distintas realidades descriptas.

La directora de la Agencia Provincial de Control de Cáncer, Dra. Gabriela María Quintanilla, comentó que los objetivos del área serán tres: reducir los índices de mortalidad, la obtención de información estadística precisa y la evaluación de las nuevas tecnologías para optimizar los recursos existentes y así conseguir el mejor tratamiento.

“La mortalidad no se ha logrado reducir en los últimos 10 o 15 años. Vamos a interpelar la calidad de los servicios de salud que prestamos. Es decir, si se realizan los procesos en tiempo y forma, apropiadamente. Si esto no sucede, vamos a trabajar para modificarlo”, comentó.

Con respecto a la información que buscará recoger la agencia, explicó: “Es necesario tener un buen panorama sobre la enfermedad para después tomar las decisiones. Porque los problemas que hay en la urbe de Rosario no son los mismos que hay en Vera o en Rafaela, es heterogéneo. Queremos que estos datos estén a disposición de toda la población”.

Con respecto a la evaluación que realizarán sobre las nuevas tecnologías, profundizó: “A lo largo de muchos años y a una velocidad altísima, se ha incorporado tecnología sanitaria, de diagnóstico y de tratamientos. Eso provocó que los costos de los tratamientos vayan aumentando. En la medida en que más tecnologías de alto costo existan, tanto más ciudadanos de primera y de segunda vamos a tener”.

En este sentido, la funcionaria aclaró: “La idea no es reducir los costos, sino que se gaste bien y en las circunstancias que correspondan. Tenemos problemas no solo con los productos de alto costo, que invaden masivamente y a una velocidad infernal el ambiente técnico, sino también con los de muy bajo costo que de pronto empiezan a faltar porque se dejan de producir”.

Quintanilla expresó además el interés en trabajar en el área de formación de recursos humanos y en una distribución más justa sobre el territorio. “Todos los oncólogos están entre Rosario y Santa Fe y no hay especialistas en el norte. Pasa en cualquier disciplina, terminan en las grandes urbes. La idea es crear las condiciones que faciliten la dispersión de los profesionales”, indicó.

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



## Actualización epidemiológica sobre la situación del cólera en la región

24 de febrero de 2017 – Fuente: Organización Panamericana de la Salud

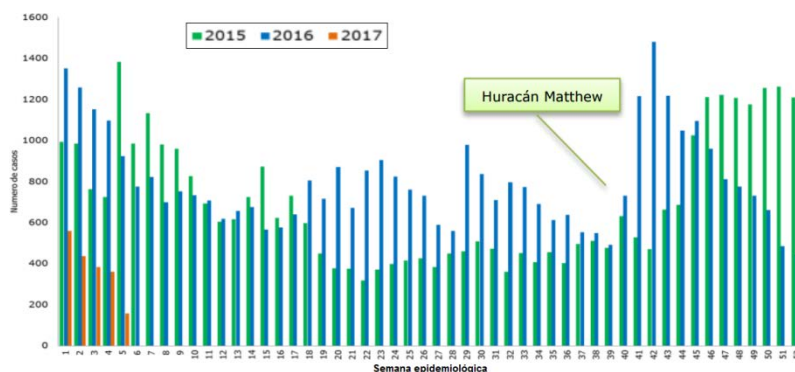
Entre las semanas epidemiológica (SE) 1 y 5 de 2017 se notificaron 1.897 casos de cólera en Haití, incluidas 28 defunciones; mientras que en República Dominicana, hasta la SE 2 de 2017, fueron notificados 7 casos sospechosos y dos confirmados, incluyendo una defunción.

En 2016, cuatro países en las Américas –Ecuador (1)<sup>3</sup>, Haití (41.421), México (1) y República Dominicana (1.159)– notificaron casos sospechosos y confirmados.

**Haití:** Hasta la SE 5 de 2017, se notificaron 1.897 casos de cólera, incluyendo 28 defunciones relacionadas (tasa de letalidad 1,5%)<sup>4</sup>. En este periodo, el número de casos notificados es menor al notificado en los años 2015 y 2016. Con relación a la tasa de letalidad hospitalaria, la misma se ha mantenido alrededor de 1% desde el año 2011.

A nivel subnacional, los departamentos con mayor reporte de casos en la SE 5 en orden decreciente son: Artibonite, Centre, Nord, Nord Ouest y Ouest (que incluye Port-au-Prince). En los departamentos de Grand Anse y Sud, área afectada por el paso del huracán Matthew el 4 de octubre de 2016, se observa un nivel bajo de casos sospechosos de cólera y en disminución desde su pico en la SE 43 y 42, respectivamente (ver Gráfico 2).

**República Dominicana:** Hasta la SE 2 de 2017, fueron notificados nueve casos, cifra 2,3 veces menor que el número de casos notificados en igual periodo en 2016. En todo el año 2016 se notificaron 1.159 casos sospechosos de cólera y 27 defunciones relacionadas (tasa de letalidad de 2,3%). El número total de casos notificados en 2016, superó a lo observado en 2014 y 2015.



**Gráfico 2.** Casos sospechosos según semana epidemiológica. Haití. De semana epidemiológica 1 de 2015 a semana epidemiológica 5 de 2017. Fuente: Ministère de la Santé Publique et de la Population de Haiti/Direction d'Epidémiologie de Laboratoire et de Recherches.

**Tabla 2.** Casos notificados, según país. La Española. Años 2010/2017. Fuente: Boletín Epidemiológico Semanal de la OMS.

Año	República Dominicana			Haití			La Española		
	Casos	Defunciones	Tasa (%)	Casos	Defunciones	Tasa (%)	Casos	Defunciones	Tasa (%)
2010	191	—	—	179.379	3.990	2,22	179.570	3.990	2,22
2011	20.851	336	1,61	340.311	2.869	0,84	361.162	3.205	0,89
2012	7.919	68	0,86	112.076	894	0,80	119.995	962	0,80
2013	1.954	42	2,15	58.809	593	1,01	60.763	635	1,05
2014	603	11	1,82	27.753	296	1,07	28.356	307	1,08
2015	546	15	2,75	36.045	322	0,89	36.591	337	0,92
2016	1.159	27	2,33	41.421	447	1,08	42.580	474	1,11
2017	9	1	11,11	1.897	28	1,48	1.906	29	1,52

### Orientaciones para los Estados Miembros

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) reitera a los Estados Miembros la recomendación para que mantengan la capacidad de vigilancia del cólera a fin de detectar precozmente los casos sospechosos, realizar la rápida confirmación del diagnóstico de laboratorio y proporcionar el tratamiento adecuado para salvar vidas. Se alienta a los Estados Miembros a que continúen con sus esfuerzos para garantizar condiciones adecuadas de saneamiento básico, acceso al agua potable y consumo seguro de alimentos, con el fin de reducir el riesgo del cólera y otras enfermedades transmitidas por el agua.<sup>5</sup>



### Brasil, Espírito Santo: El Estado recibirá más de un millón de dosis extras de la vacuna contra la fiebre amarilla

2 de marzo de 2017 – Fuente: Ministério da Saúde (Brasil)

Espírito Santo recibirá más de un millón de dosis de la vacuna contra la fiebre amarilla. A comienzos de la próxima semana, 500.000 serán entregadas al estado. Después de la llegada del total de las nuevas partidas, el Ministerio de Salud habrá entregado a Espírito Santo 3,6 millones de dosis de la vacuna. El estado ya alcanzó una cobertura de 73% para esta vacuna, lo que representa más de 1,1 millones de dosis aplicadas en las áreas de riesgo entre los meses de enero y febrero, en 60 municipios. Los datos fueron divulgados el 2 de marzo, durante una visita del ministro de Salud, Ricardo José Magalhães Barros, a Espírito Santo.

<sup>3</sup> Se trató de un caso aislado de cólera por *Vibrio cholerae* serogrupo O1, serotipo Ogawa, Biotipo El Tor no toxigénico.

<sup>4</sup> Datos preliminares sujetos a cambios, según nueva información se encuentre disponible.

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

Durante la visita, el ministro elogió el desempeño de los equipos de salud y los prefectos que rápidamente pusieron la vacuna a disposición de toda la población. “Esta medida permitió al Estado acelerar el programa de vacunación, alcanzando una cobertura de más de 70% en las zonas consideradas de riesgo. Esto repercutirá, de manera acentuada, en una disminución de casos en el estado”, dijo el ministro.

Según Barros, la expectativa es que el estado puede lograr la cobertura apropiada, de más de 90%. “Esta será una novedad, ya que Espírito Santo no era área de vacunación regular antes del brote. Llegar a ese número en tan poco tiempo demuestra el compromiso de todo el estado en la lucha contra la fiebre amarilla”, dijo.

El Ministerio de Salud ya liberó 1,6 millones de dosis de la vacuna para los 60 municipios más afectados por la fiebre amarilla en el estado, como un incentivo para la vacunación de la población. La cantidad total a ser transferida es de 2,9 millones. El recurso fue definido en función de la población estimada a vacunar en cada municipio. La cartera también está adelantando un millón de dólares, lo que representa 40% de los recursos de vigilancia de la salud para 78 municipios en el estado. Los montos deben ser aplicados en las acciones de prevención en el área de vigilancia de la fiebre amarilla. De este total, una primera fracción de 610.000 dólares ya ha sido aprobada en febrero.

Desde principios de este año, el Ministerio de Salud ha enviado dosis adicionales de la vacuna contra la fiebre amarilla a los estados que están reportando casos sospechosos de la enfermedad, además de otros situados en la frontera con las zonas que han reportado casos. En total, 14,6 millones de dosis adicionales fueron enviados a cinco estados: Minas Gerais (6,5 millones), São Paulo (3,2 millones), Espírito Santo (2,6 millones), Rio de Janeiro (un millón) y Bahia (900.000). La cantidad es un adicional a las dosis de rutina del Calendario Nacional de Vacunación, enviadas mensualmente a los estados.

## Casos

Hasta el 24 de febrero, se confirmaron 326 casos de la enfermedad. En total, se notificaron 1.368 casos sospechosos, de los que 916 siguen bajo investigación y 125 fueron descartados. De las 220 muertes registradas, 109 fueron confirmadas, 105 todavía se investigan y 6 fueron descartadas. Los estados de Minas Gerais, Espírito Santo, São Paulo, Bahia, Tocantins, Rio Grande do Norte y Goiás continúan con casos en investigación y/o confirmados.

## Vacunación

La vacunación de rutina se ofrece en 19 estados del país con recomendación para la inmunización. También es necesario que se vacunen las personas que van a viajar o viven en regiones que están registrando casos de la enfermedad: este de Minas Gerais, oeste de Espírito Santo, noroeste de Rio de Janeiro, oeste de Bahia y algunas ciudades de São Paulo.

**Tabla 2.** Casos y muertes notificados, según unidad federativa y situación. Brasil. Año 2017, hasta el 24 de febrero. Fuente: Ministerio de Salud de Brasil.

Unidad Federativa	Casos					Muertes				
	Notificados	En investigación	Confirmados	Descartados	Municipios afectados	Notificadas	En investigación	Confirmadas	Descartadas	Municipios afectados
Minas Gerais	1.088	760	269	59	87	181	89	92	—	48
Espírito Santo	214	132	53	29	33	30	12	14	4	12
São Paulo	16	6	4	6	14	4	1	3	—	4
Bahía	16	9	—	7	8	1	1	—	—	1
Tocantins	6	2	—	4	4	1	1	—	—	1
Rio Grande do Norte	1	1	—	—	1	1	1	—	—	1
Goiás	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—
En investigación	5	5	—	—	—	—	—	—	—	—
Otras*	20	—	—	20	—	2	—	—	2	—
<b>Total</b>	<b>1.367</b>	<b>916</b>	<b>326</b>	<b>125</b>	<b>148</b>	<b>220</b>	<b>105</b>	<b>109</b>	<b>6</b>	<b>67</b>

\* Amazonas, Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso do Sul y Pará.



**DIARIO FUTRONO**  
Noticias de tu comuna

## Chile, Región de Los Ríos: Reportaron un caso de hantavirus en Futrono

3 de marzo de 2017 – Fuente: Diario Futrono (Chile)

El Secretario Regional Ministerial (Seremi) de Salud de la Región de Los Ríos, Claudio Arturo Méndez Valenzuela, informó que el 28 de febrero fue confirmado por el Laboratorio de Virología de la Universidad Austral, el séptimo caso de hantavirus en la región. Se trata de un hombre de 27 años que se encuentra estable dentro de la gravedad de su estado y el equipo de Epidemiología y Zoonosis, se encuentra realizando la investigación epidemiológica y ambiental para determinar el más probable lugar de contagio.

El Seremi señaló que se trata de un habitante de la comuna de Futrono, que se encuentra en el Hospital Regional ‘Dr. Hernán Henríquez Aravena’ de Temuco desde el 27 de febrero. “Estamos a la espera de ver cómo evoluciona clínicamente, para lo cual nuestro equipo de vigilancia epidemiológica está en contacto permanente”, indicó.<sup>6</sup>

<sup>6</sup> La mayor parte del centro y sur de Chile, incluyendo la Región de Los Ríos, es endémica para el hantavirus Andes. Si bien la noticia no proporciona ninguna información sobre las circunstancias en las que el hombre adquirió la infección, puede haberse debido a la exposición

El uso indebido de antibióticos en el parto daña el sistema inmune del recién nacido a veces de por vida. Y eso ayuda a explicar enfermedades sin aparente causa genética o ambiental como el asma.

Un estudio indaga en la indicación inadecuada de antimicrobianos en el momento del parto, por ejemplo cuando se practica una cesárea, como parte del protocolo establecido como medida preventiva pero sin razones objetivas que los justifiquen.

Los antibióticos que protegen a los bebés de una infección también interrumpen el crecimiento normal de las bacterias del intestino; las consecuencias de este uso rutinario de antibióticos todavía son más profundas y duraderas de lo esperado.

Una investigación, hecha con ratones de laboratorio, evidencia que la interrupción a corto plazo de las bacterias del intestino hace que las crías tengan más probabilidades de desarrollar neumonía y las hace más propensas a morir por la enfermedad.

A largo plazo, las interrupciones continuas de las bacterias del intestino al parecer causan un daño permanente del sistema inmune.

El estudio da pie a un debate más amplio sobre el uso de antibióticos, incluyendo la práctica casi automática de prescribirlos a las mujeres antes de las cesáreas.

Es momento de replantear las prácticas que se establecieron hace décadas. Hoy, para prevenir la infección en un bebé, se está exponiendo a 200 a los efectos no deseados de los antibióticos, cuando resulta posible un enfoque más equilibrado y matizado.

### Se administran a 30% de los neonatos

En casi todas las cesáreas que se practican en Estados Unidos se prescriben antibióticos a las madres poco antes del parto, y hasta 30% de los recién nacidos en unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) también los reciben.

Los tratamientos ayudan a prevenir las infecciones estreptocócicas del Grupo B (la principal causa de infecciones mortales en los recién nacidos) pero, en la mayoría de los casos, se administran como medida preventiva, no porque se hayan confirmado infecciones.

Una vez administrados, los antibióticos actúan contra una amplia gama de bacterias, ya sean buenas o malas. Las bacterias comensales desempeñan un papel vital en la construcción de un sistema inmune saludable. La buena noticia es que existen métodos para restaurar los niveles normales de bacterias.

De hecho, cuando los investigadores usaron estos métodos en ratones, se restauró su resistencia a la neumonía. Ahora, estos científicos están realizando un estudio clínico para evaluar la seguridad y los beneficios de limitar el uso de antibióticos entre las mujeres embarazadas y los recién nacidos.<sup>7</sup>



En la última semana, se reportaron en North Carolina 16 muertes debido a complicaciones de salud relacionadas con el virus de la influenza, una epidemia que hasta el momento ha cobrado la vida de 63 personas en el estado.

De acuerdo con estadísticas oficiales de la División de Salud Pública del Departamento de Salud y Servicios Humanos, las últimas 16 muertes ocurrieron en la semana del 19 al 25 de febrero, y representan el pico más alto de mortalidad relacionado con la influenza registrado en la actual temporada.

En las dos semanas anteriores se habían registrado 12 y 10 muertes, respectivamente, por complicaciones derivadas de la influenza.



al roedor reservorio del virus o a excrementos de roedores contaminados por el virus en su entorno. Los casos humanos de infección por hantavirus ocurren con bastante frecuencia en esta región endémica.

Aunque no se especifica en la noticia, el hantavirus implicado en este caso es, sin duda, el virus Andes. Este virus rara vez se transmite directamente de persona a persona, y esto sólo ocurre cuando hay un contacto físico muy cercano, por lo general dentro de la familia.

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



Según las estadísticas de la División de Salud Pública estatal, la mayoría de las víctimas son adultos mayores de 65 años.

En febrero, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos declararon que la epidemia de influenza se había generalizado en North Carolina.

Hasta ahora, las 63 muertes registradas debido al virus de la influenza en North Carolina superan a las 59 reportadas en la temporada 2015-2016.

La mayor cifra de muertes por la influenza, sin embargo, se registró en la temporada 2014-2015, cuando se reportaron 218 víctimas.

La temporada de influenza comenzó el 8 de octubre y se calcula que terminará el 20 de mayo.



### México, Yucatán: Reportaron diez casos de rickettsiosis en lo que va del año en Mérida

3 de marzo de 2017 – Fuente: La Verdad (México)

La rickettsiosis, por sus síntomas, es similar al dengue o la fiebre chikungunya, pero se trata de una enfermedad transmitida por garrapatas. En lo que va del año se han detectado 10 casos en Mérida, pero el año pasado se registraron 110 casos y el deceso de dos niños.

Debido a la época de calor, las autoridades de salud advierten sobre el riesgo de que haya más casos de esta enfermedad potencialmente mortal, por lo que recomendaron más higiene.

El coordinador general del Programa de Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas de los Servicios de Salud en Yucatán, Daly Gabino Martínez Ortiz, señaló que desde hace dos años han detectado un aumento en esta enfermedad asociada a la presencia de garrapatas, que es un problema serio, porque si no es atendida de manera pronta puede causar la muerte del paciente.

El especialista detalló que aunque el medicamento es barato, el problema es el diagnóstico, ya que afecta principalmente a niños que llegan con cuadros muy avanzados después de visitar tres o cuatro médicos, inclusive de urgencias.

Según Martínez Ortiz, la rickettsiosis afecta más a los niños porque ellos están en mayor contacto con los perros o gatos.

Ante esta situación se puso en marcha un programa piloto de saneamiento básico en varias partes de la ciudad de Mérida, donde se detectaron posibles casos, y al visitar las casas, sin importar la condición social se detectaron condiciones antihigiénicas.

“Pensábamos que estaba limitado a la pobreza, pero hemos encontrado casas con piscina que estaban tapizadas de garrapatas hasta en la sala, además de patios desordenados y con cacharros y animales no atendidos”, dijo.



### Nicaragua, Región Autónoma de la Costa Caribe Norte: Detectaron un segundo brote de 'locura colectiva' en indígenas

3 de marzo de 2017 – Fuente: EFE

Las autoridades de Salud de Nicaragua informaron el tres de marzo del segundo brote de 'locura colectiva' detectado en el último mes en una comunidad indígena del Caribe norte.

“El nuevo brote de esta enfermedad, que provoca delirios a las personas, fue detectado en la comunidad Santo Tomás de Umbrá, municipio de Waspam, en la Región Autónoma de la Costa Caribe Norte (RACCN)”, dijo la vicepresidenta de Nicaragua, Rosario María Murillo Zambrana.

El 10 de febrero pasado, las autoridades de Salud informaron de un brote de 'locura colectiva' en la comunidad de Raití, Alto Wangki, también en la RACN, habitada en su mayoría por indígenas miskitos.<sup>8</sup>

Según el nuevo reporte del Ministerio de Salud, en la comunidad de Santo Tomás de Umbrá se han presentado 27 casos de indígenas con delirios y gritos.



Indígenas miskitos en Puerto Cabezas, Nicaragua.

<sup>8</sup> Ver 'Nicaragua, Región Autónoma de la Costa Caribe Norte: Detectan nuevo brote de locura colectiva' en Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 1.879, de fecha 13 de febrero de 2017, haciendo clic [aquí](#).



“Las personas alteradas en su conducta habitual ya están en condición estable”, aseguró Murillo.

Agregó que un grupo de médicos tradicionales llegará a esa comunidad indígena para atender a los afectados, junto al Ministerio de Salud.

En total, las autoridades de Salud registran 34 personas afectadas en el último mes por ese mal, conocido por los nativos como *grisi siknis*.

Los afectados sufren convulsiones, alucinan y corren desesperadamente con palos o machetes en mano, hasta que se desmayan y recuperan la conciencia sin recordar nada.

El mal es atribuido a maleficios a cargo de brujos o hechiceros, muy temidos en esa zona, para obligar a la gente a pagar cuantiosas sumas de dinero por la cura a cambio de salvar la vida de sus seres queridos.

Los científicos consideran que se trata de estados graves de desesperación causados por la extrema pobreza en que han vivido los indígenas miskitos del Caribe Norte.

El antropólogo nicaragüense experto en pueblos indígenas Víctor del Cid ha sugerido que sean chamanes los que atiendan ese mal en Nicaragua, con sus técnicas y procedimientos ancestrales.

En mayo de 2016, en la ciudad colonial de León, a 97 kilómetros al noroeste de Managua, un grupo de estudiantes universitarios debieron ser tratados por la enfermedad, y en 2003 y 2009 también se registraron brotes en el Caribe norte del país.



### Perú, Ayacucho: Murió un adolescente por fiebre amarilla

2 de marzo de 2017 – Fuente: Correo (Perú)

Un adolescente que estaba de vacaciones aprovechó para viajar a la selva para ganarse la vida como peón. Según sus familiares, viajó en buenas condiciones de salud a inicios del año a Mozobamba Alta, distrito de Santa Rosa (La Mar), pero después de unas semanas comenzó a sentirse mal y regresó a la ciudad de Ayacucho.

Su salud no mejoraba, por lo que el 24 de febrero fue llevado al Hospital Regional ‘Dr. Miguel Ángel Mariscal Llerena’ de Ayacucho, donde lo internaron muy grave en la unidad de cuidados intensivos, falleciendo el 28 de febrero a consecuencia de la fiebre amarilla.

Los análisis de laboratorio que le practicaron descartaron el dengue, pero de todas maneras las muestras fueron enviadas a la ciudad de Lima para un estudio más minucioso.

De acuerdo al diagnóstico, la enfermedad causó un daño hepático severo, lo cual originó una falla multiorgánica.

Este es el primer caso de muerte, en lo que va de 2017, causada por la fiebre amarilla.<sup>9</sup>



### Venezuela: Estiman que este año habrá medio millón de casos de malaria y unas 350 muertes

5 de marzo de 2017 – Fuente: El Nacional (Venezuela)

La explosión de la malaria registrada en el último lustro en Venezuela no solo ha dejado los números más altos de la historia en casos notificados, sino que también se ha traducido en mayor cantidad de muertes. La Sociedad Venezolana de Salud Pública y la Red Defendamos la Epidemiología revelaron datos que el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) se ha empeñado en ocultar desde noviembre de 2014 cuando suspendió la publicación del Boletín Epidemiológico Semanal: en 2016 la malaria cobró la vida de, al menos, 150 personas.

La cifra es 15 veces mayor a la de hace cuatro años, cuando en 2012 hubo apenas 10 fallecimientos por esta epidemia.

“Y podrían ser más víctimas mortales, porque sabemos que hay un amplio subregistro de casos. El Informe Mundial de la Malaria de 2016 estima valores que están por encima de los que manejamos en el país. Ese documento habla de 220 fallecidos en Venezuela”, advirtió el ex ministro de Sanidad, José Félix Oletta López.

El crecimiento de la epidemia se ha descontrolado. El año pasado el aumento de infectados fue de 76%. Los 240.631 casos de malaria se convierten en un número rojo que hace olvidar los tiempos en los que el país, después de Estados Unidos y Rusia, fue el tercero en erradicar la enfermedad.



<sup>9</sup> Es lamentable que este joven no haya estado vacunado contra la fiebre amarilla antes de aventurarse en la selva. La cuenca del Amazonas, incluyendo la parte correspondiente a Perú, es endémica para el virus de la fiebre amarilla, donde se mantiene en su ciclo selvático. En esta área se registran esporádicamente casos humanos de fiebre amarilla. En 2015, Perú informó 21 casos humanos de fiebre amarilla selvática en siete regiones. Al parecer, no se hace mención de muertes de monos infectados con el virus de la fiebre amarilla en la selva, que a menudo es indicador de circulación del virus en la zona. Los casos humanos selváticos conllevan el riesgo de la propagación subsiguiente en poblaciones humanas urbanas y suburbanas cuando los individuos infectados llevan el virus a áreas donde está presente el vector del ciclo urbano, el mosquito *Aedes aegypti*, y cuando estas poblaciones no están vacunadas.

“Para 2017 la proyección no es mejor. Los cálculos que hemos hecho estiman que los contagios aumentarán entre 510.000 y 550.000 casos, con grave impacto sobre la salud de la población. Si esa proyección se mantiene, podríamos ver entre 320 y 350 muertes. Y esa situación puede ser peor si la malaria se sigue diseminando en el resto del país. El problema puede ser muy grande porque no hay capacidad de diagnóstico”, indicó Oletta.

### Más formación

En este momento 16 entidades federales están en epidemia o alarma por malaria. Bolívar es el que más casos aporta. Amazonas, Delta Amacuro, Monagas, Apure, Guárico, Anzoátegui, Barinas y Miranda también tienen focos activos de la enfermedad. El 16% de la población está expuesto a la malaria.

La preocupación de Oletta por la imposibilidad de un diagnóstico precoz la comparten en el Instituto de Altos Estudios ‘Dr. Arnoldo Gabaldón Carrillo’, especializado en tratamiento de malaria. El malariólogo de esa institución, Ángel Castillo, visitó Monagas el año pasado luego de que la entidad quedó desguarnecida de una organización antimalaria. “No tenían ni siquiera cómo diagnosticar. En plena epidemia no tenían ni un microscopista. Aunque los estados Sucre y Guárico los ayudaban, no daban abasto”, contó.

Castillo fue el intermediario entre el instituto, las autoridades de salud de Monagas y la Dirección de Salud Ambiental. “Meses después se hizo un curso para formar a microscopistas, médicos y bioanalistas en malaria. Lo terrible es que a veces los mismos profesionales no piensan en malaria al ver los síntomas de los enfermos, los ruletean e incluso ocurren muertes”. Opina que aunque el caso recibió una solución parcial, es necesario formar a médicos de todas las entidades para prevenir el avance de la enfermedad.

Tanto Oletta como Castillo advirtieron del riesgo de que no haya suficientes medicamentos para tratar a los enfermos, ni suficientes acciones para eliminar los mosquitos *Anopheles* que transmiten el mal. “Si curas a una persona, eliminas el parásito y la persona vuelve al área de contagio, es posible que vuelva a ser picada por un mosquito infectado. Si no la curas bien, esa misma persona puede funcionar como reservorio de la enfermedad. Solo tratar a los enfermos es un despilfarro. Hay que unirlos a medidas de erradicación del mosquito, uso del mosquitero y telas metálicas rociadas con repelente, y educación”, dijo Castillo.

### Líderes en exportación de infectados

Venezuela es el país que exporta más casos de malaria a Colombia. En 2016, el país vecino tuvo 83.356 casos de malaria, el doble de lo que habían tenido en 2015 cuando habían logrado reducir la epidemia a casi 45.000 casos. De ese total, 605 eran casos procedentes del exterior: 507 habían sido contagiados en Venezuela, de acuerdo con información oficial divulgada en el Boletín Epidemiológico Semanal N° 52 del Instituto de Salud de Colombia. Así, 83% de los casos de malaria importados en Colombia procedieron de Venezuela.

La tendencia no se revierte en 2017. Hasta el 18 de febrero, de los 52 casos que identificaron como procedentes del exterior, 45 llegaron de Venezuela, 4 de Brasil y el resto de un lugar no determinado.

“Entre Colombia y Venezuela hay una frontera abierta e históricamente nos pasamos casos, pero lo que está sucediendo en este momento es un reflejo de la explosión de la epidemia en Venezuela y de la disminución de casos en otros, como Brasil y la propia Colombia”, explicó Oletta.

Las autoridades sanitarias colombianas tienen precisión en los datos que ofrecen. Su Boletín Epidemiológico que, a diferencia del venezolano, sí se publica todas las semanas, tiene más de 90 páginas con un desglose detallado, en el apartado de malaria, de la cantidad de casos complicados, no complicados e importados. Incluso aportan especificidad en la procedencia de los infectados importados con respecto a cada uno de sus departamentos.

### El dato

En el año 2000, la cantidad de casos de malaria que se presentaba en Venezuela equivalía a 2% de todas las infecciones por esta epidemia en el continente. Diecisiete años después, con la reemergencia de la enfermedad, el país pasó a aportar 48% de la incidencia de malaria en toda América.

## El mundo



### Filipinas, Bisayas: Declaran brote de cólera en dos áreas de las islas

1 de marzo de 2017 – Fuente: Alto Broadcasting System-Chronicle Broadcasting Network (Filipinas)

El Departamento de Salud ha declarado un brote de cólera en dos áreas de las Bisayas.

Las zonas afectadas son Sitio Badjao Bridge (barangay de Totolan, ciudad de Dauis, Bohol) y Carnaza Island (ciudad de Daanbantayan, Cebu).

Setenta y cinco residentes de Sitio Badjao Bridge fueron trasladados al hospital la semana pasada, pero ya se están recuperando.

Mientras tanto, más de un centenar de casos de cólera fueron confirmados en Carnaza Island.

Muchas personas se vieron afectadas de diarrea severa. Se informó de un niño de 4 años de edad que murió, pero fue diagnosticado con asma antes de presentar diarrea.

El Departamento de Salud ha enviado nuevos contenedores con agua y productos químicos potabilizadores a las zonas afectadas.

Los residentes de las zonas mencionadas han sido informados sobre la limpieza de su entorno y el mantenimiento de instalaciones sanitarias adecuadas para prevenir otro brote.

La sequía amenaza a millones de personas en Somalia. El 4 de marzo, el primer ministro de Somalia, Hassan Ali Khaire, informó que 110 compatriotas suyos habían fallecido en las últimas 48 horas a causa del hambre. Esa cifra se restringe al suroeste de esa nación. Ese es el primer reporte de muertes relacionadas con la falta de agua y alimentos desde que el Gobierno local declaró el estado de emergencia el 28 de febrero. La Organización de Naciones Unidas (ONU) estima que cinco millones de somalíes necesitan auxilio urgente.

A los decesos por inanición se suman los atribuidos al cólera: al menos 69 personas han perdido la vida en las últimas 24 horas. En su mayoría, las víctimas son niños y ancianos de aldeas próximas a la localidad de Baido. Las autoridades fueron alertadas de la situación el 3 de marzo. Más de 70 hospitalizaciones han tenido lugar debido a este brote de cólera, causado por los cortes en el suministro de agua que, a su vez, son propiciados por la sequía.

En lo que respecta a la escasez de alimento, la ONU ha advertido que la hambruna generalizada es inminente, no solamente en Somalia, sino también en Nigeria, Sudán del Sur y Yemen. De ahí que la organización hiciera un llamado el mes pasado para socorrer a las poblaciones de esos Estados.

El secretario general de la ONU pidió que se recolectaran 4.400 millones de dólares con ese propósito. El rescate de esa enorme cantidad de personas promete verse dificultado por el conflicto militar entre ciertos Gobiernos y grupos terroristas como Al Shabaab y Boko Haram, que les impiden a las organizaciones humanitarias acceder a algunas zonas afectadas. El 3 de marzo, organizaciones no gubernamentales como Save the Children, Oxfam Intermón y Acción contra el Hambre describieron este estado de cosas como “la crisis olvidada”.



**Las coberturas globales de vacunación, un escudo con agujeros**

9 de febrero de 2017 – Fuente: Medicamentalia (España)

La vacuna del sarampión se inventó en la década de 1960. Ya en la de 1980, su uso se empezó a generalizar. Décadas después, la enfermedad sigue activa. En 2015 se registraron casi 200.000 casos en todo el mundo y 73.844 niños menores de cuatro años murieron a causa de este mal evitable. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha ido retrasando sus objetivos para la erradicación y, ahora mismo, el plan pasa por acabar con el sarampión en al menos cinco de las seis regiones del mundo en 2020. Con las cifras de inmunización actuales, no parece sencillo.

En 2015, 105 países –de los 187 de los que recogió estimaciones la OMS sobre unos 196 existentes– no alcanzaron el porcentaje de inmunización necesario para formar un escudo capaz de frenar la transmisión del sarampión, la llamada inmunización de rebaño, que se produce a partir del 95% de vacunados. Y es que el sarampión, con una propagación fácil y rápida, necesita porcentajes muy elevados de población inmunizada para crear esta barrera protectora. Vacunar a 95% de la población no solo evita que el sarampión se extienda cuando hay un brote, sino que, al frenar la transmisión, protege a aquellos que más lo necesitan: quienes no se pueden vacunar (bebés que no alcanzan la edad suficiente o personas inmunodeficientes, con alergias a los componentes de las vacunas u otros problemas de salud). Gracias al efecto rebaño, ellos también están protegidos. Un brote ocurrido en 2016 en Rumania, que acabó con la vida de bebés menores de un año –que no habían alcanzado la edad de vacunación– mostró las consecuencias de no alcanzar esos porcentajes y tener el escudo a punto.

**Inmunización de rebaño**  
 Es el porcentaje de cobertura necesario para frenar la transmisión de una enfermedad. Se calcula teniendo en cuenta su poder de contagio. Cuanto más rápido y fácil se propague, más alto debe ser el nivel de inmunización para garantizar su control.

El patrón es claro (aunque haya desviaciones): la media en los países de bajos ingresos está por debajo de 83%, mientras en el grupo de los más ricos se acerca a 95%. Pero el contagio no es local, ni siquiera regional y ni mucho menos por sectores estancos divididos en niveles de ingresos. El contagio de una enfermedad tan escurridiza no se detiene en esas fronteras, es un problema global. Y el escudo del planeta contra el sarampión, en esa primera dosis, está en 85%.

Las cifras –fuentes y metodología– empeoran si tenemos en cuenta que todos esos porcentajes de cobertura, que son estimaciones, corresponden a la primera dosis de la vacuna, la que se suele poner al año de edad –en la mayoría de casos, en combinación con otras como la de la parotiditis y la de la rubéola, la llamada triple viral– y que son necesarias dos dosis para que la protección sea efectiva. Pero los números de la segunda toma son aún peores. Solo 50 de los 143 países de los que la OMS tiene datos alcanzaron ese 95%.

Destacan casos como el de Malawi, con 85% de inmunización en la primera dosis y 8% en la segunda; o Níger, que pasa de 89 a 16%. Pero este problema no es exclusivo de países en vías de desarrollo: Luxemburgo pasa de 99 a 86% y, Bélgica, de 96 a 85%.

La caída del porcentaje de vacunados entre las primeras dosis –normalmente al nacimiento o cuando el niño es aún muy pequeño– y las siguientes es uno de los asuntos que preocupan a instituciones como el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico (SAGE) de Vacunas de la OMS, que lo reportó en su último informe<sup>10</sup>, y a entidades sin ánimo de lucro que trabajan sobre el terreno como Médicos sin Fronteras (MSF).

En sus informes, la organización incluye el complejo calendario de vacunación como uno de los problemas para acceder a las vacunas de los países con malas infraestructuras y escasez de medios humanos y materiales. En la

<sup>10</sup> Puede consultar el informe completo, en inglés y francés, haciendo clic [aquí](#).



### El desplome de la vacunación en Guatemala

La vacunación en Guatemala pasó de ser un problema controlado, con coberturas superiores a 90%, a riesgo de epidemia. El desplome no ha sido gradual, sino de golpe. Según datos de la OMS, el país pasó de 93 a 67% de cobertura en la vacuna del sarampión de 2013 a 2014.

Según un sondeo realizado en 2016 por el Procurador de Derechos Humanos del país, Acción contra el Hambre, la Alianza Nacional de Organizaciones de Mujeres Indígenas por la Salud Reproductiva (ALIANMISAR) y la Alianza por la Nutrición, la situación es aún peor y el problema se alarga en el tiempo. En abril de 2016, según la encuesta, siete de cada diez menores de dos años no contaban con el esquema completo de vacunación.

El Gobierno actual achaca el problema a la falta de coordinación y control y a los problemas financieros del ministerio, que acabaron con impagos a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a través de la cual adquieren las vacunas. Desde las organizaciones civiles se añaden también acusaciones de corrupción.

A la falta de vacunas se suma la escasez de personal, después de que el Gobierno rompiera los acuerdos que tenía con varias ONG que se encargaban de los servicios médicos en las zonas más desfavorecidas. Y que 46,5% de la población sufre desnutrición crónica.

En octubre de 2015 el stock de vacunas empezó a recuperarse y en los últimos meses se han tomado algunas medidas para intentar recuperar a esos niños que se perdieron su ronda de vacunas en los dos últimos años. En una región en la que enfermedades como la poliomielitis llevan años desaparecidas, y en un país que no vive un caso de sarampión desde 2007, el riesgo de recaídas es elevado.

actualidad, el responsable de un menor tiene que llevarle a vacunar, al menos, cinco veces en su primer año de vida.

India, donde se produjo 30% de las muertes por sarampión de menores de cuatro años de todo el mundo en 2015, con 22.703 fallecidos, registró estimaciones de cobertura de 81% en la primera dosis y 69% en la segunda.

### Pakistán, reducto de la poliomielitis

Muy cerca, en Pakistán, la poliomielitis se resiste a desaparecer del todo, aunque la vacuna se inventó en la década de 1950. En 2016 se registraron 42 casos de esta enfermedad en todo el planeta. 21 de ellos se produjeron en Pakistán y otros 13 justo al otro lado de la frontera, en Afganistán.

El resto se dieron en Laos (3) y Nigeria (5). Estos cinco casos, aunque aislados, son muy importantes: justo un año antes África celebraba que Nigeria salía de la lista de países en los que la poliomielitis era endémica y la región daba un primer paso para erradicar esta enfermedad de forma definitiva. Los conflictos que vive el país frenan el acceso de servicios médicos y organizaciones a determinadas áreas, lo que hace casi imposible alcanzar las coberturas y, por tanto, pone en peligro a esas poblaciones.

Aunque el final de esta enfermedad viral esté cerca, es necesario mantener los niveles de inmunización altos para no dejar espacio a la transmisión y lograr la erradicación definitiva. En abril de 2016 la vacuna se sustituyó de forma simultánea en casi todo el planeta por orden de la OMS. Si hasta entonces protegía de tres serotipos de la enfermedad, ahora protege de dos de ellos (1 y 3), puesto que el tipo 2 provoca buena parte de los casos derivados de la vacunación.

En 2015, los niveles mundiales de vacunación de la tercera y última dosis de la poliomielitis, estaba en 86%, según las estimaciones que recoge la OMS. Pakistán, uno de los últimos reductos donde se extiende esta enfermedad, consiguió alcanzar niveles de 75% en 2015. La historia de este país también incluye algo de paso atrás (estuvo en 89% en 2011 y 2012) y un poco de esperanza hacia la mejora, ya que en 2013 los niveles eran mucho peores, de 66%. Los países con peores coberturas son Somalia (42%) y Guinea Ecuatorial (27%).

Somalia y Guinea Ecuatorial son también los que presentan peores cifras de vacunación (44 y 17%, respectivamente), junto a Ucrania, de la tercera dosis de la vacuna triple bacteriana (que protege contra la difteria, el tétanos y la tos convulsa). El caso de Ucrania es otro ejemplo de marcha atrás: sus cifras de inmunización cayeron en picado de 76% en 2012 a 23% en 2015.

La vacuna triple bacteriana incluye tres dosis y, en algunos países, una cuarta de refuerzo. Como pasa con el sarampión, una buena parte de los vacunados en la primera tanda acaban perdiéndose las últimas. En Guatemala vacunaron a 96% de los niños con la primera dosis, una cifra alta y más que suficiente para alcanzar la inmunización de rebaño, pero llegaron solo a 73% con la tercera. En Panamá, un caso similar, pasaron de 99 a 74%.

Esta vacuna protege contra la difteria, el tétanos y la tos convulsa, tres enfermedades que siguen activas, aunque en algunos países suenan a leyendas negras de otra época. En 2015 se produjeron más de 10.000 casos de tétanos y más de 4.500 de difteria en todo el mundo. Ambas enfermedades han visto caer estas cifras de forma drástica gracias, entre otras cosas, a las vacunas.

La tos convulsa, en cambio, sigue provocando un número elevado de enfermos y muertes infantiles, y las cifras de los últimos años no acaban de menguar. De hecho, en algunos años, como 2012 y 2014, creció el número de afectados. En 2015, se registraron 142.412 casos. De ellos, 56.696 niños murieron a causa de esta enfermedad, un 15% de ellos en Nigeria.

La batalla hasta la erradicación total de una enfermedad es larga y con altibajos. Por esa razón, es importante no bajar la guardia, mantener el escudo a punto y no dar por hecho que algunas enfermedades han desaparecido solo porque dejemos de verlas –y sufrirlas– en nuestro ámbito más cercano.

Desde que se inventó la vacuna contra el sarampión y se puso en marcha en todos los países del mundo, la enfermedad casi ha desaparecido en algunas regiones y países, en los que los más jóvenes ni la recuerdan.

### Las causas, según Médicos Sin Fronteras

Médicos Sin Fronteras (MSF) establece, en uno de sus informes, las causas que, en su opinión, impiden alcanzar los niveles de vacunación básicos. Por un lado, los precios: el paquete básico es ahora 68 veces más caro que en 2001, según sus cálculos. Por el otro, las vacunas no están adaptadas a los países con menos recursos. En la mayoría de casos, su conservación exige una temperatura constante, entre 1 y 8°C, algo difícil de lograr en áreas en las que los transportes refrigerados y la electricidad escasean; además de profesionales cualificados, porque no todo el mundo puede pinchar a un menor.

Por eso, MSF reclama el desarrollo de vacunas termoestables, como MenAfriVac®, la vacuna creada para prevenir la meningitis por meningococo A en África Subsahariana; y que no necesiten agujas para administrarse, ya sea orales –como la de la poliomielitis– o sistemas inyectables, como parches.

Además, reclama mejoras para que el calendario de vacunación no exija cinco visitas mínimas al médico solo en el primer año de vida, algo que se hace difícil para familias sin recursos, con problemas de transporte o en zonas en conflicto. Pero la adaptación de las vacunas no es necesaria solo en estos puntos prácticos, también es un problema de base. Según la organización, se llevan a cabo pocos estudios sobre cepas que afectan a países en desarrollo porque la investigación se centra en buscar vacunas para la epidemiología de los países del primer mundo.

En otros, en los que la situación había mejorado y ya estaba casi erradicada, han vuelto los brotes. Así ocurrió en Irak en 1998 y en 2009, vinculado a los problemas de acceso y medios antes, durante y después de los conflictos. O en Bulgaria, que tras casi una década con uno o ningún caso al año, vio renacer el sarampión con más de 2.000 casos en 2009. En 2010 alcanzó los 22.000, el mayor número de toda su historia registrada.

En Mongolia, un brote que asomó la cabeza en 2015 y se alargó durante 2016 reportó miles de casos y mató a más de un centenar de personas, la mayoría bebés de menos de ocho meses, aquellos que debían haber sido protegidos por la inmunización de rebaño. La falta de confianza en las vacunas tiene mucho que ver: 26,8% de los encuestados en ese país para el proyecto *The Vaccine Confidence 2016* se mostró en contra de la afirmación de que las vacunas eran seguras.<sup>11</sup>

Las estimaciones que envió el país a la OMS aseguraban que los niveles de cobertura del país superaban los umbrales mínimos. Pero si los datos no son precisos o se producen bolsas de población sin alcanzar los niveles básicos, el escudo tampoco funciona.

Aunque hay razones para ser optimista en algunas zonas, la dificultad de vacunar a todos los niños en áreas en conflicto o con problemas de recursos e infraestructuras, y en mucha menor medida, la oposición a las vacunas, no permite erradicar enfermedades para las que, desde hace décadas, tenemos un escudo más que efectivo. Según la propia OMS, 21,8 millones de lactantes no reciben las vacunas básicas.

El último informe del grupo de expertos de la OMS es claro: alerta de que siguen "muy preocupados" porque "el progreso hacia los objetivos de erradicar la poliomielitis, eliminar el sarampión y la rubéola y eliminar el tétanos materno y neonatal es demasiado lento". Y es que la media mundial de coberturas solo se ha incrementado 1% desde 2010.

## Congreso



**VI CONGRESO HOSPITAL MUÑIZ**

VI Congreso de Enfermedades Endemoepidémicas del Hospital de Infecciosas Francisco J. Muñiz

**LA PREVENCIÓN COMO ESTRATEGIA REGIONAL EN SALUD.**

**8, 9 y 10 de noviembre de 2017**

Centro Metropolitano de Diseño  
Algarrobo 1041, Ciudad de Buenos Aires

Actividad no arancelada

[www.congresomuñiz.org.ar](http://www.congresomuñiz.org.ar)

SECRETARÍA E INFORMES

 Arenales 3275 - 5° (1425) - Buenos Aires - Argentina  
Tel: (54-11) 4827-5816 - Tel./Fax: (54-11) 4827-5972  
Celular: 154-048-6434 - Email: [ines.escalada@escalada.com](mailto:ines.escalada@escalada.com)

 Hospital de Infecciosas Francisco J. Muñiz

 DISTRITO DE DISEÑO  
CMD

 Vamos Buenos Aires

<sup>11</sup> Puede consultar el informe completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).



Department of Health (2012. Vermont, 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](mailto:reporteepidemiologicocba@gmail.com), aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.