



# Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente  
Córdoba - Argentina

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

Esta publicación cuenta con el beneplácito de la Legislatura Unicameral de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

## Noticias

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

### Córdoba

- Río Cuarto: Dos casos de triquinelosis se habrían contagiado en La Pampa

### Argentina

- Vigilancia de hantavirus
- Posición de la CONAIN ante el proyecto que pretende derogar la vacunación gratuita y obligatoria

### América

- Actualización epidemiológica sobre la situación de la fiebre amarilla en la Región
- Brasil: La enfermedad de Chagas podría transmitirse por vía sexual
- Estados Unidos: Aumentaron las infecciones intestinales recurrentes por *Clostridium difficile*
- Estados Unidos: Los dueños de mascotas son más propensos a tener garrapatas

- Perú: Al menos 30 niños fallecidos por neumonía en la región selvática

- República Dominicana: El 30% de las muertes maternas corresponde a haitianas ilegales

- Surinam: Detectan alimentos contaminados con pesticidas

### El mundo

- España retrasa la implantación de la profilaxis pre-exposición para el VIH
- Nigeria: Brote de hepatitis E aguda
- Yemen: La OMS considera aplazar el envío de las vacunas para hacer frente al brote de cólera
- En muchos lugares del mundo se carece de jabón para lavarse las manos



## Número 1.942

14 de julio 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.)  
 Fanch Dubois (Fra.)  
 Milagros Ferreyra (Fra.)  
 Salvador García Jiménez (Gua.)  
 Ángela Gentile (Arg.)  
 Ezequiel Klimovsky (Arg.)  
 Susana Lloveras (Arg.)  
 Gustavo Lopardo (Arg.)  
 Eduardo López (Arg.)  
 Tomás Orduna (Arg.)  
 Dominique Peyramond (Fra.)  
 Daniel Pryluka (Arg.)  
 Charlotte Russ (Arg.)  
 Horacio Salomón (Arg.)  
 Eduardo Savio (Uru.)  
 Daniel Stecher (Arg.)  
 Carla Vizzotti (Arg.)

### Adhieren:

#### SLAMVI

Sociedad Latinoamericana  
de Medicina del Viajero

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



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



[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/)



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



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

**PUNTAL Río Cuarto: Dos casos de triquinelosis se habrían contagiado en La Pampa**

11 de julio de 2017 – Fuente: Puntal (Argentina)

Aunque en un principio se vinculó a todos los casos de triquinelosis con un brote en el barrio Oncativo de Río Cuarto, al menos dos de los 37 casos detectados por las autoridades sanitarias no se habrían contagiado allí, sino en un viaje de cacería a la vecina provincia de La Pampa. No se reportan casos positivos desde la semana pasada, pero de todas formas habrá una vigilancia epidemiológica hasta el mes que viene.

Dos riocuartenses que realizaban un viaje de caza en La Pampa se infectaron con triquinelosis y manifestaron los primeros síntomas algunos días más tarde. Se presume que se contagiaron por consumir alimentos contaminados, pero no se dio a conocer cuál era su origen.

De todos modos, autoridades sanitarias locales desvincularon los casos con el brote de la enfermedad que se declaró a mediados del mes de junio en el barrio Oncativo.<sup>1</sup>

La semana pasada, funcionarios del Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA), el Ministerio de Agricultura provincial y el Ente Descentralizado de Control (EDECOM) llevaron a cabo un fuerte procedimiento en el barrio Oncativo, donde secuestraron y sacrificaron alrededor de 86 cerdos, como medida preventiva para erradicar el foco de triquinelosis. Las pruebas de laboratorio arrojaron resultados positivos para triquinelosis en todos los animales incautados.

Además, se intervino una carnicería que habría comprado animales en el barrio.

El brote se declaró el 13 de junio pasado, cuando una familia de barrio Oncativo enfermó después de haber consumido chorizos caseros de su propia producción.

En este marco, el SENASA sacrificó en primer término a un grupo de 10 animales que se alimentaban en un basural, y otros 86 cerdos fueron decomisados y pasados a faena sanitaria la semana pasada. Las pruebas de laboratorio efectuadas por las autoridades sanitarias dieron positivo para triquinelosis en todos los casos analizados.

En ese mismo sector de la ciudad, en marzo se habían pasado a faena sanitaria a siete cerdos, pero en aquella oportunidad la enfermedad no se había transmitido a personas. Hubo una intervención del Ministerio de Agricultura de la Provincia a partir de una muestra que el propio productor llevó para su análisis, que dio positivo, y se procedió al secuestro y faena sanitaria de los siete cerdos que tenía esta persona.

**Argentina****Posición de la CONAIN ante el proyecto que pretende derogar la vacunación gratuita y obligatoria**

4 de julio de 2017 – Fuente: Comisión Nacional de Inmunización (Argentina)

La Comisión Nacional de Inmunización (CONAIN) es un organismo técnico independiente que asesora al Ministerio de Salud de Argentina para tomar decisiones sobre aspectos relacionados con la vacunación, basados en la evidencia y en la epidemiología local. Para efectuar recomendaciones sobre vacunas, la CONAIN considera, entre otros elementos, la seguridad y los estudios costo-efectividad que permiten establecer, además del beneficio sanitario, el impacto en cuanto a costos que esta medida representa para la salud pública.

Frente a la posibilidad de que se discuta un proyecto de ley que pretende instalar el consentimiento informado para la vacunación gratuita y obligatoria, los integrantes de la CONAIN deseamos expresar las siguientes consideraciones:

Promover la no obligatoriedad de las vacunas significa desconocer el impacto que la medida de salud pública ha tenido en Argentina y en el mundo a partir de la incorporación de esta valiosa herramienta de prevención. Si bien el desarrollo de la cultura de nuestra sociedad permite la posibilidad de libre elección frente a distintas alternativas, no es el caso de la vacunación, ya que la misma no sólo protege al individuo sino también al resto de la comunidad. Cuando una persona contrae una enfermedad prevenible a través de las vacunas, además de las consecuencias individuales sobre su salud, genera tanto en su familia como en el sistema sanitario un costo agregado. En este sentido, los países que han optado por la libre decisión del individuo acerca de la vacunación han incrementado el número de casos de enfermedades, y en numerosos casos también de muertes, por enfermedades inmunoprevenibles como el sarampión o la difteria. La vacunación es un derecho de las personas, pero a veces la comunidad no tiene los elementos suficientes para definir si una medida es beneficiosa o no, ya que ésta es una de las tareas irremplazables del Estado. En este sentido, cuando una madre concurre o lleva a su hijo a vacunar tácitamente está expresando la conformidad de vacunarle, lo mismo ocurre con un ciudadano que se acerca a un centro asistencial para recibir su vacuna.

La vacunación es un deber del Estado y proponer que los padres o los individuos adultos firmen un consentimiento informado transforma esta responsabilidad del Estado en un acto volitivo con los riesgos que conlleva. La obligatoriedad de la firma de un consentimiento informado implica también una barrera a las oportunidades de vacunación

<sup>1</sup> Ver 'Río Cuarto: Detectan 14 casos de triquinelosis por consumir chorizos contaminados' en Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 1.936, de fecha 30 de junio de 2017, haciendo clic [aquí](#).

que tienen las personas y pone en grave riesgo las tasas de coberturas. Más allá de esto, debemos instalar cada vez más el concepto que la vacunación es un derecho al cual las comunidades pueden y deben acceder.

Por otro lado, los vacunadores en los distintos centros del país, están entrenados para explicar y detectar aquellas personas que por algún motivo, ya sea transitorio o definitivo no puedan recibir alguna de las vacunas de nuestro calendario.

El proyecto mencionado también tiende a producir dudas e incertidumbre sobre la importancia y la seguridad de las vacunas. Se debe tener en cuenta que en todas las etapas de la investigación y el desarrollo de las vacunas, la seguridad es un aspecto que se exige como parte del mismo y la CONAIN toma en cuenta los datos obtenidos en los estudios de investigación o en la vigilancia que se efectúa después de la implementación de las vacunas en otros países. Sumado a este hecho, el Ministerio de Salud de nuestro país mantiene sistemas de vigilancia de eventos adversos potencialmente atribuibles a las vacunas (Farmacovigilancia, Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica) y como parte del mismo se ha constituido una Comisión Nacional de Seguridad en Vacunas (CONASEVA) que analiza cada uno de estos eventos que previamente ha sido comunicado por el profesional interviniente.

Considerando todo lo expuesto, los integrantes del Núcleo de Expertos de la CONAIN expresamos nuestro rechazo al proyecto presentado por la Diputada Nacional Paula Marcela Urroz ante la Honorable Cámara de Diputados de la Nación.

Al mismo tiempo queremos aprovechar esta oportunidad para expresar nuestro apoyo al anteproyecto de ley 0936-D-2016 denominado "Enfermedades prevenibles por vacunación: Régimen para implementar una política pública de control", presentado ante la misma Cámara en marzo del año 2016. Abogamos para que se lleven a cabo las acciones correspondientes para que este último proyecto no pierda el estado parlamentario atento a la importancia de contar con un marco legal y regulatorio que contemple el crecimiento de esta política de estado.

Firman este documento los integrantes del Núcleo de Expertos de la CONAIN: Dr. Pablo Bonvehí, Dra. Ángela Gentile, Dra. Silvia González Ayala, Dr. Eduardo López y Dr. Pablo Yedlin.

 **Vigilancia de hantavirosis** 10 de julio de 2017 – Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

**Tabla 1.** Casos notificados y confirmados, según provincia y región. Argentina. Años 2016/2017, hasta semana epidemiológica 22. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.<sup>2</sup>

Provincia/Región	2016		2017	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	15	1	27	—
Buenos Aires	176	7	225	18
Córdoba	17	—	11	—
Entre Ríos	125	1	32	1
Santa Fe	334	—	166	2
<b>Centro</b>	<b>667</b>	<b>9</b>	<b>461</b>	<b>21</b>
Mendoza	—	—	1	—
San Juan	—	—	—	—
San Luis	3	—	3	—
<b>Cuyo</b>	<b>3</b>	<b>—</b>	<b>4</b>	<b>—</b>
Corrientes	2	1	1	—
Chaco	48	—	41	1
Formosa	1	—	4	—
Misiones	6	—	2	—
<b>NEA</b>	<b>57</b>	<b>1</b>	<b>48</b>	<b>1</b>
Catamarca	—	—	—	—
Jujuy	614	9	128	9
La Rioja	—	—	—	—
Salta	119	15	95	8
Santiago del Estero	1	—	2	—
Tucumán	42	2	6	—
<b>NOA</b>	<b>776</b>	<b>26</b>	<b>231</b>	<b>17</b>
Chubut	7	1	5	2
La Pampa	2	—	1	—
Neuquén	5	—	5	1
Río Negro	16	5	12	4
Santa Cruz	1	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	1	—
<b>Sur</b>	<b>31</b>	<b>6</b>	<b>24</b>	<b>7</b>
<b>Total Argentina</b>	<b>1.534</b>	<b>42</b>	<b>768</b>	<b>46</b>

<sup>2</sup> Los casos notificados incluyen casos sospechosos, probables, confirmados y descartados.

## Actualización epidemiológica sobre la situación de la fiebre amarilla en la Región

10 de julio de 2017 – Fuente: Organización Panamericana de la Salud

Desde la semana epidemiológica (SE) 1 y hasta la SE 26 de 2017, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Perú y Surinam han notificado casos sospechosos y confirmados de fiebre amarilla.

• **Brasil:** Desde el inicio del brote en diciembre de 2016 y hasta el 31 de mayo de 2017, se notificaron 3.240 casos sospechosos de fiebre amarilla (792 confirmados, 1.929 descartados, y 519 en investigación), incluidas 435 defunciones (274 confirmadas, 124 descartadas y 37 en investigación). La tasa de letalidad entre los casos confirmados es de 35%.

Según el sitio probable de infección<sup>3</sup>, los casos sospechosos corresponden a 407 municipios, mientras que los casos confirmados se circunscriben a 130 municipios de ocho Estados (Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Rio de Janeiro, São Paulo y Tocantins) y el Distrito Federal.

Con relación a las defunciones confirmadas según sitio probable de infección, una corresponde al Distrito Federal, 85 a Espírito Santo, uno a Goiás, uno a Mato Grosso, 165 a Minas Gerais, 4 a Pará, 7 a Rio de Janeiro y 10 a São Paulo. En los estados con más de 5 defunciones confirmadas, la tasa de letalidad entre los casos confirmados es de 50% en São Paulo, 41% en Rio de Janeiro, 34% en Minas Gerais y 33% en Espírito Santo.

En Espírito Santo, Minas Gerais, São Paulo y Rio de Janeiro no se han confirmado casos en nuevos municipios en el último mes y la fecha de inicio de síntomas de los casos confirmados más recientes son: 18 de abril de 2017 (Minas Gerais), 19 de abril (São Paulo), 29 de abril (Espírito Santo) y 10 de mayo (Rio de Janeiro).

Pará mantiene cuatro casos confirmados en la SE 13 de 2017, y Tocantins presentó un caso confirmado en la SE 16. Adicionalmente se confirmó un caso en Goiás y otro en Mato Grosso, en un área conocida de riesgo para fiebre amarilla.

En Bahía, si bien hasta el momento no se han confirmado casos, desde el inicio del año y hasta el 8 de mayo de 2017 se registraron 255 epizootias en 78 municipios, de las cuales 54 epizootias en 28 municipios resultaron positivas para fiebre amarilla por la técnica de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR), 4 de ellas en barrios de Salvador.

Hasta el momento, no se ha notificado que el vector *Aedes aegypti* tenga un rol en la transmisión. No obstante, la confirmación de epizootias en grandes ciudades como Vitória en Espírito Santo y Salvador en Bahía, representan un alto riesgo para el cambio en el vector involucrado en la transmisión.

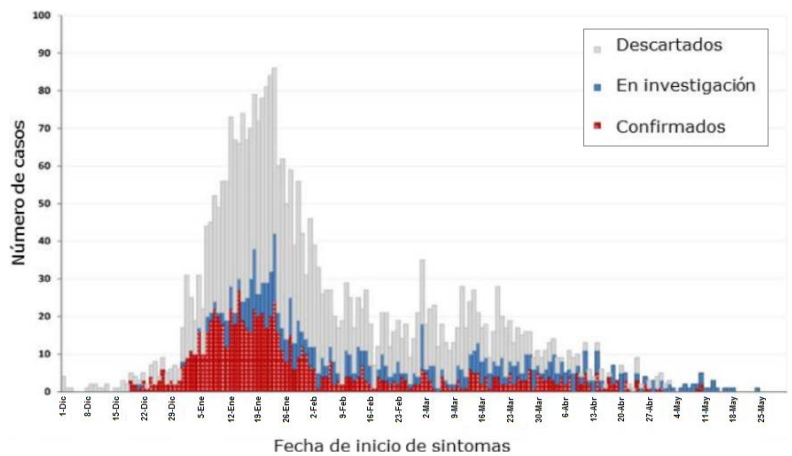
Desde el inicio del brote y hasta el 31 de mayo, en total se notificaron 3.850 epizootias en primates no humanos (PNH), de las cuales 642 fueron confirmados para fiebre amarilla, 96 fueron descartadas, y 1.448 permanecen en investigación.

Las epizootias en PNH se notificaron en el Distrito Federal y en los estados de Alagoas, Amazonas, Bahia, Goiás, Espírito Santo, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Rondônia, Roraima, Santa Catarina, São Paulo, Sergipe y Tocantins.

La notificación de epizootias, actualmente en investigación en estados que colindan con Argentina, Bolivia, Colombia, Guyana, Paraguay, Perú, Surinam, Uruguay y Venezuela representa un riesgo de circulación del virus hacia estos países, sobre todo en las áreas en que comparten un mismo ecosistema.

Con relación a la respuesta al brote implementada por el Ministerio de Salud de Brasil, entre enero y mayo de 2017, fueron distribuidas 26,3 millones de dosis de vacuna contra la fiebre amarilla con el fin de intensificar la estrategia de vacunación selectiva en 1.050 municipios de los estados de Bahia, Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro y São Paulo. Hasta el 31 de mayo, en 192 municipios se alcanzó una cobertura administrativa mayor o igual a 95%; en 381 municipios la cobertura alcanzada fue entre 75 y 94,9% y 477 municipios tienen una cobertura menor a 75% (126 de éstos con una cobertura inferior a 50%).

• **Bolivia:** Fue confirmado un nuevo caso de fiebre amarilla en la SE 25 de 2017, con el cual alcanza a un total de dos casos confirmados en 2017. El nuevo caso tuvo como lugar probable de infección el municipio Villa Tunari, en el Departamento Cochabamba. En este departamento no se registraban casos desde el año 2013. El otro caso confirmado durante 2017 tuvo como lugar probable de infección el municipio Caranavi, en el Departamento La Paz. En ambos departamentos, los sitios de infección corresponden a áreas conocidas de riesgo para fiebre amarilla.



**Gráfico 1.** Casos notificados de fiebre amarilla, según fecha de inicio de síntomas y estado probable de infección. Brasil. Del 1 de diciembre de 2016 al 31 de mayo de 2017. Fuente: Ministerio de Salud de Brasil.

<sup>3</sup> También hay 12 casos descartados que fueron notificados por otras Unidades Federativas.



- **Ecuador:** Se notificaron tres casos fatales de fiebre amarilla en las SE 8, 20 y 26 de 2017. Los tres casos correspondieron a hombres adultos, sin antecedente vacunal y que adquirieron la infección en la provincia de Sucumbíos.

- **Perú:** Hasta la SE 24 de 2017, se habían notificado 20 casos confirmados y probables de fiebre amarilla, incluidas tres defunciones. Al igual que lo ocurrido en el año 2016, la mayoría de los casos ocurrieron en el departamento Junín.

- No se reportan cambios en el número de casos notificados por Colombia y Surinam.

## Recomendaciones

Si bien en Brasil no se registran nuevos casos confirmados desde mayo de 2017, países como Bolivia, Ecuador y Perú notificaron unos pocos casos, en áreas conocidas de transmisión, lo que indica que el virus sigue circulando y existe riesgo de transmisión en población no inmunizada. Por ello, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud insta a los Estados Miembros a que continúen con los esfuerzos para detectar, confirmar y tratar adecuada y oportunamente los casos de fiebre amarilla. Para lo cual habrá que mantener al personal de salud actualizado y capacitado para detectar y tratar adecuadamente los casos, en especial en áreas conocidas de circulación del virus.

La OPS/OMS alienta a los Estados Miembros para que realicen las acciones necesarias para mantener informados y vacunados a los viajeros que se dirigen a zonas donde se recomienda la vacunación contra la fiebre amarilla.

## Vacunación

La vacuna contra la fiebre amarilla es segura y asequible y proporciona una inmunidad efectiva contra la enfermedad a 80-100% de los vacunados al cabo de 10 días y una inmunidad de 99% al cabo de 30 días. Una sola dosis es suficiente para conferir inmunidad y protección de por vida, sin necesidad de dosis de refuerzo.

Dada las limitaciones en la disponibilidad de vacunas y con el fin de hacer un uso racional de la misma, la OPS/OMS reitera sus recomendaciones a las autoridades nacionales:

- 1) Realizar una evaluación de las coberturas de vacunación contra fiebre amarilla en áreas de riesgo a nivel municipal para garantizar al menos 95% de cobertura en la población residente en estas áreas.

- 2) Los Estados Miembros que actualmente no estén enfrentando brotes, no deberían realizar jornadas de vacunación indiscriminadas. Se deberá priorizar el uso de vacunas en población susceptible y evitar la revacunación.

- 3) Asegurar la vacunación de todos los viajeros a áreas endémicas por lo menos 10 días antes de viajar.

- 4) Se recomienda contar con un pequeño stock de reserva, según disponibilidad de vacunas, que permita responder en caso de brotes.

- 5) Posponer la vacunación de rutina en niños en áreas no endémicas hasta que se cuente con suficientes vacunas. Una vez se tenga disponibilidad de vacunas, se deberá realizar una jornada de puesta al día para completar esquemas de vacunación.

## Precauciones

Se recomienda evaluar individualmente el riesgo epidemiológico de contraer la enfermedad frente al riesgo de aparición de un evento adverso en mayores de 60 años que previamente no han sido vacunados.

- La vacuna se puede ofrecer a individuos con infección por VIH asintomática con recuentos de CD4+  $\geq$  200 células/mm<sup>3</sup> que requieran vacunación.
- Las mujeres embarazadas deben ser vacunadas en situación de emergencia epidemiológica y siguiendo recomendaciones expresas de las autoridades de salud.
- Se recomienda la vacunación a mujeres que amamantan, que viven en zonas endémicas, dado que el riesgo de transmitir el virus de la vacuna al niño, es menor que los beneficios de la lactancia.
- Para las mujeres embarazadas o las mujeres que amamantan, que viajan a zonas con transmisión de fiebre amarilla, se recomienda la vacunación cuando el viaje no se puede posponer o evitar. Deben recibir asesoramiento sobre los beneficios y riesgos potenciales de la vacunación para tomar una decisión informada. Los beneficios de la lactancia materna son superiores a los de otras alternativas nutricionales.

La vacuna contra la fiebre amarilla está contraindicada en:

- Individuos inmunodeprimidos (incluidos aquellos con trastornos del timo, VIH sintomático, neoplasias malignas bajo tratamiento, tratamientos con inmunosupresores inmunomoduladores, trasplantes recientes, radioterapia actual o reciente).
- Personas con antecedentes de hipersensibilidad al huevo de gallina y sus derivados.<sup>4</sup>

Las infecciones humanas producidas por *Trypanosoma cruzi* y que causan la enfermedad de Chagas, podrían transmitirse sexualmente, según una investigación de científicos brasileños que aportó datos epidemiológicos, clínicos, parasitológicos, inmunológicos y de ácidos nucleicos del parásito.

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



La hipótesis no es nueva: fue esbozada a principios del siglo XX por algunos científicos pero desestimada durante varias décadas. Explicaría la expansión de la enfermedad, originaria de América Latina, a otros cuatro continentes hasta alcanzar casi 7 millones de víctimas.

Se evaluaron 109 individuos de cuatro familias que habitan en la región amazónica del Estado de Pará. De ellos, 21 tenían diagnóstico de la fase aguda de la enfermedad. A lo largo de tres años les tomaron pruebas de anticuerpos específicos para *T. cruzi* y de ácidos nucleicos. Rastros de ADN del parásito fueron detectados en 76% de los individuos.

Luego, los científicos tomaron muestras del semen de aquellos hombres en los que detectaron rastros de ADN del parásito y los inyectaron en la vagina y peritoneo de ratones. En el músculo esquelético, el miocardio y las trompas uterinas de los ratones hallaron posteriormente amastigotes, una de las fases de desarrollo del parásito.

En conclusión, anotaron los investigadores, "el examen de las familias chagásicas nos permitió combinar datos clínicos con datos experimentales para revelar la transmisión sexual de infecciones por *T. cruzi*".

Hasta ahora, la gran dificultad para demostrar la transmisión sexual de *T. cruzi* en humanos era que la investigación se había concentrado en individuos y no en la colectividad.

Si bien se trata de un hallazgo nuevo e interesante, todavía no se lo puede considerar como evidencia clara de la transmisión por vía sexual de la enfermedad, sino como un indicio.

Por tratarse de pruebas indirectas, como la inoculación en ratones, es necesario llevar a cabo verificaciones de los resultados y diseñar nuevos experimentos.<sup>5</sup>

## Annals of Internal Medicine

### Estados Unidos: Aumentaron las infecciones intestinales recurrentes por *Clostridium difficile*

4 de julio de 2017 – Fuente: *Annals of Internal Medicine*

Las infecciones intestinales recurrentes por *Clostridium difficile* están aumentando en Estados Unidos.

Esas infecciones afectan a más o menos 500.000 personas al año, provocan decenas de miles de muertes, y cuestan al sistema de atención de la salud de Estados Unidos unos 5.000 millones de dólares.

*C. difficile* provoca diarrea, inflamación intestinal grave y puede conducir a unas infecciones letales en la sangre, sobre todo entre las personas mayores.

Una revisión de datos nacionales sobre el seguro médico encontró un aumento de casi 200% en la incidencia anual de las infecciones por *C. difficile* recurrentes múltiples entre 2001 y 2012. Respecto a la *C. difficile* ordinaria, la incidencia aumentó en alrededor de 40%.

Los pacientes con infecciones por *C. difficile* recurrentes múltiples tendían a ser mayores (edad promedio de 56 años, frente a 49), mujeres, y era más probable que hubieran usado antibióticos, corticosteroides o antiácidos.

Los motivos del aumento en los casos de *C. difficile* recurrente múltiple siguen sin estar claros, pero resaltan la necesidad de nuevas terapias.

El nuevo tratamiento más promisorio es el trasplante de microbiota fecal. En el procedimiento, unas bacterias intestinales útiles se transfieren al tracto digestivo del paciente para restaurar un equilibrio que hace que combatir la infección sea más fácil. Aunque esos trasplantes de heces se han mostrado promisorios en estudios pequeños, todavía no han sido evaluados totalmente.

La creciente incidencia de la infección por *C. difficile* que se está tratando con regímenes múltiples de antibióticos señala una creciente demanda de trasplantes de microbiota fecal en Estados Unidos.

Aunque se sabe que el trasplante de microbiota fecal es en general seguro y efectivo a corto plazo, se debe establecer la seguridad a largo plazo de este procedimiento.<sup>6</sup>

## Zoonoses AND PUBLIC HEALTH

### Estados Unidos: Los dueños de mascotas son más propensos a tener garrapatas

19 de junio de 2017 – Fuente: *Zoonoses and Public Health*

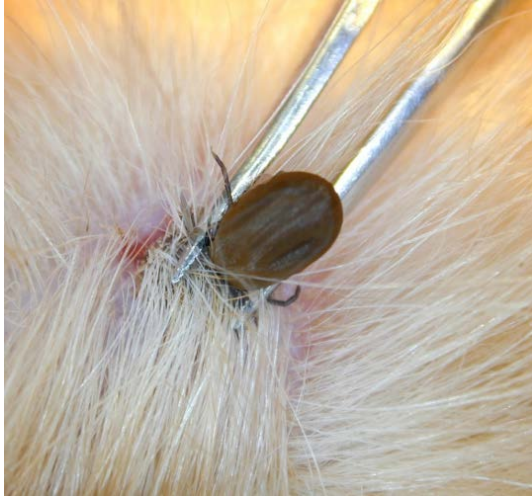
Tener un perro o un gato duplica el riesgo de encontrarse garrapatas en el cuerpo y eso elevaría la posibilidad de contraer enfermedades como la de Lyme, según un reciente estudio.

Las garrapatas les transmiten enfermedades al ser humano y sus mascotas, sobre todo en los meses más cálidos, cuando están más activas.

Se analizó información de una iniciativa de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), llamada TickNET, orientada a prevenir las enfermedades que transmiten las garrapatas en Estados Unidos. La enfermedad de Lyme es común en el país y el riesgo de exposición es más alto en los estados del noreste.

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

<sup>6</sup> Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#) (requiere suscripción).



Los métodos más efectivos para prevenir las picaduras son evitar las áreas con bosques, pastos altos y acumulación de hojas caídas, el uso adecuado de repelente en la piel y la ropa, y la eliminación de cualquier garrapata al salir del lugar.

Se relevaron 2.727 hogares de tres estados donde la enfermedad de Lyme es endémica: Connecticut, Maryland y New York. En más de la mitad (1.526) había un perro, un gato o ambos. El 88% de esas familias protegía a sus mascotas de las garrapatas.

El 31% de los dueños había encontrado una garrapata caminando en el cuerpo de algún miembro de la familia y 19% la había encontrado adherida a la piel. En cambio, en los hogares sin mascotas, esos valores eran, respectivamente, de 20 y 14%.

En 20% de los hogares, las mascotas habían tenido garrapatas. Eso duplicaba las chances de encontrar garrapatas en algún integrante de la familia. Los dueños encontraban garrapatas en sus mascotas aun si usaban un método para evitarlo.

No se detectaron diferencias significativas en las enfermedades transmitidas por las garrapatas entre los hogares con y sin mascotas: 20% de cada grupo tenía una enfermedad transmitida por garrapatas diagnosticada.

Una limitación del estudio es que los participantes informaron cómo controlaban las garrapatas, de modo que el equipo no pudo comprobar cómo aplicaban las formulaciones ni qué marcas utilizaban.

Los dueños de mascotas también deberían revisar a los animales todos los días, en especial después de pasar tiempo al aire libre.<sup>7</sup>



### **Perú: Al menos 30 niños fallecidos por neumonía en la región selvática**

12 de julio de 2017 – Fuente: EFE

Al menos 30 niños fallecieron por neumonía en lo que va del año en cinco regiones de la selva de Perú, mientras que 2.229 presentan esta enfermedad respiratoria por el descenso de la temperatura en esa parte del país, informó hoy el Centro de Operaciones de Emergencia Nacional (COEN).

Los casos reportados corresponden a niños menores de cinco años de edad, del 1 de enero al 1 de julio de este año, de acuerdo al reporte oficial de la Semana Epidemiológica N° 26 del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud (MINSA).

El mayor número de muertes (12) se produjo en la región amazónica de Loreto, limítrofe con Colombia, Ecuador y Brasil, que también tiene el número más alto de casos reportados (844).

Le sigue Ucayali con 9 decesos y 696 casos, Amazonas con 6 muertos y 268 casos, San Martín con un fallecido y 252 casos, y Madre de Dios con dos víctimas y 169 enfermos con neumonía.

El COEN lanzó un plan contra el enfriamiento en la selva del país y las heladas en la sierra, eventos climáticos que han seguido al fenómeno de El Niño Costero, que golpeó la costa norte y central de Perú a inicios de año, con más de 140 fallecidos y un millón de afectados, a consecuencia de las lluvias e inundaciones.



### **República Dominicana: El 30% de las muertes maternas corresponde a haitianas ilegales**

11 de julio de 2017 – Fuente: EFE

La ministra de Salud dominicana, Altagracia Guzmán Marcelino, afirmó el 11 de julio que 30% de las mujeres que mueren en el país por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto son haitianas indocumentadas que cruzan la frontera ilegalmente para recibir asistencia sanitaria.

“La falta de un verdadero sistema de salud en la vecina nación de Haití es un caldo de cultivo para que las embarazadas de ese país crucen ilegalmente la frontera para dar a luz en los hospitales de República Dominicana”, señala un comunicado de su despacho.

“Las investigaciones estadísticas del Ministerio de Salud revelaron que, en el renglón de la mortalidad materna, dicho 30% de mujeres, correspondiente a haitianas, no poseen datos de domicilio y nunca han visitado un médico durante su gestación”, señaló la funcionaria.

“Cuando los inspectores de salud salen a buscar la dirección de esas mujeres embarazadas de nacionalidad haitiana nunca las encuentran, lo que impide saber sus antecedentes de chequeo prenatal”, afirmó.

“Todo esto se corresponde con la falta de desarrollo del sistema sanitario de Haití, lo que provoca que sus embarazadas busquen asistencia en República Dominicana, donde nunca se les ha negado asistencia, originando un aumento del gasto en salud”, señaló la ministra.

Otro agravante lo constituye la existencia de grupos de personas que trafican y que cobran para traer a mujeres inmigrantes irregulares a dar a luz en los hospitales del Estado dominicano.

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



Guzmán Marcelino señaló que el Ministerio ha creado una comisión que se reúne todos los jueves para analizar las causas de cada muerte materna, y en cada caso se aplica el método de la auditoría médica y social, desde la aplicación de los protocolos establecidos hasta la calidad de los servicios que reciben las mujeres.

La ministra de Salud aseguró que en el país también hay muchas mujeres procedentes de países sudamericanos, pero las autoridades no pueden negarle atención a ningún ser humano, independientemente de su nacionalidad o estatus migratorio, aunque esto aumente el gasto del Sistema Nacional de Salud del Estado dominicano.

En la actualidad se trabaja en una resolución del Consejo Nacional de Seguridad Social para que cada persona que contrate a un extranjero aporte al sistema, de forma que su empleado se afilie al Régimen Contributivo y cubra sus gastos de salud.

Por otra parte, la ministra reconoció que pese a que los dominicanos tienen la ventaja de contar con una amplia infraestructura hospitalaria, aún existen brechas de acceso en el Primer Nivel de Atención Primaria, especialmente en el Gran Santo Domingo.

Sobre las limitaciones de servicios en los hospitales públicos en proceso de reparación, consideró erróneo iniciar el mantenimiento de tantos centros al mismo tiempo, pero aseguró que no se podían cerrar porque la población más pobre se hubiese visto obligada a buscar atención en las clínicas privadas, con el consecuente gasto.

ENVIRONMENTAL  
MONITORING  
AND ASSESSMENT

## Surinam: Detectan alimentos contaminados con pesticidas

31 de mayo de 2017 – Fuente: *Environmental Monitoring and Assessment*

Los niveles de pesticidas detectados en alimentos de distintos mercados en Surinam no sólo rebasan los límites legales establecidos por la Unión Europea, sino que incluso contienen rastros de un insecticida organoclorado, endosulfan, terminantemente prohibido para uso agrícola o alimentario.

Ello pone en riesgo la salud de la población pero también la economía del país, que exporta muchos productos alimenticios, principalmente a los Países Bajos.

Surinam, un pequeño país sudamericano, cuenta con un decreto establecido en 1972 que regula el uso de pesticidas. Pero la falta de mecanismos de monitoreo o vigilancia ha provocado que sus políticas públicas al respecto queden rezagadas.



Si las medidas que se usan para regular los riesgos ambientales, como el uso indiscriminado de pesticidas, no son drásticas, la aplicación de la ley seguirá fallando.

Otros análisis ya habían detectado la presencia de herbicidas, insecticidas y fungicidas en cultivos exportados del país. La Autoridad Holandesa de Seguridad Alimentaria, por ejemplo, mostró que de 2011 a 2013 alrededor de 21% de los productos importados desde Surinam tenían residuos de pesticidas que excedían los límites europeos.

Se analizaron muestras de yautía (*Xanthosoma brasiliense*), col silvestre, col china, frijol chino, chile habanero, arroz, tomate, camote y plátano compradas al azar en cinco mercados de los distritos de Paramaribo y Wanica. La recolección de muestras se realizó durante dos fases, en la temporada lluviosa y seca.

Los resultados señalan que los tomates, coles chinas y yautías producidos en Surinam están contaminados con al menos cuatro tipos de insecticidas. Dos de ellos, endosulfan y lindano, fueron prohibidos en el país desde 1993 y 2003, respectivamente. Es de destacar el hecho de que se hayan detectado residuos de plaguicidas incluso con un número tan pequeño de muestras.

El endosulfan es un pesticida altamente tóxico para la salud humana y ambiental por su poder de bioacumulación. Actúa como interruptor hormonal causando daño en el aparato reproductor de mamíferos, incluidos los humanos, e insectos. También se han reportado daños cerebrales permanentes por exposición crónica. Está prohibido en casi todo el mundo aunque se sigue usando subrepticamente en muchos países de América Latina y el Caribe.

Por su parte, el lindano se acumula en la grasa del organismo humano y es cancerígeno, además se acumula por largo tiempo en el ambiente por lo que su uso en plantas está terminantemente prohibido.

La agricultura es un sector importante en Surinam, y no cumplir con los estándares establecidos por la Unión Europea puede conducir a que se prohíba la exportación de productos y ocurran pérdidas económicas.

Aunque el análisis presenta limitaciones –como escasa selección de muestras y ausencia de evaluación de riesgos a la salud por la exposición a pesticidas–, este estudio establece la necesidad e importancia de hacer una investigación a mayor escala para comenzar a entender los peligros del uso desregulado de pesticidas en el país.

Este estudio ilustra la importancia de monitorear el uso, la venta y las importaciones de ciertos productos químicos prohibidos debido a los riesgos para la salud humana. También es importante reconocer que algunos países necesitan regular la exportación de productos químicos prohibidos (ingredientes activos) para proteger la salud pública y el ambiente contra los efectos adversos irrazonables de los plaguicidas.<sup>8</sup>

<sup>8</sup> Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#) (requiere suscripción).



## EL PAÍS **España retrasa la implantación de la profilaxis pre-exposición para el VIH**

22 de junio de 2017 – Fuente: El País (España)

El 85,9% de los nuevos casos de VIH diagnosticados en 2015 en España fueron hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH). El Grupo de Estudio de Sida (GESIDA) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica exige al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad que agilice la implantación del fármaco Truvada® como tratamiento preventivo contra nuevos contagios. Pero el Gobierno no solo no tiene plazo sino que aún estudia la viabilidad de una profilaxis que, según los expertos, reduce el peligro de infección hasta en 86%.

El GESIDA presentó hace un año al Ministerio de Sanidad las recomendaciones para elaborar un plan de prevención contra el VIH que no ha prosperado. Los expertos piden su aplicación sin demora. Según fuentes del ministerio, de momento, van a empezar en breve un estudio, en el que participan Catalunya y Euskadi, para valorar si es factible implantar esta medida preventiva. "Creemos que es innecesario, ya sabemos cómo funciona el Truvada®. Hay estudios suficientes. Hay que arrancar, no esperar más", dice el presidente de GESIDA, José Antonio Pérez Molina.

El tratamiento preventivo, conocido como profilaxis pre-exposición (PrEP), consiste en que una persona sana que va a tener una relación sexual con riesgo de contagio tome Truvada®, un antirretroviral, para evitar la infección. Puede tomarse una píldora a diario o dos días antes de la relación sexual y una el día posterior, por lo que ha pasado a conocerse como "la pastilla del día antes". El peligro de infección se reduce hasta 86%, según los estudios.

En Estados Unidos o Francia ya se receta de forma preventiva. Portugal dio el paso hace unas semanas y tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la Agencia Europea del Medicamento recomiendan la PrEP a personas con alto riesgo de infección (HSH y mujeres transexuales) combinado con prácticas sexuales seguras. "La epidemia está lejos de estar controlada", dijo Pérez Molina, ya que en España se diagnosticaron 3.428 nuevos casos de VIH en 2015.

Los expertos en VIH matizan que la implantación de la PrEP no es la panacea para acabar con la epidemia pero sí una acción importante, tanto como el diagnóstico precoz. En España, 25% de las personas que están infectadas no lo saben y son los principales transmisores de este patógeno. "El medicamento es una herramienta para la prevención que se debería sumar a otras como la educación sexual, pero no es una barra libre de pastillas para tener sexo sin condón, ni está dirigida a toda la población", señaló Pérez.

El medicamento solo se consigue de forma legal en España con prescripción médica y en farmacias hospitalarias, lo que ha desembocado en un menudeo incipiente en el mercado negro. Fuentes afirman que hay 'camellos' en aplicaciones móviles para HSH que venden la pastilla por unos 23 dólares. De esta forma, no existen garantías ni se sabe que es lo que se está tomando. Según informa el presidente del GESIDA, hay unas 1.500 personas en España, "que la toman de forma irregular".

En redes sociales para varones como Grindr® o Scruff®, los usuarios pueden marcar en su perfil si están en tratamiento PrEP. Un hombre de 29 años, seronegativo, que participa en un ensayo clínico de este fármaco, asegura que "hay chicos seropositivos que ven en mi perfil que estoy tomando Truvada® y me escriben para tener relaciones sin protección, pero ese no es el punto. Además, no estás protegido frente a otras enfermedades".

Esta es una de las principales críticas al PrEP: el incremento de infecciones de transmisión sexual (clamidiosis, gonorrea, sífilis). Pero los expertos en VIH consideran que los controles anuales que lleva asociado la implantación de la PrEP favorecerían el control de las infecciones y, por tanto, su reducción. Sobre el precio (unos 460 dólares al mes por paciente), prevén que esté disponible a lo largo de este año el genérico, lo que abarataría el costo.

Los nuevos diagnósticos de VIH en España son superiores a la media de la Unión Europea. La tasa es de 7,39% cada 100.000 habitantes, según un informe del Ministerio de Sanidad. En total se estima que viven en España entre 130.000 y 160.000 personas infectadas.



### **Nigeria: Brote de hepatitis E aguda**

12 de julio de 2017 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

El 18 de junio de 2017, el Ministerio de Salud de Nigeria notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un brote de hepatitis E localizado en la región noreste del país. El primer caso fue detectado el 3 de mayo de 2017 en Damasak, localidad fronteriza con la República del Níger. Se recogieron muestras del caso y se enviaron al laboratorio para su confirmación. Posteriormente se reportaron casos en Ngala, una de las áreas del gobierno local en el estado de Borno, que limita con Camerún. Hasta el 2 de julio de 2017, se habían notificado 146 casos, de los que 21 fueron confirmados.

En Ngala, se informaron 25 mujeres embarazadas infectadas (21%), incluyendo dos muertes (tasa de letalidad de 8%). Se reportaron casos de tres áreas de gobierno local: Ngala (112), Mobbar (19) y Monguno (14). El número de casos de hepatitis E es más alto en Ngala, con 29 casos notificados entre el 19 de junio y el 2 de julio. Se enviaron 27 muestras al laboratorio de virología en Lagos para su posterior diagnóstico. Entre las muestras recogidas y analizadas, 21 resultaron positivas (10 en Ngala, 7 en Mobbar, 4 en Monguno) y 6 negativas. Se han recogido otras 23 muestras cuyos resultados están pendientes.

Este brote de hepatitis E puede propagarse rápidamente debido a la crisis humanitaria que sufre actualmente la región, producto de la volátil y persistente situación de seguridad reinante en el noreste de Nigeria. Esta crisis que

sufre el país ya lleva ocho años, lo que ha provocado que 1,9 millones de personas sean desplazados internos. La región ha estado afrontando intensos movimientos de población procedentes de campamentos de refugiados o poblaciones desplazadas de las zonas limítrofes con Chad y Níger. Además, la nueva oleada de repatriados de países vecinos está sobrecargando la capacidad humanitaria actual. Los repatriados comenzaron a entrar en la ciudad en enero de 2017 y ahora la población estimada es de 90.000, según el Comité Internacional de la Cruz Roja (ICRC) y funcionarios de inmigración. La ciudad tiene un campamento no oficial que alberga a los repatriados que son considerados como extraños o personas no afiliadas a ninguna de las comunidades autóctonas que se han establecido en la ciudad. Como resultado se produce un hacinamiento que está colapsando los ya débiles sistemas del lugar. La falta de acceso a los servicios esenciales de agua, saneamiento, higiene y salud puede causar una rápida propagación de esta enfermedad.

### **Respuesta de salud pública**

Entre los asociados coordinadores de esta respuesta figuran la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Comité Oxford para la lucha contra el Hambre (OXFAM, que representa el sector de agua, saneamiento e higiene, WASH), Médicos Sin Fronteras (MSF), Family Health International (FHI 360), el ICRC (trabajando con la Cruz Roja Nigeriana), y la Iniciativa Regional del Nordeste (NERI). Las actividades de respuesta para este brote incluyen lo siguiente:

- La OMS y MSF están apoyando el manejo de casos sin costo para los pacientes y esto incluye la hospitalización de quienes la necesitan, la disponibilidad de medicamentos y personal de salud. El manejo de casos sintomáticos es apoyado por MSF a nivel de distrito.
- El sistema de vigilancia epidemiológica en los centros de salud se realiza con el apoyo de los asociados locales.
- Se brinda apoyo técnico de la OMS y de otros asociados.
- Hasta el 15 de junio, WASH evaluó y mapeó las fuentes de agua actuales y estableció contactos para una respuesta rápida en la cloración del agua.
- Es necesario enfatizar y coordinar un enfoque multisectorial entre el Ministerio de Salud del Estado, el Centro para el Control de Enfermedades de Nigeria y los Ministerios de Agua y Ambiente.
- Está teniendo lugar la concienciación sobre salud pública a través de sensibilizaciones y anuncios en mezquitas y otros lugares públicos por parte de educadores de salud del área del gobierno local. Además, se está sensibilizando al personal de salud local.

### **Evaluación de riesgos de la OMS**

Nigeria comparte fronteras internacionales con cuatro países: Chad y Camerún en el este, Níger en el norte, y Benin en el oeste. Las zonas de inseguridad se encuentran en el noreste de Nigeria, en la frontera con Níger, Camerún y Chad. El brote de hepatitis E está ocurriendo en esta misma área.

Esta zona se caracteriza por un brote de hepatitis E en los vecinos Chad y Níger. La actual crisis humanitaria y la inseguridad, el elevado número de desplazados internos y refugiados, y el escaso acceso al agua potable llevan a la propagación de enfermedades. También hay un número cada vez mayor de desplazados que regresan a la región después de la ocupación. Además, debe considerarse la posible contaminación transfronteriza y el consiguiente aumento del riesgo de propagación a Níger y otros países vecinos. Hay un número de campamentos de refugiados y desplazados internos que están superpoblados y con deficientes condiciones de saneamiento, lo que incrementa el riesgo de hepatitis E. Por lo tanto, el riesgo observado a nivel nacional es elevado.

El riesgo a nivel regional es moderado, especialmente en los países afectados por la crisis humanitaria en el noreste de Nigeria. El riesgo a nivel global es bajo.

### **Advertencias de la OMS**

La OMS recomienda mejorar la calidad y el acceso al agua potable, mediante diferentes métodos, que incluyen el uso de técnicas de purificación de agua en el hogar. La calidad del agua debe ser monitoreada regularmente en las áreas afectadas.

Además, la OMS recomienda la mejora del saneamiento mediante el tratamiento y disposición correcta de los desechos humanos, así como la mejora de la higiene personal y la preparación de alimentos seguros y limpios. Debe aumentarse el número de letrinas en los campamentos para disminuir la defecación a cielo abierto.

Las intervenciones en curso deberían dirigirse a las poblaciones de riesgo mediante el establecimiento de asesoramiento prenatal para las mujeres embarazadas, mejorar las condiciones de vivienda de los refugiados y desplazados internos y apoyar a los asociados en la mejora de los servicios de salud.

Debe mejorarse la capacidad de los laboratorios de referencia locales y nacionales para la confirmación oportuna de los casos sospechosos. Deben fortalecerse las intervenciones transfronterizas mediante el enfoque en la subregión del Lago Chad para el manejo del brote actual.

La OMS no recomienda ninguna restricción a los viajes y el comercio con Nigeria sobre la base de la información disponible acerca del evento actual.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Los genotipos 1 y 2 del virus de la hepatitis E (VHE) son las principales variedades transmitidas por el agua, y tienden a ocurrir en el mundo en desarrollo, especialmente en África y Asia. Estos tipos pueden causar brotes importantes de hepatitis aguda con muertes, especialmente en mujeres embarazadas en el 2° y 3° trimestre. Los genotipos 3 y 4 son zoonóticos, siendo los porcinos el principal reservorio, y tienden a presentarse en el mundo desarrollado. El tipo 3, en particular, puede causar una infección crónica, especialmente en huéspedes inmunocomprometidos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reveló el 11 de julio que está considerando aplazar el envío a Yemen de las vacunas contra el cólera debido a la expansión del brote y la inseguridad en el país asiático.

“Un proceso de vacunación ante el brote sería útil, pero implicaría una gran cantidad de vacunas, teniendo en cuenta todos los países en los que el cólera es endémico”, dijo el portavoz de la OMS, Christian Lindmeier.

Subrayó que las vacunas “no son la herramienta definitiva, sino una entre muchas”, un día después que el Comité Internacional de la Cruz Roja (ICRC) elevara a más de 300.000 los “posibles casos” de cólera en el país.

La OMS detalló el 7 de julio que hasta ese día se había registrado un total de 297.438 posibles casos y 1.706 muertes, y el 11 de julio la Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA) habló de 313.538 casos y 1.732 muertes.

Las organizaciones humanitarias han explicado que el rápido avance del cólera en Yemen se debe a que el sistema de sanidad pública está completamente devastado tras dos años de guerra civil.

En este sentido, el coordinador humanitario para Yemen, Jamie McGoldrick, alertó de que “esta epidemia de cólera sin precedentes debilitará aún más los recursos y la resiliencia de la gente, tras más de dos años y medio de guerra”.

McGoldrick indicó que cerca de 40% de los casos y una cuarta parte de las muertes son de menores de 15 años, mientras que los ancianos, embarazadas y enfermos crónicos son los que están en mayor riesgo.

“Todo esto es causado por el hombre, resultado del conflicto”, dijo, agregando que desde principios de año han sido incluidas otras dos millones de personas a los esfuerzos humanitarios a causa del cólera, la hambruna y el derrumbe económico.

La Organización de Naciones Unidas (ONU) ha recibido únicamente un tercio de los 2.100 millones de dólares que reclamó para dar ayuda alimentaria a los millones de personas en riesgo de hambruna en Yemen.

Por otra parte, el fondo reclamado para hacer frente al cólera, de 250 millones de dólares ha recaudado 47 millones.

“Las agencias han tenido que usar recursos que habían programado para otras cosas, como seguridad alimentaria y malnutrición”, remarcó McGoldrick.

El conflicto entre el Gobierno del presidente de Yemen, Abd al-Rahman Rabbuh al-Mansur al-Hadi, apoyado por la coalición liderada por Arabia Saudí, y los rebeldes hutíes, que cuentan con el respaldo de Irán y junto a los que combaten las tropas leales al expresidente Ali Abdullah Saleh, estalló hace más de dos años y ha causado estragos en el país más pobre del mundo árabe.

El conflicto yemení ha destrozado la inmensa mayoría de las infraestructuras del país, por lo que gran parte de la población se ha quedado sin medios de vida y sufre inseguridad alimentaria.



**En muchos lugares del mundo se carece de jabón para lavarse las manos**

12 de junio de 2017 – Fuente: *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*

Para muchas familias en países pobres, el jabón es un lujo del que prescinden, encuentra un nuevo estudio.

Lavarse las manos con jabón puede ayudar a prevenir la propagación de enfermedades, en particular de la neumonía y la diarrea. Esos males provocaron alrededor de 1,6 millones de muertes de niños en todo el mundo en 2013.

Lavarse las manos previene causas importantes de los 6 millones de muertes que ocurren cada año entre los niños pequeños de todo el mundo. Nunca antes se había medido el lavado de manos de forma tan sistemática en tantos países.

Los datos obtenidos son útiles para los programas de salud pública y los creadores de políticas, porque subrayan las profundas desigualdades que persisten a nivel global y dentro de los países, y que contribuyen a muertes prevenibles de niños entre las personas que viven en la pobreza y en áreas rurales en África Subsahariana y el sur de Asia.

En el estudio, los investigadores revisaron los datos de 51 países. Encontraron que la disponibilidad de jabón en los lugares para lavarse las manos en los hogares variaba entre menos de un 0,1% en Etiopía a más de 96% en Serbia.



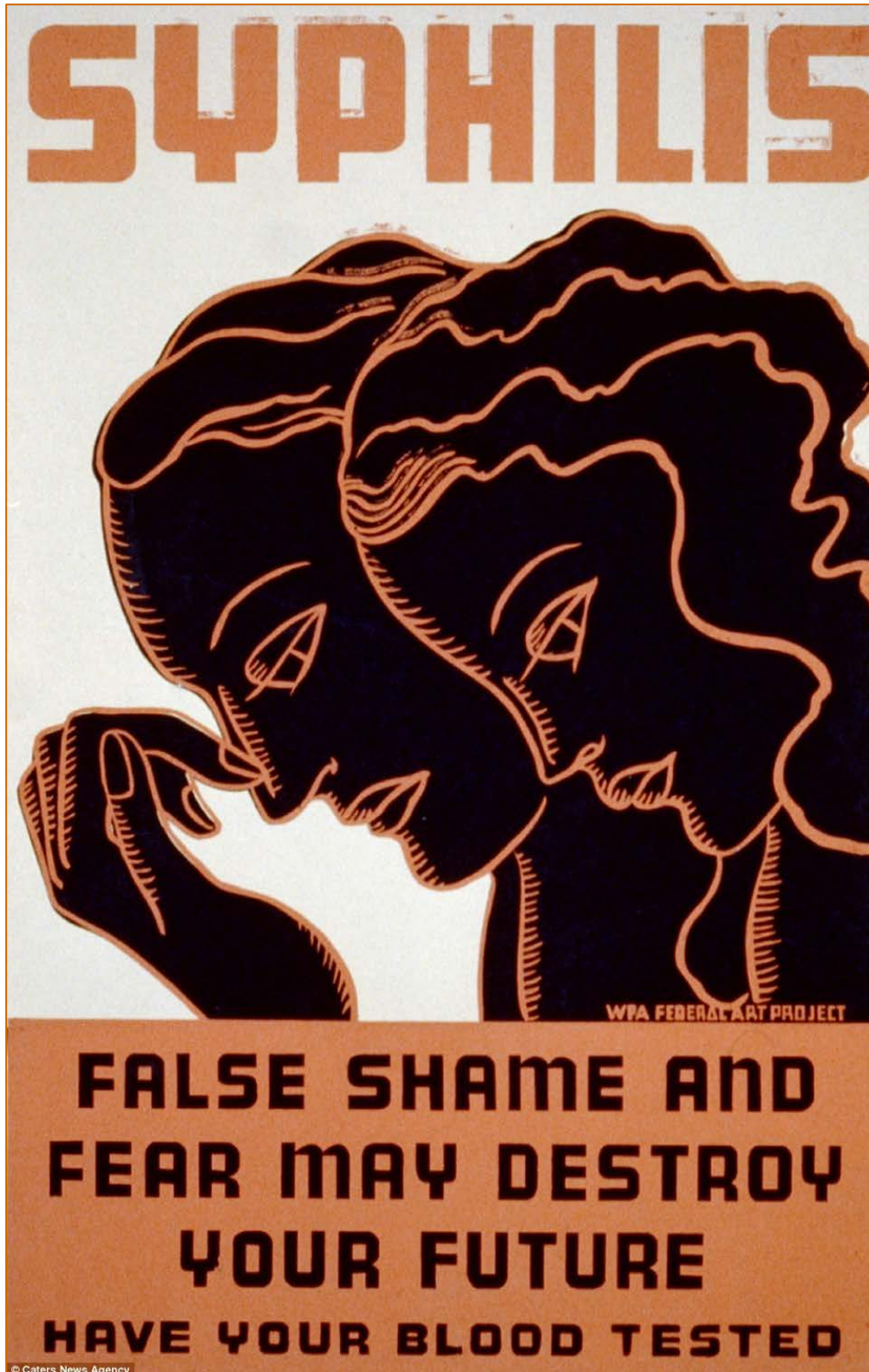


La disponibilidad de jabón en cualquier lugar de la vivienda varió entre casi 21% en Senegal a 99% en Irak y Serbia. Las proporciones de hogares en África con jabón y agua en un lugar para lavarse las manos variaron desde un mínimo de 0,1% en Etiopía a un máximo de casi 35% en Suazilandia.

Los hogares más pobres con frecuencia tenían unas tasas de jabón y agua para lavarse las manos mucho más bajas que los hogares más ricos, por ejemplo, 6 frente a 85% en regiones de Nepal.

Los hallazgos muestran la necesidad de mejorar el acceso al jabón, junto con la conducta de lavado de manos en general, en muchos países pobres.<sup>10</sup>

## Publicidad relacionada con la salud



Works Progress Administration – Federal Art Project (1937. Estados Unidos).

<sup>10</sup> Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#) (requiere suscripción).



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.