



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina

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)

Argentina

- Vigilancia de fiebre hemorrágica argentina
- Frenar el abuso de los antibióticos antes que sea tarde

América

- Latinoamérica: El número de muertes por sida disminuye 12% desde el año 2000
- Bolivia, Cochabamba: Quinto caso de fiebre amarilla en lo que va del año en el país
- Brasil, Roraima: Murió por difteria un niño venezolano internado en Boa Vista
- Colombia, Nariño: Emergencia sanitaria ante un brote de enfermedad diarreica en Ipiales
- Estados Unidos: Brote multiestatal de infecciones por *Salmonella* Kiambu asociado a papayas

- Estados Unidos, Texas: Alerta por brote de ciclosporiasis

El mundo

- Arabia Saudí: Nuevos casos de infección por el MERS-CoV
- España, Andalucía: Brote de brucelosis entre trabajadores de un matadero
- Japón: Más de 29.000 afectados por un brote de enfermedad de manos, pies y boca
- Mali: Un caso de fiebre del Valle del Rift
- Un nuevo estudio avala la relación entre la tuberculosis y la diabetes
- Uno de cada 10 lactantes no fue vacunado contra ninguna enfermedad en 2016



Número 1.944

26 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/



www.circulomedicocba.org/



www.consejomedico.org.ar/



Biblioteca de la Facultad
de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Córdoba

www.biblioteca.fcm.unc.edu.ar/



S.A.D.I.
www.said.org.ar/

**Comité Nacional de
Infectología**

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



www.apinfectologia.org/



www.sadip.net/



www.apargentina.org.ar/

Vigilancia de fiebre hemorrágica argentina

17 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 23. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.¹

Provincia/Región	2016		2017	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	2	—	—	—
Buenos Aires	47	3	41	—
Córdoba	10	2	16	—
Entre Ríos	5	—	4	—
Santa Fe	386	4	141	—
Centro	450	9	202	—
Mendoza	—	—	—	—
San Juan	—	—	1	—
San Luis	—	—	2	—
Cuyo	—	—	3	—
Corrientes	1	—	—	—
Chaco	4	—	1	—
Formosa	—	—	—	—
Misiones	5	—	—	—
NEA	10	—	1	—
Catamarca	—	—	—	—
Jujuy	2	—	—	—
La Rioja	—	—	—	—
Salta	—	—	—	—
Santiago del Estero	1	—	—	—
Tucumán	1	—	—	—
NOA	4	—	—	—
Chubut	—	—	1	—
La Pampa	—	—	—	—
Neuquén	—	—	—	—
Río Negro	—	—	—	—
Santa Cruz	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—
Sur	—	—	1	—
Total Argentina	464	9	207	—

Frenar el abuso de los antibióticos antes que sea tarde

22 de junio de 2017 – Fuente: Tecnología Sur Sur (Argentina)

“La resistencia antimicrobiana en Argentina es dramática. Cuando hace unos años se decía que íbamos a entrar en una era pos-antibiótica, en la que no tendríamos qué ofrecerles a nuestros pacientes, muchos pensaban que eran expresiones apocalípticas, pero eso ya llegó y tenemos situaciones en el país de brotes e infecciones por gérmenes multirresistentes, para los cuales no hay antibióticos disponibles”, sostuvo Francisco Manuel Nacinovich, jefe de Infectología del Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (ICBA), durante el XVII Congreso de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI) que se desarrolló en la ciudad de Mar del Plata.

De hecho, esta situación se ha convertido en una de las prioridades de salud pública para la Organización Mundial de la Salud (OMS). La búsqueda de estrategias para hacerle frente a esta problemática fue uno de los temas centrales que analizaron y debatieron los más de 2.000 médicos y profesionales que participaron del congreso de la SADI, que se realizó del 15 al 17 de junio.

Allí, entre las diversas sesiones, se presentaron estudios sobre alternativas y combinaciones de antibióticos para tratar infecciones. También se destacó la importancia del monitoreo terapéutico de cada paciente, se presentaron avances en métodos de diagnóstico, medidas de control de infecciones y se debatió sobre la posibilidad de contar con nuevas medicinas en el corto plazo.

“Todas las resistencias que se han reportado a nivel mundial ya están en la región, en uno u otro país”, dijo Valeska de Andrade Stempluk, asesora regional para control de infecciones de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), que se dedica a la evaluación de los programas de prevención y control de las infecciones hospitalarias, implementación de los programas nacionales de control de infecciones y con-



¹ Los casos notificados incluyen casos sospechosos, probables, confirmados y descartados.

tención de brotes intrahospitalarios, y afirmó que, por eso “estamos capacitando, tanto a los laboratorios de microbiología como a los comités de control de infecciones, para que puedan vigilar y contener la diseminación de la resistencia a los antimicrobianos dentro de los hospitales una vez detectada”.

Según Nacinovich, en Argentina, la posibilidad de que un paciente tenga un bacilo Gram-negativo multirresistente (que genera infecciones asociadas a procedimientos médicos, por el solo hecho de ingresar a un hospital y someterse a una cirugía o tener que usar un catéter o un respirador, por ejemplo) es de 12 cada 10.000 egresos hospitalarios, cifra que se incrementó 20% de 2014 a 2015, mientras que, en el Hemisferio Norte, por ejemplo, ese riesgo es de 6 cada 10.000. “Tenemos el doble y, en algunos lugares, incluso, 10 veces más que en Europa, de 54 cada 10.000”, advirtió el especialista. Y agregó que, para hacerle frente a esta situación, desde la SADI están trabajando en conjunto con otras instituciones, como ministerios, organismos regulatorios, universidades y otros actores del ámbito de la salud humana y animal.

En Argentina, todos los años se hace el Estudio Nacional de Diagnóstico Institucional y Prevalencia de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (ENPIHA), que esta vez incluyó el Primer Estudio Nacional de Consumo de Antimicrobianos en Hospitales de Argentina, mediante el cual se relevaron 157 instituciones (públicas y privadas) de 22 provincias y un total de 11.593 pacientes, de los cuales 5.465 recibían antimicrobianos. Así, se determinó que el consumo de estas drogas resultó ser de 47,1% (53,2% en áreas críticas y 46,4% en no críticas). Del total, 96,2% eran antibióticos, 2,2% antifúngicos, 1,3% tuberculostáticos y 0,4% antivirales.

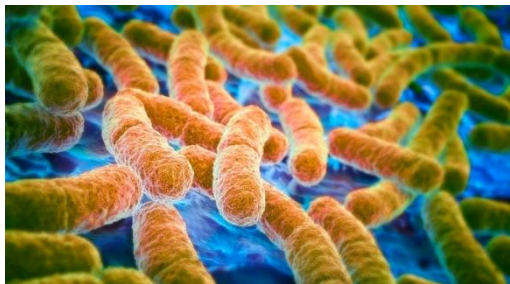
“Encontramos un uso de antimicrobiano elevadísimo en áreas no críticas. Pensamos que iba a ser mayor en las infecciones asociadas al cuidado de la salud, pero fue mayor en infecciones como neumonías, del tracto urinario, de piel y partes blandas”, dijo la microbióloga Leonor Guerriero, del Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias (VIHDA) en el Instituto Nacional de Epidemiología (INE) ‘Dr. Juan Héctor Jara’, de Mar del Plata.

“Ese fue uno de los resultados que más nos llamó la atención porque suponíamos que en las unidades críticas habría mayor consumo de antibióticos, pero la diferencia no es estadísticamente significativa. Entonces, el problema no es de las unidades críticas, sino de toda la institución”, coincidió su colega Gonzalo Corral, también del VIHDA, del INE. Y destacó que también les sorprendió detectar que el consumo de antimicrobianos en el país es superior al de otras regiones como Europa, “adonde tienen alrededor del 30% de consumo en las instituciones de salud, mientras que nosotros tenemos casi 47%”.

Las superbacterias

Durante el congreso de la SADI se hizo referencia a que se espera que este año se introduzcan en el país al menos dos nuevas moléculas contra las denominadas superbacterias. Es decir, dos nuevos medicamentos. Y si bien esta es una buena noticia, no significa la solución del problema. Por el contrario, “las nuevas drogas que van a aparecer son para un nicho en particular y ninguna de ellas será la panacea”, dijo Alejandra Corso, jefa del Servicio Antimicrobianos de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) ‘Dr. Carlos Gregorio Malbrán’. “Las drogas no van a ser milagrosas y la única forma de salvarnos es tomar conciencia del problema”, agregó.

Al respecto, Nacinovich, sostuvo que “es necesario trabajar en conjunto, ya que los antibióticos han aportado mucho a la medicina pero no son inocuos y pueden hacer daño si se usan mal. Es necesario tomar conciencia de que podemos quedarnos sin ellos”.



Esto no significa dejar de utilizar antibióticos por completo, sino hacer un uso adecuado de los mismos, consumiéndolos solo cuando lo indique un médico, evitando así la automedicación. Las farmacias, en tanto, no deberían vender estos medicamentos sin prescripción médica, algo que incluso está regulado por ley. “La gente los compra sin receta y se automedica, pero no tiene idea de que el antimicrobiano le puede estar generando un germen resistente en su propio organismo y que ese antibiótico puede no servirle cuando lo tenga que volver a tomar”, advierte Nacinovich.

Los factores que producen este incremento en la resistencia a los antimicrobianos pueden ser múltiples y el problema no solo responde al uso excesivo de antibióticos en los hospitales, sino también a su uso en animales. “El 80% de los antibióticos en el mundo se usan en la cría de animales, para la producción masiva de pollos, cerdos y peces”, dijo Mirta Roses Periago, ex directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), durante una de las charlas en el congreso de la SADI.

Al respecto, Nacinovich dijo que “a partir de estudios se han encontrado gérmenes multirresistentes en alimentos que están en las góndolas. También en los animales de compañía: las mascotas pueden tener gérmenes multirresistentes hasta dos años antes de que se empiecen a manifestar infecciones en humanos, como ocurrió en Europa”.

Argentina está abordando el problema de la resistencia antimicrobiana (incluyendo tanto a la salud humana como a la animal) a través de la Comisión Nacional para el Control de la Resistencia de los Antimicrobianos (CONACRA), en la que participan diversas instituciones como la ANLIS, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), el Servicio Nacional de Sanidad Animal y Calidad Agroalimentaria (SENASA) y el Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA), entre otros.

“Muchos de los microorganismos que están en humanos vienen de animales y viceversa, y están también en el ambiente”, sostuvo Corso, y concluyó: “Eso significa que todos tenemos las mismas bacterias. Por eso, entre todos tenemos que preservar el medioambiente y limitar el consumo de antimicrobianos”.



Latinoamérica: El número de muertes por sida disminuye 12% desde el año 2000

20 de julio de 2017 – Fuente: EFE

El número de muertes relacionadas con el sida en Latinoamérica disminuyó, de forma constante, en 12% entre los años 2000 y 2016, a pesar de los datos “preocupantes” en países como Bolivia, Guatemala, Paraguay y Uruguay, indicó el 20 de julio el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA).

En el año 2000 fallecieron en la región unas 43.000 personas, frente a las cerca de 36.000 de 2016, un declive fruto de la mayor disponibilidad de tratamientos antirretrovirales, según el último informe presentado en París por el organismo.

Este progreso significativo está impulsado por la reducción de las muertes relacionadas con el sida en Perú (62% entre 2000 y 2016), Honduras (58%) y Colombia (45%).

El número de portadores de VIH en América Latina asciende a 1,8 millones y las nuevas infecciones se mantienen estables desde 2010, con casi 100.000 casos por año.

El ONUSIDA reveló que la cantidad de seropositivos con acceso a tratamientos antirretrovirales se ha casi duplicado en seis años (58% de todos los afectados), pasando de 511.700 personas en 2010 a un millón en 2016, lo que sitúa a la región por encima de la media mundial (53%).

El organismo advirtió, no obstante, de que “unos pocos países tienen dificultades para implementar sus programas” de medicación, como Bolivia, donde sólo 25% de los infectados tienen acceso al tratamiento, o Paraguay, con 35%.

En Venezuela, la crisis económica ha provocado la escasez “de muchos medicamentos esenciales, en especial antirretrovirales”, añadió la institución.

Aunque tanto en Bolivia, Uruguay, Paraguay y Guatemala la mortalidad por sida se incrementó entre 2000 y 2016, en los dos primeros la tendencia se ha invertido en los últimos años.

En el caso de Bolivia, desde el pico alcanzado en 2012 se ha constatado un descenso de las muertes y en Uruguay también han disminuido después de 2010.

Por su parte, en Guatemala el ritmo de incremento es superior a 4%, tras la estabilidad que se dio en la mortalidad por sida entre 2003 y 2011.

En Paraguay igualmente hubo un periodo de estabilidad entre 2005 y 2010, pero desde entonces se ha orientado al alza.

Uno de los problemas en Latinoamérica es el elevado costo de los tratamientos “en varios de los países más afectados por el VIH”, según el ONUSIDA, que alabó las “licencias obligatorias” promovidas por Brasil y Ecuador, que permiten reproducir un fármaco patentado sin fines de uso comercial.

Además, alrededor de un tercio de los seropositivos son diagnosticados en un estado avanzado de la enfermedad, lo que afecta “negativamente los esfuerzos” médicos, según el informe.

Calificado de amenaza para la salud pública por la Organización de Naciones Unidas, el VIH afecta a un total de 36,7 millones de mujeres y hombres en todo el planeta, y desde su identificación en 1981 ha provocado 36 millones de muertes.



Bolivia, Cochabamba: Quinto caso de fiebre amarilla en lo que va del año en el país

21 de julio de 2017 – Fuente: El Día (Bolivia)

El director general de Servicios de Salud del Ministerio de Salud, Rodolfo Rocabado Benavides, informó el 21 de julio que se registró el quinto caso de fiebre amarilla en el país. Refirió que el primer caso registrado en Cochabamba ya fue controlado.

“A nivel nacional son cinco casos: cuatro en La Paz y uno en Cochabamba. Los casos se han presentado históricamente en Cochabamba, Beni y La Paz”, apuntó.

Recordó que en el departamento de La Paz se registraron cuatro casos de fiebre amarilla y lamentó el fallecimiento de una niña de nueve años en el municipio de Caranavi.

“Estamos tomando acciones en zona endémica. Tenemos un equipo epidemiológico que viene trabajando conjuntamente con el Servicio Departamental de Salud (SEDES). Estamos reforzando las campañas de vacunación a las personas que no fueron vacunadas porque los equipos se están moviendo en Caranavi y estamos investigando la presencia del vector”, explicó.

Ante esta situación, Rocabado señaló que continúan con la vigilancia epidemiológica para detectar casos sospechosos e intensificar controles. “La alerta continúa, se ha fortalecido la vigilancia y eso nos ha permitido detectar estos casos gracias a una vigilancia intensificada”, manifestó.

El pasado 14 de febrero se reportó el primer caso de fiebre amarilla en el departamento de La Paz. Se trataba de un danés que visitó el municipio de Caranavi, y que fue diagnosticado con este mal. Esto obligó a que el Ministerio de Salud emitiera una alerta y reforzará el control fronterizo terrestre y aéreo.²



Brasil, Roraima: Murió por difteria un niño venezolano internado en Boa Vista

22 de julio de 2017 – Fuente: G1 (Brasil)

El 18 de julio falleció un niño venezolano de 10 años de edad que fuera admitido en el Hospital da Criança 'Santo Antônio', con sospecha de difteria faringoamigdalina. Fue hospitalizado el 12 de julio en un ala del hospital, aislado, con sospecha de esta enfermedad altamente contagiosa.

En un comunicado, la prefectura de Boa Vista, estado de Roraima, informó que la muerte del niño fue causada por una miocarditis dilatada debido a complicaciones agravadas por la enfermedad. "El equipo del Hospital da Criança 'Santo Antônio' brindó todo su apoyo para el tratamiento del niño, y se siguieron todos los protocolos internacionales de vigilancia. Tanto el diagnóstico clínico como la administración del suero antidiftérico para neutralizar la acción de la enfermedad, enviado por el Instituto Butantã, en São Paulo, se realizaron en forma adecuada y oportunamente", dice la nota.

Según la prefectura, el último caso de difteria en Roraima se registró en el año 2000, en Mucajaí, región Sur, y terminó en muerte.

La familia del niño ya inició el procedimiento para el traslado del cuerpo, que volverá a Venezuela.

El niño vino en taxi con su familia directamente desde la ciudad venezolana de Santa Elena, en la frontera con el estado de Roraima, mostrando todos los síntomas de la enfermedad, compatibles con el diagnóstico clínico de sospecha de difteria.

El 17 de julio la Secretaría de Salud Municipal informó que el pequeño permanecía en aislamiento y su cuadro clínico era estable, después de recibir una dosis del suero antidiftérico el 14 de julio. La madre del niño lo acompañaba en la unidad de aislamiento.

Se hicieron todas las pruebas y las muestras necesarias para el diagnóstico fueron enviadas al LACEN, el laboratorio del estado, que las envió a São Paulo.

Después de la identificación de la enfermedad, la prefectura alertó a la población para que mantenga actualizado su carné de vacunación, debido al riesgo de introducción de casos desde el país vecino.



Colombia, Nariño: Emergencia sanitaria ante un brote de enfermedad diarreica en Ipiales

24 de julio de 2017 – Fuente: Caracol Radio (Colombia)

El Sector Salud de Ipiales declaró una alerta epidemiológica ante un brote de enfermedad diarreica que afectó a unas 1.000 personas, en la zona urbana y rural, que han sido atendidas en la última semana en los hospitales y clínicas por esta patología.

Las autoridades de salud de la ciudad fronteriza no han podido determinar la causa exacta de esta situación que se registra desde el pasado 17 de julio, cuando comenzaron a llegar pacientes con síntomas similares.

Pese a que las pruebas de laboratorio constataron que el agua no es la causante de la patología, la Fiscalía llegó hasta las oficinas del acueducto en Ipiales para adelantar un proceso investigativo, según lo confirmó la secretaria de Salud, Ana María Revelo, quien precisó que se está entregando la información requerida por el ente investigador.

Hoy no habrá clases en colegios públicos y privados de Ipiales como medida de prevención ante la problemática de salud que se presenta por un factor que aún no se ha podido determinar. También se realizará la verificación de las condiciones higiénico sanitarias de la infraestructura en las instituciones educativas y se continuará con análisis técnicos que buscan identificar los posibles vehículos de transmisión del agente causante del brote de enfermedad diarreica.

Se espera que la suspensión sea sólo por el día de hoy como parte del plan de contingencia implementando ante el pico registrado en la última semana, informó la Alcaldía.

Revelo dijo que todos los casos atendidos se han resuelto sin complicaciones para los pacientes.

Por ahora la principal recomendación a los habitantes es la intensificación de las medidas de higiene para el consumo de cualquier alimento.



² Ver 'Bolivia: Primer caso de fiebre amarilla en 10 años' en Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 1.879, de fecha 13 de febrero de 2017, haciendo clic [aquí](#).



Estados Unidos: Brote multiestatal de infecciones por *Salmonella* Kiambu asociado a papayas

21 de julio de 2017 – Fuente: Centers for Disease Control and Prevention (Estados Unidos)

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), los funcionarios de salud pública y reguladores en varios estados, y la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de Estados Unidos están investigando un brote multiestatal de infecciones por *Salmonella enterica enterica* serovar Kiambu, presuntamente vinculado al consumo de papayas de la variedad maradol.³

Doce estados han reportado un total de 47 personas infectadas por la cepa de *Salmonella* Kiambu en 12 estados del país: New York (13 casos), New Jersey (12), Virginia (6), Maryland (5), Pennsylvania (4), Iowa (1), Kentucky (1), Louisiana (1), Massachusetts (1), Minnesota (1), Texas (1) y Utah (1).

Los funcionarios de salud señalaron que los cinco casos confirmados en Maryland son personas que consumieron papayas del mismo supermercado.

Los primeros casos se detectaron a mediados de mayo. Doce personas enfermas han sido hospitalizadas. Una muerte ha sido reportada en la ciudad de New York.

Los afectados tienen entre menos de un año de vida y 95 años, con una mediana de 27 años. El 67% de los casos son mujeres, y de los 31 casos de los que se cuentan con datos, 18 (58%) son hispanos.

Los datos de laboratorio y epidemiológicos que se han recogido hasta la fecha indican que las papayas de la variedad maradol probablemente sean la fuente de este brote multiestatal.

Los CDC recomiendan que los consumidores no coman, que los restaurantes no sirvan y que los minoristas no vendan papayas de la variedad maradol hasta que se sepa más.

Esta investigación sigue en curso. Los CDC proporcionarán actualizaciones a medida que se disponga de más información.



EL MAÑANA Estados Unidos, Texas: Alerta por brote de ciclosporiasis

21 de julio de 2017 – Fuente: El Mañana (México)

El Departamento de Salud de Texas alertó a la población sobre un brote inusual de ciclosporiasis, una enfermedad intestinal infecciosa que puede ser grave y que en este año ya causó 148 casos en el Estado.

La agencia recomienda lavar frutas y verduras frescas aunque esto podría no eliminar por completo el riesgo, ya que *Cyclospora* puede ser muy difícil de remover a pesar de un buen lavado de estos alimentos.

Las autoridades estatales de salud mencionaron que la única forma de matar la bacteria es mediante la cocción de los alimentos.

También se informó que la infección por lo general no se transmite directamente de persona a persona.

Oficiales de salud confirmaron 148 casos de la bacteria este año en el estado de Texas, y los casos van en aumento.

Las autoridades sanitarias intensificaron las pruebas de laboratorio para tratar de identificar la fuente de las infecciones.

La preocupación se debe a que durante los meses de junio y julio se registró un aumento en el número de casos en el Estado, lo que motivó al Departamento de Salud de Texas a pedir a los proveedores de servicios de salud que permanezcan alertas ante la enfermedad, realicen las pruebas de laboratorio y comuniquen cualquier caso a los departamentos locales de salud.

Sólo durante junio se registraron 68 casos de ciclosporiasis en Texas y se trabaja de cerca con las agencias locales de salud para tratar de identificar la fuente de los contagios.

La ciclosporiasis es una enfermedad intestinal causada por el consumo de alimentos o agua contaminados con el parásito microscópico *Cyclospora cayetanensis*. El síntoma principal es la diarrea acuosa con una duración que va de unos días a varios meses.



³ La papaya es el fruto del árbol *Carica papaya*, una de las 22 especies aceptadas en el género *Carica* de la familia Caricaceae. Es originaria de las zonas tropicales de América, tal vez del sur de México y áreas adyacentes de América Central. Fue cultivada primeramente en México, varios siglos antes de la aparición de las civilizaciones clásicas mesoamericanas. Curiosamente, las plantas de papaya crecen en tres sexos: masculinos, femeninos y hermafroditas. El masculino sólo produce polen, y nunca da fruta. El femenino producirá frutos pequeños, no comestibles, a menos que se produzca la polinización. El hermafrodita puede auto-polinizarse, ya que sus flores contienen tanto los estambres masculinos como los ovarios femeninos. Casi todos los huertos comerciales de papaya contienen sólo hermafroditas. Existen dos tipos más comunes de papayas: uno de pulpa dulce, roja o anaranjada, y el otro de pulpa de color amarillo. Las papayas grandes, de pulpa roja, de las variedades 'Maradol', 'Sunrise' y 'Caribbean Red', que a menudo se venden en los mercados de Estados Unidos, en general se cultivan en México y Belice.

Entre los síntomas adicionales pueden estar la pérdida de apetito, cansancio, pérdida de peso, retortijones abdominales, pesadez estomacal, aumento de gases, náuseas, vómitos y fiebre baja. Los brotes anteriores en Estados Unidos se asociaron con el consumo de frutas y verduras frescas importadas, entre ellas la ensalada mixta preempacada, las frambuesas, la albahaca, los chícharos mollares y la mezcla de lechugas. En Texas se han producido varios brotes vinculados al consumo de cilantro.

El mundo



Arabia Saudí: Nuevos casos de infección por el MERS-CoV

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

Entre el 24 de junio y el 3 de julio de 2017, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) del Reino de Arabia Saudí notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) tres nuevos casos confirmados por laboratorio de infección por el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS-CoV).

Los casos se registraron en las localidades de Al-Riyadh, Al-Dammam y Al-Bahah. Dos casos son varones. Dos casos presentan comorbilidades. La edad de los casos es de 30, 60 y 70 años.

Un caso estuvo expuesto a dromedarios (*Camelus dromedarius*) infectados.

El Centro Nacional de Enlace para el RSI del Reino de Arabia Saudí también notificó a la OMS la muerte de dos casos de infección por el MERS-CoV previamente reportados.

A nivel mundial, la OMS ha sido notificada desde septiembre de 2012 de 2.040 casos confirmados por laboratorio de infección por el MERS-CoV, incluyendo al menos 712 muertes relacionadas.

Respuesta de salud pública

El Ministerio de Salud de Arabia Saudí identificó los contactos de los nuevos casos notificados y está haciendo un seguimiento de los mismos. Asimismo está investigando la fuente de infección de cada caso y ha reforzado las medidas de prevención y control de infecciones en los hospitales donde se han identificado los casos.

Actualización sobre los clústeres de casos registrados en Al-Riyadh notificados anteriormente

El periodo de seguimiento de los contactos identificados durante las investigaciones de los tres clústeres de MERS registrados en Al-Riyadh y notificados previamente, finalizó el 30 de junio. No se han identificado nuevos casos asociados a estos clústeres.

Evaluación de riesgos de la OMS

El MERS-CoV causa infecciones graves en humanos, con una elevada mortalidad, y se ha demostrado su capacidad de transmisión de persona a persona. Hasta la fecha, la transmisión observada de persona a persona se ha producido principalmente en entornos sanitarios.

La notificación de nuevos casos no modifica la evaluación general del riesgo. La OMS prevé que se reporten nuevos casos de infección por MERS-CoV en Medio Oriente, y que se continuarán exportando casos a otros países a través de personas infectadas tras la exposición a animales o productos de origen animal (por ejemplo, tras el contacto con dromedarios) o de origen humano (por ejemplo, en entornos sanitarios).

La OMS continúa monitoreando la situación epidemiológica y llevando a cabo la evaluación del riesgo con base en la última información disponible.

Advertencia de la OMS

Considerando la situación actual y la información disponible, la OMS alienta a todos sus Estados Miembros a que mantengan la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas y examinen detenidamente cualquier patrón inusual.

Las medidas de prevención y control de infecciones son esenciales para evitar la posible propagación del MERS-CoV en los centros sanitarios. No siempre es posible identificar precozmente a los pacientes infectados por el MERS-CoV, dado que los síntomas iniciales son inespecíficos, como ocurre en otras infecciones respiratorias. Por consiguiente, los profesionales sanitarios deben aplicar sistemáticamente las medidas preventivas habituales con todos los pacientes, con independencia de su diagnóstico. Además, se deben adoptar precauciones para evitar la transmisión a través de gotículas al atender a pacientes con síntomas de infección respiratoria aguda; cuando se trate de un caso probable o confirmado de infección por el MERS-CoV, se deben añadir precauciones contra el contacto y protección ocular. Las precauciones para prevenir la transmisión por vía aérea deben aplicarse cuando se realicen procedimientos que generen aerosoles.

País/Región	Casos	%	Muertes	%	Tasa let.
Arabia Saudí	1.670	81,86	632	88,76	37,84
Emiratos Árabes Unidos	84	4,12	13	1,83	15,48
Jordania	27	1,32	10	1,40	37,04
Qatar	22	1,08	6	0,84	27,27
Omán	8	0,39	3	0,42	37,50
Irán	6	0,29	1	0,14	16,67
Kuwait	4	0,20	2	0,28	50,00
Túnez	3	0,15	1	0,14	33,33
El Líbano	2	0,10	—	—	—
Bahrein	1	0,05	1	0,14	100,00
Egipto	1	0,05	—	—	—
Yemen	1	0,05	1	0,14	100,00
Mediterráneo Oriental	1.829	89,66	670	94,10	36,63
República de Corea	186	9,12	36	5,06	19,35
Filipinas	3	0,15	—	—	—
Malasia	1	0,05	1	0,14	100,00
Pacífico Occidental	190	9,31	37	5,20	19,47
Gran Bretaña	3	0,15	2	0,28	66,67
Austria	2	0,10	—	—	—
Francia	2	0,10	1	0,14	50,00
Países Bajos	2	0,10	—	—	—
Alemania	1	0,05	—	—	—
Grecia	1	0,05	—	—	—
Italia	1	0,05	—	—	—
Turquía	1	0,05	1	0,14	100,00
Europa	13	0,64	4	0,56	30,77
Estados Unidos	3	0,15	—	—	—
América	3	0,15	—	—	—
Tailandia	3	0,15	—	—	—
Sudeste Asiático	3	0,15	—	—	—
Argelia	2	0,10	1	0,14	50,00
África	2	0,10	1	0,14	50,00
Total mundial	2.040	100,00	712	100,00	34,90

Tabla 2. Casos y muertes notificados a la OMS, y tasa de letalidad, por país y región. Datos al 6 de julio de 2017. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Mientras no haya conocimientos más profundos acerca del MERS-CoV, debe considerarse que las personas con diabetes, insuficiencia renal, neumopatías crónicas o inmunodepresión corren gran riesgo de contraer una enfermedad grave en caso de infección por el MERS-CoV. Por consiguiente, dichas personas deben evitar el contacto estrecho con animales, en particular con dromedarios, cuando visiten granjas, mercados o establos donde se sospeche que el virus puede estar circulando. Se deben adoptar medidas higiénicas generales, tales como lavarse sistemáticamente las manos antes y después de tocar animales y evitar el contacto con animales enfermos.

También deben adoptarse medidas de higiene alimentaria. Se debe evitar el consumo de leche sin pasteurizar u orina de dromedario, así como de carne que no esté adecuadamente cocida.

La OMS no recomienda cribados especiales en los puntos de ingreso ni la aplicación de restricciones a los viajes ni al comercio en relación con este evento.

ABC España, Andalucía: Brote de brucelosis entre trabajadores de un matadero

21 de julio de 2017 – Fuente: ABC (España)

La Cooperativa Ganadera del Valle de los Pedroches (COVAP) informó el 21 de julio que diez trabajadores pertenecientes a la cooperativa de Trabajadores Asociados de la Industria Cárnica (TAIC), que presta servicios en el Centro de Transformación Cárnica de COVAP, han recibido un análisis positivo para brucelosis y presentan una sintomatología compatible con la enfermedad, consistente fundamentalmente en episodios de fiebre recurrente. A estos diez casos, hay que sumar otros dos casos que fueron diagnosticados el pasado mes de mayo.

La empresa explicó que "todo apunta a que el contagio se produjo el pasado abril durante el sacrificio de los animales de una explotación de ovino de carne" en la que se realizó un vacío sanitario a mediados del citado mes. Aclaró que existe un "control absoluto" sobre el foco origen de este caso.

La brucelosis es una patología que aqueja al ganado. El contagio se produce por contacto con fluidos provenientes de algún animal infectado, en este caso una oveja. Según COVAP, no suele producirse la transmisión de la enfermedad de persona a persona, siendo las vías de contagio oral, nasal, ocular y zonas lesionadas en la piel, a través de cortes o heridas.

Actualmente, la brucelosis es una enfermedad de carácter profesional, que afecta, sobre todo, a personas implicadas en el manejo de ganado: ganaderos, veterinarios y personal de líneas de sacrificio en mataderos. "Son escasos los contagios fuera del ámbito laboral y no existe ningún riesgo en la cadena alimentaria", concluyó la empresa.

EFE: Japón: Más de 29.000 afectados por un brote de enfermedad de manos, pies y boca

19 de julio de 2017 – Fuente: EFE

Más de 29.000 personas se han visto afectadas en Japón desde fines de junio por un brote de la enfermedad de manos, pies y boca que los expertos advierten que podría extenderse hasta los niveles de 2011, cuando el país experimentó la mayor incidencia de esta enfermedad en una década.

En la semana del 3 al 9 de julio, a la que corresponden los últimos datos disponibles, se detectaron 18.100 nuevos casos de esta enfermedad en unos 3.000 centros médicos del archipiélago nipón, 7.000 más que la semana anterior, confirmó un portavoz del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas de Japón (NIID).

Las instituciones sanitarias han tratado una media de 5,74 pacientes por centro durante dicho período, el segundo mayor número de los últimos 10 años tras la cifra de hace seis años, según las mediciones del NIID, que teme una nueva epidemia.

La enfermedad de manos, pies y boca, es una afección de origen viral caracterizada por la aparición de erupciones en estos tres puntos del cuerpo, y que afecta principalmente a niños de corta edad. La mayoría de los afectados tienen entre 1 y 2 años.

Las prefecturas donde más casos se han registrado recientemente son las de Tottoti, Miyazaki, Shiga y Kochi.

El NIID considera que el brote podría alcanzar un pico en dos o tres semanas y las autoridades han aconsejado a los infantes lavarse bien las manos con jabón, y pedido a centros de atención diurna y otras instalaciones que desinfecten los artículos utilizados por más de un niño.⁴

⁴ La enfermedad de manos, pies y boca en la mayoría de los casos es causada por el virus Coxsackie A16. Los niños menores de 10 años resultan afectados más a menudo. Los adolescentes y los adultos a veces pueden contraer la infección. Se presenta generalmente en el verano y a principios del otoño.

El virus puede propagarse de una persona a otra a través de pequeñas gotitas de aire que se liberan cuando la persona enferma estornuda, tose o se suena la nariz. También se puede contraer si alguien se toca la nariz, los ojos o la boca después de haber tocado algo contaminado con el virus, como un juguete o el pestillo de la puerta; o si se entra en contacto con heces o líquido de las ampollas de una persona infectada. El virus se propaga más fácilmente durante la primera semana de enfermedad de una persona.

El tiempo entre el contacto con el virus y el inicio de los síntomas es aproximadamente de 3 a 7 días. Los síntomas incluyen fiebre; dolor de cabeza; pérdida del apetito; erupción con ampollas pequeñas en las manos, los pies y en la zona donde se coloca el pañal que pueden estar sensibles o causar dolor si se presionan; dolor de garganta; y úlceras en la garganta (incluso las amígdalas), boca y lengua.

Los antecedentes de enfermedad reciente y un examen físico que muestre una erupción en las manos y en los pies normalmente bastan para diagnosticar esta enfermedad.

No existe un tratamiento específico para la infección más allá del alivio de los síntomas. La recuperación completa se da en 5 a 7 días.

Las complicaciones que se pueden presentar a raíz de la enfermedad de manos, pies y boca incluyen la pérdida de líquidos corporales (deshidratación) y convulsiones debido a la fiebre alta (convulsiones febriles).

Mali: Un caso de fiebre del Valle del Rift

17 de julio de 2017 – Fuente: *Outbreak News Today*

Funcionarios de salud de Malí, en África Occidental, confirmaron un único caso de infección por el virus de la fiebre del Valle del Rift en un niño de 10 años de Oulésébougou.

Este caso fue identificado a través de investigaciones de laboratorio de tres casos sospechosos de fiebre amarilla. Las tres muestras dieron negativo para todos los arbovirus incluidos en el panel molecular, a saber: Dengue, Nilo Occidental, fiebre del Valle del Rift, Chikungunya, fiebre hemorrágica de Crimea-Congo y Ébola. Sin embargo, una muestra fue positiva para anticuerpos IgM del virus del Valle del Rift en pruebas serológicas mediante ELISA (ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas).

A principios de este mes, el equipo de respuesta rápida del distrito fue desplegado en la aldea afectada para llevar a cabo una investigación de brotes. El equipo observó que el pueblo afectado se sirve de agua en un pozo de gran diámetro, y que en las cercanías viven pastores en movimiento estacional con su ganado y regularmente visitan el pueblo.

Se tomaron muestras a los aldeanos y los animales domésticos. Los resultados de las pruebas están pendientes.

La Organización Mundial de la Salud dijo que la aparición de un caso esporádico de fiebre del Valle del Rift en una aldea de Malí no es sorprendente.

Durante agosto-noviembre de 2016, las comunidades de la región de Tahoua, Níger (en la frontera con Malí) experimentaron un brote de fiebre del Valle del Rift. Y en enero de este año, la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) confirmó que este era la causa de abortos en ovinos y caprinos a lo largo de la frontera en Menaka, Malí, a unos 1.700 km de los focos antes mencionados.

Sin embargo, la detección de un único caso justifica una inmediata respuesta de emergencia, ya que estos casos son a menudo una indicación temprana de una infección generalizada en las poblaciones de ganado, asociada con abortos, con impactos económicos devastadores. Aunque la enfermedad en los seres humanos es a menudo subclínica o leve, 8-10% de los casos desarrollan síntomas graves, incluyendo enfermedad ocular, encefalitis y/o fiebre hemorrágica.⁵

Un nuevo estudio avala la relación entre la tuberculosis y la diabetes

25 de junio de 2017 – Fuente: *Immunology Letters*

El 90% de las personas son resistentes a la bacteria que provoca la tuberculosis y, por lo tanto, nunca desarrollan la enfermedad. Sin embargo, hay grupos de riesgo, como los diabéticos, que son más vulnerables. Desde hace años se está analizando cómo reaccionan los componentes de la sangre ante la infección y qué diferencias hay entre los individuos más y menos propensos a sufrir la enfermedad.

La relación entre la tuberculosis y la diabetes es bidireccional: por un lado, los diabéticos tienen un mayor riesgo de padecer tuberculosis si son infectados y, por otro, parece que esta enfermedad ocasiona un aumento transitorio de azúcar en sangre que puede derivar en diabetes si se dan las condiciones propicias.

⁵ La fiebre del Valle del Rift (FVR) es endémica en mayo en los países del África Subsahariana, incluyendo Mali. Los casos ocurren esporádicamente en el ganado y en los seres humanos. La FVR es una enfermedad zoonótica hiperaguda o aguda de los ruminantes domésticos. Es causada por un único serotipo de un virus de la familia *Bunyaviridae* (género *Phlebovirus*) transmitido por mosquitos. La enfermedad se presenta ante condiciones climáticas que favorecen la reproducción de los mosquitos vectores y se caracteriza, en algunos animales domésticos, por aborto, mortalidad neonatal y daño hepático. La enfermedad es más grave en el ganado ovino, caprino y vacuno. Los animales no preñados, de mayor edad, aunque son susceptibles a la infección, son más resistentes a la enfermedad clínica. Existe una considerable variación en la susceptibilidad a la FVR en animales de diferentes especies. Los dromedarios (*Camelus dromedarius*) presentan generalmente una infección asintomática por el virus de la FVR, pero presentan mortalidad súbita, mortalidad neonatal y abortos; las tasas de aborto puede ser tan elevadas como en el ganado.

Los seres humanos son susceptibles al virus de la FVR y se infectan a través del contacto con material de origen animal infectado (fluidos o tejidos corporales) o a través de las picaduras de mosquitos infectados. El virus de la FVR también ha causado infecciones graves en trabajadores de laboratorio, y debe ser manejado con medidas de bioseguridad y contención biológica. Se recomienda que el personal de laboratorio sea vacunado, de ser posible.

El virus de la FVR es endémico en muchos países africanos y puede afectar a varios países de la región al mismo tiempo, o expandiéndose geográficamente de manera paulatina en el transcurso de unos pocos años. Además de África, se han registrado grandes brotes en la Península Arábiga y algunas islas del Océano Índico. Estos por lo general, pero no exclusivamente, siguen a los periódicos ciclos de lluvias torrenciales inusuales, que pueden ocurrir con intervalos de varios años, o a la inundación de amplias zonas, favoreciendo la proliferación de mosquitos.

Las precipitaciones facilitan la eclosión de los huevos del mosquito. Los mosquitos *Aedes* adquieren el virus al alimentarse de animales infectados y pueden transmitir verticalmente el virus (transmisión transovárica) por lo que de los huevos pueden eclosionar nuevas generaciones de mosquitos infectados. Esto proporciona un mecanismo potencial para la perpetuación del virus en la naturaleza, ya que los huevos de los mosquitos pueden sobrevivir por períodos de hasta varios años en condiciones de sequía. Una vez que el ganado está infectado, una amplia variedad de especies de mosquitos pueden actuar como vectores del virus de la FVR, y pueden propagar la enfermedad.

La actividad de bajo nivel de la FVR puede tener lugar durante períodos inter-epizooticos. Se debe sospechar de FVR cuando inundaciones excepcionales y la posterior abundancia de las poblaciones de mosquitos son seguidos por la ocurrencia de abortos, junto con enfermedad mortal marcada por necrosis y hemorragias hepáticas que afectan particularmente a los corderos y terneros recién nacidos, potencialmente en concurrencia con la aparición de casos de enfermedad tipo influenza en trabajadores agrícolas y personas que manipulan carne cruda.

Durante un brote, deben implementarse medidas preventivas para proteger a los trabajadores de la infección, cuando se deben manejar animales con sospecha de infección por el virus de la FVR o sus productos.

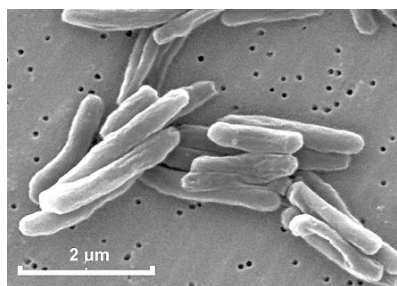
Por eso, el aumento del número de diabéticos supone un campo abonado para que la tuberculosis se desarrolle y se manifieste. Ser diabético es uno de los factores de riesgo más importantes para contraerla, hasta el punto de que la Organización Mundial de la Salud ya recomienda realizar cribados de diabetes en todos los enfermos de tuberculosis. Padecer la tuberculosis dificulta el control de la diabetes y, a su vez, se ha observado que la respuesta de los diabéticos a los antibióticos es peor.



Componentes defensivos

En general, se considera que los componentes defensivos frente a las infecciones están representados en la sangre de una forma u otra. Por eso, los investigadores infectan con bacterias muestras de sangre de individuos sanos y, en este caso, principalmente de pacientes diabéticos. Al cabo de unos días se cuenta cuántas bacterias han sobrevivido a la actividad antimicrobiana de la sangre. De esta forma, se averiguan las diferentes reacciones de cada grupo de riesgo.

Sin embargo, en esta oportunidad no se observaron diferencias entre las muestras de individuos sanos y diabéticos, puesto que el número de bacterias recuperadas era similar. Aunque a veces en el mundo de la ciencia se desprecian este tipo de resultados negativos, en realidad tienen un gran valor, puesto que aportan información a los investigadores para enfocar sus esfuerzos en otra dirección.



Otros detalles del trabajo sí han aportado novedades en la dirección esperada. Por ejemplo, un tipo de leucocitos denominados neutrófilos ven disminuida su capacidad de fagocitar a las bacterias en el caso de los diabéticos. Asimismo, en estudios previos se habían encontrado por primera vez diferencias entre la actividad antimicrobiana de ancianos, otro grupo de riesgo, e individuos jóvenes.

Por el momento, los especialistas saben que existe una mayor proporción de enfermos de tuberculosis en grupos como los diabéticos, ancianos o fumadores, pero en el laboratorio aún se han podido demostrar las causas. En estas investigaciones hay que tener en cuenta las enormes dificultades técnicas que conlleva el trabajo con *Mycobacterium tuberculosis*, la bacteria responsable de la enfermedad, dado

que es un patógeno admirablemente adaptado al ser humano, y cuyos mecanismos de acción son muy complejos de analizar.

Medidas para regular la respuesta inmunológica

El objetivo a largo plazo es encontrar medidas para regular la respuesta inmunológica, de forma que el propio paciente sea capaz de hacer frente al microorganismo por sí mismo, sin necesidad de emplear antibióticos. Esto es especialmente importante hoy con la aparición de bacterias multirresistentes frente a las que los antibióticos no son efectivos. Así, podría llegarse a un tratamiento personalizado para cada paciente, dependiendo de cuál es su problema inmunológico.

Por otro lado, si tras un cribado se encuentra que un individuo es especialmente susceptible, algo que ahora mismo se desconoce cómo hacer, se puede prevenir que si se infecta se desarrolle la enfermedad, sobre todo en países con un elevado número de pacientes y personas portadoras de la enfermedad, aunque no la manifiesten.⁶



Uno de cada 10 lactantes no fue vacunado contra ninguna enfermedad en 2016

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

Un total de 12,9 millones de lactantes en el mundo (casi uno de cada 10) no fueron vacunados contra ninguna enfermedad en 2016, de acuerdo con las estimaciones más recientes realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)⁷. Ello significa, sobre todo, que no se les administró la primera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos convulsa (DTP), por lo que corren un riesgo importante de contraer estas enfermedades potencialmente mortales.

Además, se calcula que 6,6 millones de lactantes a los que se administró la primera dosis de la vacuna DTP no recibieron la serie completa de tres dosis de la vacuna en 2016. Desde 2010, el porcentaje de lactantes a quienes no se administra la serie completa de inmunización sistemática no ha aumentado y se ha mantenido en 86% (que corresponde a 116,5 millones de lactantes), y tampoco se han observado cambios significativos en ningún país o región durante el pasado año. Este porcentaje queda lejos del objetivo mundial de alcanzar una cobertura vacunal de 90%.

El Dr. Jean-Marie Okwo-Bele, Director del Departamento de Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos de la OMS, señala: "Los lactantes que no son inmunizados son, en su mayor parte, los mismos que no son atendidos por los sistemas de salud. Es muy probable que ninguno de estos lactantes se haya podido beneficiar de otros servicios sanitarios básicos. Si queremos subir el listón de la cobertura sanitaria mundial, los servicios de salud deben atender a los niños desatendidos. Cada contacto con el sistema de salud debe considerarse una ocasión para vacunar".

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

⁷ Desde el año 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) elaboran conjuntamente estimaciones anuales de la cobertura nacional de inmunización para cada uno de los 194 Estados Miembros de la OMS. En este proceso de estimación se examina la serie cronológica de datos sobre la vacunación teniendo en cuenta la información más reciente y en 2016, además de las estimaciones de la cobertura vacunal, se ha realizado una revisión que abarca 37 años, desde 1980 hasta 2016.

Actualmente, la vacunación permite prevenir cada año de 2 a 3 millones de defunciones por difteria, tétanos, tos convulsa o sarampión. Se trata de una de las intervenciones sanitarias más eficaces y rentables.

Tasa de cobertura mundial de la vacunación

De acuerdo con los datos más recientes, 130 de los 194 Estados Miembros de la OMS han alcanzado y mantenido al menos 90% de cobertura de las tres dosis de la vacuna DTP, un logro que es una de las metas del *Plan de Acción Mundial sobre Vacunas*⁸. Con todo, se debe vacunar también a cerca de 10 millones de lactantes en 64 países para alcanzar como mínimo 90% de la cobertura en todos los países. Hasta 7,3 millones de estos lactantes viven en contextos frágiles o necesitados de ayuda humanitaria, y algunos en países que sufren conflictos bélicos. Además, 4 millones se concentran en tres países (Afganistán, Nigeria y Pakistán) donde el acceso a los servicios de vacunación sistemática es fundamental para conseguir y mantener la erradicación de la poliomielitis.

En 2016, 8 países (Chad, Guinea Ecuatorial, Nigeria, Siria, República Centroafricana, Somalia, Sudán del Sur y Ucrania) no habían alcanzado 50% de la cobertura de las tres dosis de la vacuna DTP.

A nivel mundial, el 85% de los niños han sido vacunados contra el sarampión en su primer año de vida, gracias a los servicios de vacunación sistemática, y el 64% han recibido la segunda dosis. Sin embargo, las tasas de cobertura son muy inferiores a las necesarias para prevenir brotes epidémicos, muertes evitables y para alcanzar los objetivos regionales de eliminación de esta enfermedad.

Actualmente, 152 países utilizan la vacuna antirrubéolica y la cobertura mundial ha aumentado, pasando de 35% en 2010 a 47% en 2016. Este incremento representa un importante paso adelante para reducir la incidencia del síndrome de rubéola congénita, que acarrea consecuencias nefastas como la deficiencia auditiva, malformaciones congénitas en el corazón y ceguera, entre otras discapacidades permanentes.

Lo cobertura mundial de las vacunas recomendadas más recientemente tampoco ha alcanzado el 50%. Entre estas vacunas se encuentran algunas que previenen enfermedades causantes de un gran número de defunciones infantiles, como la neumonía y la infección por rotavirus, que cursa con diarrea grave. La vacunación contra estas dos enfermedades podría reducir sustancialmente la tasa de defunción de los niños menores de cinco años, que es una de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Muchos países de ingresos medios se han quedado rezagados con respecto a la introducción de estas nuevas vacunas, que son también más caras. En muchos casos, estos países no reciben ayuda externa y su presupuesto sanitario no suele bastar para adquirirlas.

Desigualdades en materia de cobertura vacunal

Las estimaciones de la cobertura nacional suelen ocultar profundas desigualdades dentro de los países. En su informe *State of inequality: Childhood immunization*⁹, la OMS pone de manifiesto que hay desigualdades en la cobertura de la inmunización infantil en los países de ingresos medios y bajos durante los últimos 10 años. El informe muestra que las mejoras observadas a nivel mundial se han acompañado de patrones de cambio distintos entre los países y que, en general, las desigualdades se han reducido durante este periodo.

Estas conclusiones se han visto refrendadas por un estudio reciente del UNICEF en el que se hace hincapié en la costo-eficacia de las inversiones en las comunidades más pobres y marginadas.

El Dr. Robin Nandy, Jefe de Inmunización del UNICEF, señala que "la vacunación es una de las intervenciones más eficaces para velar por la equidad. El suministro de vacunas que pueden salvar vidas a las comunidades, mujeres y niños más pobres se debe considerar una de las máximas prioridades en todos los contextos".

Para aumentar la cobertura de la inmunización es necesario intensificar los esfuerzos por reducir las desigualdades vinculadas a la situación económica de los hogares y a la formación de las madres. Por otro lado, más de la mitad de la población mundial vive en zonas urbanas, entre ellas barriadas de asentamientos informales¹⁰ en rápido crecimiento de ciudades africanas y asiáticas. Las poblaciones urbanas desfavorecidas son grupos que, en muchos casos, han recibido pocas o ninguna de las vacunas que necesitan.

Por primera vez, la OMS y el UNICEF han recogido datos desglosados sobre la cobertura de inmunización a nivel supranacional. De los 194 países que han presentado datos, 125 han notificado la cobertura supranacional, abarcando cerca de 20.000 distritos y alrededor de dos terceras partes de la población mundial de lactantes. Estos datos ayudarán a arrojar luz sobre las desigualdades geográficas en el acceso a las vacunas.

⁸ Puede consultar el informe completo haciendo clic [aquí](#).

⁹ Puede consultar el informe completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

¹⁰ Un asentamiento informal es un lugar donde se establece una persona o una comunidad que está fuera de las normas establecidas por las autoridades encargadas del ordenamiento urbano. Por lo general son densos asentamientos que abarcan a comunidades o individuos albergados en viviendas autoconstruidas bajo deficientes condiciones de habitabilidad. Se forman por ocupaciones espontáneas de terrenos, públicos o privados, sin reconocimiento legal, expandiendo los bordes de las ciudades en terrenos marginados que regularmente están en los límites de las zonas urbanas, o en terrenos con elevados riesgos para las viviendas allí asentadas, como laderas de altas pendientes, terrenos poco estables, zonas inundables en las márgenes de ríos y quebradas.

Típicamente son el producto de la necesidad urgente de obtención de vivienda de las comunidades urbanas de escasos recursos económicos, o de migrantes llegados de zonas rurales, empujadas a abandonar sus tierras por múltiples motivos, y al no existir, generalmente, políticas que habiliten a estas personas a adquirir por medios legales viviendas dignas.



Sociedad Argentina de Infectología

Nueva dirección

Ángel Justiniano Carranza 974, CP: C1414COB - CABA

Teléfono: 54 (011) 4857-6681

Estimados:

Por medio del presente queremos invitarlos a participar de una nueva edición del "Estudio nacional de prevalencia de infecciones asociadas al cuidado de la salud en hospitales de Argentina", que se desarrolla en el marco del Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina (VIHDA). Esta es la 19ª edición del estudio que inició en el 2005 y que año a año ha ido creciendo en importancia, alcance y cantidad de hospitales participantes.

El estudio tiene por objetivo conocer y cuantificar la realidad de esta problemática en cada hospital, a efectos de contribuir a mejorar las intervenciones, las prácticas y la profilaxis antibiótica.

Como siempre, pueden participar voluntariamente instituciones públicas y privadas, independientemente de si están adheridas al Programa VIHDA, incluso instituciones de otros países de habla hispana.

El estudio requiere de un trabajo arduo de organización, recolección y análisis de datos, pero entendemos que el esfuerzo vale la pena para tener información sobre esta patología en cada uno de los establecimientos de salud y del conjunto a nivel nacional. El Programa VIHDA proveerá todo el material bibliográfico, instructivos, planillas y el acceso al software para que puedan registrar la información y emitir vuestros propios reportes. Dado que el sistema corre sobre la web, sólo es necesario tener acceso a Internet de banda ancha. Cada hospital tendrá acceso a sus reportes particulares y podrá comparar sus tasas e indicadores, edición tras edición, consigo mismo y con el consolidado nacional. Los datos de cada hospital son confidenciales. El Instituto Nacional de Epidemiología 'Dr. Juan Héctor Jara' (INE) solo publicará los resultados consolidados a nivel nacional.

Para participar del estudio deberán formalizar la inscripción completando el formulario haciendo clic [aquí](#).

Los alcances del estudio y su correspondiente cronograma de trabajo puede obtenerse haciendo clic [aquí](#).

Con respecto al estudio 2016, aprovechamos para recordarles que ya se encuentran disponibles en el sistema los indicadores de las ediciones anteriores, para que puedan consultarlos, exportarlos y compartirlos.

Recientemente, hemos publicado los informes nacionales consolidados de la edición anterior:

- Informe Estudio Nacional de Prevalencia de IACS de Hospitales de Argentina 2016 (hacer clic [aquí](#)).

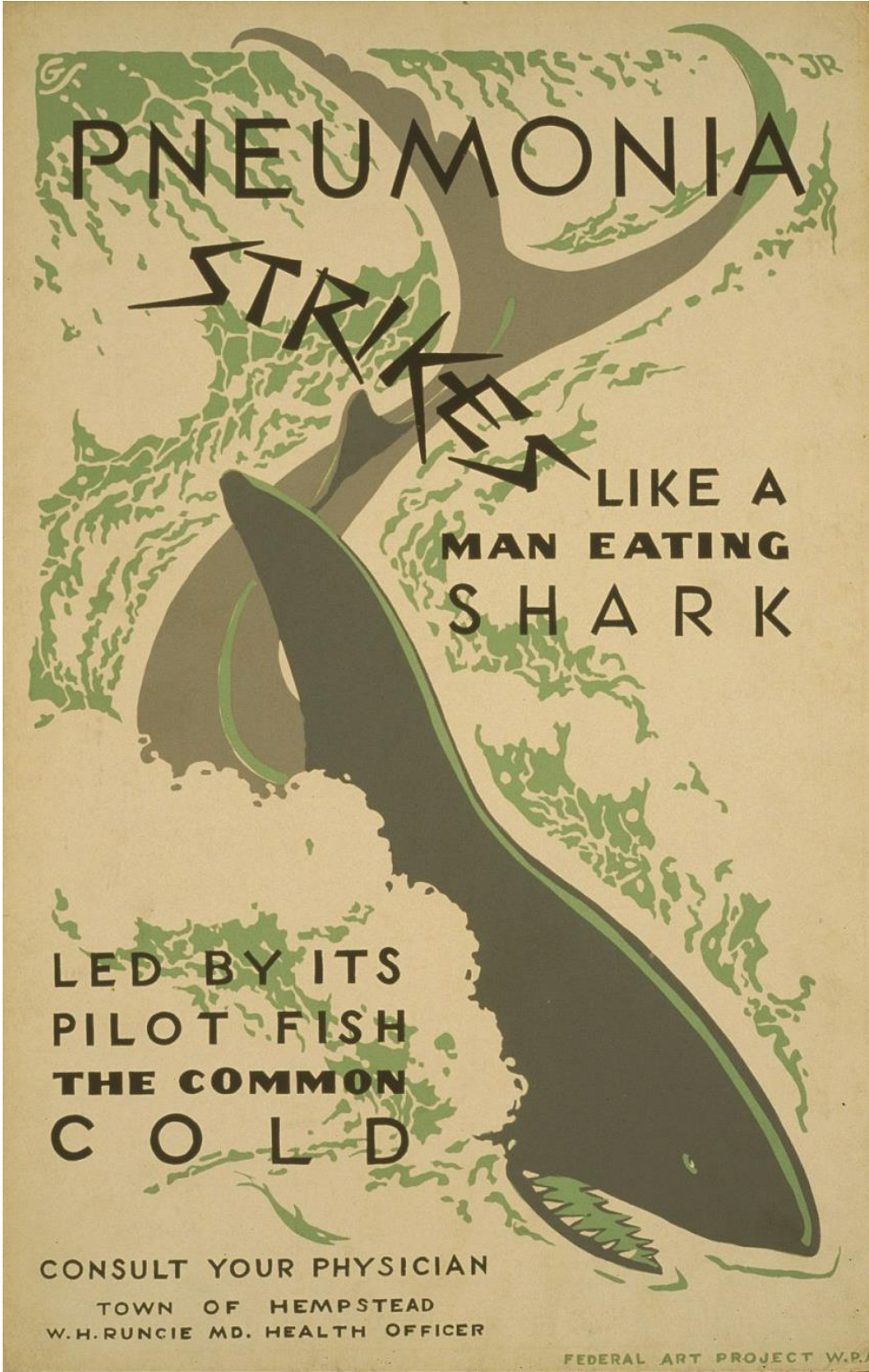
- Informe Estudio Nacional de Consumo de Antimicrobianos en Hospitales de Argentina 2016 (hacer clic [aquí](#)).

Esperamos contar la con la participación de su institución y agradecemos la difusión del mail a aquellos profesionales que pudiesen estar interesados en participar.

Quedamos a su disposición para cualquier consulta o información adicional.

Saludos

Diego Arcidiácono
Leonor Guerriero
Coordinadores del Estudio
<http://siswep.anlis.gov.ar>



Maryland Health Officer (Hempstead, Maryland, Estados Unidos).

El Reporte Epidemiológico de Córdoba hace su mejor esfuerzo para verificar los informes que incluye en sus envíos, pero no garantiza la exactitud ni integridad de la información, ni de cualquier opinión basada en ella. El lector debe asumir todos los riesgos inherentes al utilizar la información incluida en estos reportes. No será responsable por errores u omisiones, ni estará sujeto a acción legal por daños o perjuicios incurridos como resultado del uso o confianza depositados en el material comunicado.

A todos aquellos cuyo interés sea el de difundir reportes breves, análisis de eventos de alguna de las estrategias de vigilancia epidemiológica o actividades de capacitación, les solicitamos nos envíen su documento para que sea considerada por el Comité Editorial su publicación en el Reporte Epidemiológico de Córdoba.

Toda aquella persona interesada en recibir este Reporte Epidemiológico de Córdoba en formato electrónico, por favor solicitarlo por correo electrónico a reporteepidemiologicocba@gmail.com, aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.