



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente

www.reporteepidemiologicocordoba.com

Distinguido por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

2.051

14 de mayo de 2018

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.)

Javier Casellas (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.)

Fernando Riera (Arg.)

Charlotte Russ (Arg.)

Horacio Salomón (Arg.)

Eduardo Savio (Uru.)

Daniel Stecher (Arg.)

Carla Vizzotti (Arg.)

Publicación de:
Servicio de Infectología
Hospital Misericordia
Ciudad de Córdoba
República Argentina

Noticias

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

Argentina

- Vigilancia de leishmaniosis mucosa
- Argentina comenzará a producir la vacuna contra la fiebre amarilla

América

- Brasil: Actualización sobre la situación epidemiológica de la fiebre amarilla
- Brasil, Pará: Cuatro niños mueren con sospechas de infección por el virus de la rabia
- Honduras: Suman diez los muertos y 140 los afectados por la influenza A(H1N1)
- Paraguay, Amambay: Alerta ante el aumento de casos de fiebre chikungunya
- Perú: Son alrededor de 100 los casos de síndrome de Guillain-Barré registrados en lo que va del año

- República Dominicana: Han muerto casi mil recién nacidos en lo que va del año

El mundo

- Europa: Los genomas antiguos revelan una gran diversidad de *Mycobacterium leprae* en la Europa medieval
- Francia: Brote de infecciones por *Escherichia coli* vinculadas al consumo de queso reblochon
- Nigeria: Actualización sobre la situación epidemiológica de la fiebre hemorrágica de Lassa
- República Democrática del Congo: Actualización sobre el brote de enfermedad por el virus del Ébola
- Yemen lanza su primera campaña de tratamiento a gran escala contra el tracoma
- Nueve de cada diez personas de todo el mundo respiran aire contaminado

Adhieren:

SLAMVI

Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/

CIRCULO MÉDICO DE CÓRDOBA

www.circulomedicocba.org/

CMPC Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba

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.sadi.org.ar/

Comité Nacional de Infectología

Sociedad Argentina de Pediatría

www.sap.org.ar/



www.apinfectologia.org/

Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica

www.sadip.net/

Asociación Parasitológica Argentina

www.apargentina.org.ar/

Vigilancia de leishmaniosis mucosa

29 de abril de 2018 – Boletín Integrado de Vigilancia – Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de la Situación de Salud (Argentina)

Provincia/Región	2017		2018	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	—	—	—	—
Buenos Aires	2	1	1	—
Córdoba	—	—	—	—
Entre Ríos	—	—	—	—
Santa Fe	—	—	—	—
Centro	2	1	1	—
Mendoza	—	—	—	—
San Juan	—	—	—	—
San Luis	—	—	—	—
Cuyo	—	—	—	—
Corrientes	—	—	—	—
Chaco	—	—	—	—
Formosa	—	—	—	—
Misiones	1	1	—	—
NEA	1	1	—	—
Catamarca	—	—	—	—
Jujuy	—	—	—	—
La Rioja	—	—	—	—
Salta	2	2	3	3
Santiago del Estero	—	—	—	—
Tucumán	—	—	—	—
NOA	2	2	3	3
Chubut	—	—	—	—
La Pampa	—	—	—	—
Neuquén	—	—	—	—
Río Negro	—	—	—	—
Santa Cruz	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—
Sur	—	—	—	—
Total Argentina	5	4	4	3

Tabla 1. Casos notificados y confirmados, según provincia y región. Argentina. Años 2017/2018, hasta semana epidemiológica 5. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.¹

Argentina comenzará a producir la vacuna contra la fiebre amarilla

11 de mayo de 2018 – Fuente: Ministerio de Salud (Argentina)

El ministro de Salud de la Nación, Adolfo Luis Rubinstein; su par de Ciencia Tecnología e Innovación Productiva, José Lino Salvador Barañao; la interventora de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán', Claudia Perandones; el titular de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), Carlos Alberto Chiale y el presidente de la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP), Reinaldo Adolfo Sánchez de León, firmaron hoy en la sede de la ANLIS un convenio de cooperación técnica recíproca para la producción nacional de la vacuna contra la fiebre amarilla.

La fabricación local se realizará con la colaboración de la Fundación Instituto 'Dr. Oswaldo Gonçalves Cruz' (FIOCRUZ) de Brasil que cuenta con el Instituto de Tecnología en Inmunobiológicos (Bio-Manguinhos), uno de los principales productores de la vacuna, que transferirá tecnología y conocimiento. Es por eso que durante el acto, el director subrogante de la fundación, Felix Júlio Rosenberg, y Perandones de la ANLIS suscribieron el Plan de Trabajo encuadrado como Anexo 1 del Memorandum de Entendimiento para la Cooperación Internacional.

Rubinstein expresó que "este convenio es una enorme muestra de generosidad de la FIOCRUZ, que gratuitamente cede el conocimiento para que sea utilizado en Argentina con el objetivo claro de cubrir la creciente demanda de vacunas contra la fiebre amarilla que existe en la región, producto del cambio de las condiciones de vida y del cambio climático".

El ministro de Salud también destacó la importancia de la colaboración Sur-Sur ya que "estamos muy acostumbrados a la colaboración Norte-Sur, donde en general los países en desarrollo reciben la transferencia tecnológica de los países desarrollados, pero muchas veces las características del Norte y del Sur hacen que esa traducción sea más difícil, por lo que en este caso al tratarse de dos países hermanos y vecinos, las similitudes permitirán acelerar enormemente los pasos".

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

Se estima que la demanda inicial para la producción de la vacuna será de aproximadamente 5 millones de dosis y que la primera producción estará para el último trimestre de 2019. El proyecto implica una inversión de 250 millones de pesos.

Por su parte, el ministro Barañao manifestó que "hoy tenemos algo que debería ser la norma pero que lamentablemente no es frecuente en la historia argentina, que es firmar convenios entre ministerios e instituciones como la ANLIS, que tiene hoy la capacidad para dar respuesta a un problema como la fiebre amarilla".

Además Barañao afirmó que "este es un ejemplo muy claro de la importancia de tener ciencia e investigación en el país que permita contar con los recursos humanos para dar una respuesta eficiente".

A su turno, Perandones comentó que "empezamos a trabajar en este sueño en el año 2007 con los compañeros de la FIOCRUZ y las distintas coyunturas hacen que hoy pueda empezar a ser realidad". La responsable de la ANLIS agregó que "sin la colaboración de la FIOCRUZ sería imposible iniciar este proceso de producción nacional de la vacuna".

Finalmente el director subrogante de la FIOCRUZ, Felix Rosenberg, aseguró que "la producción de la vacuna contra la fiebre amarilla es un símbolo y paradigma de la cooperación y de lo que debe ser una construcción conjunta de los dos institutos en el beneficio de nuestros pueblos".

De acuerdo al convenio, el Ministerio de Salud de Argentina establecerá las estrategias de prevención epidemiológica, desarrollará los lineamientos técnicos de vacunación, promoverá el desarrollo de investigaciones sobre fiebre amarilla y coordinará el stock y la provisión de insumos necesarios para la prevención.

Por su parte, el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva se compromete a integrar recursos y capacidades de diversas instituciones de ciencia y tecnología del país y a colaborar con el financiamiento.

La ANLIS brindará el espacio físico y los recursos humanos necesarios mientras que la ANMAT dará orientación sobre el marco regulatorio y apoyo logístico para el desarrollo del proyecto. Finalmente, la ANLAP proveerá parte de los recursos económicos necesarios.

América



Brasil: Actualización sobre la situación epidemiológica de la fiebre amarilla

8 de mayo de 2018 – Fuente: Ministério da Saúde (Brasil)

El Ministerio de Salud de Brasil actualizó el 8 de mayo la información sobre la situación de la fiebre amarilla en el país. En el período de monitoreo (del 1 de julio de 2017 al 8 de mayo de 2018), se confirmaron 1.261 casos de fiebre amarilla en el país, 409 de los cuales fueron fatales (tasa de letalidad de 32,43%). En total, se notificaron 6.525 casos sospechosos, de los que 3.963 fueron descartados y 1.361 permanecen en investigación. La casi totalidad de los casos confirmados se notificaron en la Región Sudeste (99,99%).

En el período de monitoreo 2016/2017, hasta la semana epidemiológica 18, se habían confirmado 762 casos de fiebre amarilla selvática, mientras que en el período actual (2017/2018) fueron confirmados 1.249 casos. Una comparación preliminar entre ambos períodos permite observar que, aunque el número absoluto de casos confirmados es mayor en el período actual, la incidencia cada 100.000 habitantes en los municipios con registro de casos humanos confirmados es menor: 6,43 vs. 3,28. Este hecho puede explicarse por la ocurrencia más recientemente de fiebre amarilla en áreas con mayor densidad poblacional, dado que fueron afectadas las regiones metropolitanas de Belo Horizonte, Rio de Janeiro y São Paulo. Por otra parte, el número de municipios con casos humanos confirmados es mayor en el período actual (222) que en el anterior (143). Entretanto, el mayor porcentaje poblacional en riesgo

en el período actual es justamente aquél de las áreas recientemente afectadas (58,3%), donde la vacuna no estaba recomendada, a diferencia de lo registrado en el período anterior (42,2%), lo que refuerza la importancia de las estrategias de intensificación de las campañas de vacunación en las áreas recientemente afectadas, así como de la intensificación de la vacunación selectiva donde la circulación del virus ha sido documentada previamente. Es importante tener en cuenta que parte de los municipios solo registraron fiebre amarilla en primates no humanos, además del hecho de que la población ya vacunada no está en riesgo, de modo que esta comparación preliminar debe ser interpretada con cautela.

Unidad Federativa/Región	Casos				Muertes	Tasa de letalidad (%)
	Notificados	Descartados	En Investigación	Confirmados		
Acre	2	1	1	—	—	—
Amapá	6	4	2	—	—	—
Amazonas	8	5	3	—	—	—
Pará	46	33	13	—	—	—
Rondônia	9	8	1	—	—	—
Roraima	3	3	—	—	—	—
Tocantins	22	15	7	—	—	—
Norte	96	69	27	—	—	—
Alagoas	8	8	—	—	—	—
Bahia	70	45	25	—	—	—
Ceará	4	3	1	—	—	—
Maranhão	9	7	2	—	—	—
Paraíba	5	—	5	—	—	—
Pernambuco	8	5	3	—	—	—
Piauí	11	6	5	—	—	—
Rio Grande do Norte	5	2	3	—	—	—
Sergipe	3	3	—	—	—	—
Nordeste	123	79	44	—	—	—
Distrito Federal	81	72	8	1	1	100,00
Goias	75	44	31	—	—	—
Mato Grosso	14	10	4	—	—	—
Mato Grosso do Sul	13	11	2	—	—	—
Centro-Oeste	183	137	45	1	1	100,00
Espírito Santo	127	104	17	6	1	16,67
Minas Gerais	1.566	815	235	516	176	34,11
Rio de Janeiro	1.323	622	480	221	71	32,13
São Paulo	2.874	1.949	408	517	160	30,95
Sudeste	5.890	3.490	1.140	1.260	408	32,38
Paraná	126	119	7	—	—	—
Rio Grande do Sul	56	41	15	—	—	—
Santa Catarina	51	28	23	—	—	—
Sur	233	188	45	—	—	—
Total	6.525	3.963	1.301	1.261	409	32,43

Tabla 2. Casos humanos notificados, según región, unidad federativa y clasificación. Brasil. Del 1 de julio de 2017 al 8 de mayo de 2018. Fuente: Ministerio de Salud de Brasil.

Vacunación

El 25 de enero de este año, se inició la Campaña de Vacunación contra la Fiebre Amarilla, en 77 municipios seleccionados de los estados de Bahia (8 municipios), São Paulo (54) y Rio de Janeiro (15). En el transcurso de la campaña, São Paulo amplió la vacunación de forma gradual a otros 53 municipios.

Incluso con el cierre de la campaña en los referidos municipios, las acciones de vacunación continúan, con el fin de garantizar una cobertura vacunal de 95% de la población objetivo.

La población objetivo para vacunación está constituida por personas a partir de los 9 meses de edad, sin comprobación de vacunación, residentes en los municipios definidos. La estimación de personas no vacunadas que están siendo consideradas para vacunación, es de aproximadamente 26,5 millones.

En los citados municipios se está utilizando la vacuna en dosis estándar (0,5 ml) y dosis fraccionada (0,1 ml), es decir, utilizando la quinta parte de una dosis estándar. Esta medida está en consonancia con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), por tratarse de áreas pobladas con riesgo de expansión de la enfermedad.

El Ministerio de Salud, entre enero y mayo de 2018, envió a las Unidades Federadas aproximadamente 25,1 millones de dosis de la vacuna. Unos 18,4 millones de dosis para la Campaña de Vacunación fueron enviados a los estados de (300.000).

Antes de iniciar la Campaña de Vacunación, los estados de Rio de Janeiro, São Paulo y Bahia ya habían vacunado cerca de 13,2 millones de personas. Considerando el total de dosis acumuladas y las dosis de la campaña, Rio de Janeiro vacunó cerca de 6,5 millones de personas, São Paulo cerca de 13,3 millones y Bahia 1,85 millones. Las coberturas de vacunación de los referidos estados son de 55,68% para Rio de Janeiro, de 53,62% para São Paulo y de 55,03% para Bahia.²



Brasil, Pará: Cuatro niños mueren con sospechas de infección por el virus de la rabia

11 de mayo de 2018 – Fuente: G1 (Brasil)

Cuatro niños murieron y otros seis están internados con sospecha de infección por el virus de la rabia. Todos los niños son de la misma comunidad rural del municipio de Melgaço, región de Marajó. Se sospecha que las víctimas fueron infectadas por la mordedura de murciélagos. Las víctimas tienen entre tres y 12 años de edad y están internadas en el Hospital 'Santa Casa de Misericordia' de Pará.

Los equipos de la Secretaría del Estado de Salud Pública de Pará (SESPA) y el Ministerio de Salud se desplazaron a la ciudad para investigar los casos. La SESPA informó que cuatro niños murieron de encefalitis aguda y las otras seis están internadas en estado grave, también con encefalitis. Los cuatro niños murieron presentando un cuadro similar: fiebre, disnea, cefalea, dolor abdominal y signos neurológicos, como parálisis flácida ascendente, convulsiones, disfagia, desorientación, hidrofobia e hiperacusia.

Las muestras para verificar si se trata de casos de rabia fueron enviadas a laboratorios en el estado de São Paulo y a Belem, la capital de Pará, y las autoridades de salud están a la espera de los resultados.

La Agencia de Defensa Agropecuaria de Pará (ADEPARA) informó que Melgaço no tiene un historial de casos de rabia humana. Los equipos de la institución están en el campo, para controlar la población de murciélagos hematófagos.

Entre las medidas tomadas por la ADEPARA están la captura de estos murciélagos y el desplazamiento de técnicos a las áreas con foco de vectores y enfermedad, para realizar la vacunación. La agencia también inició una serie de acciones de educación sanitaria con productores rurales y moradores, con el objetivo de alertar a la población sobre los ataques.

En 2005, en el estado de Maranhão, vecino de Pará, 24 personas murieron debido a la rabia transmitida por murciélagos hematófagos, que atacaron ese año a unas 1.200 personas en esa región del norte del país.

Según las autoridades de salud, entre los años 2000 y 2005 esta enfermedad mató a 138 personas en todo Brasil.



Honduras: Suman diez los muertos y 140 los afectados por la influenza A(H1N1)

11 de mayo de 2018 – Fuente: Radio América (Honduras)

El Ministerio de Salud de Honduras anunció hoy la muerte de dos personas a causa de la influenza A(H1N1), lo que eleva a diez las víctimas mortales provocadas por esa enfermedad en el país, entre ellas dos menores de edad.

El ministro hondureño de Salud, Octavio Rubén Sánchez Midence, dijo que la mayoría de los fallecimientos se han registrado en los departamentos de Cortés y Francisco Morazán, en el norte y centro del país.

Señaló, además, que entre las víctimas mortales hay dos niñas de 19 meses y dos años, tres mujeres y cinco hombres.

El alto cargo indicó que seis de las diez víctimas tenían más de 40 años y padecían diabetes mellitus, cardiopatía e hipertensión, entre otras enfermedades.

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

Sánchez indicó que a partir del 14 de mayo se comenzará a aplicar la vacuna contra la influenza A(H1N1), y advirtió que la misma debe suministrarse gratuitamente a los pacientes en el país, donde la enfermedad afecta a más de 140 personas.

“Las personas a partir de los 59 años, el personal sanitario, los menores de cinco años, los enfermos crónicos y las embarazadas, son los grupos más vulnerables que recibirán primero la dosis”, añadió, y dijo que la vacuna se comenzará a aplicar en Cortés y Francisco Morazán.

Enfatizó que la vacunación puede evitar la aparición de complicaciones causadas por el virus que provoca esta enfermedad respiratoria, frente a la que los antibióticos no resultan efectivos.

El ministro hondureño instó a la población a no dejarse alarmar ni hacer caso a informaciones tremendistas, ya que eso sólo contribuye a desorientar.



Paraguay, Amambay: Alerta ante el aumento de casos de fiebre chikungunya

11 de mayo de 2018 – Fuente: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (Paraguay)

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay declaró el 11 de mayo una alerta preventiva en el departamento de Amambay, en la frontera con Brasil, tras confirmarse 43 casos de fiebre chikungunya, del total de 45 registrados en todo el país. Los dos restantes se registraron en los departamentos Central (en Itá) y Guairá (en Villarrica).

La cartera sanitaria señaló que la medida implica una intensificación del control vectorial ante el elevado índice de infestación larvaria en el área de la ciudad de Pedro Juan Caballero, la capital departamental, que propicia la dispersión de *Aedes aegypti*, el mosquito vector.

Desde enero, y a nivel nacional, el Ministerio ha registrado un total de 45 casos confirmados de fiebre chikungunya y 224 casos probables. Los casos probables se registraron en los departamentos Amambay (201), Paraguari (12), Central (7), Asunción (3) y Caazapá (1).

Los 43 casos de Pedro Juan Caballero proceden de 12 barrios, donde se han detectado condiciones favorables para la dispersión de la enfermedad, tales como: persistencia de criaderos inservibles en áreas ya intervenidas; urbanización desordenada y no planificada; ineficiente recolección de basuras; escasa participación comunitaria y de otros actores involucrados directa o indirectamente en la respuesta; e inestabilidad climática que dificulta el control químico de *Ae. aegypti*, permitiendo que se mantenga una elevada infestación vectorial, lo que configura un cuadro epidemiológico netamente favorable a la transmisión y propagación de los virus Dengue, Chikungunya y Zika.

Asimismo, la cartera sanitaria informó que el número de casos de dengue confirmados en lo que va del año asciende a 2.929, mientras que los probables son 21.768 y 13 las personas fallecidas. Los departamentos que registran mayor número de notificaciones son Paraguari, Boquerón, Itapúa, Presidente Hayes y Amambay. En Asunción, los barrios con mayor número de notificaciones son Obrero y Zeballos Cué. En el departamento Central, los distritos con mayor número de notificaciones son San Lorenzo, Capiatá, Ñemby, Limpio y Luque.

En cuanto a la fiebre zika, hay dos casos confirmados y un caso probable, añadió la fuente.



Perú: Son alrededor de 100 los casos de síndrome de Guillain-Barré registrados en lo que va del año

11 de mayo de 2018 – Fuente: Perú 21 (Perú)

Si bien ya se hablaba de un brote del síndrome de Guillain-Barré en el norte de Perú, éste ha comenzado a extenderse en todo el territorio, al punto que el Ministerio de Salud confirmó que a la fecha ya son 100 los pacientes con el síndrome.

Tras informar sobre la cifra de pacientes con el mal, la viceministra de Salud Pública, María del Carmen Calle Dávila, anunció que se ha declarado la alerta epidemiológica a nivel nacional. Esto con la finalidad de que todos los establecimientos asistenciales refuercen sus acciones de vigilancia y bioseguridad y, de presentarse otros casos similares, los notifiquen de inmediato al Sistema Nacional de Salud.

Calle explicó que “lo que nos ha llamado poderosamente la atención es contar con 20 casos en Trujillo en las últimas cuatro semanas”.

“Lo que ha pasado en Trujillo es algo diferente, porque en dos semanas apareció un brote simultáneo de casos”, enfatizó Luis Antonio Nicolás Suárez Ognio, director del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud, al señalar que la focalización de numerosos enfermos en un mismo lugar geográfico desató la alerta. “Si hay un grupo numeroso en Trujillo, se sospecha que un mismo virus es el causante”, puntualizó.

Luis Suárez se mostró cauto sobre el incremento de casos diagnosticados, indicando que en el año 2017 Perú registró 482 casos confirmados. “En lo que va del año se han reportado 100 casos sospechosos, que es la tendencia esperada por el Ministerio de Salud”, acotó.



“Pero 20 casos en una ciudad de un millón de habitantes como Trujillo resulta llamativo. Se esperaban 20 casos en todo el año”, resaltó.

Al menos siete de los 20 casos confirmados ya recibieron el alta médica y dejaron los hospitales de Trujillo.

Calle Dávila señaló que lo más importante es el diagnóstico precoz. “Es más común en varones y adultos. Si una persona comienza a tener hormigueos, falta de fuerza... Hemos tenido casos que han empezado de forma ascendente, desde las piernas para arriba, pero de ahí hemos tenido casos de los brazos para abajo. Cualquiera de estos síntomas debe ser evaluado”, explicó.

La viceministra aclaró que la mayoría de estos casos son autolimitados y que solo un porcentaje mínimo presenta una complicación.

Luis Suárez señaló que este síndrome se presenta de manera esporádica en cualquier parte del mundo, más o menos en una casuística de un caso cada 100.000 habitantes cada año.

Nuevo caso en Lima

Ayer se confirmó un nuevo caso, esta vez, en Lima. Se trata de una mujer de 30 años con 38 semanas de gestación, quien llegó al Hospital Nacional ‘Dr. Sergio E. Bernal García’ de Collique el 13 de abril.

Presentaba dolores de cabeza y garganta. La medicaron y la enviaron a su casa. Horas después retornó al nosocomio porque ya no podía estar de pie e, incluso, había sufrido caídas. Los médicos le diagnosticaron preeclampsia y la indujeron al parto por cesárea.

Sin embargo, luego de que naciera el bebé, a la madre se le detectaron problemas neurológicos. Estuvo sedada por tres semanas y en ese tiempo le realizaron diversos exámenes que confirmaron que presentaba el citado síndrome. Los médicos informaron ayer que su estado es crítico.

En tanto, sus familiares denunciaron ante la Fiscalía del Cono Norte un presunto caso de negligencia médica.

Además, los médicos del hospital indicaron que había otros dos casos sospechosos y que uno de los pacientes había fallecido. Están a la espera de los exámenes.

Identifican al virus sospechoso

Las autoridades sanitarias del Perú habrían identificado al virus sospechoso de causar el brote del síndrome de Guillain Barré. “El sospechoso número uno es el enterovirus D68”, dijo Luis Suárez.

Según las investigaciones iniciales “el enterovirus D68 se encontró en seis de 20 casos diagnosticados”, resaltó el médico.

La certeza de que el enterovirus D68 sea el responsable del brote se tendrá en pocos días, cuando se completen los análisis.



República Dominicana: Han muerto casi mil recién nacidos en lo que va del año

12 de mayo de 2018 – Fuente: EFE

Casi mil recién nacidos han muerto en lo que va del año en República Dominicana, de acuerdo con los datos del último boletín epidemiológico de Salud Pública.

Según los datos correspondientes a la semana epidemiológica 16 de 2018, en ese periodo murieron 221 recién nacidos más que en el mismo de 2017.

La información precisa, además, que tras la muerte en esa semana de dos mujeres de 17 y 34 años en periodo de puerperio, este año se han registrado 191 muertes maternas frente a las 199 del mismo periodo del año anterior.

Las autoridades de República Dominicana anunciaron el 1 de mayo pasado un plan para reducir la mortalidad materna e infantil tras un aumento de casos este año, después de que varios recién nacidos fallecieron la misma semana en un hospital de Barahona, lo que llevó al Servicio Nacional de Salud a decidir la intervención de todos los hospitales infantiles del país.

Se trata del “Plan de acción actualizado para acelerar la reducción de la mortalidad materna y neonatal”, correspondiente al periodo mayo 2018-diciembre 2020 “para enfrentar la situación actual y enfocar el rumbo hacia el logro de las metas su reducción”, señaló el Ministerio de Salud.

Un análisis sobre la evitabilidad de la mortalidad materna en el país en 2017 señaló que 88% se identificaron como evitables y 85% de las mismas estaba relacionado a inadecuada atención.

El mundo



Europa: Los genomas antiguos revelan una gran diversidad de *Mycobacterium leprae* en la Europa medieval

10 de mayo de 2018 – Fuente: *Public Library of Science – Pathogens*

Una nueva investigación ha revelado que había mucha más diversidad en las cepas de lepra que circulaban en la Europa medieval de lo que anteriormente se pensaba.

Este hallazgo, basado en la secuenciación de diez nuevos genomas antiguos de la bacteria causante de la lepra, *Mycobacterium leprae*, complica suposiciones previas sobre el origen y la diseminación de la enfermedad, y también incluye el genoma más antiguo de *M. leprae* secuenciado hasta la fecha, alrededor del 400 dC en Gran Bretaña.

La lepra es una de las enfermedades más antiguas registradas y más estigmatizadas en la historia de la humanidad. La enfermedad prevaleció en Europa hasta el siglo XVI y todavía es endémica en muchos países, con más de 200.000 nuevos casos reportados anualmente.

La bacteria *Mycobacterium leprae* es la causa principal de la lepra. La investigación previa sobre la bacteria sugirió que se agrupa en varias cepas, de las cuales solo dos estaban presentes en la Europa medieval.

Este estudio tuvo como objetivo investigar más a fondo la historia y el origen de *M. leprae* al buscar evidencia genética de un gran número de muestras antiguas de toda Europa.

Diez nuevos genomas antiguos

El estudio examinó aproximadamente a 90 individuos con deformaciones esqueléticas características de la lepra, de toda Europa y de periodos que van desde aproximadamente 400 dC hasta 1400 dC.

A partir de estas muestras, fueron completamente reconstruidos diez nuevos genomas medievales de *M. leprae*. Estos genomas representan todas las cepas conocidas, incluidas las que están actualmente asociadas con diferentes ubicaciones en todo el mundo, incluidas Asia, África y América.

Además, en este trabajo se encontraron a menudo múltiples cepas en el mismo cementerio, lo que ilustra la diversidad de las cepas de la lepra que circulaban por todo el continente en ese momento.

En definitiva, se detectó mucha más diversidad genética de la esperada en la Europa antigua. Además, se descubrió que todas las cepas conocidas de la lepra estaban presentes en la Europa medieval, lo que sugiere que la enfermedad puede ya haberse extendido en toda Asia y Europa en la antigüedad o que podría haberse originado en Eurasia occidental.

Un genoma de *M. leprae* reconstruido por el equipo era de Great Chesterford, Inglaterra, y data de entre 415 y 545 dC. Éste es el genoma más antiguo de *M. leprae* secuenciado hasta la fecha y proviene de uno de los casos de lepra más antiguos conocidos en Gran Bretaña.

Curiosamente, esta cepa es la misma que se encuentra en las ardillas rojas (*Sciurus vulgaris*) de hoy en día y apoya la hipótesis de que las ardillas y el comercio de pieles de ardilla fueron un factor en la propagación de la lepra entre los seres humanos en Europa durante el periodo medieval.

La dinámica de la transmisión de *M. leprae* a lo largo de la historia humana no está completamente resuelta. La caracterización y la asociación geográfica de las cepas más ancestrales son cruciales para descifrar el origen exacto de la lepra. Aunque existen algunos registros escritos de casos de lepra anteriores a la Era Común, ninguno de estos ha sido confirmado a nivel molecular.

La abundancia de genomas antiguos en el estudio actual ha dado lugar a una estimación nueva y más antigua para la edad de *M. leprae* que los estudios previos, ubicando su edad al menos hace unos pocos miles de años.

Tener genomas más antiguos en un análisis de fechas dará como resultado estimaciones más precisas. El siguiente paso es buscar casos osteológicos aún más antiguos de lepra que los disponibles actualmente, utilizando métodos bien establecidos para la identificación de casos potenciales.³



Francia: Brote de infecciones por *Escherichia coli* vinculadas al consumo de queso reblochon

11 de mayo de 2018 – Fuente: EFE

Las autoridades sanitarias francesas han ordenado el retiro del mercado de lotes de queso reblochon⁴ de la marca 'Nos régions ont du talent', tras identificar siete casos de infección por *Escherichia coli* en niños de entre un año y medio y tres años, asociada al consumo de este lácteo, informó el 11 de mayo el Gobierno francés.

La citada marca se distribuye en los supermercados Leclerc, uno de los líderes del sector en Francia.

El Instituto 'Dr. Louis Pasteur' y el Hospital Universitario 'Robert-Debré' de París encontraron "siete casos de infección por *E. coli*, entre ellos seis de síndrome urémico hemolítico".

Según las autoridades sanitarias, en los siete días siguientes a la



³ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

⁴ El reblochon es un queso francés de Haute-Savoie y de Savoie, que nació en el macizo des Aravis en el valle de Thônes y de Val d'Arly. Su nombre proviene del saboyardo *re-blocher*, que significa "agarrar la ubre de la vaca una segunda vez". La tradición, proveniente del siglo XVI, dice que los agricultores del macizo hacían una primera trata para con el propietario de las vacas (en general las Abadías) y una segunda trata, una vez caída la noche, por su propia cuenta. Los campesinos evitaban así pagar un impuesto demasiado pesado, basado en la cantidad de leche producida.

El reblochon es un queso a base de leche cruda de vaca de raza Abondance, Tarine y Montbéliarde, la pasta es suave y la corteza limpia, de un peso medio de entre 450 a 500 gramos. Su corteza es amarilla azafrán, cubierta de una fina "espuma blanca" que da prueba de un buen refinamiento en bodega fresca.

Su período de degustación óptimo se extiende de mayo a septiembre después de una maduración de 6 a 8 semanas, pero es también excelente de marzo a diciembre. El reblochon tiene un gusto a avellana que permanece en boca después de haber probado su pasta flexible y consistente.

ingesta de esta bacteria pueden aparecer síntomas de diarreas, en algunos casos con sangrado, dolores abdominales y vómitos, y desembocar en un síndrome urémico hemolítico.

Mientras continúan las investigaciones, los ministerios de Sanidad y Agricultura han solicitado como medida preventiva el retiro de los puntos de venta de todos los rebloques de dicha marca comercializados desde el 21 de enero de 2018.

Sanidad recomendó que, por precaución los niños, mujeres embarazadas y personas inmunodeprimidas no deberían tomar quesos a base de leche no pasteurizada.

A principios de este año, se registró otro caso similar cuando cerca de 40 niños, en su mayoría menores de 6 meses, resultaron infectados por salmonelosis debido a la ingesta de la leche en polvo de la marca Lactalis. El foco se detectó situado en una fábrica situada en Craon, al oeste de Francia.

En este momento, algunas de las familias de los enfermos -no se registró ningún fallecimiento- se querellaron contra los supermercados Auchan y Leclerc por no haber retirado los lotes afectados, pese a que habían sido identificados.



Nigeria: Actualización sobre la situación epidemiológica de la fiebre hemorrágica de Lassa

6 de mayo de 2018 – Fuente: Nigeria Centre for Disease Control (Nigeria)

En la semana epidemiológica 18 (del 30 de abril al 6 de mayo de 2018) se informaron tres casos nuevos confirmados de dos estados -Edo (2) y Ebonyi (1)- sin registrarse nuevas muertes.

Entre el 1 de enero y el 6 de mayo de 2018, se ha reportado un total de 1.894 casos sospechosos en 21 estados. De estos, 423 fueron positivos confirmados, 10 son probables, 1.460 son negativos y uno está a la espera del resultado de laboratorio.

Desde el inicio del brote de 2018, ha habido 106 muertes en casos confirmados, y 10 en casos probables. La tasa de letalidad en casos confirmados es de 25,1%.

Veintiún estados han registrado al menos un caso confirmado en 70 áreas del gobierno local (Abia, Adamawa, Anambra, Bauchi, Benue, Delta, Ebonyi, Edo, Ekiti, Gombe, Imo, Kaduna, Kogi, Lagos, Nasarawa, Ondo, Osun, Plateau, Rivers, Taraba y el Territorio de la Capital Federal). Dieciocho estados han salido de la fase activa del brote mientras que tres Estados permanecen activos.

En la semana epidemiológica 18, no se han registrado casos entre los trabajadores de la salud. Treinta y siete de estos trabajadores se han visto afectados desde el inicio del brote en ocho estados: Ebonyi (16), Edo (12), Ondo (3), Kogi (2), Benue (1), Nasarawa (1), Taraba (1) y Abia (1), con ocho muertes en Ebonyi (6), Kogi (1) y Abia (1).

El 81% de todos los casos confirmados provienen de los estados de Edo (42%), Ondo (23%) y Ebonyi (16%).

Actualmente, siete casos están en tratamiento en cuatro centros de todo el país.

Se ha identificado un total de 5.012 contactos en 21 estados. De estos 106 (2,1%) actualmente están en seguimiento, 4.895 (97,7%) completaron los 21 días de seguimiento, mientras que 11 (0,2%) se perdieron durante el seguimiento. Se han identificado 81 contactos sintomáticos, de los cuales 28 (36%) dieron positivo en cinco estados: Edo (13), Ondo (8), Ebonyi (3), Kogi (3) y Bauchi (1).

Los equipos nacionales de respuesta rápida -conformados por personal del Centro Nigeriano de Control de Enfermedades, la Organización Mundial de la Salud y residentes del Programa Nigeriano de Entrenamiento de Campo en Epidemiología y Laboratorio- continúan apoyando la respuesta en los estados de Plateau, Kogi y Adamawa.

El Centro de Operaciones de Emergencia (EOC) para la fiebre hemorrágica de Lassa, formado por múltiples asociados y agencias, continúa coordinando las actividades de respuesta en todos los niveles; sin embargo, la respuesta se ha reducido debido a la disminución continua de casos en las últimas 11 semanas.⁵



República Democrática del Congo: Actualización sobre el brote de enfermedad por el virus del Ébola

10 de mayo de 2018 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

El 8 de mayo de 2018, el Ministerio de Salud de la República Democrática del Congo notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) dos casos confirmados de la enfermedad por el virus del Ébola (EVE) en la zona sanitaria de Bikoro, provincia de Equateur.

Entre el 4 de abril y el 9 de mayo de 2018, se notificaron 32 casos de EVE (dos confirmados, 18 probables y 12 sospechosos) en la zona sanitaria de Bikoro, incluyendo 18 muertes. Tres de los 32 casos corresponden a trabajadores de la salud. Los pacientes presentaron fiebre, diarrea, dolor abdominal, mialgia y artralgia, y algunos también mostraron signos y síntomas hemorrágicos. Todos los casos fueron reportados desde el área de captación del centro de salud Ikoko-Impenge, ubicado a 30 km de la oficina central de la zona sanitaria de Bikoro, que se encuentra a 280 km por carretera desde Mbandaka, la capital de la provincia de Equateur. De los 21 casos notificados inicialmente el 8 de mayo de 2018, 17 tenían vínculos epidemiológicos (posibles contactos con otro caso sospechoso).

Se tomaron cinco muestras de pacientes hospitalizados, tres de Ikoko-Impenge y dos de Bikoro. Estos se enviaron al Instituto Nacional de Investigación Biomédica en Kinshasa el 7 de mayo de 2018, donde las dos muestras de

⁵ Puede consultar el informe completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

Ikoko-Impenge resultaron positivas para el virus del Ébola en el mismo día, mediante el ensayo de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR).

En las últimas cuatro décadas, la República Democrática del Congo ha experimentado ocho brotes de EVE. La epidemia más reciente tuvo lugar en mayo de 2017 en la zona sanitaria de Likati, provincia de Bas-Uele. La epidemia en curso se encuentra en la zona sanitaria de Bikoro, situada en la provincia de Equateur, en el oeste de la República Democrática del Congo y sobre la frontera con la República del Congo. Esta es la cuarta vez que se informa un brote de EVE en la antigua provincia de Equateur, después de los de 1976, 1977 y 2014. Sin embargo, esta es la primera vez que la zona sanitaria de Bikoro enfrenta un brote de la enfermedad.

La provincia de Equateur tiene una población estimada de 2,5 millones de habitantes, con 284 establecimientos de salud registrados. La zona sanitaria de Bikoro tiene una población de alrededor de 163.000 habitantes, con tres hospitales y 19 centros de salud que cubren la población, la mayoría con funcionalidad limitada. Los suministros médicos son provistos por organismos internacionales, pero los desabastecimientos son frecuentes.

Respuesta de salud pública

- El Ministerio de Salud de la República Democrática del Congo desplegó Equipos de Respuesta Rápida para investigar los casos y muertes notificados en la zona sanitaria de Bikoro.
- Se movilizó un millón de dólares del fondo de contingencia de la OMS para emergencias.
- La OMS ha brindado apoyo técnico y operativo al Ministerio de Salud y asociados en la activación del Centro de Operaciones de Emergencia, conformado por múltiples asociados y agencias, para coordinar la respuesta en todos los niveles.
- Médicos Sin Fronteras está estableciendo un centro de tratamiento para la gestión de casos en la zona sanitaria de Bikoro.
- La OMS ha compartido material de comunicación de riesgos en francés y lingala con las oficinas de la organización en el país.
- Se están llevando a cabo actividades de vigilancia activa entre la comunidad, el equipo del centro de salud de Ikoko-Impenge y el Hospital General de Referencia de Bikoro.
- Se están estableciendo capacidades y necesidades logísticas inmediatas.
- El Wellcome Trust está proporcionando dos millones de libras esterlinas para la investigación crítica necesaria para respaldar la respuesta operativa que se está llevando a cabo en el país.

Evaluación de riesgos de la OMS

Hasta la fecha, el brote se está reportando en un área remota y parece estar geográficamente limitado. Sin embargo, en vista de los datos disponibles, el riesgo global se considera elevado a nivel nacional, debido a la naturaleza de la enfermedad y la falta de información epidemiológica y demográfica para estimar la magnitud de la epidemia.

El riesgo global a nivel regional se considera moderado debido a la proximidad al río Congo, que vincula las capitales de la República del Congo y la República Centroafricana.

La información es actualmente limitada y se están realizando investigaciones para evaluar el alcance completo del brote. Con base en la información disponible actualmente y las medidas de respuesta rápida implementadas por el Ministerio de Salud en colaboración con la OMS y sus asociados, el evento no cumple con los criterios de una 'emergencia de salud pública de interés internacional', según se define en el Reglamento Sanitario Internacional (2005)⁶, y no garantiza la convocatoria de un Comité de Emergencia.

Advertencia de la OMS

La OMS aconseja no restringir los viajes y el comercio con la República Democrática del Congo sobre la base de la información actualmente disponible. La OMS continúa monitoreando las medidas sobre los viajes y el comercio en relación con este evento, y actualmente no existen restricciones al tráfico internacional.



Yemen lanza su primera campaña de tratamiento a gran escala contra el tracoma

8 de mayo de 2018 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

A pesar de los continuos disturbios civiles y la inestabilidad, el Programa de Eliminación del Tracoma de Yemen lanzó su primera campaña de tratamiento a gran escala, dirigida a aproximadamente 450.000 personas en áreas con alto riesgo de contraer la enfermedad. El tracoma es la principal causa de ceguera infecciosa en el mundo, y Yemen tiene uno de los niveles de prevalencia más altos de Medio Oriente.

“A pesar de las demoras, pudimos implementar el programa en seis distritos de las gobernaciones de Ibb y Al-Hudaydah, gracias al apoyo del Banco Mundial, Sightsavers⁷ y medicamentos donados a través de la Iniciativa



⁶ Una "emergencia de salud pública de interés internacional" es un evento extraordinario que se determina según lo dispuesto en el Reglamento Sanitario Internacional (2005): (i) constituir un riesgo de salud pública para otros Estados a través de la propagación internacional de la enfermedad y (ii) requerir potencialmente de una respuesta internacional coordinada.

⁷ Los costos logísticos para esta campaña de tratamiento a gran escala fueron financiados por un consorcio de socios que incluyen a Sightsavers, Fred Hollows Foundation, Christian Blind Mission e International Trachoma Initiative. En total, fueron cubiertos seis distritos: Al-Meghlah, Al-Moneera, Al-Salief, Al-Zidia, Fra'a Al-Odin y Mothikhira.

Internacional contra el Tracoma”, dijo el Dr. Nevio Zagaria, Representante de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Yemen. “El éxito de esta campaña depende del apoyo de la población y de comunidades enteras afectadas, así como de los asociados, a través de una estrecha coordinación con otros ministerios y actores involucrados en la eliminación del tracoma”.

La campaña, del 2 al 4 de mayo, estuvo a cargo de personal de salud y voluntarios capacitados que también distribuyeron kits faciales suministrados por la OMS, que incluían toallas para la cara y jabón, para fomentar la higiene y la limpieza facial.

Yemen completó una serie de estudios de tracoma en el marco del Proyecto Global de Mapeo de Tracoma entre 2013 y 2015, que abarcó 70 distritos de todo el país. Los estudios determinaron que más de 2,7 millones de personas en 30 distritos requieren intervenciones de salud pública para abordar la transmisión de la bacteria que causa el tracoma y su morbilidad asociada.

La OMS recomienda la implementación de la estrategia SAFE⁸ para lograr la eliminación de la enfermedad como un problema de salud pública.

“Los estudios revelaron que la prevalencia de tracoma activo excedió el 10% en varias áreas del país, con las estimaciones más altas en Ibb y Al-Hudaydah. Por lo tanto, las dos gobernaciones fueron priorizadas para la primera intervención de tratamiento masivo”, dijo Zagaria. “Si todo va bien, dependiendo de la situación de seguridad, la campaña actual se repetirá anualmente durante tres años, después de lo cual se debe realizar una encuesta de impacto”.

En 24 distritos adicionales, la prevalencia de tracoma activo⁹ es superior a 5%, lo que requiere un tratamiento con antibióticos a gran escala, respaldado por campañas de sensibilización y educación.

Prevención y tratamiento

El tracoma, que afecta principalmente a las personas que viven en áreas privadas de agua y saneamiento, pone en riesgo a más de 190 millones de personas en 39 países. También es responsable de la ceguera o la discapacidad visual de alrededor de 1,9 millones de personas en todo el mundo.

La estrategia SAFE recomendada por la OMS para prevenir y tratar el tracoma está guiando los esfuerzos internacionales para eliminar la enfermedad como un problema de salud pública. En sus etapas iniciales, el tracoma se puede tratar con antibióticos orales una vez al año, generalmente durante 1-3 años.

La azitromicina es el antibiótico de elección para el tratamiento del tracoma. Pfizer comercializa la azitromicina (Zithromax®) y la dona para la eliminación del tracoma a través de la Iniciativa Internacional contra el Tracoma.

Intervención integrada con otras enfermedades tropicales desatendidas

Yemen ha tenido éxito con anteriores intervenciones de tratamiento masivo para la filariasis linfática, por lo que el país espera actualmente la validación de su reclamo de haber eliminado la enfermedad como un problema de salud pública.



Con el apoyo de la OMS y sus asociados, que incluyen al Banco Mundial y The End Fund, el país también está abordando otras enfermedades tropicales desatendidas a través de campañas integradas de tratamiento masivo, utilizando medicamentos donados.

En abril de 2018, una campaña integrada de tratamiento a gran escala abarcó 86 distritos en 14 gobernaciones del país, dirigidas a más de 4,8 millones de personas por dos enfermedades -esquistosomosis y helmintosis transmitida por el suelo) y más de 500.000 por una enfermedad (oncocercosis).

La campaña estuvo a cargo de más de 6.000 equipos, que incluían 14.000 líderes de equipo y distribuidores de medicamentos, involucrando un total de 15 millones de tabletas (alben-dazol, ivermectina y praziquantel).



Nueve de cada diez personas de todo el mundo respiran aire contaminado

2 de mayo de 2018 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

Los niveles de contaminación del aire siguen siendo peligrosamente altos en muchas partes del mundo. Según nuevos datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), nueve de cada diez personas respiran aire con altos niveles de contaminantes. Las estimaciones actualizadas muestran que siete millones de personas mueren cada año por la contaminación del aire ambiente (de exteriores) y doméstico; es una cifra alarmante.

“La contaminación del aire representa una amenaza para todos, si bien las personas más pobres y marginadas se llevan la peor parte”, dice el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS. “Es inadmisibles que más de 3.000 millones de personas, en su mayoría mujeres y niños, sigan respirando todos los días el humo letal

⁸ SAFE: *surgery, antibiotics, facial cleanliness and environmental improvement*: cirugía, antibióticos, limpieza facial y mejoramiento ambiental.

⁹ La inflamación folicular tracomatosa se define por la presencia de al menos cinco folículos (cada uno de al menos 0,5 mm de diámetro) en la parte central de la conjuntiva tarsal superior. La inflamación folicular se encuentra con mayor frecuencia en niños en edad preescolar.



emitido por cocinas y combustibles contaminantes en sus hogares. Si no adoptamos medidas urgentes contra la contaminación del aire, el desarrollo sostenible será una simple quimera”.

Siete millones de muertes cada año

La OMS estima que cerca de siete millones de personas mueren cada año por la exposición a las partículas finas contenidas en el aire contaminado, las cuales penetran profundamente en los pulmones y el sistema cardiovascular y provocan enfermedades como accidentes cerebrovasculares, cardiopatías, cáncer de pulmón, neumopatía obstructiva crónica e infecciones respiratorias, por ejemplo neumonía.

La contaminación del aire ambiente por sí sola provocó aproximadamente 4,2 millones de muertes en 2016, mientras que la contaminación del aire doméstico originada por la cocción de alimentos con combustibles y tecnologías contaminantes causó unos 3,8 millones de muertes en el mismo periodo.

Más de 90% de las muertes relacionadas con la contaminación del aire se producen en países de ingresos bajos y medios, principalmente de Asia y África, seguidos por los países de ingresos bajos y medios de la Región del Mediterráneo Oriental, Europa y las Américas.

Aproximadamente 3.000 millones de personas -más del 40% de la población mundial- siguen sin tener acceso a combustibles y tecnologías de cocción limpias en sus hogares, lo que constituye la principal causa de contaminación del aire doméstico. La OMS viene haciendo un seguimiento de la contaminación del aire doméstico desde hace más de un decenio y, aunque la tasa de acceso a los combustibles y tecnologías limpias está aumentando en todas partes, las mejoras son más lentas que el crecimiento de la población en muchas partes del mundo, especialmente en África Subsahariana.

La OMS reconoce que la contaminación del aire es un factor de riesgo crítico para las enfermedades no transmisibles (ENT), ya que se estima que causa una cuarta parte (24%) de todas las muertes de adultos por cardiopatías, 25% de las muertes por accidentes cerebrovasculares, 43% de las muertes por neumopatía obstructiva crónica y 29% de las muertes por cáncer de pulmón.

Cada vez hay más países que toman medidas

En la base de datos de la OMS sobre calidad del aire ambiente figuran actualmente más de 4.300 ciudades de 108 países, lo que la convierte en la base de datos más exhaustiva del mundo sobre esta cuestión. Desde 2016, más de 1.000 ciudades adicionales se han añadido a esta base de datos, lo que evidencia que un número de países sin precedentes está midiendo la contaminación del aire y adoptando medidas para reducirla.¹⁰

En la base de datos se recogen las concentraciones medias anuales de partículas finas (PM10 y PM2,5). Las PM2,5 incluyen contaminantes como el sulfato, los nitratos y el hollín, que son los más peligrosos para la salud humana. En sus recomendaciones sobre la calidad del aire, la OMS pide a los países que reduzcan la contaminación del aire hasta valores anuales medios de 20 microgramos por metro cúbico ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) para las PM10, y 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ para las PM2,5.

“Muchas megalópolis de todo el mundo quintuplican con creces los niveles fijados en las directrices de la OMS sobre la calidad del aire, lo que representa un riesgo considerable para la salud de las personas”, dice María Neira, Directora del Departamento de Salud Pública y Determinantes Medioambientales y Sociales de la Salud de la OMS. “El interés político en este desafío mundial para la salud pública es cada vez mayor. El aumento del número de ciudades que registran datos sobre la contaminación del aire refleja un compromiso con la evaluación y el monitoreo de la calidad del aire. Este aumento se ha dado principalmente en países de ingresos altos, pero esperamos ver un aumento similar de los esfuerzos de monitoreo en todo el mundo”.

Aunque los datos más recientes muestran que los niveles de contaminación del aire ambiente siguen siendo peligrosamente altos en la mayor parte del mundo, también evidencian algunos avances positivos. Los países están adoptando medidas para abordar y reducir la contaminación del aire provocada por partículas finas. Por ejemplo, en tan solo dos años, el proyecto Pradhan Mantri Ujjwala Yojana puesto en marcha en India ha permitido conectar gratuitamente a la red de gas a aproximadamente 37 millones de mujeres que viven por debajo del umbral de la pobreza para ayudarlas a cambiar a una fuente limpia de energía doméstica. La Ciudad de México se ha comprometido a aplicar normas a favor de vehículos menos contaminantes, optando por ejemplo por autobuses que no emiten hollín y prohibiendo los coches particulares diésel para 2025.

Las principales fuentes de contaminación del aire provocada por partículas finas son el uso ineficiente de energía en los hogares y los sectores de la industria, la agricultura y el transporte, y las centrales eléctricas alimentadas con carbón. En algunas regiones, la arena y el polvo del desierto, la quema de desechos y la deforestación son fuentes

¹⁰ La base de datos se apoya principalmente en sistemas públicos bien establecidos de monitoreo de la calidad del aire, que son una fuente de datos fiables en diferentes partes del mundo. La principal fuente de datos son las notificaciones oficiales de los gobiernos. Otras fuentes son Clean Air Asia y la base de datos Air Quality e-Reporting de la Agencia Europea del Medio Ambiente, las mediciones de suelo realizadas para el proyecto Carga Mundial de Morbilidad, y artículos de revistas revisados por pares. La base de datos, junto con el resumen de los resultados, la metodología utilizada para compilar los datos y las agrupaciones de países realizadas por la OMS, están disponibles [aquí](#) (en inglés).

adicionales de contaminación del aire. La calidad del aire también puede verse influida por elementos naturales, como factores geográficos, meteorológicos y estacionales.¹¹

La contaminación del aire no conoce fronteras. Mejorar la calidad del aire requiere medidas gubernamentales ininterrumpidas y coordinadas en todos los niveles. Los países tienen que colaborar para encontrar soluciones que posibiliten el transporte sostenible, la producción y el uso de energías más eficientes y renovables, y la gestión de desechos. La OMS colabora con muchos sectores, como el del transporte y la energía, la planificación urbana y el desarrollo rural, para ayudar a los países a hacer frente a este problema.

Principales conclusiones

- La OMS estima que aproximadamente 90% de las personas de todo el mundo respiran aire contaminado. En los últimos seis años, los niveles de contaminación del aire ambiente han permanecido elevados y más o menos estables, y se han registrado disminuciones de las concentraciones en algunas partes de Europa y en las Américas.

- Los niveles más elevados de contaminación del aire ambiente se registran en la Región del Mediterráneo Oriental y en Asia Sudoriental, donde los niveles medios anuales suelen quintuplicar con creces los límites establecidos por la OMS. Siguen a continuación las ciudades de ingresos bajos y medianos de África y el Pacífico Occidental.

- En África y en algunas partes del Pacífico Occidental hay una grave falta de datos sobre la contaminación del aire. Con respecto a África, la base de datos contiene actualmente mediciones de las partículas finas proporcionadas por más del doble de ciudades que en versiones precedentes; sin embargo, estos datos solo cubren 8 de los 47 países de la región.

- En Europa se concentra el mayor número de lugares que notifican datos.

- En general, los niveles más bajos de contaminación del aire se registran en países de ingresos altos, especialmente de Europa, las Américas y el Pacífico Occidental. En las ciudades de los países de ingresos altos de Europa, se ha demostrado que la contaminación del aire reduce la esperanza media de vida de 2 a 24 meses, dependiendo de los niveles de contaminación.

“Los líderes políticos de todos los niveles de gobierno, incluidos los alcaldes, están empezando a prestar atención a este problema y a tomar medidas”, añade Tedros. “La buena noticia es que cada vez hay más gobiernos que se están comprometiendo más con el monitoreo y la reducción de la contaminación del aire, y que el sector de la salud y otros sectores como el del transporte, la vivienda y la energía están adoptando más medidas a nivel mundial”.

Este año, la OMS organizará la primera Conferencia Mundial sobre la Contaminación del Aire y la Salud (30 de octubre – 1 de noviembre de 2018) con el fin de reunir a los gobiernos y los asociados en el marco de una movilización mundial para mejorar la calidad del aire y luchar contra el cambio climático.

Publicidad relacionada con la salud

**ENTRE PARA O TIME DA SAÚDE
VACINE-SE CONTRA A GRIPE E FIGUE PROTEGIDO**

12/05 É O DIA

CONVOCADOS:

- PESSOAS COM MAIS DE 60 ANOS
- DOENTES CRÔNICOS
- GESTANTES
- MÃES NO PÓS-PARTO
- CRIANÇAS DE 6 MESES A MENORES DE 5 ANOS
- PORTADORES DE CONDIÇÕES ESPECIAIS
- PROFESSORES
- PROFISSIONAIS DE SAÚDE

DE 23 DE ABRIL A 1º DE JUNHO

PROCURE UMA UNIDADE DE SAÚDE E LEVE A CADERNETA DE VACINAÇÃO

SAIBA MAIS EM: SAUDE.GOV.BR/VACINAGRIPE

SUS
MINISTÉRIO DA SAÚDE
BRASIL

Ministério da Saúde (2018. Brasil).

¹¹ La Organización Mundial de la Salud lleva una base de datos sobre las tecnologías y combustibles utilizados para las principales actividades domésticas que requieren energía (como cocinar, calentar y alumbrar) procedentes de más de 1.100 encuestas y censos representativos a nivel nacional. Estos datos se actualizan periódicamente y se utilizan para orientar las actividades de monitoreo del acceso a la energía doméstica y sus consecuencias sanitarias (por ejemplo, los Objetivos de Desarrollo Sostenible 3 y 7). Puede consultarse más información sobre la base de datos haciendo clic [aquí](#) (en inglés).

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.