



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.

2.012

31 de enero 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.)

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 integrada de síndrome urémico hemolítico

América

- América es la segunda región en el mundo con más casos de lepra
- Estados Unidos: Por qué la influenza A(H3N2) está causando la epidemia más grave de los últimos años
- Estados Unidos, Florida: Mosquitos de laboratorio para combatir a *Aedes aegypti* en Miami
- Paraguay: Una muerte y 313 casos de dengue en los primeros 15 días de 2018
- Perú: Confirman dos muertes por varicela y más de 500 casos

El mundo

- Australia, Queensland: Caso autóctono de difteria
- España: Se empezó a comercializar una prueba para el autodiagnóstico del VIH
- España, Catalunya: Los casos de gonorrea casi se duplicaron entre 2015 y 2016 en Barcelona
- Francia, Nueva Caledonia: Hallan más especies de bacterias que causan leptospirosis
- India: En la mayoría de las ciudades del país el aire está muy contaminado
- Namibia, Windhoek: Los casos de hepatitis E ascienden a 490
- Portugal, Lisboa: Brote de legionelosis en un hospital
- Nuevos datos revelan los altos niveles de resistencia a los antibióticos en todo el mundo

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.said.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/

Introducción

El síndrome urémico hemolítico (SUH) es una enfermedad de comienzo agudo con anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia, y daño renal que se presenta generalmente a continuación de un episodio de diarrea con o sin sangre, principalmente en niños menores de 5 años. Estos síntomas pueden ser acompañados de fiebre, vómitos, dolor abdominal, y anuria u oliguria. Además, puede afectar otros órganos como sistema nervioso central, pulmones, páncreas y corazón, y llevar a la muerte debido a complicaciones neurológicas, intestinales, cardíacas o a infecciones intercurrentes. El período de incubación es de dos a diez días, con una media de tres o cuatro días, y el de transmisibilidad hasta tres semanas o más en los niños y de una semana o menos en los adultos, después del comienzo de la diarrea.

En Argentina el agente etiológico más comúnmente asociado a SUH es un patógeno zoonótico transmitido por los alimentos y el agua: *Escherichia coli* productor de toxina Shiga (STEC), cuyo serotipo más frecuente es O157:H7, aunque hay más de 100 serotipos que poseen un potencial patógeno similar.

Recientemente se reportó la casi exclusiva circulación de cepas de *E. coli* O157 del clado 8, el cual es caracterizado como hipervirulento. Estas cepas son responsables de una enfermedad más severa, de progresión rápida y altos porcentajes de hospitalización, que dificultaría el diagnóstico durante la primera fase de diarrea, detectándose el agente etiológico recién establecido el SUH.

Sobre la presentación de los datos

Se expone información proveniente de las tres estrategias de vigilancia del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS): módulo de Vigilancia Clínica (C2), módulo de Vigilancia por Laboratorios (SIVILA) y módulo de Unidades Centinela (UC-SUH).

Situación en Argentina

Durante el año 2017, hasta la semana epidemiológica (SE) 48, se notificaron al SNVS 326 casos, siendo la mediana de casos para el periodo 2010-2016 hasta la SE 48 de 326 casos. La tasa correspondiente para 2017 hasta la SE 48 fue de 0,75 casos cada 100.000 habitantes (ver Gráfico 1).

Con respecto a los menores de 5 años, hasta la SE 48 de 2017 se notificaron 251 casos, siendo la mediana de casos notificados para el periodo 2010-2016 hasta la misma SE de 257 casos. La tasa acumulada para la SE 48 de 2017 fue de 6,68 casos cada 100.000 menores de 5 años. La tasa acumulada más alta de este período se registró en el año 2014 (8,36) y la más baja en 2015 (6,53) (ver Gráfico 2).

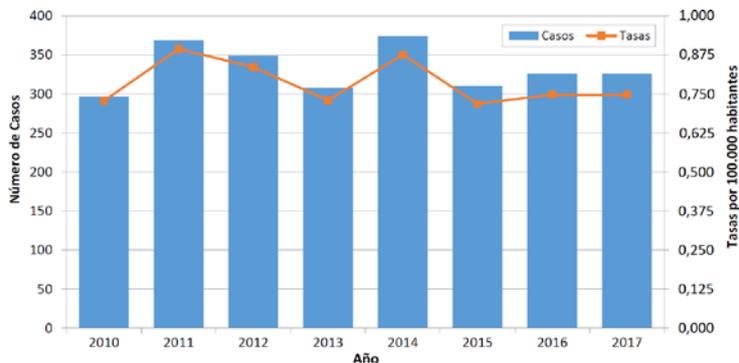


Gráfico 1. Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes. Argentina. Años 2010/2017, hasta semana epidemiológica 48. Fuente: SNVS – Módulos C2 – SIVILA – UCSUH.

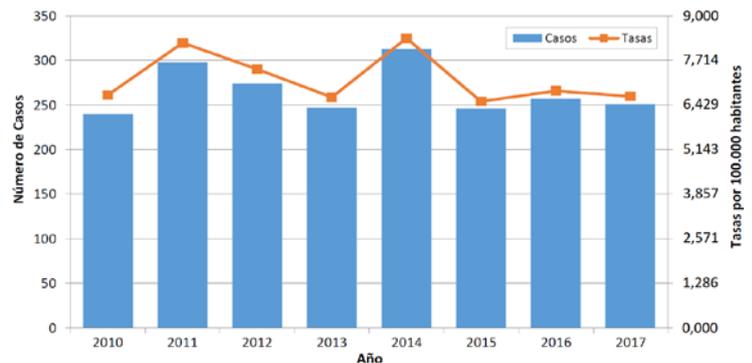


Gráfico 2. Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 menores de 5 años. Argentina. Años 2010/2017, hasta semana epidemiológica 48. Fuente: SNVS – Módulos C2 – SIVILA – UCSUH.

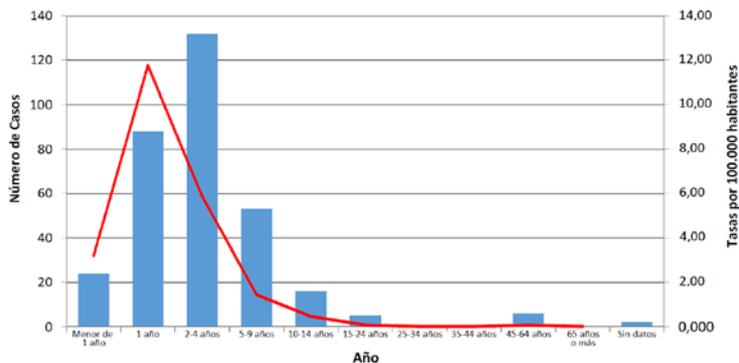


Gráfico 3. Casos notificados y tasas de notificación según grupos etarios. Argentina. Año 2017, hasta semana epidemiológica 48. Fuente: SNVS – Módulos C2 – SIVILA – UCSUH.

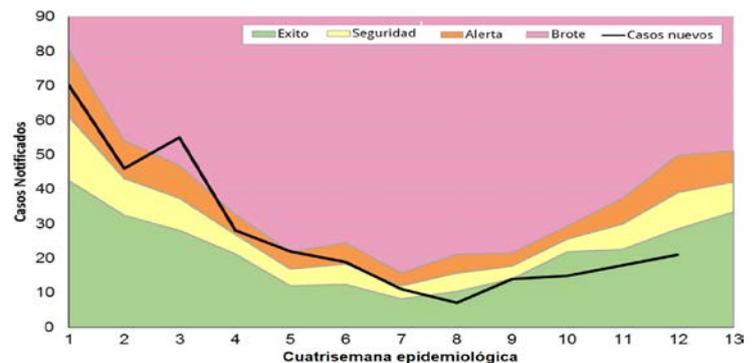


Gráfico 4. Corredor endémico cuatrisesmanal. Argentina. Año 2017, en base a datos de los años 2012/2016. Fuente: SNVS – Módulos C2 – SIVILA – UCSUH.

Provincia/Región	2016		2017	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	21	0,69	41	1,34
Buenos Aires	132	0,78	136	0,80
Córdoba	52	1,44	32	0,88
Entre Ríos	5	0,37	10	0,74
Santa Fe	25	0,73	24	0,69
Centro	235	0,83	243	0,85
Mendoza	18	0,94	18	0,93
San Juan	5	0,67	2	0,26
San Luis	6	1,24	—	—
Cuyo	29	0,92	20	0,63
Corrientes	3	0,28	1	0,09
Chaco	—	—	3	0,26
Formosa	1	0,17	1	0,17
Misiones	2	0,17	2	0,16
NEA	6	0,15	7	0,17
Catamarca	2	0,50	—	—
Jujuy	4	0,54	1	0,13
La Rioja	2	0,54	—	—
Salta	10	0,74	6	0,44
Santiago del Estero	7	0,75	6	0,63
Tucumán	2	0,12	6	0,37
NOA	27	0,50	19	0,35
Chubut	8	1,39	12	2,04
La Pampa	5	1,44	2	0,57
Neuquén	7	1,11	7	1,10
Río Negro	5	0,71	4	0,56
Santa Cruz	4	1,21	4	1,18
Tierra del Fuego	—	—	8	4,98
Sur	29	1,06	37	1,32
Total Argentina	326	0,75	326	0,74

Tabla 1. Casos y tasas de notificación cada 100.000 habitantes, según provincia y región de residencia. Argentina, Años 2016-2017, hasta semana epidemiológica 48. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS).

Durante el año 2017, hasta la SE 48, el 40,5% de los casos notificados se concentró en el grupo de 2 a 4 años, La mayor tasa específica de notificación se observó en el grupo de 1 año de edad, con 11,8 casos cada 100.000 habitantes (ver Gráfico 3).

La distribución porcentual de los casos notificados durante el año 2017 no presenta predominio de ningún sexo: 49,7% de los casos correspondieron al sexo femenino, y 50,3% al masculino.

La curva de casos notificados en 2017 en el corredor endémico por cuatrisesmanas epidemiológicas (CSE), transcurrió al inicio del año por la zona de alerta, alcanzando la zona de brote en la CS 3. Posteriormente, la curva de casos descendió hasta la zona de éxito en las CS 8 y CS 9, donde se mantuvo hasta la CS12 (ver Gráfico 4).

Respecto del estudio etiológico de los casos, en 141 casos (43,3%) se registraron resultados de laboratorio para la identificación de STEC. De estos, 72 casos (51,1%) presentaron diagnóstico de STEC O157, 41 (29,1%) STEC No-O157, y los 28 restantes (19,9%) resultaron negativos para STEC.

Situación según región y provincia

Durante el año 2017, la tasa de notificación más elevada corresponde a la provincia de Tierra del Fuego (4,98 casos cada 100.000 habitantes) seguida por Chubut, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Santa Cruz (2,04, 1,34 y 1,18 casos, respectivamente), aunque estas tasas provinciales pueden presentar gran variabilidad por el pequeño número de casos.

América



América es la segunda región en el mundo con más casos de lepra

27 de enero de 2018 – Fuente: EFE

La lepra sigue presente en 24 de 35 países de América, donde se reportan más de 27.000 casos nuevos al año, 92 % de ellos en Brasil, lo que mantiene a la región como segunda en el mundo en incidencia.

“Naciones como Argentina, Colombia, Cuba, México, Paraguay y República Dominicana detectan más de 100 casos nuevos por año, y se destaca Brasil, que soporta 92% de la carga de la enfermedad”, dijo el 27 de enero Isabelle Roger, asesora en Enfermedades Infecciosas Desatendidas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con motivo del Día Mundial contra la Lepra, este 28 de enero.

Datos de la OPS muestran que en 2016 el continente registró 27.357 nuevos casos, 12,6% de la carga mundial, lo que pone a la región como segunda en incidencia, después del Sudeste Asiático.

Del total regional, Brasil reportó 25.218 casos nuevos (segunda mayor cifra del mundo), seguido de Paraguay (341), Colombia (314), Venezuela (303), Argentina (295), Cuba (186), Estados Unidos (168), México (152), República Dominicana (125) y Bolivia (69), según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En el otro extremo están Guatemala, que no detectó ninguno, Nicaragua (1), El Salvador (1), Chile (1), Honduras (2), Panamá (2) y Uruguay (3); y en una franja intermedia, Perú (23 casos), Ecuador (18) y Costa Rica (16).

“Si bien la lepra está presente en 24 de 35 países de la región, todos, con la excepción de Brasil, la han eliminado como problema de salud pública (menos de 1 caso cada 10.000 habitantes)”, explicó Roger.

La especialista recordó que por eso la lepra sigue siendo “considerada una prioridad por Brasil, donde se desarrolló una campaña integrada para la detección de enfermedades infecciosas desatendidas en 852 municipios con población en extrema pobreza”, un factor estrechamente vinculado con ese mal.

“En el resto de la región hay un descenso en la enfermedad: entre 2011 y 2016 disminuyeron 26% los casos nuevos detectados y hubo una reducción de 31% en el número de niños afectados”, indicó la asesora de la OPS.

Precisamente, para este Día Mundial contra la Lepra, la OPS se ha centrado en promover la prevención de discapacidades en menores, ya que “entre 2016 y 2017, 1.761 niños fueron diagnosticados con esta enfermedad y de ellos 38 tienen discapacidad visible”, detalló la experta.

En 2016, los países de la región se comprometieron a eliminar una serie de enfermedades infecciosas desatendidas para 2020, entre ellas la lepra.

“En la mayoría de los casos es curable. La mayoría de los programas nacionales de lepra reportan tasas de curación que exceden 90%. Sin embargo, el estigma sigue siendo un obstáculo para buscar diagnóstico y continuar el tratamiento”, puntualizó Roger.

En vísperas del Día Mundial contra la Lepra, la relatora especial de la Organización de Naciones Unidas para este tema, Alice Cruz, también alertó que sigue siendo una “enfermedad olvidada” a pesar de que aparecen más de 200.000 casos cada año en el mundo.

La relatora destacó que el mayor número de casos se registró en India, Brasil e Indonesia y que Bangladesh, República Democrática del Congo, Etiopía, Madagascar, Mozambique, Nepal, Nigeria y Filipinas son algunos de los 22 países donde la acción médica es prioritaria.



Estados Unidos: Por qué la influenza A(H3N2) está causando la epidemia más grave de los últimos años

28 de enero de 2018 – Fuente: British Broadcasting Corporation (Gran Bretaña)

La influenza causada por la cepa A(H3N2) está causando estragos este año y, según los expertos, podría llegar a superar los peores brotes de influenza de los últimos tiempos.

Países que viven actualmente su temporada de clima frío, como Francia o Gran Bretaña, vivieron un drástico aumento de casos en las últimas semanas, después de que Australia registrara en su invierno cifras récord de hospitalizaciones y muertes por influenza estacional.

En Estados Unidos, el número de personas que acudió a hospitales para buscar atención médica contra la enfermedad esta temporada es ya el más alto desde la epidemia de influenza A(H1N1) de 2009.

Tal como indicaron las autoridades sanitarias federales, la influenza A(H3N2) –también conocida como “gripe australiana”– ya ha causado la muerte de más niños de lo que suele ser habitual en esta época del año.

Según las autoridades, 37 niños murieron y casi 12.000 pacientes fueron internados en hospitales de todo el país. A este ritmo de infección, alrededor de 34 millones de personas habrán contraído la enfermedad cuando finalice la temporada, aseguraron los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos.

“Este es el nivel más alto de actividad que se ha registrado desde la pandemia de 2009”, indicó el 26 de enero el director de la División de Influenza de los CDC, Daniel Jernigan. “A excepción de Hawai’i, los otros 49 estados están informando una extensa actividad de la influenza”, agregó.

Un niño de 12 años de Florida murió el 23 de enero a causa del virus. Según sus familiares, que lo describieron como un niño sano, el pequeño murió un día después de mostrar síntomas de fiebre.

Por qué la enfermedad ha sido tan virulenta este año

El virus A(H3N2) de la influenza que ha azotado a la nación este año es el más letal de las llamadas “cepas estacionales”. Esta cepa suele causar los peores brotes de los dos tipos de virus de influenza que circulan en seres humanos y que causan epidemias estacionales: el A y el B.

Las temporadas en las que domina la cepa A(H3N2) están asociadas con más hospitalizaciones, más muertes y más enfermedades.



La vacuna contra la influenza es la mejor forma de protección.

hospitalizaciones que sus nietos”, agrega.

La epidemia de influenza A(H1N1) de 2009 fue ampliamente extendida debido a que se trataba de un nuevo virus.



Estados Unidos, Florida: Mosquitos de laboratorio para combatir a *Aedes aegypti* en Miami

30 de enero de 2018 – Fuente: The Associated Press

Miles de mosquitos infectados con la bacteria *Wolbachia* serán liberados en las cercanías de Miami para probar una nueva forma de erradicar la población de *Aedes aegypti*.



Una enfermera de emergencias trata a pacientes de influenza en Escondido, California.

Los primeros insectos se liberarán en la ciudad de South Miami, según un comunicado de la compañía MosquitoMate, con sede en Kentucky. Las pruebas son una colaboración con la División de Control de Mosquitos y Gestión de Hábitat del condado de Miami Dade.

MosquitoMate infecta a mosquitos macho de la especie *Ae. aegypti* con esta bacteria que existe de forma natural. Ninguna cría que produzcan esos mosquitos criados en laboratorios con mosquitos hembra salvajes llegará a la madurez.

Los mosquitos machos no pican, y *Wolbachia* no es perjudicial para los humanos.

La primavera pasada se hizo un ensayo similar cerca de Cayo Hueso. La llegada del huracán Irma a los Cayos de Florida interrumpió las últimas semanas de monitoreo de ese estudio. Los resultados aún están pendientes.



Inspector de mosquitos trabajando en el condado de Miami-Dade.



Paraguay: Una muerte y 313 casos de dengue en los primeros 15 días de 2018

28 de enero de 2018 – Fuente: EFE

Paraguay registró un caso de fallecimiento por dengue y otros 313 casos confirmados en las primeras dos semanas de 2018, según informó el 26 de enero el Ministerio de Salud Pública del país.

Asimismo, la cartera identificó unos 40 barrios de todo el país con casos aislados, en los que se dieron menos de cinco casos confirmados, y tres barrios con brotes activos, que superaban las cinco confirmaciones.

La fallecida a causa del dengue era una joven de 23 años residente en el barrio asunceno de Ricardo Brugada, más conocido como La Chacarita, una zona humilde de la capital en las orillas del río Paraguay.

El barrio está sufriendo en estos días las inundaciones por las crecidas del río Paraguay, que ya ha desplazado a más de 21.000 personas al superar el nivel de 5,70 metros. Por esta razón, hay más acumulación de agua y más humedad, dos factores que unidos a la basura acumulada en esta zona facilitan la propagación del mosquito *Aedes aegypti*.

Además de La Chacarita, la cartera sanitaria anunció que los otros dos barrios con brotes activos son Barrio Obreiro, en Asunción, dónde el mes pasado se registró un fallecido por dengue, y el barrio Corumba Cué de Mariano Roque Alonso, localidad cercana a Asunción.

La fuente señaló que todavía quedan otros 27 casos por confirmar, además de esos 313 que ya han dado positivo.

“Estamos hablando de epidemia en un barrio, no podemos hablar de una epidemia nacional porque no estamos teniendo esa situación, estamos teniendo notificaciones aisladas en la mayoría de las regiones”, dijo la directora de Vigilancia Sanitaria del Ministerio de Salud Pública, Dra. María Águeda Cabello Sarubbi.

La profesional se refirió además al caso de un bebé de La Chacarita, hospitalizado durante seis días con síntomas de la enfermedad y fallecido el 24 de enero. “Tenemos un caso de un lactante menor que todavía no lo podemos cerrar”, añadió Cabello.

Más de 10.000 criaderos

Trabajadores del Servicio Nacional de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores (SENEPA) encontraron el 28 de enero 10.861 criaderos de mosquitos en el barrio de La Chacarita, durante una inspección a este vecindario.

Un grupo de más de 100 personas del SENEPA, policías, personal de blanco y miembros de la Municipalidad de Asunción realizó una inspección sanitaria del lugar para evitar la reproducción del mosquito *Ae. aegypti*.

En el barrio se acumula gran cantidad de residuos, ya que muchos de sus vecinos se dedican a la recolección de desechos, pero también porque su trazado urbano, con calles estrechas, dificulta la entrada de los vehículos para su retiro.

Por este motivo, los trabajadores entraron hoy a pie y descubrieron esos 10.861 criaderos, de los que eliminaron 1.083. También trataron físicamente 1.257 criaderos y químicamente, con larvicidas, otros 184, con lo que el total de criaderos intervenidos ascendió a 1.441. Asimismo, el personal retiró 310 bolsas de basura con criaderos.

Los miembros del SENEPA realizaron sus labores en 68 manzanas de La Chacarita, en las que viven unas 2.664 personas. Allí inspeccionaron 533 predios, de los que 470 albergaban criaderos de mosquitos. Durante la jornada de trabajo dieron con 229 casas cerradas y con 73 limpias de mosquitos.

Esta no era la primera incursión del SENEPA en la zona, puesto que empezaron estas labores de limpieza y fumigación en octubre del pasado año. Desde entonces y hasta el 22 de enero de 2018, los trabajadores de este organismo ubicaron 50.677 criaderos inservibles, como neumáticos, latas o botellas, y 15.831 criaderos útiles, como tanques, floreros con agua, bebederos de animales o pozos.

A esas cifras hay que sumar 9.450 criaderos naturales, en agujeros de árboles o piedras, con lo que el número total de criaderos identificados ascendió en ese periodo a 75.958 en el barrio de La Chacarita.

El grupo de limpieza que erradicó criaderos hoy en este barrio también aprovechó para concienciar a la población sobre la eliminación de los criaderos y evitar así la reproducción de los mosquitos.

La encargada de despacho del Ministerio de Salud Pública, María Teresa Barán Wasilchuk, insistió en la necesidad de invertir por lo menos diez minutos diarios en la eliminación de los criaderos del mosquito *Aedes aegypti*.

“Nuestro enemigo latente sigue siendo *Aedes aegypti*. Existe cien por ciento la posibilidad de que se disperse porque el mosquito está presente en todo el territorio nacional”, expresó Barán.

En 2013, Paraguay vivió la peor epidemia de dengue de su historia, con 150.000 casos registrados de la enfermedad, que se cobró 252 vidas, en un país de 6,7 millones de habitantes.



Perú: Confirman dos muertes por varicela y más de 500 casos

29 de enero de 2018 – Fuente: Radio Programas del Perú (Perú)

En lo que va del año se registran dos personas muertas por varicela y 552 casos, de los cuales 55 pacientes presentan varicela con complicaciones, detalló el ministro de Salud, Abel Hernán Salinas Rivas. Precisó que el año pasado se registraron 16 muertes por esta enfermedad infecciosa y 7.799 casos.

Ante la alerta, Salinas Rivas anunció que el Ministerio de Salud ya está listo para incorporar desde abril la vacuna contra la varicela en el Esquema Nacional de Vacunación.

“Este no es un proceso fácil, necesitamos tener más información de la enfermedad. Estamos en coordinación con la Organización Mundial de la Salud para que la vacuna llegue rápidamente y los niños a partir del año de edad puedan recibirla. En abril ya estaremos colocando la vacuna a nivel nacional”, indicó.

Precisó que en La Libertad, Chiclayo, Piura y Lima se focalizan los casos de varicela.

Las víctimas

Un menor de tres años murió por varicela hemorrágica en Trujillo el 27 de enero. El pequeño estaba internado en el Hospital de Alta Complejidad de EsSalud y vivía con su familia en el centro poblado Víctor Raúl, distrito de Huanchaco. Días antes falleció una niña, que también fue víctima de esta enfermedad en la ciudad de Lima.

El mundo



España: Se empezó a comercializar una prueba para el autodiagnóstico del VIH

26 de enero de 2018 – Fuente: El Global (España)

Este enero se ha empezado a comercializar en las casi 22.000 farmacias españolas la prueba para el autodiagnóstico del VIH, tan sencilla de hacer como un test de embarazo. Su precio ronda los 37,3 dólares y su mecanismo de uso es con una simple muestra de sangre: en menos de 20 minutos ofrece un resultado “altamente fiable” con el mismo margen de error que las pruebas convencionales, según explicó Santiago Moreno Guillén, jefe del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario ‘Dr. Santiago Ramón y Cajal’.

Moreno señaló uno de los ‘peros’ de este test: ¿cómo se gestiona la angustia de una persona que da positivo si está sola en su casa? “Es necesaria una labor de asesoramiento”, añadió. Una parte la cumple la Coordinadora Estatal de VIH/Sida (CESIDA). Según explicó su presidente, Ramón Espacio, la organización va a dar acompañamiento al paciente a través de un teléfono gratuito atendido por la CESIDA al que se puede llamar en horario laboral.

La pelota ahora también entra en el campo de los farmacéuticos puesto que ellos reciben una doble responsabilidad. Para el presidente de la CESIDA, es importante “crear un lazo entre los usuarios y los profesionales” que se vislumbra más sencillo ahora que esta nueva prueba de autodiagnóstico va a facilitar el acceso a los pacientes que antes tenían dificultades para acudir al médico, tanto por una cuestión burocrática como de intimidad. Ahora el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en colaboración con el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, elaboró una guía para orientar la actuación farmacéutica en el momento de dispensar este producto. En ella se recuerda al profesional que cualquier resultado positivo exige ser confirmado mediante técnicas más específicas realizadas en laboratorios clínicos, por lo que recomiendan que la indicación al paciente debe ser acudir al médico para comprobar el resultado.

Otra de las cuestiones planteadas es si el dispositivo se puede convertir en un método para descartar peligro de infección tras una práctica de riesgo. “No es una prueba para testar cada relación ni una excusa para tenerlas sin protección”, advirtió Moreno. Además, hay que tener en cuenta el llamado ‘periodo ventana’ transcurrido entre que la persona se contagia del virus hasta que este se puede detectar, que puede durar entre seis semanas y tres meses. Hay casos, según el especialista, de transmisiones manifestadas 18 meses después. Por todo ello se recomienda que en caso de dar negativo tras una relación de riesgo o una exposición al virus se sigan tomando medidas de protección hasta confirmarse el resultado pasado ese periodo.

Según Espacio, la prueba “va a ser clave para que España pueda cumplir con los objetivos que persigue el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA): que en el año 2020 al menos 90% de las personas con VIH estén diagnosticadas”. El representante de la CESIDA citaba un estudio realizado en 2016 en Gran Bretaña a hombres que tienen sexo con otros hombres –uno de los colectivos con más riesgo de infección– y el lugar preferido para realizarse la prueba es en el propio domicilio. Lo cierto es que, aunque solo hay 1% de positivos, actualmente se vive una ola creciente de infección de otros tipos de infecciones de transmisión sexual. En el caso del VIH, la tendencia es “discreta” según Moreno, y se centra en los nuevos diagnósticos, que son los que más preocupan. “La mitad de los nuevos diagnósticos en España son tardíos, cuando la enfermedad está avanzada, y se ha visto que entre las principales barreras para que la prueba no se pidiera más estaba la falta de intimidad o confianza en

el médico”, especificó Moreno. La prueba ya la comercializa Mylan en Francia, donde el año de su lanzamiento (2015) se vendieron unas 140.000 unidades. El 55% de quienes la compraron dijeron que nunca se habría hecho la prueba si no existieran estos test, por falta de intimidad.



Australia, Queensland: Caso autóctono de difteria

24 de enero de 2018 – Fuente: Australian Associated Press (Australia)

Un vuelo trasladó un hombre de 27 años en estado crítico desde Cairns hasta el Hospital 'Príncipe Charles', en Brisbane, después de dar positivo para difteria. Salud de Queensland confirmó que se había infectado en Australia.

Las autoridades sanitarias están contactando a todas las personas con las que el hombre estuvo en contacto, en un esfuerzo por rastrear la infección y prevenir su propagación. Un portavoz del Departamento de Salud dijo que varias personas ya habían sido vacunadas como medida de precaución.

Los funcionarios de salud no saben cómo contrajo el caso esta enfermedad. La vocera dijo que el hombre no hizo ningún viaje internacional recientemente.

Se piensa que el caso no estaba vacunado contra la difteria, y los funcionarios de salud enfatizaron la importancia de vacunarse.

Los casos de difteria son raros en Australia debido a la introducción de una vacuna efectiva, pero hace un siglo la difteria era la causa infecciosa más común de muerte, según Salud de Queensland. Los brotes aún ocurren en países con bajas tasas de vacunación.

En 2015, hubo alrededor de 4.500 casos en todo el mundo, frente a unos 100.000 casos en 1980.¹



¹ Si bien son muy poco comunes en el mundo desarrollado, se han registrado varios brotes importantes en poblaciones desplazadas o afectadas por conflictos, como es el caso de Bangladesh y Yemen.

La difteria toma su nombre de la palabra griega *diphthera*, que significa 'cuero', y fue llamada así en 1826 por el médico francés Pierre Bretonneau. El nombre hace referencia a la membrana correosa que se forma en las amígdalas, la garganta y la nariz. Anteriormente era considerada como una de las enfermedades más temidas, con frecuentes brotes a gran escala en las colonias de New England entre 1735 y 1740. La enfermedad mató a casi 80% de los niños menores de 10 años de edad. La difteria también fue llamada "el ángel que estrangula a los niños" y fue una enfermedad infantil común y muy temida. Las estadísticas muestran que en la década de 1920 se producían entre 100.000 y 200.000 casos anuales de difteria en Estados Unidos, con entre 13.000 y 15.000 muertes.

Corynebacterium diphtheriae es un bacilo aeróbico Gram-positivo. La producción de toxina (toxigenicidad) se produce sólo cuando el bacilo es en sí mismo infectado (lisogenizado) por un virus específico (bacteriófago) que porta la información genética para la toxina (gen tox). Sólo las cepas toxigénicas pueden causar una enfermedad grave. El cultivo del organismo requiere medios selectivos que contienen telurito. Si se lo aísla, el organismo debe distinguirse en el laboratorio de otras especies de *Corynebacterium* que normalmente habitan en la nasofaringe y la piel (tales como los difteroides). *C. diphtheriae* presenta 4 biotipos: gravis, intermedium, mitis y belfanti. La enfermedad más severa se asocia con el biotipo gravis, pero cualquier cepa puede producir toxina. Todos los aislados de *C. diphtheriae* deben ser analizados en el laboratorio para detectar su toxigenicidad.

Las personas susceptibles pueden adquirir los bacilos de la difteria toxigénica en la nasofaringe. El organismo produce una toxina que inhibe la síntesis de proteínas a nivel celular y es responsable de la destrucción del tejido local y la formación de la membrana. La toxina producida en el sitio de la membrana es absorbida por el torrente sanguíneo y luego distribuida a los tejidos del cuerpo. La toxina es responsable de las principales complicaciones, como miocarditis y neuritis, y también puede causar trombocitopenia y proteinuria. La enfermedad clínica asociada con cepas no productoras de toxinas es generalmente más leve. Aunque rara vez se reportan casos graves, estos en realidad pueden haber sido causados por cepas toxigénicas que no fueron detectadas debido a una muestra inadecuada para el cultivo.

El período de incubación de la difteria es de 2-5 días (rango: 1-10 días). La enfermedad puede comprometer casi cualquier membrana mucosa. A los fines clínicos, es conveniente clasificar la difteria en una serie de manifestaciones, dependiendo de la localización de la enfermedad. Los más comunes sitios de infección de la difteria son la faringe y las amígdalas. La infección en estos sitios se asocia generalmente con una sustancial absorción sistémica de la toxina. El inicio de la faringitis es insidioso. Los primeros síntomas incluyen malestar general, dolor de garganta, anorexia, y fiebre de bajo grado. Dentro de los 2-3 días, se forma y se extiende una membrana de color blanco azulado, que varía en tamaño desde un pequeño parche que cubre las amígdalas hasta ocupar la mayor parte del paladar blando. A menudo, al momento de consultar a un médico, la membrana se ha vuelto verde grisácea, o negra si se ha producido sangrado. Se observa una mínima eritema de la mucosa que rodea la membrana. Esta membrana es adherente al tejido, y los intentos de eliminarla causan sangrado. Una formación extensa de la membrana puede dar lugar a obstrucción respiratoria.

El paciente puede recuperarse en este punto, pero si se absorbe suficiente toxina, desarrolla postración severa, palidez notable, pulso rápido, estupor y coma, y pueden incluso morir dentro de los 6-10 días. La fiebre por lo general no es elevada. Los pacientes con enfermedad severa pueden desarrollar marcado edema en las áreas submandibulares y la parte anterior del cuello, junto con linfadenopatía, lo que provoca la característica apariencia de "cuello de toro".

La mayoría de las complicaciones de la difteria, incluyendo la muerte, son atribuibles a los efectos de la toxina. La gravedad de la enfermedad y las complicaciones generalmente se relacionan con el grado de la enfermedad local. La toxina, cuando es absorbida, afecta a los órganos y tejidos distantes del sitio de invasión. Las complicaciones más frecuentes de la difteria son la miocarditis y la neuritis. La miocarditis puede presentarse en forma de ritmos cardíacos anormales, temprano en el curso de la enfermedad o semanas más tarde, y puede conducir a la insuficiencia cardíaca. Si la miocarditis se produce tempranamente, es a menudo fatal. La neuritis afecta con mayor frecuencia a los nervios motores y por lo general se resuelve por completo. La parálisis del paladar blando es más frecuente durante la tercera semana de la enfermedad. La parálisis de los músculos oculares, miembros y diafragma puede ser posterior a la quinta semana. La neumonía secundaria y la insuficiencia respiratoria pueden ser causadas por la parálisis diafragmática. Otras complicaciones incluyen la otitis media y la insuficiencia respiratoria debido a la obstrucción de las vías respiratorias, especialmente en los lactantes.

29 de enero de 2018 – Fuente: El País (España)

Los casos de sífilis y gonorrea detectados por la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB) se han multiplicado en la última década. En 2016, último año del que se tienen cifras, los servicios de vigilancia epidemiológica notificaron 1.072 casos de gonorrea y 720 de sífilis en la capital catalana. Las infecciones por VIH y el linfogranuloma venéreo, en cambio, han descendido.

Las cifras han ido creciendo de forma paulatina hasta 2016, cuando se produjo un incremento significativo en gonorrea (82%) y sífilis (41,7%) con respecto al año anterior. La ASPB matizó que este aumento se debe, en buena medida, a un cambio en la normativa de vigilancia epidemiológica en 2015, que hizo aflorar una bolsa de pacientes que, probablemente, había estado oculta hasta entonces. "Ahora también están obligados a declarar los laboratorios de microbiología, que antes no lo detallaban", apuntó la responsable del Observatorio de Salud Pública de la ASPB, María Isabel Pasarín Rúa.

Con todo, los expertos indicaron que, más allá de la mejora de la notificación, hay un incremento real. "Notamos que hay un techo al que ha llegado el preservativo, pero hay una parte de gente que está por encima de ese techo, en la que el preservativo aún tiene margen de llegar", justificó la comisionada de Salud del Ayuntamiento, Gemma Tarafa i Orpinell. La ASPB admite que el uso del preservativo no ha aumentado. "Hay otro factor que puede influir y es que hay tratamientos curativos para estas infecciones y es probable que la población baje la guardia", advirtió Pasarín. El "cambio en las prácticas sexuales", con más parejas simultáneas o consumo de sustancias durante las relaciones sexuales, también aumenta el riesgo.

El Consistorio, que ha ampliado 42% la partida para combatir las infecciones de transmisión sexual (ITS), ha puesto en marcha varias líneas de abordaje para atender la salud sexual en todas las edades. Así, por ejemplo, ha desplegado un programa a nivel escolar para "empoderar a los estudiantes cuando inicien sus relaciones sexuales".

Sin embargo, a la vista de que la mayor parte de los casos son hombres de entre 25 y 40 años que tienen sexo con otros hombres, la ASPB ha centrado parte de sus esfuerzos en promover la detección precoz entre el colectivo homosexual. Así, la ASPB se ha abierto un perfil en varias aplicaciones móviles para ligar y ha contratado publicidad en redes como Grindr para hacer promoción de la salud y prevención. A partir de las apps, la ASPB ha realizado 200 pruebas y ha detectado cuatro casos positivos de VIH y tres de sífilis. Cuanto antes se diagnostique y se inicie el tratamiento, antes se corta la ventana de transmisión.



Prueba de detección de ITS en el centro comunitario BCN Checkpoint, en Barcelona.

MICROBIAL GENOMICS Francia, Nueva Caledonia: Hallan más especies de bacterias que causan leptospirosis

3 de enero de 2018 – Fuente: *Microbial Genomics*

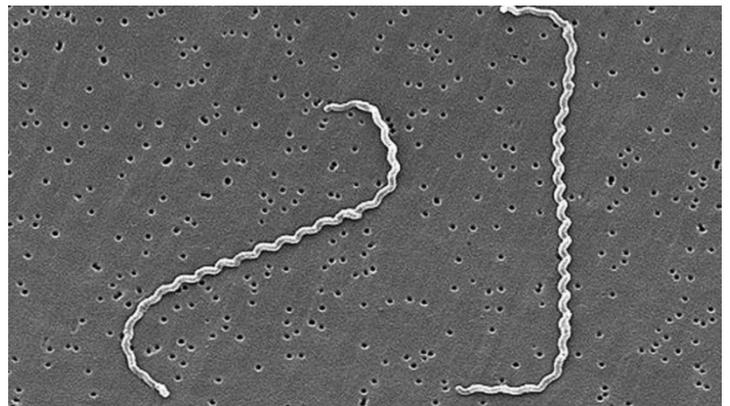
Bases to Biology

El hallazgo de 13 nuevas especies de bacterias que causan leptospirosis aumentó en más de 50% el grupo de las 22 ya conocidas, responsables de una de las enfermedades transmitidas por animales de mayor incidencia mundial.

La leptospirosis afecta a humanos y a animales domésticos y silvestres como perros y ganado, entre otros. Causadas por bacterias del género *Leptospira*, en humanos, las infecciones ocurren por contacto a través de lesiones en la piel o mucosas, o bien indirectamente, por agua o tierra contaminada, por orina o tejidos de animales infectados. La gravedad de la enfermedad está dada por el nivel de virulencia de la especie de bacteria.

Anualmente, se estima que la leptospirosis afecta a un millón de personas, sobre todo en países tropicales y en desarrollo, y causa la muerte de 60.000, pero aún existe poca información y está subestimada. En América Latina, su incidencia varía entre 1 y 22 casos cada 100.000 habitantes.

La investigación halló las 12 especies de la bacteria *Leptospira* en muestras de suelo de seis localidades de Nueva Caledonia², reconocidas como áreas endémicas.



² Nueva Caledonia es un archipiélago de Zelandia situado en la Melanesia, a pocos grados al norte del trópico de Capricornio. Se sitúa en el sudoeste del océano Pacífico, a 1.500 km al este de Australia, y 2.000 km al norte de Nueva Zelanda, al sur de Vanuatu y al suroeste de Fiji. Su territorio abarca una superficie de 18.575 km².

Es una dependencia francesa que tiene el estatus de colectividad *sui generis*, a diferencia de la Polinesia Francesa y de Wallis y Futuna, que son colectividades de ultramar. El Acuerdo de Numea concedió a Nueva Caledonia un estatus particular en el seno de la República Francesa.

Si bien el agua es la principal fuente de contaminación, la gran diversidad de especies halladas en las muestras indica que el suelo no debe considerarse como reservorio secundario sino también como una fuente importante de estas bacterias.

Otro hallazgo relevante fue que tres de las 12 especies pertenecen al grupo "patogénico" pero no producen infección en modelos animales. Este grupo es uno de los tres —junto con "saprofitas" e "intermedias"— en los que se clasifica a estas bacterias según su virulencia.

A pesar de que las nuevas bacterias no expresaron su virulencia en animales de laboratorio, alguna podría ser de relevancia clínica. Debido a que su existencia ha sido revelada recientemente, son necesarias más investigaciones. Es posible, incluso, que estas especies ya estén causando leptospirosis en humanos o animales.

Este artículo representa una excelente contribución al estudio del género *Leptospira*. La descripción de 12 nuevas especies en Nueva Caledonia indica que su diversidad es mucho mayor que la conocida.

Comprender mejor la diversidad biológica de bacterias como *Leptospira* —reconocidas por su importancia sanitaria— optimiza las estrategias de control de la enfermedad, permite mejorar las herramientas de diagnóstico y diferenciar las especies que son más peligrosas para la salud.

Esto es fundamental para diseñar herramientas de prevención como vacunas, que deben ajustarse a la realidad epidemiológica de cada país. Las vacunas generalmente son diseñadas para proteger contra variantes específicas de un microorganismo, por lo que es importante que esas variantes sean las que circulan en el país donde se aplica la vacuna.

El estudio de esta diversidad puede arrojar luz sobre el origen de las especies virulentas de *Leptospira* a partir de especies no patógenas de vida libre en el suelo. En este sentido, es especialmente interesante que tres de las 12 nuevas especies propuestas pertenezcan al hasta ahora denominado grupo patogénico aunque sean incapaces de producir infección en modelos animales.

Esto debería conducir a un replanteamiento de la clasificación. Su estudio puede ayudar a mejorar el conocimiento sobre los mecanismos de virulencia de las especies patógenas.³

GREENPEACE India: En la mayoría de las ciudades del país el aire está muy contaminado

11 de enero de 2018 – Fuente: Greenpeace

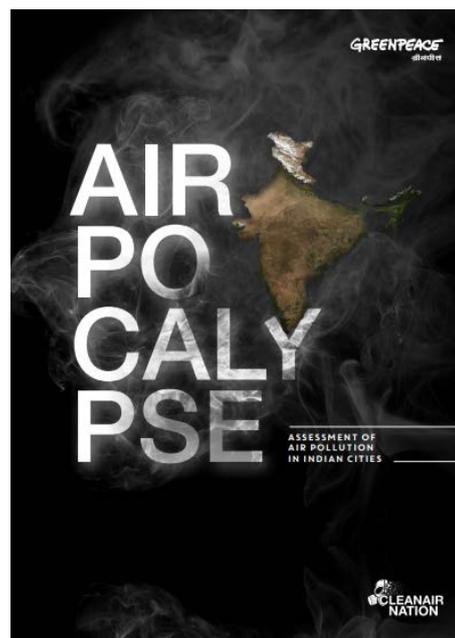
La información obtenida por Greenpeace India a través de informes en línea y aplicaciones de Derecho a la Información de los Consejos Estatales de Control de la Contaminación en India muestra que ninguna de las ciudades del país cumple con los estándares prescritos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y muy pocas ciudades en el sur de India cumplen con las normas del Consejo Central de Control de la Contaminación (CPCB). La información fue revelada en el informe *Airpocalypse*⁴, que evalúa la calidad del aire en 168 ciudades en 24 estados y territorios de la unión y señala a los combustibles fósiles como uno de los principales culpables del deterioro de la calidad del aire en todo el país.

"La contaminación del aire es una crisis nacional de salud pública, ya que casi ninguna de las ciudades se ha molestado en mantener la contaminación del aire bajo control, haciéndolas inhabitables. Estamos enfrentando un apocalipsis en este momento debido al aire irrespirable. Las muertes debidas a la contaminación del aire son solo una fracción menor que las debidas al uso del tabaco, pero las autoridades están haciendo oídos sordos a los numerosos informes científicos que han hecho sonar las alarmas", dice Sunil Dahiya, activista de Greenpeace India.

Las 20 ciudades más contaminadas tenían niveles de PM10⁵ entre 268 microgramos por metro cúbico ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) y 168 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ para el año 2015. Mientras que Delhi encabeza la lista con 268 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, es seguido de cerca por Ghaziabad, Allahabad y Bareilly, en Uttar Pradesh; Faridabad, en Haryana; Jharia, Ranchi, Kusunda y Basti, en Jharkhand; Alwar, en Rajasthan; Kanpur, en Uttar Pradesh; y Patna, en Bihar; con niveles de PM10 que van desde 258 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ hasta 200 $\mu\text{g}/\text{m}^3$.

Los combustibles fósiles son los culpables

El informe también menciona las fuentes de contaminación en varias ciudades, en base a la revisión de investigaciones anteriores disponibles. Las ciudades más contaminadas se extienden por el norte de India, comenzando desde Rajastán y luego moviéndose a lo largo del cinturón del Indo-Ganges hasta Bengala Occidental. Un análisis más de-



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

⁴ Puede consultar el informe completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

⁵ Se denomina PM10 (del inglés *Particulate Matter*) a las pequeñas partículas sólidas o líquidas de polvo, cenizas, hollín, partículas metálicas, cemento o polen, dispersas en la atmósfera, y cuyo diámetro aerodinámico es menor que 10 micrómetros (μm). Están formadas principalmente por compuestos inorgánicos como silicatos y aluminatos, metales pesados entre otros, y material orgánico asociado a partículas de carbono (hollín). La contaminación atmosférica por material particulado es la alteración de la composición natural de la atmósfera como consecuencia de la entrada en suspensión de partículas, ya sea por causas naturales o por causas antropogénicas.

tallado de los datos obtenidos a través del Derecho a la Información y estudios previos sobre contaminación del aire apuntan al continuo uso de combustibles fósiles como el principal culpable del peligroso aumento en el nivel de contaminantes en el aire en todo el país.

Explicando más el informe, que destaca el hecho de que la contaminación atmosférica debe abordarse como un problema nacional, Dahiya dice: "Las tendencias de la contaminación en India han estado aumentando constantemente, superando a China en número de muertes por contaminación del aire exterior en 2015. El deterioro de la calidad del aire en India exige un sistema de monitoreo robusto y urgente".

El mes pasado, el Tribunal Supremo aprobó el 'sistema de respuesta gradual' para hacer frente a la contaminación del aire en Delhi. Greenpeace India acoge con satisfacción la medida, pero sostiene que el sistema debe implementarse en todo el país, junto con sistemas de monitoreo robustos para que las personas puedan tener acceso a datos en tiempo real sobre el nivel de contaminantes en el aire. "Este informe muestra claramente que la contaminación del aire no está restringida a Delhi. Por lo tanto, nuestras estrategias de reducción de la contaminación deben ser mucho más ambiciosas, sistemáticas, con objetivos específicos y con plazos claros. Debe implementarse un mecanismo de rendición de cuentas y cumplimiento, sin indulgencia hacia los sectores dependientes del combustible fósil, como la energía y el transporte".



Namibia, Windhoek: Los casos de hepatitis E ascienden a 490

25 de enero de 2018 – Fuente: Xinhua (China)

Los casos de hepatitis E en el sector informal de Windhoek han aumentado a 490, informó el Ministerio de Salud de Namibia el 25 de enero, al mismo tiempo que culpaba a las malas condiciones de salubridad de favorecer la propagación de esta enfermedad.

El Ministro de Salud, Bernard Shidute Haufiku, dijo que hasta la fecha el brote ha causado dos muertes maternas, con la mayoría de los casos provenientes de Havana y Goreangab.

"El control del brote de la enfermedad y las actividades de prevención están todavía en curso, incluyendo la coordinación, la vigilancia, la detección y manejo de los casos, las actividades de provisión de agua, saneamiento e higiene, la salud ambiental, y la movilización social", dijo.

El Director de Información Sanitaria e Investigación, Puumue Katjiunjo, declaró que actualmente los centros de salud en la ciudad detectan casos sospechosos de hepatitis E en forma diaria.

"Actualmente no podemos decir que el brote haya sido contenido, pero el Ministerio de Salud, con la colaboración de las ONGs, están realizando esfuerzos para reducir y contener la enfermedad", dijo.

El Ministerio alentó a la comunidad en las zonas afectadas a continuar con las medidas preventivas, como purificar el agua potable y practicar las medidas sanitarias recomendadas. El deficiente saneamiento ambiental ha sido acusado de propagar los brotes de enfermedades en Namibia. El Ministerio de Salud afirma que 68% de los hogares en los asentamientos informales del país todavía practican la defecación al aire libre. También indicó que 92% de los hogares en el sector informal recogen el agua de grifos comunales y 2% de fuentes de agua contaminada, y que 6% poseen grifos domésticos.

Katjiunjo informó que 55% de las muestras de agua recogidas en grifos comunales han resultado positivas para coliformes totales, una indicación de contaminación fecal. Un representante de las autoridades de la ciudad de Windhoek declaró que actualmente la ciudad está rehabilitando viejos baños y practicando la limpieza de las comunidades para ayudar en la prevención de más brotes de enfermedades.

Namibia experimentó su primer brote de hepatitis E en 1983 en Rundu, donde fueron confirmados nueve casos, y el último brote ocurrió también en Rundu en 1995-1996.

El Coordinador Residente de la Organización de Naciones Unidas para Namibia, Kiki Gbeho, dijo el 25 de enero que el organismo está preparado para ayudar a Namibia en la respuesta gubernamental al brote de hepatitis E.



Portugal, Lisboa: Brote de legionelosis en un hospital

30 de enero de 2018 – Fuente: EFE

Las autoridades sanitarias de Portugal confirmaron el 30 de enero que ya son siete los casos de legionelosis detectados en un hospital del este de Lisboa, donde se ha puesto en marcha un plan de contención y no se descarta que haya más afectados.

Los infectados son seis mujeres y un hombre que actualmente se encuentran "estables", según indicó la Dirección General de Salud (DGS) lusa en un comunicado. Todos ellos habían sido tratados en el Hospital 'Descobertas' de la Companhia União Fabril (CUF), donde surgió el brote y donde las autoridades ya han puesto en marcha un plan de contención, además de buscar otros posibles casos.

Un equipo de enfermeros del centro médico se encarga de esta tarea, que consiste en contactar a alrededor de 800 pacientes que se estima fueron atendidos entre los días 6 y 26 de este mes, cuando se desencadenó el brote, para comprobar si presentan los síntomas de la legionelosis.

Este brote se conoce apenas dos meses después que las autoridades dieran por terminado otro, en aquella ocasión en el Hospital 'São Francisco Xavier' de Lisboa, que infectó a 56 personas, seis de las cuales murieron.⁶

⁶ Ver 'Portugal: Dan por finalizado el brote de legionelosis' en Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 1.995, de fecha 29 de noviembre de 2017, haciendo clic [aquí](#).

La primera actualización de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de los datos de vigilancia sobre la resistencia a los antibióticos revela altos niveles de resistencia a una serie de infecciones bacterianas graves en países de ingresos altos y bajos.

El nuevo Sistema Mundial de Vigilancia Antimicrobiana (GLASS) de la OMS revela la ocurrencia generalizada de resistencia a los antibióticos entre 500.000 personas con sospecha de infecciones bacterianas en 22 países.⁷

Las bacterias resistentes notificadas con mayor frecuencia fueron *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pneumoniae*, seguidas de *Salmonella* spp. El sistema no incluye datos sobre la resistencia de *Mycobacterium tuberculosis*, que causa la tuberculosis, ya que la OMS lo ha estado siguiendo desde 1994 y ha proporcionado actualizaciones anuales en el Informe Global sobre Tuberculosis.⁸

Entre los pacientes con sospecha de infección del torrente sanguíneo, la proporción que tenía bacterias resistentes a al menos uno de los antibióticos más comúnmente utilizados varió tremendamente entre los diferentes países, de cero a 82%. La resistencia a la penicilina –el medicamento utilizado durante décadas en todo el mundo para tratar la neumonía– varió de cero a 51% entre los países estudiados. Y entre 8 y 65% de *E. coli* asociado con infecciones del tracto urinario presentó resistencia a la ciprofloxacina, un antibiótico de uso común para tratar esta condición.

“El informe confirma la grave situación de la resistencia a los antibióticos en todo el mundo”, dijo el Dr. Marc Sprenger, director de la Secretaría de Resistencia Antimicrobiana de la OMS.

“Algunas de las infecciones más comunes del mundo –y potencialmente más peligrosas– están demostrando ser resistentes a los medicamentos”, agregó Sprenger. “Y lo más preocupante de todo, los patógenos no respetan las fronteras nacionales. Es por eso que la OMS está alentando a todos los países a establecer buenos sistemas de vigilancia para detectar la resistencia a los medicamentos que puedan proporcionar datos a este sistema global”.

Hasta la fecha, 52 países (25 de altos ingresos, 20 de ingresos medios y 7 de bajos ingresos) están inscritos en el GLASS. Para el primer informe, 40 países proporcionaron información sobre sus sistemas nacionales de vigilancia y 22 países también proporcionaron datos sobre los niveles de resistencia a los antibióticos.

“El informe es un primer paso vital para mejorar nuestra comprensión del alcance de la resistencia a los antimicrobianos. La vigilancia está dando sus primeros pasos, pero es vital desarrollarla si queremos anticiparnos y enfrentar una de las mayores amenazas para la salud pública mundial”, dijo la Dra. Carmem Pessoa-Silva, quien coordina el nuevo sistema de vigilancia de la OMS.

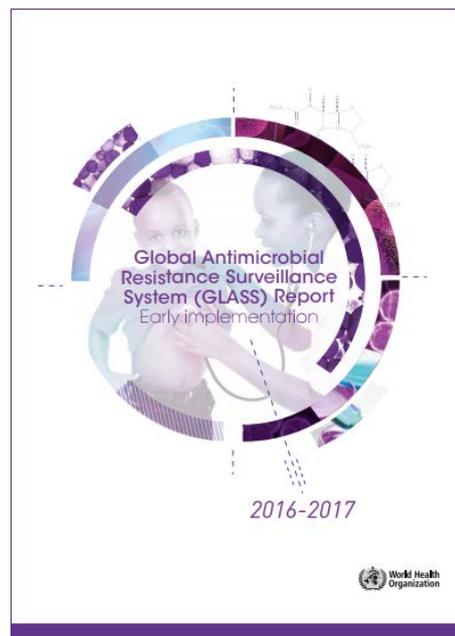


Los datos presentados en este primer informe GLASS varían ampliamente en calidad e integridad. Algunos países enfrentan grandes desafíos en la implementación de sus sistemas nacionales de vigilancia, incluida la falta de personal, fondos e infraestructura.

Sin embargo, la OMS está apoyando a más países para que establezcan sistemas nacionales de vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos que puedan producir datos confiables y significativos. El GLASS está ayudando a estandarizar la forma en que los países recopilan datos y permite una visión más completa de los patrones y tendencias de resistencia a los antimicrobianos.

Los programas sólidos de vigilancia de resistencia a los medicamentos en tuberculosis, VIH y malaria han funcionado durante muchos años y han ayudado a estimar la carga de morbilidad, planificar servicios de diagnóstico y tratamiento, vigilar la efectividad de las intervenciones de control y diseñar regímenes de tratamiento efectivos para abordar y prevenir futuras resistencias. Se espera que el GLASS desempeñe una función similar para los patógenos bacterianos comunes.

El lanzamiento del GLASS ya está marcando la diferencia en muchos países. Por ejemplo, Kenya ha mejorado el desarrollo de su sistema nacional de resistencia antimicrobiana; Túnez comenzó a agregar datos sobre la resistencia antimicrobiana a nivel nacional; la República de Corea revisó completamente su sistema nacional de vigilancia para alinearse con la metodología GLASS, proporcionando datos de muy alta calidad e integridad; y países como Afganistán o Camboya, que enfrentan grandes desafíos estructurales, se han inscrito en el sistema y están utilizando el



⁷ Puede consultar el informe completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

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

marco GLASS como una oportunidad para fortalecer sus capacidades de vigilancia de la resistencia antimicrobiana. En general, la participación nacional en el GLASS se considera signo de un creciente compromiso político para apoyar los esfuerzos mundiales para controlar la resistencia a los antimicrobianos.⁹

Publicidad relacionada con la salud

FUENTES DE CONTAGIO		¿CÓMO PREVENIR EL SUH?	
1	Carne mal cocida.	1	Lavate bien las manos con agua y jabón antes de comer o de procesar los alimentos y luego de ir al baño o tocar carne cruda. Cuidá que tus hijos también lo hagan.
2	Jugo de carne mal cocida.	2	Cuidá y exigi que las hamburguesas estén bien cocidas, dado que las mismas son la principal fuente de contaminación en los niños.
3	Leche y jugos envasados no pasteurizados.	3	Cociná muy bien las carnes -especialmente la carne picada- hasta que pierdan el color rosado.
4	Aguas contaminadas.	4	No uses el mismo cuchillo o superficies (tablas, mesadas) con el que cortaste carne cruda para cortar otros alimentos, sin antes lavarlo bien con agua y detergente.
5	Contacto directo con animales de campo.	5	Evitá siempre el contacto de la carne cruda con otros alimentos.
6	A través de manos, superficies y utensilios no bien higienizados.	6	Lavá cuidadosamente las frutas y verduras crudas.
		7	El agua de uso y consumo debe ser potable. Ante la duda agregá 2 gotas de lavandina por cada litro de agua o bien hervila durante 5 minutos.
		8	Consumí leche y otros lácteos pasteurizados y bien conservados en frío.
		9	Conservá los alimentos frescos y cocidos en la heladera.
		10	No bañes a los niños en aguas contaminadas. Cuidá que las piletas de natación privadas y públicas tengan agua adecuadamente clorada.

ANTE CUALQUIER DUDA CONSULTÁ A TU PEDIATRA

ALSUH ASOCIACIÓN DE LUCHA CONTRA EL SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO
MONTEVIDEO 668, 5° PISO OFICINA 510 (C.P. 1019), B.S. AS., ARGENTINA - TEL/FAX: (011) 4371-1438 - info@lusu.org.ar - www.lusu.org.ar

Asociación de Lucha contra el Síndrome Urémico Hemolítico (Buenos Aires, Argentina).

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.

⁹ En 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) destacó la necesidad de un sistema de vigilancia mundial en el *Informe Mundial sobre la Resistencia a los Antimicrobianos*.

En octubre de 2015, la OMS lanzó el Sistema Mundial de Vigilancia Antimicrobiana (GLASS), trabajando estrechamente con los Centros Colaboradores de la OMS y las redes existentes de vigilancia de resistencia a los antimicrobianos, y con base en la experiencia de otros programas de vigilancia de la OMS. Por ejemplo, la vigilancia de la resistencia a los medicamentos antituberculosos se ha implementado en 188 países en los últimos 24 años. La vigilancia de la resistencia a los medicamentos contra el VIH comenzó en 2005 y, en 2017, más de 50 países habían notificado datos sobre el pretratamiento y la resistencia adquirida utilizando métodos estandarizados de encuesta.

Cualquier país, en cualquier etapa del desarrollo de su sistema nacional de vigilancia de resistencia a los antimicrobianos, puede inscribirse en el GLASS. Se alienta a los países a implementar gradualmente los estándares e indicadores de vigilancia, en función de sus prioridades nacionales y recursos disponibles.

El GLASS eventualmente incorporará información de otros sistemas de vigilancia relacionados con la resistencia a los antimicrobianos en humanos, como en la cadena alimentaria, el control del consumo de antimicrobianos, los proyectos de vigilancia específicos y otros datos relacionados. Todos los datos producidos por el GLASS están disponibles en línea y se actualizarán regularmente.

El Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS, ha destacado su objetivo de convertir la resistencia a los antimicrobianos en una de las principales prioridades de la OMS al reunir a expertos que trabajan en este tema bajo un grupo de iniciativas estratégicas recientemente creado.