

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO | N° 70 – Abril 2017

Brote de Ébola en el Congo – Siete razones por las que hoy existe mayor riesgo de una epidemia global – Influenza: circulación del virus en hemisferio norte y situación en Argentina – Vacunas en desarrollo contra el Zika – Día internacional del lavado de manos.

STAFF Departamento de Epidemiología

Dirección
DR. DANIEL STAMBOULIAN

Coordinación y redacción
DRA. LILIÁN TESTÓN

Edición
LIC. ANA PAULA CORDERO

Con el aval de FIDEC/FUNCEI

SUSCRIPCIÓN GRATUITA
epidemiologia@funcei.org.ar

MÁS INFORMACIÓN
Twitter: @EpidemiologiaFUNCEI
www.escalainicial.com.ar
Twitter @escalainicial

FUNCEI
French 3037- C1425AWK
C.A.B.A., Argentina.
Tel.: 4809-4242 info@funcei.org.ar
www.funcei.org.ar

FIDEC
2050 Coral Way Suite #407
Miami, Florida 33145
Tel: 305.854.0075
www.fidex-online.org

Nueva epidemia de virus ébola en la República Democrática del Congo 12 de Mayo de 2017

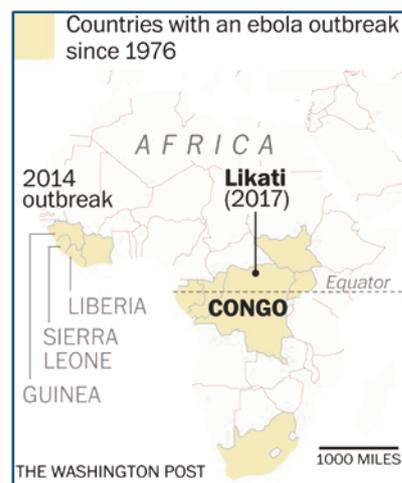
La Organización Mundial de la Salud (OMS) informó la existencia de un nuevo brote de Ébola en el NE de la República Democrática del Congo (RDC), en donde ya fallecieron 3 personas.

El caso índice se presentó como fiebre hemorrágica, la muestra analizada correspondió a la cepa Zaire del virus Ébola. Se trató de un hombre de 39 años que el 22 de abril que comenzó con epistaxis, diarrea y vómitos sanguinolentos y recorrió en moto junto con un chofer alrededor de 100 km para recibir atención médica en Likati. El paciente se había categorizado como de alto riesgo de contagio y falleció al llegar al centro de atención. La persona que lo trasladó al centro de salud y estuvo en contacto cercano son él también falleció.

Se envió a la zona a un equipo de expertos para rastrear los posibles contactos. Al cierre del boletín, existen 11 casos con 3 muertes.

La OMS trabaja en estrecha colaboración con las autoridades congoleñas para facilitar el despliegue de materiales de protección del personal y para reforzar la vigilancia epidemiológica con el objetivo de tener un control inmediato de la epidemia.

El ministro de Sanidad del Congo consideró: "La situación está bajo control y los equipos de salud informaran a diario de la evolución".



Hasta la fecha no existe ninguna vacuna aprobada para su uso, sin embargo la

OMS tiene un stock de 300 vacunas del laboratorio Merck (rVSV-ZEBOV) para utilizarse -si las circunstancias empeoran- en personas que estén contacto con los enfermos y personal de salud que se encuentra en el campo.

Recordemos que el último brote de Ébola, comenzó en 2014 en el Oeste africano, y afectó también a los países de Sierra Leona y Liberia. En total fallecieron 11.310 personas de un total de 28.616 contagiadas. En aquel momento las autoridades sanitarias destacaron que los profesionales de la RDC eran expertos en la detección temprana de síntomas. Esa experiencia aportó un importante conocimiento de la infección, las formas de contagio, el tratamiento y las medidas correctas para intentar mitigar el brote:

Se aprendió que las claves para controlar la epidemia tenían su base principalmente en:

Aislamiento y cuidado del paciente: por personal entrenado y medicación de soporte.

Entierros seguros: realizado por personal entrenado. Actividades de difusión de la enfermedad en la comunidad para ayudar a comprender la naturaleza de la infección, las vías de contagio, cómo protegerse respetando tradiciones y cultura de las comunidades locales.

Vigilancia de la enfermedad: conducirla y promoverla para localizar nuevos casos, vías de transmisión e identificar áreas donde se requiera desinfección.

Tareas de rastreo de contacto de personas con enfermos.

Asegurar que otras enfermedades NO relacionadas con el Ébola continúen siendo atendidas.

Implementar políticas para proteger los centros de salud y sus trabajadores

Acciones realizadas por la ayuda internacional:

Recursos humanos en 3 países: RDC, Marburg y Uganda.

Apertura de centros de tratamiento de 250 camas (previo a la llegada de ayuda internacional, había centros de 40 camas para responder a la epidemia)

Comienzo de ensayos clínicos de tratamientos y de diferentes vacunas.

Capacitación con actividades prioritarias

Entrenamiento del staff de salud local

Alerta del virus a la comunidad

Conducción de entierros seguros

Búsqueda y transporte de pacientes. Screening de contactos.

Puesta en marcha de laboratorios para la confirmación de las muestras en Europa

Referencias

- WHO. Ebola website. <http://www.who.int/ebola/en/>
- WHO. Emergencies preparedness, response. Ebola virus disease – Democratic Republic of the Congo. Disease outbreak news 13 May 2017. Disponible en: <http://www.who.int/csr/don/13-may-2017-ebola-drc/en/>
- WHO. Ebola outbreak 2014-2015. Disponible en: <http://www.who.int/csr/disease/ebola/en/>
- El País. La OMS alerta de un nuevo brote de ébola en Congo que causa la muerte de tres personas. 13 de mayo de 2017. Disponible en: http://internacional.elpais.com/internacional/2017/05/12/actualidad/1494607632_057469.html
- Ebola deeply. Ebola, the Weekly summary: August 7, 2015 Disponible en: www.eboladeeply.org/articles/2015/08/8155/ebola-weekly
- Ebola-accountability-report_final.pdf. Medecins Sans Frontieres response to the largest ever Ebola Outbreak. www.msf.org
- FUNCEI/FIDEC. Boletín Epidemiológico N° 51. Julio 2015. Ébola: Lecciones aprendidas.
- FUNCEI/FIDEC. Boletín Epidemiológico N° 48. Marzo 2015 Enfermedad del virus Ébola: reporte a un año; impacto en la infancia. Ébola y sarampión.
- FUNCEI/FIDEC. Boletín Epidemiológico N° 45. Diciembre 2014. Enfermedad del virus Ébola: reporte de situación
- FUNCEI/FIDEC. Boletín Epidemiológico N° 41. Virus del Ébola
- Elmassian, Pablo y Testón, Lilián. Preparación para la Pandemia. Capacitación AA 2000. Diciembre 2015 (no poner el pw) si quieres se muy buena pasa el pw al pdf y agrégalo y ahí agregare vos

Siete razones por las que existe riesgo de pandemia global

Expertos en Salud Pública creen que estamos en el momento de mayor riesgo histórico de experimentar brotes infecciosos y pandemias globales de: SARS, influenza A (H1N1), enfermedad por el virus del Ébola (EVE) y fiebre Zika.

Entre los años 2014 y 2016 más de 28 mil personas enfermaron durante la epidemia de EVE en África Occidental con 11 mil muertos.

En 2015 nos sorprendió el virus Zika que se comportó como brote epidémico en el NO de Brasil, expandiéndose rápidamente a 84 países. El virus había sido descubierto en Uganda en 1947 y durante 2007 circuló en Micronesia.

Los riesgos se ven incrementados por aspectos de la vida moderna relacionados con la globalización, los viajes internacionales y los grandes movimientos migratorios.

El **Reglamento Sanitario Internacional (RSI)** es un instrumento jurídico internacional vinculante para 194 países. Su objetivo es ayudar a la comunidad internacional a prevenir y afrontar riesgos agudos de salud pública susceptibles de atravesar fronteras y amenazar a poblaciones de todo el mundo.

El RSI entró en vigencia en junio de 2007, obliga a los países a reforzar sus medios actuales de vigilancia y respuesta sanitarias para poder detectar, notificar y controlar los eventos de salud pública. Su finalidad consiste en prevenir la propagación internacional de enfermedades, proporcionando protección frente a ellas, controlarlas otorgando una respuesta en forma proporcional a los riesgos que supongan.

Una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) implica que la situación es: grave, súbita, inusual o inesperada; tiene implicaciones para la salud pública que van más allá de las fronteras del Estado afectado, y puede necesitar una acción internacional inmediata.

A continuación se detallan las siete razones por las que existe riesgo de pandemia:

1. Aumento de la población y de la urbanización. A medida que crecen las poblaciones también lo hacen las viviendas. Según las Naciones Unidas el 66% del total de la población mundial vivirá en áreas urbanas en 2050, mientras que en la actualidad solo lo hace el 53,8% (Datos del Banco Mundial). Otro factor es la cercanía de la gente como fuente de transmisión de infecciones, la mayor demanda de alimentos que genera que los animales vivan cada vez más cerca de las poblaciones urbanas (Ejemplo: gripe aviar).

2. Invasión de nuevos ambientes la necesidad de construcción de viviendas hace que el hombre ingrese al hábitat de muchos animales. Como ejemplo puede citarse en Nigeria la fiebre de Lassa, enfermedad viral, que se expande mediante el contacto con heces de roedores infectados.

El hantavirus es otra zoonosis que se contagia por inhalación de orina de roedores frecuente en algunas regiones de Argentina y Chile.

3. Cambio climático. Las inundaciones y el calor extremo se transforman en situaciones ideales para la transmisión de enfermedades por vectores (mosquitos), agua (hepatitis A, cólera, fiebre tifoidea). Datos de la OMS concluyen que entre el 2030 y 2050 el cambio climático causará cerca de 250 mil muertes adicionales anuales por estrés por calor, malnutrición y expansión de enfermedades como la malaria.

4. Viajes globales grandes cantidades de personas se trasladan de un lugar a otro. La Organización

Mundial del Turismo aclara que las llegadas internacionales alcanzaron un record de 1200 millones en el 2015 **y cuando grandes cantidades de personas se desplazan de un lugar a otro al mismo tiempo, las opciones de que haya una pandemia se multiplican.** Durante 2003 un hombre que desarrolló síntomas del virus SARS viajó de Huang Xingchu a visitar a su familia en Hong Kong, infectó a integrantes de su familia y a otras personas con las que compartió el hotel. En menos de 4 meses se registraron cerca de 4.000 casos y 550 muertes por SARS en Hong Kong y más de 8.000 personas resultaron infectadas en 30 países. No solo los humanos diseminan enfermedades al viajar, también lo hacen los insectos, comida y animales que se mueven entre países.

5. Conflictos civiles. Estos deterioran las economías y sistemas de salud de los países haciéndolos más vulnerables a los brotes y con incapacidad de afrontarlos. Esta situación se presentó en África occidental durante el brote de Ébola.

6. Falta de médicos y enfermeros en regiones con brotes. Los países donde ocurren los brotes con mayor frecuencia suelen tener menos médicos y enfermeros para asistir a la población. Ya que la mayoría de los trabajadores de la salud emigran a otras naciones a buscar mejores oportunidades de trabajo.

7. Disponibilidad de la información. Se requiere información precisa y transparente para una rápida respuesta ante un brote. Los expertos aseguran que las redes sociales se han vuelto muy activas; pero pueden generar información errónea generando niveles de miedo y expansión del temor a la población general. Por eso es fundamental consultar fuentes con información confiable que se destacan por su credibilidad, como por ejemplo: WHO, CDC, PAHO.

Referencias

- CNN. 7 razones por las que hoy corremos más riesgo que nunca de sufrir una pandemia global. 3 de abril de 2017. Disponible en: <http://cnnespanol.cnn.com/2017/04/03/7-razones-por-las-que-hoy-corremos-mas-riesgo-que-nunca-de-sufrir-una-pandemia-global/>
- OMS. Reglamento Sanitario Internacional (RSI). Disponible en: http://www.who.int/topics/international_health_regulations/es/
- OMS. ¿Qué son el Reglamento Sanitario Internacional y los Comités de Emergencias? 20 de junio de 2016. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/39/es/>
- Banco Mundial. Población urbana (% del total). Naciones Unidas, Perspectivas de la urbanización mundial. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.URB.TOTL.IN.ZS>
- Organización Mundial de Turismo (OMT). Las llegadas de turistas internacionales suben en 2015 un 4% hasta el récord de 1.200 millones. 18 de enero de 2016. <http://media.unwto.org/es/press-release/2016-01-18/las-llegadas-de-turistas-internacionales-suben-en-2015-un-4-hasta-el-record>

Influenza: circulación viral en hemisferio norte

Según el reporte semanal de influenza (FluView), el CDC anunció que si bien la actividad viral continua elevada se encuentra en fase de declinación en los EEUU.

El laboratorio confirmó que, por primera vez durante la temporada, esta semana el subtipo predominante correspondió al B (60,9%), mientras que el A es el 39,1% de las muestras analizadas.

La efectividad de la vacuna (VE) indica que en las personas inmunizadas el riesgo de padecer la infección y de consulta al médico disminuye un 48%.

La VE para el virus influenza A H3N2 sería del 43% mientras que para los subtipos B se elevaría al 73%.

HOSPITALIZACIONES ASOCIADAS A ENFERMEDAD POR INFLUENZA

Desde el 1 de octubre de 2016 se reportaron 16.021 hospitalizaciones por virus influenza confirmadas por laboratorio (57.2 hospitalizaciones por 100.000 personas en Estados Unidos).

Incidencia de hospitalizaciones según edad

- en > 65 años es el más alto de todos los grupos etarios ascendiendo a 256.0 por 100.000.
- adultos 50-64 años es de 56,5 por 100.000
- niños menores de 5 años 39,5 por 100.000.

Durante la mayor parte de la temporada de influenza estacional los niños menores de 5 años y los adultos mayores de 65 años tuvieron los porcentajes más altos de hospitalización.

La proporción de muertes atribuidas a neumonía e influenza fue de 7,3%, entre 3.000 y 49.000 por año. Los mayores de 65 años conforman el grupo de riesgo de más alta mortalidad.

RESULTADO DE LA TIPIFICACIÓN DE MUESTRAS DE INFLUENZA

- Influenza A (H3): 49,5%
- Influenza B Yamagata: 26,4%
- Influenza B Victoria: 7,5%
- Influenza B no tipificado: 14%
- Influenza A (H1N1)pdm09: 1,5%

Fuente: U.S WHO/NREVSS Collaborating Laboratories and ILINet.

Hasta la semana epidemiológica 10 predominó la circulación del tipo A, a partir de ese momento el tipo B en sus linajes Yamagata y Victoria se reporta como el principal virus influenza en circulación en los EE.UU.

DATOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Un estudio reciente realizado por el CDC revela que la mayoría de los niños que fallecieron por influenza durante los años 2010-2014 no se encontraban vacunados. La vacunación anual es especialmente importante en aquellos niños con enfermedades de base, debido al alto riesgo de complicaciones severas asociadas a la influenza. Durante el período estudiado se produjeron 358 decesos, de los cuales solo el 26% había recibido la vacuna antes de la aparición de la enfermedad.

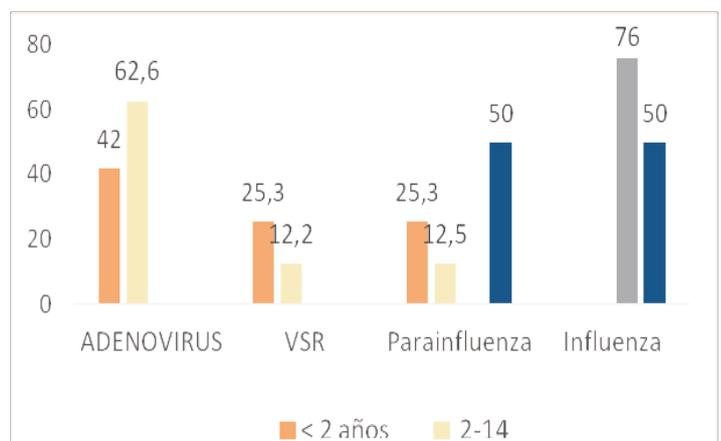
Aunque reconocen que la vacuna solo disminuye el riesgo de muerte en un 65%, siempre es mejor estar vacunado.

Se cree que los bajos porcentajes de cobertura se deben a que la formulación como spray nasal ya no está disponible en los EE.UU. por falta de efectividad.

Durante la temporada 2016-2017 se reportaron hasta el momento 61 muertes, el 90% no estaba vacunado.

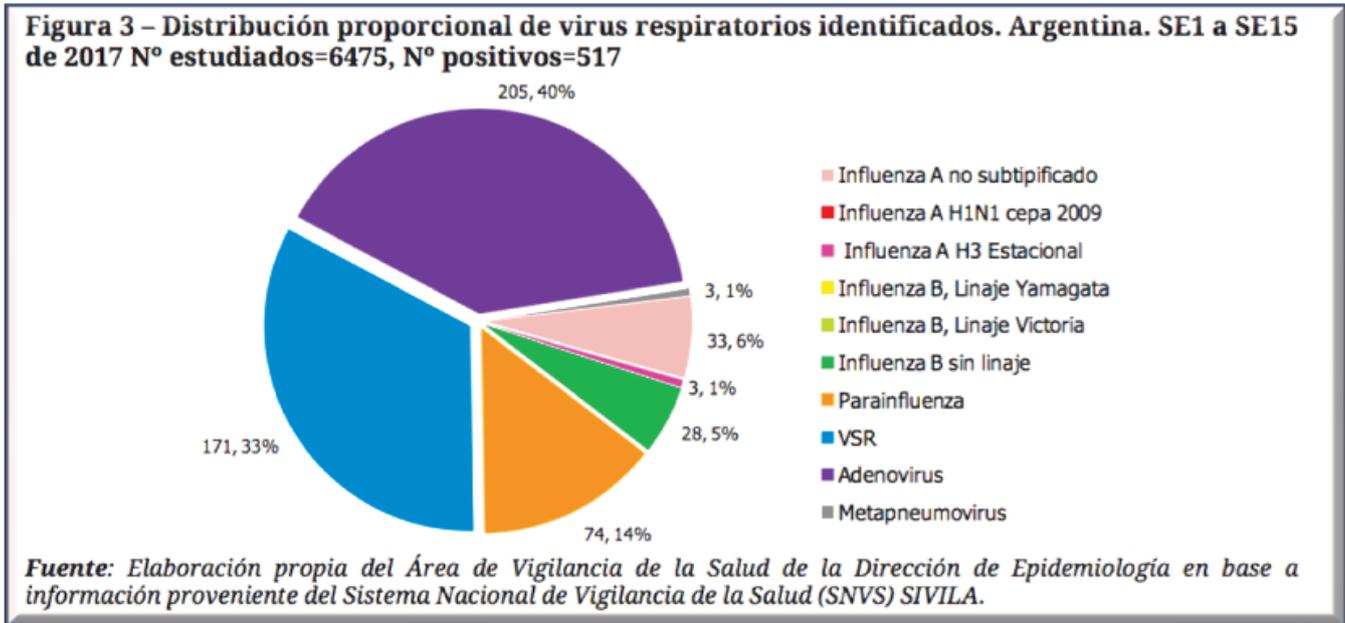
Influenza: circulación viral en la Argentina

Distribución por edad. Porcentajes de circulación SE 1 a 15 2017



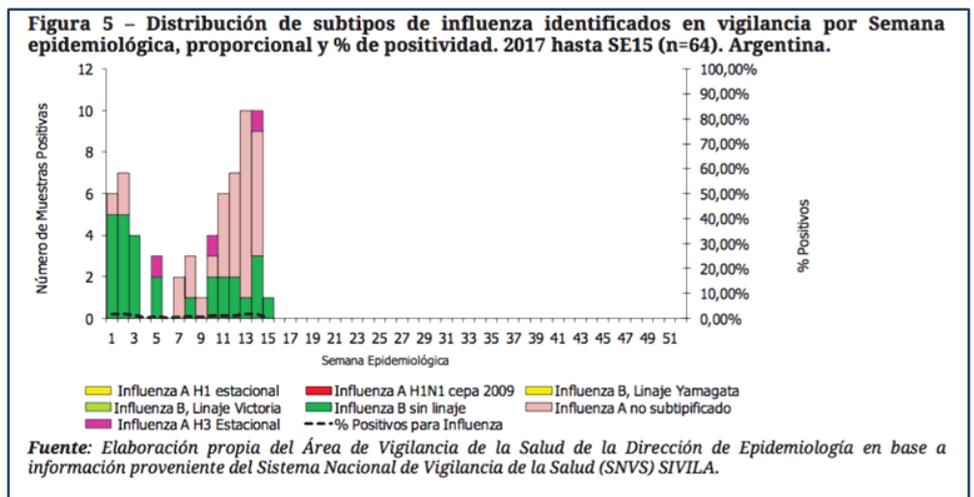
Fuente: Adaptado Boletín Integrado de Vigilancia N357-SE17.2017

Durante las semanas evaluadas la circulación correspondiente al virus influenza fue inferior a similar período de 2016.



Distribución de subtipos de influenza identificados en vigilancia por Semana epidemiológica, proporcional y % de positividad. 2016 y 2017 (hasta semana 15). Argentina

- Baja circulación de virus influenza
- **Prevalencia de circulación de virus influenza subtipo B** durante las primeras semanas del año
- **Circulación predominante de subtipo A en actualidad**
- No se notificó presencia de virus influenza A (H1N1) pdm09



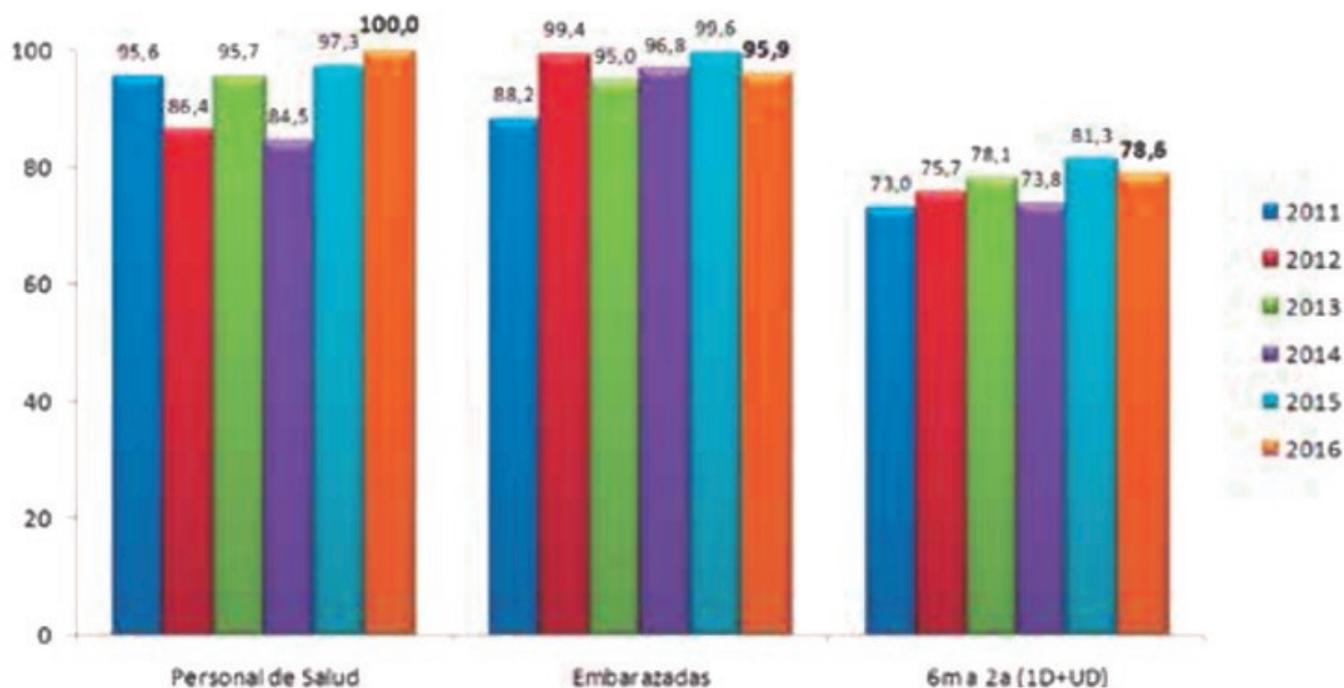
Según los corredores endémicos de ETI (Enfermedad Tipo Influenza) y neumonía de 2017 se ubican entre las zonas de éxito y seguridad en todas las regiones de Argentina.

Al analizar por grupo de edad, los más afectados corresponden a los menores de 5 años. Las tasas más elevadas de notificación se registran tanto en menores de 5 años como en el grupo de adultos mayores de 65 años.

La curva de notificación de la Infección Respiratoria Aguda (IRAG) ubica los casos entre las zonas de alerta y seguridad, descendiendo en las últimas semanas a zona de éxito.

Definición de caso de IRAG: toda infección respiratoria aguda que presente fiebre constante mayor a 38°C, tos, inicio dentro de los últimos diez días y requiera hospitalización.

Figura 1. Coberturas comparadas de vacunación antigripal global país por grupo - Argentina 2011-2016.

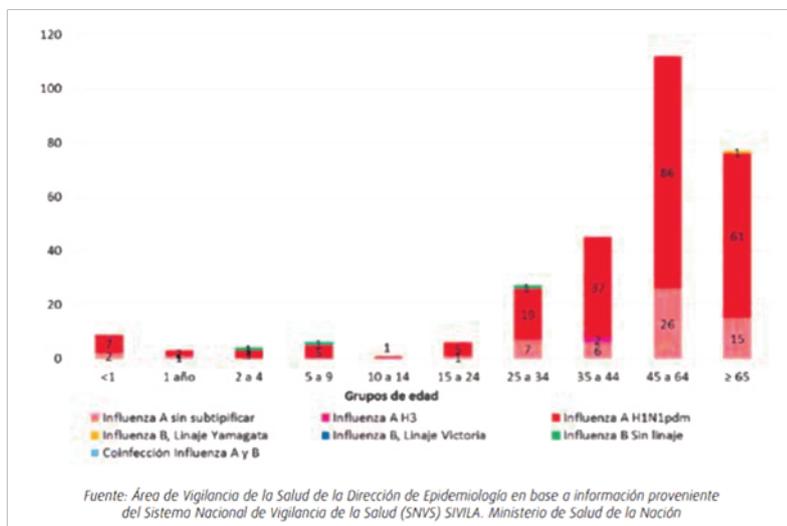


Fuente: Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (SNVS-NomiVac). Ministerio de Salud de la Nación.

COBERTURA NACIONAL DE VACUNACIÓN ANTI-GRIPAL. ARGENTINA 2016

- **Personal de salud:** altas coberturas de inmunización
- **Pacientes pediátricos:** solo se logra una cobertura promedio del 78,9%.
- **Pacientes pediátrico de 6 meses a 2 años:**
 - 1era. dosis: 79%
 - 2da. dosis: 59,9%
- **Embarazadas:** la vacunación de este grupo es fundamental por el mayor riesgo de desarrollar enfermedad grave, hospitalizaciones y muerte. También por el riesgo de muerte fetal, perinatal, parto prematuro y retardo de crecimiento intrauterino. La vacuna es eficaz y segura para la protección de la madre y su hijo por pasaje de anticuerpos a través de la placenta. La vacunación antigripal es satisfactoria en este grupo de pacientes, manteniéndose las coberturas similares de los años previos.
- **Periodo puerperal:** aplicación de la vacuna antigripal durante los 10 días posteriores al parto si no han sido vacunadas durante el embarazo.

MUERTES POR INFLUENZA EN ARGENTINA



Fuente: Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) SIVILA. Ministerio de Salud de la Nación

Casos fallecidos con diagnóstico de influenza según grupo de edad y diagnóstico. Año 2016. Argentina

Características de los pacientes fallecidos

- Presencia de algún factor de riesgo como enfermedad respiratoria, cardíaca, oncológica, DBT y obesidad.
- Falta de vacunación.
- La mayoría de los casos se registró durante los meses de mayo y junio.
- El subtipo involucrado correspondió al tipo A (H1N1)pdm09

Conclusiones

- Se alcanzaron coberturas nacionales adecuadas en el personal de salud y las embarazadas
- Hay que mejorar la cobertura en pacientes pediátricos y, entre aquellos que se vacunen reforzar el cumplimiento de la segunda dosis.
- Asegurar la administración de la vacuna antigripal en cada embarazo y en cualquier trimestre de la gestación.
- Vacunar a los convivientes de pacientes inmunosuprimidos y a personas que viven con VIH.
- **En las personas mayores de 65 años y aquellas con factores de riesgo aprovechar la oportunidad de la vacunación antigripal para aplicar la vacuna contra el neumococo que corresponda.**

FUNCEI recomienda la vacunación antigripal en toda la población a partir de los 6 meses de edad.

Referencias

- EpiFLU™ Database. Disponible en: <http://platform.gisaid.org/epi3/frontend#53149e>
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Boletín integrado de vigilancia N354 - SE 13. 10 de abril 2017.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina Boletín integrado de vigilancia N357 - SE17. 5 de mayo 2017.
- Flannery B, Reynolds S, Blanton L, et al. Influenza vaccine effectiveness against pediatric deaths:2010-2014. Pediatrics, Vol 139, nº 5, Mayo 2017.
- Grohskopf L, Sokolov L, Broder, et al. Prevention and control of seasonal influenza with vaccines. MMWR Recomm Rep. 2016;65(5):1-54.
- CDC. CDC Reports About 90 Percent of Children Who Died From Flu This Season Not Vaccinated. 22 de marzo de 2013. Disponible en: <https://www.cdc.gov/flu/spotlights/children-flu-deaths.htm>
- Medscape. Temporada de influenza. Qué tan útil es la vacunación anual en Latinoamérica? 21 de abril de 2017.
- Caini S, Alonso WJ, Balmaseda A, Bruno A y cols. Characteristics of seasonal influenza A and B in Latin America: Influenza surveillance data from ten countries. PLoS ONE. 27 Mar 2017;12(3):e0174592. doi:10.1371/journal.pone.0174592
- Ministerio de Salud de la Nación. PRONACEI. Vacunación antigripal, Argentina 2017. Lineamientos técnicos y manual del vacunador. 2017. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/000000950cnt-2017-04_lineamientos-gripe_2017.pdf

NOTIFICACIONES BREVES

Vacunas en desarrollo contra el virus Zika

El zika es una infección emergente asociada a mosquitos. Las vacunas u otros tratamientos específicos no la combaten ni la controlan en forma rápida y efectiva ni su diseminación ni los efectos deletéreos.

Las vacunas que se describen a continuación son innovadoras y no requieren de virus vivos o atenuados lo que mejora su perfil de seguridad.

VACUNA VRC 705

- Fue desarrollada por científicos del National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAD).
- Su objetivo es enrolar al menos 2.490 participantes sanos en áreas donde la actividad del mosquito está confirmada: EEUU y Puerto Rico, Brasil, Perú, Costa Rica, Panamá y México.
- En la fase 2/2b que comenzará próximamente se evaluará la seguridad y la habilidad de la vacuna para estimular la respuesta inmune en los participantes y la óptima dosificación.
- Contiene una pequeña cantidad de ADN, denominada plásmido, dentro de la cual se insertaran genes que codifican dos proteínas fundamentales encontradas en la superficie viral.
- La parte A fue realizada en la fase 1 donde se evaluó seguridad y habilidad para estimular respuesta inmune, además de los sitios de inyección, en poblaciones donde el virus zika podría ser endémico.

VLP ZIKA

- Esta novedosa y prometedora vacuna en investigación por TechnoVax, tiene su base en partículas similares al virus (VLP, por sus siglas en inglés) que provocan altos títulos de anticuerpos para neutralizar el virus en ratones de laboratorio.
- La vacuna VLP zika ofrece según sus desarrolladores, una estrategia segura y efectiva para crear una inmunización profiláctica que protege contra la infección viral, como así también contra sus serios efectos adversos tales como la microcefalia.
- VLP es idéntica al virus, pero con ausencia de la habilidad genética para replicarse, y al no requerir de atenuación viral, son destacadas por sus perfiles de seguridad e inmunogenicidad.

Los investigadores de la compañía y los colaboradores de la Universidad de Nueva York concluyen que las formulaciones de vacunas VLP testeadas en animales no solamente son altamente eficaces sino que poseen anticuerpos con actividad neutralizante equivalentes o

mayores a personas que padecieron zika y se encuentran en fase convalescente.

Fuentes:

- NIAID. Phase 2 Zika vaccine trial begins in U.S., Central and South America. 31 de marzo de 2017. Disponible en: <https://www.nih.gov/news-events/news-releases/phase-2-zika-vaccine-trial-begins-us-central-south-america>
- Medscape. Comienza la segunda fase de la vacuna estadounidense contra el virus de Zika. 7 de abril de 2017. Disponible en: http://espanol.medscape.com/verarticulo/5901397?nlid=113701_4166&src=WNL_esmdpls_170412_mscpedit_peds&implID=1327505&faf=1
- http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&id=11599&Itemid=41691
- <http://www.prnewswire.com/news-releases/promising-zika-virus-vaccine-candidate-300454227.html>
- Boigard H, Alimova A, et al. Zika virus-like particle (VLP) based vaccine. Plos Neglected Tropical Diseases 11 (5):e00056082017. Disponible en: <http://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0005608>

5 de mayo, Día Internacional del Lavado de Manos

Está demostrado que el lavado de manos es la herramienta de mayor costoefectividad para disminuir las infecciones asociadas al cuidado de la salud.

Datos

Uno de cada 10 pacientes que se interna adquiere una infección asociada al cuidado de la salud (IACS) mientras recibe cuidados

Más del 50% de las Infecciones de Sitio Quirúrgico pueden ser resistentes a antibióticos

La prevención efectiva de la infección y su control reduce las infecciones asociadas a la salud un 30%

Tras 10 años del programa de la OMS “**Una atención limpia es una atención más segura**”, estas son las **razones para continuar la campaña**, con la participación de mayor número de instituciones:

LA HIGIENE DE MANOS:

1. En el momento adecuado salva vidas.
2. En la atención sanitaria salvó millones de vidas en los últimos años.
3. Es un indicador de calidad que destaca la seguridad de los sistemas de salud.
4. Puede evitar infecciones y prevenir daño a la salud

ADEMÁS

por menos de 10 dólares.

5. **Es la base de todas las intervenciones**
6. Los problemas de salud, como las IACS son retos políticos y sociales que deben abordarse.
7. Existe tecnología de bajo costo para salvar vidas. La solución desinfectante a base de alcohol, con

un costo aproximado de 3 dólares por botella, puede prevenir IACS y millones de muertes por año.

8. La incorporación de momentos específicos para la higiene de manos en el flujo de trabajo del personal sanitario facilita hacer lo correcto a cada minuto, a cada hora, cada día.
9. La prevención de infecciones es una parte fundamental del fortalecimiento de los sistemas de salud.
10. El movimiento social ya comenzó a difundirse con la exitosa campaña "Salve vidas, límpiense las manos", que promueve esta acción en el punto de atención del paciente.

Referencias

- OMS. Una atención limpia es una atención más segura. Salve vidas: límpiense las manos. 5 de mayo de 2017. Disponible en: <http://www.who.int/gpsc/5may/es>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España. Programa de Higiene de Manos del Sistema de Salud. Seguridad del Paciente. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/programa-higiene-manos>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España. Programa de Higiene de Manos del Sistema de Salud. Seguridad. Resultados de los indicadores del Programa Higiene de Manos del Sistema Nacional de Salud 2009-2015. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2017/higiene-de-manos/Informe%20Indicadores%20del%20Programa%20de%20Higiene%20de%20Manos%20del%20SNS-2009-2015.pdf>
- OMS y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España. SAVE LIVES Clean Your Hands. Manual técnico de referencia para la higiene de las manos. Los 5 momentos de la higiene de manos. Disponible en: https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/HigieneManos/manual_tecnico.pdf

