



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina

www.reporteepidemiologico.com



Número 1.379

19 de junio de 2014

Publicación de:
Servicio de Infectología
Hospital Nuestra Señora
de la Misericordia
Ciudad de Córdoba
República Argentina

Comité Editorial

Editor Jefe

Ángel Mínguez

Editores Adjuntos

Ílide Selene De Lisa
Enrique Farías

Editores Asociados

Jorge S. Álvarez (Arg.)
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.)
Milagros Ferreyra (Fra.)
Salvador García Jiménez (Gua.)
Ángela Gentile (Arg.)
Ezequiel Klimovsky (Arg.)
Gabriel Levy Hara (Arg.)
Susana Lloveras (Arg.)
Gustavo Lopardo (Arg.)
Eduardo López (Arg.)
Tomás Orduna (Arg.)
Dominique Peyramond (Fra.)
Daniel Pryluka (Arg.)
Charlotte Russ (Arg.)
Horacio Salomón (Arg.)
Eduardo Savio (Uru.)
Daniel Stecher (Arg.)

Noticias

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

Argentina

- Vigilancia de leishmaniosis cutánea
- Buenos Aires: Se registró el pico de bronquiolitis, pero con menos casos que en 2013
- Tucumán: Seis departamentos se consolidaron libres de transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas

América

- Brasil, Brasíla: Al menos 40 voluntarios intoxicados con alimentos de la FIFA
- Estados Unidos: Se desploman las tasas de gonorrea resistente a fármacos

El mundo

- Asia: Advierten que el virus A(H7N9) podría extenderse a India y el Sudeste Asiático
- India, Bihar: Aumentan las muertes por encefalitis

- Irlanda, primer país europeo que eliminará la publicidad del tabaco

- Liberia, Monrovia: La enfermedad por virus Ébola llega a la capital

- Medio Oriente: La OMS alerta a los peregrinos acerca del MERS-CoV

- Pakistán cuadruplica el número de casos de poliomielitis en la primera mitad de 2014

- La tricomonosis como una de las posibles causas de cáncer de próstata

- Cifras y datos sobre la fiebre chikungunya

- Los casos de sida y hepatitis por reutilizar jeringas caen 90% en una década

- Expertos en salud pública piden extremar el control del cigarrillo electrónico

Adhieren:



www.circulomedicocba.org/



www.apinfectologia.org/



www.slamviweb.org/



www.consejomedico.org.ar/



www.sadip.net/



www.said.org.ar/



www.sap.org.ar/



www.apargentina.org.ar/

Argentina

Vigilancia de leishmaniosis cutánea

16 de junio de 2014 – Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

Tabla 1. Casos notificados y confirmados, según provincia y región. Argentina. Años 2013/2014, hasta semana epidemiológica 18. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.¹

Provincia/Región	2013		2014	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1	1	—	—
Buenos Aires	2	2	4	4
Córdoba	—	—	—	—
Entre Ríos	—	—	1	—
Santa Fe	—	—	1	—
Centro	3	3	6	4
Mendoza	—	—	1	1
San Juan	—	—	—	—
San Luis	—	—	—	—
Cuyo	—	—	1	1
Corrientes	5	4	—	—
Chaco	20	20	17	14
Formosa	3	1	—	—
Misiones	7	5	3	3
NEA	35	30	20	17
Catamarca	—	—	—	—
Jujuy	2	—	2	2
La Rioja	—	—	—	—
Salta	22	22	12	12
Santiago del Estero	—	—	—	—
Tucumán	2	1	4	4
NOA	26	23	18	18
Chubut	—	—	—	—
La Pampa	—	—	—	—
Neuquén	—	—	—	—
Río Negro	—	—	—	—
Santa Cruz	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—
Sur	—	—	—	—
Total Argentina	64	56	45	40

Buenos Aires: Se registró el pico de bronquiolitis, pero con menos casos que en 2013

17 de junio de 2014 – Fuente: Telenoticiosa Americana

La bronquiolitis llegó a su pico máximo anual en la provincia de Buenos Aires, según informó el Ministerio de Salud bonaerense, que recomendó proteger a los niños por las bajas temperaturas que se pronostican.

Paralelamente, aumentaron las consultas en 50% en los hospitales públicos provinciales, por lo que la cartera sanitaria provincial recomendó mantener a los niños vacunados, abrigados y consultar ante los primeros síntomas, como fiebre y dificultad respiratoria.

El pico máximo de la bronquiolitis se registró en la última semana, confirmó la cartera sanitaria en un comunicado en el que advirtió que, tal como pronostica el Servicio Meteorológico Nacional, se prevén temperaturas mínimas de entre 2 y 4°C, lo que generará las condiciones ideales para la propagación de las infecciones respiratorias.

En la mayoría de los casos, es el virus sincicial respiratorio (VSR) la causa de la bronquiolitis, una enfermedad que inflama las vías aéreas inferiores y dificulta la respiración de los bebés, sobre todo los menores de dos años.



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

“Estamos atravesando el pico máximo de la enfermedad con un pronóstico climático que indica mayor riesgo: en la última semana en nuestro hospital pasamos de 400 consultas diarias por guardia a 600, y el mayor número de pacientes viene con bronquiolitis, crisis asmáticas y otras enfermedades respiratorias”, dijo Silvana Bencini, directora asociada del Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría ‘Sor María Ludovica’, de La Plata.

Alejandro Federico Collia, ministro de Salud bonaerense, sostuvo que “es completamente habitual que las guardias registren el pico estacional de consultas e internaciones por infecciones respiratorias en estas semanas”.

El funcionario remarcó que “la bronquiolitis suele ser causa de 70% de las internaciones pediátricas en los meses de mayor frío”.

En el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil ‘Don Victorio Tetamanti’ de Mar del Plata casi se duplicaron las consultas diarias a partir de junio y, según informó Miguel José, jefe de Emergencias, “de un total aproximado de 400 consultas generales diarias, 20% es por bronquiolitis”.

Collia recomendó que “si los papás ven que su bebé respira con esfuerzo no duden en concurrir rápidamente al centro de salud más cercano”. Agregó que, como todos los años, la provincia de Buenos Aires cuenta con tratamientos en aerosolterapia para entregar en forma gratuita a todos aquellos que lo requieran en hospitales y centros de atención primaria de la provincia.

“Si vamos al médico ante los primeros síntomas e iniciamos el tratamiento como corresponde, evitamos internaciones y riesgos severos que pueden incluso poner en peligro la vida del bebé”, enfatizó Collia.

En los últimos años, los datos epidemiológicos provinciales muestran una tendencia a la baja en los casos de infecciones respiratorias.

A esta altura de 2013, la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud provincial registraba 52.679 casos de bronquiolitis en menores de 2 años. En cambio, en lo que va de 2014, se notificaron 24.457 casos, detalla el comunicado.

Un descenso interanual de 53% en el número de casos se explica por varios motivos: por un lado, una mejor cobertura de vacunación, porque si bien no hay vacuna específica contra la bronquiolitis, la antigripal que se aplica entre los 6 meses y el año, produce un efecto protector de los males respiratorios.

Por otra parte, “han mejorado las medidas de higiene, y hoy los adultos saben que el lavado de manos con agua y jabón antes de tomar en brazos al bebé, de darle de comer o de cambiarlo, contribuye y mucho a prevenir las infecciones respiratorias”, dijo Flavia Raineri, directora de Maternidad e Infancia.

La cartera sanitaria bonaerense recordó que debe consultarse al médico si un bebé presenta tos, fatiga, fiebre, respiración muy rápida, aleteo nasal o retracción de los músculos del tórax en un esfuerzo por respirar, irritabilidad y color azulado en la piel, las uñas o los labios.

Recordaron además que para prevenir esta enfermedad se debe mantener la lactancia materna, no exponer a los niños al humo del cigarrillo, lavarles las manos con agua y jabón y mantener al bebé alejado de aquellas personas que están resfriadas o tienen tos.



Tucumán: Seis departamentos se consolidaron libres de transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas

18 de junio de 2014 – Fuente: Ministerio de Salud (Argentina)

Con la presencia del gobernador José Jorge Alperovich y del secretario de Promoción y Programas Sanitarios del Ministerio de Salud de la Nación, Jaime Lazovski, seis de nueve departamentos considerados endémicos de la provincia de Tucumán fueron consolidados libres de transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas tras un trabajo conjunto entre los gobiernos nacional y provincial.

Se trata de los departamentos de Trancas, La Cocha, Lules, Cruz Alta, Simoca y Burruyacu, los que alcanzaron indicadores para consolidarse libres de transmisión vectorial de la enfermedad. En los departamentos Leales, Graneiros y Tafí del Valle, a su vez, se continúa trabajando para su consolidación y lograr finalmente la certificación de libre de transmisión vectorial en toda la provincia para el año 2016.

“En las miles de viviendas estudiadas en Tucumán y en las miles de personas que se realizaron los análisis en estos seis departamentos, no se han encontrado rastros de la enfermedad”, anunció Lazovski, quien destacó que “hace cien años que se conoce la enfermedad de Chagas y hace sesenta que el Gobierno nacional creó un programa para atender las necesidades, prevenir y controlar la enfermedad”.

“Sin embargo, a pesar de que se invirtieron muchos recursos y esfuerzos, los últimos 10 años fueron determinantes para que se pudiera alcanzar el estado de eliminar la transmisión de los vectores”, aseguró el funcionario.

“Es un paso significativo en el camino que la provincia está llevando a cabo para certificarse como libre de la enfermedad de Chagas”, sostuvo Pablo Yedlin, ministro de Salud de Tucumán Pública, y comentó que “nos está faltando la consolidación en tres departamentos, que se encuentran a mitad de camino”.

En esa línea, Cynthia Spillmann, coordinadora del Programa Nacional de Chagas, señaló este paso como “un gran logro” y un “escalón intermedio” para llegar a la certificación de la interrupción en todo el territorio provincial.

En tanto Antonia Lavenia, jefa del Programa Provincial de Control de Chagas, recordó que en Tucumán “el diagnóstico de la enfermedad de Chagas es gratuito y se lo puede realizar en todos los servicios de salud, y así como el diagnóstico es gratuito, también lo es el tratamiento”.



Brasil, Brasilia: Al menos 40 voluntarios intoxicados con alimentos de la FIFA

17 de junio de 2014 – Fuente: Reuters

Al menos 40 voluntarios de la Fédération Internationale de Football Association (FIFA) en Brasilia sufrieron una intoxicación luego de consumir alimentos suministrados por la organización del Mundial de Fútbol, informó el 17 de junio una fuente oficial.

“Los voluntarios presentaron dolores abdominales, diarrea y vómitos, que son síntomas de intoxicación bacteriana”, dijo André Godoy, gerente de alimentos de Vigilancia Sanitaria del Distrito Federal.

El funcionario aseguró que el problema ocurrió en el almuerzo servido a cerca de 300 personas el sábado, en la víspera del duelo entre Suiza y Ecuador en el Estadio ‘Mané Garrincha’. Los refrigerios son suministrados a la FIFA por la empresa Sapore, con sede en Campinas y pasan por un proceso de supercongelamiento antes de ser enviados en camiones desde São Paulo a las ciudades sede del Mundial, según Godoy.

Según la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA), el caso de intoxicación alimentaria en Brasilia fue el único vinculado a la organización de la Copa del Mundo registrado hasta el momento. “El camión llegó aquí con la temperatura adecuada. El problema fue allá en la producción en São Paulo o aquí a la hora de distribuir. Los alimentos pasan por un proceso de descongelamiento, después son colocados en un bufet”, agregó Godoy.

De acuerdo con la inspección hecha por Vigilancia Sanitaria de Brasilia en el Gimnasio ‘Nilson Nelson’, donde los refrigerios son servidos, las instalaciones son adecuadas y una nutricionista acompaña la preparación de los alimentos.

Un informe sobre la causa del incidente será divulgado el 18 de junio, pero todo indica que “el problema se generó en una salsa blanca provista por otra empresa que no pasa por el proceso de ultracongelamiento”, dijo Godoy.

Cerca de 15.000 voluntarios de varias nacionalidades fueron reclutados y entrenados por la FIFA y el Comité Organizador Local para desempeñar varias funciones en los estadios y sitios de entrenamiento. Además de tener los gastos de traslado pagados, la FIFA les proporciona todas las comidas.²



Una voluntaria posa en el estadio Maracanã.



Estados Unidos: Se desploman las tasas de gonorrea resistente a fármacos

18 de junio de 2014 – Fuente: 2014 Sexually Transmitted Disease Prevention Conference (Estados Unidos)

Los resultados preliminares anunciados en la Conferencia sobre Prevención de las ITS en Estados Unidos 2014, celebrada recientemente en Atlanta, revelan que los casos de gonorrea resistente a fármacos han disminuido desde 2011, registrándose un brusco descenso entre 2012 y 2013. Dicha disminución fue especialmente notable en el caso de la población de hombres que practican sexo con hombres (HSH), que tradicionalmente presentaban las tasas más elevadas de gonorrea resistente. Por su parte, una nota en la publicación *British Medical Journal* también apuntaba a un descenso en los casos de estas infecciones bacterianas en Gran Bretaña.

Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos atribuyen este descenso en los casos de gonorrea resistente en este país a dos recientes revisiones de las directrices de tratamiento que recomiendan el uso de una terapia más intensa y desaconsejaron el uso de un antibiótico frente al cual la bacteria que provoca la enfermedad desarrollaba resistencia con rapidez.

Sin embargo también advierten de que la bacteria responsable de la infección ha acabado desarrollando resistencia a todos los tipos de antibióticos utilizados para tratar la infección y que existe la posibilidad real de que acabe siendo una enfermedad intratable si no se descubren nuevas opciones de tratamiento y se aumentan los esfuerzos preventivos.

La gonorrea es una infección de transmisión sexual (ITS) debida a una bacteria que provoca dolor y secreción en la uretra en los hombres y dolor vaginal y pélvico en las mujeres (aunque hasta 50% de ellas no experimenta síntomas). Afecta a una persona de cada 500-1.000 (según el país), aunque las tasas son más elevadas en el caso de la población de HSH.

En el caso de las personas que practican sexo anal receptivo, puede producir dolor y secreción en el recto. También puede afectar a la garganta. Los síntomas iniciales suelen desaparecer por sí mismos, pero los casos no tratados pueden acabar produciendo complicaciones graves tanto en hombres como en mujeres.

² Las intoxicaciones alimentarias son eventos muy frecuentes, los cuales ocasionalmente pueden tomar características de brotes. Sin embargo, en el contexto del evento que concita un interés global, entonces esta ocurrencia traspasa fronteras; y una vez más, reitera la importancia de una adecuada manipulación de los alimentos. Es más si se trata de comidas para consumo rápido, hay que tener especial cuidado con cremas y aliños, los cuales, por lo general son preparados en grandes cantidades y colocados en recipientes para que los consumidores los utilicen. Una forma de evitar complicaciones de este tipo es individualizar las porciones de tales preparaciones, evitando así un exceso de manipulación y facilitando su conservación y dispensación a tiempo.

El tratamiento actual de la gonorrea incluye uno de los antibióticos de la familia de la cefalosporina más otro de otra familia. Sin embargo, entre 2006 y 2010, la proporción de gonorrea resistente al fármaco cefixima (una cefalosporina, entonces estándar de tratamiento) pasó de menos de 0,1% a 1,4%.

En aquel momento, el tratamiento recomendado de la gonorrea consistía en una dosis oral de 400mg de cefixima o una dosis intramuscular del fármaco relacionado ceftriaxona. En diciembre de 2010, debido al riesgo de resistencias, los CDC cambiaron el régimen recomendado pasando a aconsejar una dosis doble de ceftriaxona intramuscular o, como alternativa, cefixima más otro antibiótico, azitromicina (o doxiciclina como segunda opción).

Las tasas de resistencia siguieron siendo elevadas, por lo que los CDC realizaron una segunda revisión en 2012, eliminando por completo la recomendación de cefixima y añadiendo azitromicina o doxiciclina a la dosis doble inyectable de ceftriaxona. Estas modificaciones, junto con el mayor grado de cumplimiento de las clínicas de salud sexual de dichas normativas, han llevado a un descenso notable de los casos de gonorrea multirresistente.

En Estados Unidos, la proporción de casos resistentes a cefixima descendió de 1,4% en 2011 a 0,9% en 2012 y finalmente a 0,4% en 2013. En cuanto a la población de HSH, la incidencia de gonorrea resistente a cefixima pasó de 3,0% en 2011 a 0,8% en 2013 en ese mismo país.

Respecto al segundo fármaco, la proporción de gonorrea resistente a azitromicina fue de 0,6% en el año 2013.

Además de los cambios en las directrices, se ha mejorado el grado de cumplimiento de las mismas en las clínicas. Antes de 2010, sólo 35% de las clínicas trataban la gonorrea tal y como se recomendaba, mientras que 53% la estaban "sobretreatando", ya que prescribían más antibióticos de los que recomendaban los CDC, algo que podría ser una de las causas de la aparición de resistencias. Tras la aprobación de las directrices de 2012, 82% estaban realizando la prescripción según las directrices y sólo 6% estaban "sobretreatando" al paciente.

En cuanto a Gran Bretaña, un blog en el *British Medical Journal* señala que la gonorrea resistente a cefixima pasó de 3% en 2011 a 1,6% en 2012 (y de 17% a 7% en ese mismo periodo en la población de HSH). No obstante, hay que señalar que la definición de susceptibilidad a cefixima es distinta en ambos países.

Por último, la publicación británica advierte que este efecto debido al uso más cuidadoso de los actuales antibióticos podría ser pasajero.

El mundo



Asia: Advierten que el virus A(H7N9) podría extenderse a India y el Sudeste Asiático

18 de junio de 2014 – Fuente: Addiction

Una investigación conducida por instituciones científicas de China, Gran Bretaña y Bélgica advierte de que el virus A(H7N9) de la influenza aviar, con un alto índice de mortalidad, podría extenderse del territorio chino a otras zonas de Asia, como India, Bangladesh, Vietnam, Indonesia o Filipinas.

El estudio, realizado por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades de China, la Universidad Libre de Brusel, la Universidad de Oxford y el Instituto de Investigación Ganadera Internacional, elabora un mapa con zonas de riesgo teniendo en cuenta los factores que han influido en la extensión del virus.

De este modo, el estudio determina que el A(H7N9), del que ha habido 429 casos en humanos desde su aparición en 2013 (más de un centenar fallecieron), se expande principalmente en zonas con alta densidad de mercados de aves vivas, especialmente en áreas próximas a grandes ciudades o en urbes de tamaño medio.

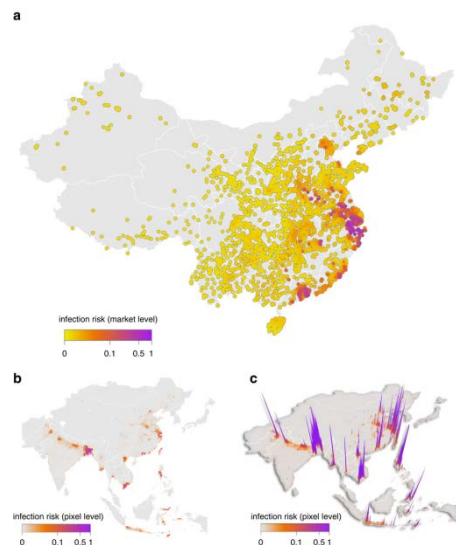
Sin embargo, el virus no parece vinculado a zonas de alta producción aviar, como demuestra el hecho que el noreste chino, región donde se encuentran algunas de las mayores granjas avícolas de China, no registró apenas casos de A(H7N9).

Extrapolando estos y otros datos, la investigación elabora un mapa de zonas en peligro, con especiales zonas de riesgo en el área de Bengala (India y Bangladesh), los deltas de los ríos Mekong y Sông Hồng (Vietnam) y zonas aisladas de Filipinas e Indonesia.

"No estamos diciendo que son las áreas donde esperamos que vaya a haber infecciones, sino que la alta concentración de mercados de aves las convierte en especialmente 'idóneas' para la infección, y saber esto puede ayudar a las labores de prevención", destacó el epidemiólogo de la Universidad Libre de Brusel, Marius Gilbert, director del estudio.

Uno de los grandes desafíos del virus, aparte de su alto índice de mortalidad –aunque su índice de infección en humanos siga siendo bajo– es el hecho de que las aves portadoras del A(H7N9) apenas muestran síntomas, a diferencia de cepas que en años pasados causaron similares alertas sanitarias, como el A(H5N1).

"Ello significa que puede propagarse 'silenciosamente' entre poblaciones de aves, mucho antes que las personas enfermen", destaca el estudio, que, si bien hace predicciones de la potencial extensión geográfica de la enfermedad, no prevé en qué tiempo podría producirse tal expansión.



“El modelo es puramente espacial, y nos dice dónde tendría el virus mayor oportunidad de persistir si llega a introducirse”, destacó Gilbert.

El estudio, en el que se subraya que China “ha llevado a cabo esfuerzos de control del virus notablemente estrictos”, también ha contado con la colaboración de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO).³



India, Bihar: Aumentan las muertes por encefalitis

18 de junio de 2014 – Fuente: Prensa Latina

A 108 ascendieron los niños muertos por encefalitis en el nororiental estado indio de Bihar en lo que va de año, 16 de ellos en las últimas 24 horas, informaron hoy autoridades sanitarias locales.

Casi todos los fallecidos (104) eran del distrito de Muzaffarpur, pero la enfermedad se ha ido propagando a otras zonas y el Departamento de Salud del territorio activó una campaña preventiva para impedir que se convierta en epidemia.

Hasta la fecha pasan de 300 los pequeños de Bihar a quienes se les ha detectado síntomas de la encefalitis. Los riesgos de contagio aumentan durante y después de la temporada de lluvias (junio a octubre).

En el contiguo estado de Bengala Occidental murieron ayer otros cuatro niños con síntomas similares a los de la enfermedad, aunque los médicos no están seguros de que esa sea la causa. Expertos creen que hay relación entre ambos brotes.

Cada año por esta época también se disparan los casos de encefalitis en el estado de Uttar Pradesh, que junto a los otros dos determinan en el norte-este de la superpoblada nación surasiática una vasta faja donde los servicios médicos son altamente deficitarios en las zonas más apartadas.



Irlanda, primer país europeo que eliminará la publicidad del tabaco

10 de junio de 2014 – Fuente: EFE

Irlanda se convertirá en el primer país europeo que eliminará la mayoría de la publicidad de los paquetes de tabaco, después que el Gobierno aprobase una ley que lo mantiene en la vanguardia de la lucha contra esta adicción.

El proyecto de Ley de Salud Pública de 2014, que pasará el trámite parlamentario este año, logrará estandarizar la apariencia de todos los paquetes de tabaco, ya sean de cigarrillos o de picadura de tabaco.

En principio, serán homogéneos de color y la marca de la compañía se verá escrita en la misma tipografía y letra pequeña en su parte inferior, mientras en el resto de la superficie se incluirán imágenes de enfermedades vinculadas al tabaquismo, según adelantó James Reilly, ministro de sanidad.

La medida es similar a la aplicada por el Gobierno australiano, primer país del mundo que obligó en 2011 a las tabacaleras a comercializar sus productos sin publicidad y que después copió Nueva Zelanda.

La República de Irlanda se convirtió en 2004 en el primer país del mundo que prohibió el tabaco en todos los lugares públicos, una medida que lo situó a la vanguardia de la lucha contra esta adicción.

Reilly indicó que esta nueva iniciativa, que podría ser recurrida por la industria del tabaco en los tribunales, aspira a hacer “menos atractivos” los paquetes para los más jóvenes y, al tiempo, destacar las advertencias sanitarias.

“Con todo lo que sabemos respecto a los peligros del tabaco, no se puede dejar que la industria del tabaco use trucos engañosos de mercadotecnia para atraer a los menores hacia esta adicción mortal”, dijo el ministro.

Con la aprobación por parte del Ejecutivo de este proyecto de ley, el ministro aseguró que el país ha dado un “significativo paso” hacia su objetivo de lograr una “sociedad libre de humo” para 2025.

De acuerdo con Reilly, la población fumadora bajaría desde el 29% actual hasta 5% en once años, lo que, además de salvar vidas, reduciría los costos sanitarios derivados del tratamiento de enfermedades provocadas por el tabaco, estimados en unos 883 millones de dólares anuales.

“La introducción de paquetes estandarizados eliminará la última vía que tenían las compañías para promocionar sus productos mortales en Irlanda. Los paquetes de cigarrillos no serán más un anuncio móvil para la industria”, aseguró James Reilly.



Liberia, Monrovia: La enfermedad por virus Ébola llega a la capital

17 de junio de 2014 – Fuente: British Broadcasting Corporation (Gran Bretaña)

El brote de enfermedad por virus Ébola (EVE), que ha causado la muerte de más de 250 personas en África Occidental, se extendió hasta la capital de Liberia, Monrovia.

Un funcionario sanitario dijo que siete personas han fallecido allí, incluidos una enfermera y cuatro personas de la misma casa. Uno de los siete fallecido era una mujer que había llegado recientemente de una zona infectada en Sierra Leona, y se cree que contagió a otros en la casa donde se alojaba en Monrovia.

Tolbert Nyenswah, viceministro de Salud, dijo que 16 personas han muerto del mal en este país del occidente de África. Cuatro de esas muertes fueron causadas por el virus Ébola, de acuerdo con los análisis de laboratorio.

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

Las muertes, que se reportaron a partir del 8 de junio, causaron temor porque no se habían confirmado decesos por EVE en los últimos dos meses. "Se cree que el nuevo brote comenzó el 30 de mayo", dijo Nyenswah.

El brote de enfermedad por virus Ébola estalló este año en Guinea y ha sido descrito como uno de los peores de la historia por la Organización Mundial de la Salud.

"La primera fase de la epidemia fue contenida –dijo Nyenswah–. Pero debido a la proximidad con Guinea y Sierra Leona no declaramos el fin del brote".

Otros funcionarios han restado importancia al hecho de que el virus cruza las fronteras, señalando que era de esperar ya que la gente viaja frecuentemente entre los tres países.

El virus causa sangrado severo y fiebre alta, y suele ser fatal.

Según organizaciones benéficas, una de las razones de su propagación es que hay gente que se niega a ir al hospital para seguir un tratamiento, prefiriendo buscar ayuda de curanderos tradicionales.

AP

Medio Oriente: La OMS alerta a los peregrinos acerca del MERS-CoV

17 de junio de 2014 – Fuente: The Associated Press

Los esfuerzos para impedir la diseminación del coronavirus causante del síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS-CoV) deben incrementarse antes del inicio de la temporada de peregrinajes musulmanes, cuando millones de personas viajarán a Arabia Saudí, dijo el martes la Organización Mundial de Salud (OMS).

La agencia de salud registra 701 casos confirmados y 249 muertes causadas por el MERS-Co, la vasta mayoría en Arabia Saudí, dijo un funcionario de la OMS.

Un aumento reciente de casos desde abril y una tardía admisión de las autoridades saudíes por haber subestimado la cifra de casos motivaron preocupaciones sobre la capacidad del Reino para prevenir y monitorear la diseminación de las infecciones.

El Dr. Keiji Fukuda, vicedirector general de la OMS, dijo que el aumento de casos al parecer fue causado por personas que estuvieron en hospitales antes de recibir el diagnóstico y ser aisladas, y ahora ha disminuido gracias a mejores gestiones de prevención.

Fukuda dijo que un panel de expertos de la OMS que se reunió el 16 de junio concluyó que "la situación sigue siendo grave, pero no creemos que se necesiten métodos esotéricos ni inusuales", e hizo notar que simplemente lavarse las manos es uno de los métodos de prevención más efectivos.

"Los peregrinos musulmanes, especialmente aquellos con problemas de salud, deberían estar al tanto del peligro", dijo Fukuda.

"El momento para fortalecer las medidas de prevención es ahora, porque estamos al borde el inicio de la Umrah y en unos meses comenzará el Hajj", dijo, refiriéndose a los dos principales peregrinajes musulmanes.

Fukuda dijo que queda mucho por aprender sobre el virus, que se piensa es transmitido fundamentalmente por el contacto con dromedarios (*Camelus dromedarius*). Agregó que la cuestión fundamental es si el virus tiene el potencial de mutar y volverse más contagioso de persona a persona.

EFE

Pakistán cuadruplica el número de casos de poliomielitis en la primera mitad de 2014

18 de junio de 2014 – Fuente: EFE

El número de casos de poliomielitis se ha disparado en Pakistán este año y, tras el detectado en las últimas horas, ya se han registrado 83 infecciones desde enero, cuatro veces más que la veintena de la primera mitad de 2013.

El núcleo del problema es la dramática situación en el cinturón tribal del noroeste del país, donde los ataques a los equipos de vacunación han impedido inmunizar a cientos de miles de niños, dijo hoy Elias Durry, director en Pakistán del programa contra la poliomielitis de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

"En las áreas tribales ya ha habido 65 casos y otros ocho son del vecino distrito de Bannu (en la provincia de Khyber Pakhtunkhwa). Son parte de la misma problemática", explicó.

Durry especificó que incluso la decena de casos detectados en la ciudad meridional de Karachi, donde también ha habido ataques a los vacunadores, tienen que ver con bolsas de población vinculadas a las áreas tribales.

Los casos en Karachi, con 20 millones de habitantes, avivan la inquietud de los responsables sanitarios, ya que las ciudades con un saneamiento deficiente son un ambiente ideal para la propagación de la enfermedad, que se transmite principalmente por vía fecal-oral.

Sin embargo, Durry recalcó que los esfuerzos por inmunizar a la población infantil pueden actuar como freno a la expansión de la poliomielitis, que afecta sobre todo a los menores de cinco años.

"El resto del país está por ahora libre de la enfermedad gracias al gran esfuerzo de vacunación realizado por las autoridades", aseguró Durry, que también constató cierta mejora en la ciudad de Peshawar, capital de Khyber Pakhtunkhwa, donde el año pasado hubo numerosos casos.

El principal obstáculo para la lucha contra la poliomielitis en Pakistán son los ataques armados contra los vacunadores y sus escoltas a cargo de grupos integristas, en los que este año ya han muerto unas 20 personas y que el año pasado costaron la vida de otras 30.

Aunque los talibanes no suelen reivindicar estas acciones, grupos afines a ellos y con base en el cinturón tribal fronterizo con Afganistán empezaron en 2012 a cometer ataques armados contra los trabajadores sanitarios.

Desde inicios de aquel año no se han podido desarrollar normalmente campañas de vacunación en varias zonas tribales, "y de ahí viene el incremento de casos que vemos ahora", según el responsable de la OMS.

Entre otros argumentos, los integristas alegan que la campaña contra la poliomielitis forma parte de un complot occidental para esterilizar a los musulmanes y que los vacunadores trabajan como espías para la Agencia Central de Inteligencia (CIA) de Estados Unidos.

El país asiático es uno de los tres estados donde este mal es aún endémico, junto a Afganistán y Nigeria, y encabeza con creces la clasificación mundial de casos registrados.

Pakistán se ha convertido en un quebradero de cabeza para los organismos sanitarios internacionales por la expansión del virus a otros países donde la enfermedad estaba erradicada y que pasaron de registrar 5 casos en 2012 a 224 el año pasado.

La OMS ha confirmado casos recientes de poliomielitis con cepas procedentes de Pakistán en países como Siria, Israel, Palestina o Egipto.

Desde este mes y a instancias de la OMS, las autoridades paquistaníes exigen formalmente el certificado de vacunación a todos los viajeros que salen del país, aunque los medios locales han informado de falta de rigor en los controles fronterizos.

Las autoridades locales estiman que diariamente salen de los aeropuertos paquistaníes unas 30.000 personas, pero el reto se plantea sobre todo en las porosas fronteras terrestres del país, especialmente en los pasos hacia Afganistán.



La tricomonosis como una de las posibles causas de cáncer de próstata

3 de junio de 2014 – Fuente: *Proceedings of the National Academy of Sciences*

El cáncer de próstata es uno de los más comunes y la tercera causa de muerte por cáncer en hombres. Se cree que el proceso inflamatorio cumple un rol fundamental al generar un ambiente propicio para promover y establecer el desarrollo del cáncer; sin embargo hasta el momento se desconocen las causas que originan este proceso.

Trichomonas vaginalis, un parásito flagelado que infecta tanto a hombres como a mujeres, es el agente causal de la infección de transmisión sexual no viral más común del mundo entero, infectando 275 millones de personas cada año. En hombres, más de 75% de los casos cursa con una infección asintomática.

"Al no presentar síntoma alguno, esta infección no es tratada, lo que resulta en la inflamación e irritación crónica del tejido local. Desde hace varios años se propone que existe cierta relación etiológica entre la infección ocasionada por el parásito *T. vaginalis* y el cáncer de próstata. Sin embargo, estas conclusiones estaban basadas únicamente en estudios epidemiológicos", explica Natalia de Miguel, investigadora asistente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) en el Instituto de Investigaciones Biotecnológicas – Instituto Tecnológico de Chascomús (IIB-INTECH, CONICET-UNSAM) y una de las colaboradoras del trabajo.

Del estudio participaron investigadores de Argentina, Estados Unidos e Italia, y demuestra que el parásito libera una proteína pro-inflamatoria (TvMIF) que es capaz de "imitar" las funciones desempeñadas por el factor inhibidor de la migración de macrófagos humana (HuMIF), el cual ha sido implicado en el proceso inflamatorio. La proteína liberada por el parásito es capaz de unirse con alta afinidad al receptor de HuMIF y aumentar el crecimiento y la invasión de células prostáticas, tanto benignas como cancerosas.

"Todavía es demasiado pronto para añadir el cáncer de próstata a la lista de cánceres causados por enfermedades infecciosas. Sin embargo, estos resultados estarían indicando que a través del desarrollo de una inflamación crónica y la liberación de moléculas bioactivas, como TvMIF, la infección ocasionada por *T. vaginalis* podría afectar el sistema inmune del hospedador y tener cierta participación en el desarrollo de cáncer de próstata humano" comenta de Miguel.⁴



Cifras y datos sobre la fiebre chikungunya

17 de junio de 2014 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

La fiebre chikungunya es una enfermedad viral transmitida al ser humano por mosquitos. Se describió por primera vez durante un brote ocurrido en el sur de Tanzania en 1952. Se trata de un virus ARN del género *Alphavirus*, familia *Togaviridae*. 'Chikungunya' es una voz del idioma Kimakonde que significa 'doblarse', en alusión al aspecto encorvado de los pacientes debido a los dolores articulares.

Signos y síntomas

La fiebre chikungunya se caracteriza por la aparición súbita de fiebre, generalmente acompañada de dolores articulares. Otros signos y síntomas frecuentes son: dolores musculares, dolores de cabeza, náuseas, cansan-



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

cio y erupciones cutáneas. Los dolores articulares suelen ser muy debilitantes, pero generalmente desaparecen en pocos días.

La mayoría de los pacientes se recuperan completamente, pero en algunos casos los dolores articulares pueden durar varios meses, o incluso años. Se han descrito casos ocasionales con complicaciones oculares, neurológicas y cardíacas, y también con molestias gastrointestinales.

Las complicaciones graves no son frecuentes, pero en personas mayores la enfermedad puede contribuir a la muerte. A menudo los pacientes solo tienen síntomas leves y la infección puede pasar inadvertida o diagnosticarse erróneamente como dengue en zonas donde este es frecuente.



Mapa 1. Áreas de riesgo de fiebre chikungunya en el mundo. Fuente: Organización Mundial de la Salud. 2012.

Transmisión

La fiebre chikungunya se ha detectado en casi 40 países de Asia, África, Europa y las Américas.

El virus se transmite de una persona a otras por la picadura de mosquitos hembra infectados. Generalmente los mosquitos implicados son *Aedes aegypti* y *Ae. albopictus*, dos especies que también pueden transmitir otros virus, entre ellos el del dengue. Estos mosquitos suelen picar durante todo el periodo diurno, aunque su actividad puede ser máxima al principio de la mañana y al final de la tarde. Ambas especies pican al aire libre, pero *Ae. aegypti* también puede hacerlo en ambientes interiores.

La enfermedad suele aparecer entre 4 y 8 días después de la picadura de un mosquito infectado, aunque el intervalo puede oscilar entre 2 y 12 días.

Diagnóstico

Para establecer el diagnóstico se pueden utilizar varios métodos. Las pruebas serológicas, como la inmunoadsorción enzimática (ELISA), pueden confirmar la presencia de anticuerpos IgM e IgG contra el virus Chikungunya. Las mayores concentraciones de IgM se registran entre 3 y 5 semanas después de la aparición de la enfermedad, y persisten unos dos meses.

Las muestras recogidas durante la primera semana tras la aparición de los síntomas deben analizarse con métodos serológicos y virológicos (RT-PCR). El virus puede aislarse en la sangre en los primeros días de la infección. Existen diversos métodos de reacción en cadena de la polimerasa con retrotranscriptasa (RT-PCR), pero su sensibilidad es variable. Algunos son idóneos para el diagnóstico clínico.

Los productos de RT-PCR de las muestras clínicas también pueden utilizarse en la genotipificación del virus, permitiendo comparar muestras de virus de diferentes procedencias geográficas.

Tratamiento

No existe ningún antiviral específico para tratar la fiebre chikungunya. El tratamiento consiste principalmente en aliviar los síntomas, entre ellos el dolor articular, con antipiréticos, analgésicos óptimos y líquidos. No hay comercializada ninguna vacuna contra el virus chikungunya.

Prevención y control

La proximidad de las viviendas a los lugares de cría de los mosquitos vectores es un importante factor de riesgo tanto para la fiebre chikungunya como para otras enfermedades transmitidas por las especies en cuestión. La prevención y el control se basan en gran medida en la reducción del número de depósitos de agua naturales y artificiales que puedan servir de criadero de los mosquitos.

Para ello es necesario movilizar a las comunidades afectadas. Durante los brotes se pueden aplicar insecticidas, sea por fumigación, para matar los mosquitos en vuelo, o bien sobre las superficies de los depósitos o alrededor de éstos, donde se posan los mosquitos; también se pueden utilizar insecticidas para tratar el agua de los depósitos a fin de matar las larvas inmaduras.

Como protección durante los brotes se recomiendan llevar ropa que reduzca al mínimo la exposición de la piel a los vectores. También pueden aplicarse repelentes a la piel y la ropa, respetando estrictamente las instrucciones de uso del producto. Los repelentes deben contener DEET (N, N-dietil-3-metilbenzamida), IR3535 (etiléster de ácido 3-[N-acetil-N-butil]-aminopropiónico) o icaridina (2-(2-hidroxi-etil)-1-metilpropiléster de ácido 1-piperidinocarboxilico).

Para quienes duerman durante el día, sobre todo los niños pequeños, los enfermos y los ancianos, los mosquiteros tratados con insecticidas proporcionan una buena protección. Las espirales insectifugas y los vaporizadores de insecticidas también pueden reducir las picaduras en ambientes interiores.

Las personas que viajen a zonas de riesgo deben adoptar precauciones básicas, como el uso de repelentes, pantalones largos y camisas de manga larga, o la instalación de mosquiteros en las ventanas.

Brotes

La enfermedad se da en África, Asia y el Subcontinente Indio. En África las infecciones humanas han sido relativamente escasas durante varios años, pero en 1999-2000 hubo un gran brote en la República Democrática del Congo, y en 2007 hubo un brote en Gabón.

En febrero de 2005 comenzó un importante brote en las islas del Océano Índico, con el cual se relacionaron numerosos casos importados en Europa, sobre todo en 2006 cuando la epidemia estaba en su apogeo en el Océano Índico. En 2006 y 2007 hubo un gran brote en India, por el que también se vieron afectados otros países de Asia Sudoriental.

Desde 2005, India, Indonesia, Maldivas, Myanmar y Tailandia han notificado más de 1,9 millones de casos. En 2007 se notificó por vez primera la transmisión de la enfermedad en Europa, en un brote localizado en el nordeste de Italia en el que se registraron 197 casos, confirmándose así que los brotes transmitidos por *Ae. albopictus* son posibles en Europa.

En diciembre de 2013 Francia notificó dos casos autóctonos confirmados mediante pruebas de laboratorio en la parte francesa de la isla caribeña de Saint-Martin. Desde entonces se ha confirmado la transmisión local en la parte holandesa de la isla (Sint Maarten), Anguilla, Dominica, Guyane, Guadeloupe, British Virgin Islands, Martinique y Saint-Barthélemy. Aruba solo ha notificado casos importados.

Este es el primer brote documentado de fiebre chikungunya con transmisión autóctona en las Américas.

A fecha de 6 de marzo de 2014 ha habido más de 8.000 casos sospechosos en la región.

Los vectores

Tanto *Ae. aegypti* como *Ae. albopictus* se han visto implicados en grandes brotes de fiebre chikungunya. Mientras que *Ae. aegypti* está confinado a las zonas tropicales y subtropicales, *Ae. albopictus* también está presente en regiones templadas, e incluso templadas-frías. En los últimos decenios, *Ae. albopictus* ha salido de Asia y se ha establecido en algunas zonas de África, Europa y las Américas.

En comparación con *Ae. aegypti*, la especie *Ae. albopictus* prospera en una variedad más amplia de acumulaciones de agua que le sirven de criaderos, tales como cáscaras de coco, vainas de cacao, tocones de bambú, huecos de árboles, charcos en rocas, además de depósitos artificiales tales como neumáticos de vehículos o platos bajo macetas.

Esta diversidad de hábitats explica la abundancia de *Ae. albopictus* en zonas rurales y periurbanas y en parques urbanos sombreados. *Ae. aegypti* está más estrechamente asociado a las viviendas y tiene criaderos en espacios interiores, por ejemplo en floreros, recipientes de agua y tanques de agua en baños, además de los mismos hábitats exteriores artificiales que *Ae. albopictus*.

En África se han encontrado varios otros mosquitos vectores de la enfermedad, entre ellos especies del grupo *Ae. fuscifer-taylori* y *Ae. luteocephalus*. Hay indicios de que algunos animales diferentes de los primates (roedores, aves y pequeños mamíferos) también pueden actuar como reservorios.

Respuesta de la OMS

Para luchar contra la fiebre chikungunya, la OMS:

- formula planes basados en evidencias para gestionar los brotes;
- proporciona apoyo y orientación técnica a los países para que gestionen eficazmente los casos y los brotes;
- presta apoyo a los países para que mejoren sus sistemas de notificación;
- junto con algunos de sus centros colaboradores, proporciona formación a nivel regional sobre el tratamiento, el diagnóstico y el control de los vectores;
- publica directrices y manuales para los Estados Miembros sobre el tratamiento y el control de los vectores.

Los casos de sida y hepatitis por reutilizar jeringas caen 90% en una década

9 de junio de 2014 – Fuente: *Public Library of Science One*

El uso de jeringas limpias en los sistemas sanitarios de los países pobres ha demostrado plenamente su eficacia (hasta un 90%) para frenar la propagación por esta vía del VIH (el virus que causa el sida) y los virus que ocasionan las hepatitis B y C. La teoría era clara, pero un estudio de un grupo de investigadores canadienses dirigidos por Jacques Pépin, de la Universidad de Sherbrooke (Quebec), muestra la eficacia de estas medidas.

Los investigadores se han centrado en esas tres enfermedades por dos motivos: el elevado número de casos y que comparten las vías de transmisión: la sangre y otros fluidos corporales. Esto quiere decir que pueden transmitirse al reutilizar jeringas o mediante relaciones sexuales.

En el estudio, se han tomado una serie de países pobres o intermedios de las regiones africana, latinoamericana, de Europa del Este, Asia Central y Sureste Asiático de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Y las conclusiones son claras: respecto al VIH, se ha pasado de unas 500.000 transmisiones por inyecciones no seguras a unas 25.000 de media entre 2000 y 2010 (un descenso de 95%); respecto a la hepatitis C han bajado de un promedio de 1,4 millones a 235.000 (83%) y en hepatitis B han pasado de 19,7 a 1,7 millones (91%).

Los datos muestran lo que se puede conseguir con una medida que no cuesta demasiado, y que, a grandes rasgos, ha consistido en que en lugar de reutilizar de promedio cada jeringa más de cuatro veces en los centros de salud y hospitales, se ha pasado a una tasa de menos de 2,5 veces. Este dato indica lo que todavía queda por hacer,



ya que lo ideal, según la OMS, es que cada jeringa se use solo en una persona. El problema surge cuando se plantea la disyuntiva de no tratar a alguien de algo que pudiera ser más grave o más urgente porque no hay material limpio.

El estudio también ha servido para demostrar en qué regiones se ha avanzado más en la implantación de procedimientos seguros. Por ejemplo, en 2000, India representaba casi 50% de los casos de transmisión de VIH por el uso de agujas contaminadas. Una década después, la mitad de estos casos se concentraban en África.

También sirve para poner de manifiesto las diferentes formas de expansión de estas infecciones. Salvo negligencias, en España no hay casi transmisión de estas enfermedades por estas vías. Por ejemplo, en la infección mejor estudiada, el VIH, la transmisión por compartir jeringas se centraba en usuarios de drogas inyectadas. Entre 2007 y 2013, el Plan Nacional sobre Sida atribuye a transfusiones y uso de hemoderivados contaminados 15 casos de los 16.599 de VIH, todos adquiridos hace años (0,09%). En los países del estudio la proporción aún es del 0,8%, según los datos que se extraen de comparar la cifra que dan los investigadores con la de incidencia del VIH que da el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA).⁵

EL PAÍS Expertos en salud pública piden extremar el control del cigarrillo electrónico

17 de junio de 2014 – Fuente: El País (España)

Los riesgos para la salud del cigarrillo electrónico y su falta de regulación (impuestos, zonas de uso, efectos en el organismo, límites a la publicidad) comparado con el tabaco convencional preocupan a los especialistas en salud pública. Más de un centenar de ellos, entre los que se encuentran referentes mundiales de esta especialidad, han remitido una carta a la presidenta de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Margaret Chan Fung Fu-chun, en la que piden que se refuerce el control sobre este producto, cuyo consumo crece de forma exponencial. Además, advierten de que esta actividad puede estar siendo utilizada por la industria tabacalera como una estrategia para diversificar su negocio: "Al desplazarse hacia el mercado del cigarrillo electrónico, la industria está intentando preservar sus prácticas depredadoras e incrementar sus beneficios".



Los autores del escrito ponen como ejemplo a seguir a los países que han adoptado las medidas más restrictivas. Como Australia, que prohíbe la importación y venta de cartuchos que contengan nicotina. O Brasil y Turquía, que vetaron la importación, venta y publicidad relacionada con estos dispositivos hasta que los fabricantes ofrezcan información sobre la seguridad de estos productos.

A finales de febrero, Bruselas dio el primer paso para sacar del limbo legal al cigarrillo electrónico y aprobó una directiva que exige, entre otros aspectos, que se informe en el etiquetado de todos sus componentes y posible peligrosidad. En España, el Ministerio de Sanidad está trabajando en su transposición. Al margen de ello, la Ley para la Defensa de los Consumidores prohibió desde marzo el uso de estos productos en centros educativos y sanitarios, zonas infantiles, espacios de las administraciones públicas o en el transporte público.

El escrito dirigido a la presidenta de la OMS, con fecha 17 de junio, es una respuesta a una carta anterior, también remitida a Chang por 53 "especialistas en nicotina y en políticas de salud pública", tal y como se definen, que defienden que el vapeo –como se conoce el acto de fumar estos cigarrillos– puede servir como un sustitutivo menos perjudicial que el tabaco e incluso ser útil para dejar de fumar. "No queremos que por elaborar una regulación para prevenir un riesgo mínimo –los peligros asociados al vapeo– se pierda el potencial de uso de estos dispositivos", relata Guillermo González, uno de los firmantes. González es psiquiatra de la clínica San Miguel de Madrid y miembro de la Asociación Española de Usuarios de Vaporizadores Personales (ANESVAP). "No tenemos detrás a la industria tabaquera", señala.

Frente a estas tesis se han alzado 139 figuras del ámbito de la salud pública como Peter Allebeck, del Karolinska Institutet (Suecia), John Ashton, de la Facultad de Salud Pública de Gran Bretaña, o José María Martín-Moreno, catedrático de Salud Pública de la Universidad de Valencia y asesor de la oficina europea de la OMS. También se encuentra entre los firmantes Carlos Artundo, consejero delegado de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

"Lo que sabemos de momento sobre el efecto directo en la salud de los cigarrillos electrónicos no nos tranquiliza nada", comenta Artundo. La carta insiste en esta idea al plantear que la falta de conocimiento detallado de efectos adversos en la salud de estos dispositivos no implica que no existan. Su aparición en el mercado es tan reciente que "aún no ha pasado suficiente tiempo como para determinar qué efectos tienen y su magnitud en la población", recoge el escrito. Por contra, señala, sí está demostrado que son dispositivos que liberan sustancias tóxicas que perjudican a la salud. Por ejemplo, propilenglicol, nitrosaminas específicas del tabaco, nicotina, compuestos volátiles orgánicos, así como benceno, níquel o plomo.

La carta también refleja la "insuficiente evidencia" que existe de que estos dispositivos sean eficaces como un método para abandonar el hábito del tabaco. Y recuerda que estrategias anteriores planteadas por la industria como métodos de reducción de daños, como por ejemplo fueron los cigarrillos con filtro o bajos en nicotina, no redujeron los efectos perjudiciales para la salud en los consumidores, a pesar de trasladar una sensación de mayor protección.⁶

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

⁶ Puede consultarse el texto completo de la carta, en inglés, y el listado de los firmantes, haciendo clic [aquí](#).



Del 27 al 29 de Agosto
Palais Rouge
Salguero 1443

Sida y Hepatitis 2014

12º Simposio internacional de Sida
2º Simposio internacional de Hepatitis

INVITADOS EXTRANJEROS:

- > **Roger Bedimo** (Estados Unidos)
- > **Mark Nelson** (Gran Bretaña)
- > **Maribel Rodríguez Torres** (Puerto Rico)
- > **Luis Juárez** (México)
- > **Massimo Puoti** (Italia)
- > **Badara Samb** (ONUSIDA)
- > **José María Miró** (España)
- > **Francois Raffi** (Francia)
- > **Ben Young** (Estados Unidos)

TEMARIO PRELIMINAR:

- > Coinfecciones: Uno más uno daña por tres.
- > Cura funcional y erradicación: ¿Dónde estamos?
- > Curso Share: Medicina Interna para infectólogos.
- > El estado actual de la epidemia.
- > Guías de TARV: Hacia donde marchan las recomendaciones.
- > HCV: Nuevas drogas.
- > HCV: ¿Por qué no tratamos más pacientes?
- > HCV: ¿Tratar ahora o esperar?
- > HIV, esa infección del adulto mayor.
- > Infección aguda: Tratamiento sí o no, por cuánto tiempo y con qué.
- > La nueva generación de médicos tratantes.
- > Las 10 mejores publicaciones en HCV 2012-2014.
- > Las 10 mejores publicaciones en HIV 2012-2014.
- > Las 10 mejores publicaciones en Infecciones oportunistas 2012-2014.
- > Nuevas drogas ARV en 2014
- > Nuevas estrategias de TARV: ¿Siempre se requieren 3 drogas?
- > Sesión interactiva de casos clínicos de HIV y Hepatitis.
- > Tratamiento como prevención: ¿Utopía o realidad?

Se otorgará un número limitado de becas de registración, traslado y alojamiento.
El período de solicitud de becas expira el 31 de julio.

La inscripción tiene un arancel de \$500 y de \$250 para profesionales
con menos de cinco años de recibidos.

MÁS INFORMACIÓN: simposio2014.huesped.org.ar
simposio@huesped.org.ar



“ La salud de tu mascota es la salud de tu familia ”

CAMPANA AVALADA
RECORRE SALUD POR
POR EL COLEGIO DE VETERINARIOS DE ZARAGOZA

La Leishmaniosis y la Filariasis canina son enfermedades emergentes transmisibles al hombre. El Colegio de Veterinarios de Zaragoza recomienda el diagnóstico preventivo de ambas enfermedades.

The advertisement features a dark blue background with two realistic illustrations of mosquitoes. The text is in white and light blue, with a circular seal on the left and a white rounded rectangle on the right containing the main message.

Colegio de Veterinarios de Zaragoza (2013. Zaragoza, España).

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.