



# Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente  
Córdoba - Argentina

[www.reporteepidemiologico.com](http://www.reporteepidemiologico.com)



**Número 1.457**

15 de octubre 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 Fariás

#### 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 hepatitis A
- Chaco, Tres Estacas: Confirmaron un caso de hantavirus

### América

- La OPS/OMS enfatiza la necesidad de preparar al personal de salud en la identificación y manejo de casos de enfermedad por el virus del Ébola
- Brasil, São Paulo: Confirman tres muertes por fiebre manchada brasileña
- Brasil, Minas Gerais: Primer caso autóctono de fiebre chikungunya en el Estado
- Colombia, Cali: La epidemiología para combatir asesinatos
- Costa Rica: El dengue y la fiebre chikungunya están bajo control

- Estados Unidos, Michigan: Muere una niña de 21 meses a causa del Enterovirus D68

- México, Zacatecas: Detectan un brote de hepatitis A

- Guatemala: Confirman miles de casos de fiebre chikungunya

### El mundo

- África Occidental: La OMS calcula que en diciembre el número de casos de enfermedad por el virus del Ébola alcanzará los 10.000 por semana

- España: La vacunación contra la influenza cae 14 puntos en ocho años

- Myanmar, Yangon: Afirman que está bajo control un brote de cólera en South Okkalapa

- Pakistán, Baluchistán: Lanzaron una campaña de vacunación contra la poliomielitis que pretende llegar a 850.000 niños

### Adhieren:



[www.circulomedicocba.org/](http://www.circulomedicocba.org/)



[www.apinfectologia.org/](http://www.apinfectologia.org/)



[www.slamviweb.org/](http://www.slamviweb.org/)



[www.consejomedico.org.ar/](http://www.consejomedico.org.ar/)



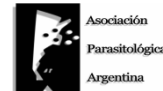
[www.sadip.net/](http://www.sadip.net/)



[www.said.org.ar/](http://www.said.org.ar/)



[www.sap.org.ar/](http://www.sap.org.ar/)



[www.apargentina.org.ar/](http://www.apargentina.org.ar/)

## Argentina



### Vigilancia de hepatitis A

6 de octubre 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 34. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.<sup>1</sup>

Provincia/Región	2013		2014	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	7	5	2	2
Buenos Aires	21	10	13	8
Córdoba	6	1	12	5
Entre Ríos	—	—	2	1
Santa Fe	16	3	4	1
<b>Centro</b>	<b>50</b>	<b>19</b>	<b>33</b>	<b>17</b>
Mendoza	20	1	12	2
San Juan	6	1	1	1
San Luis	—	—	1	—
<b>Cuyo</b>	<b>26</b>	<b>2</b>	<b>14</b>	<b>3</b>
Corrientes	1	—	—	—
Chaco	2	2	1	1
Formosa	—	—	—	—
Misiones	5	3	—	—
<b>NEA</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
Catamarca	—	—	—	—
Jujuy	6	1	6	—
La Rioja	1	1	1	—
Salta	5	4	38	24
Santiago del Estero	1	—	3	1
Tucumán	5	4	3	—
<b>NOA</b>	<b>18</b>	<b>10</b>	<b>51</b>	<b>25</b>
Chubut	14	2	5	2
La Pampa	1	—	—	—
Neuquén	—	—	2	—
Río Negro	3	2	7	5
Santa Cruz	1	—	1	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—
<b>Sur</b>	<b>19</b>	<b>4</b>	<b>15</b>	<b>7</b>
<b>Total Argentina</b>	<b>121</b>	<b>40</b>	<b>114</b>	<b>53</b>



### Chaco, Tres Estacas: Confirmaron un caso de hantavirosis

9 de octubre de 2014 – Fuente: Norte (Argentina)

La Dra. María Oliva, directora del Hospital de Charata, confirmó que los resultados a las pruebas realizadas a un habitante de la localidad de Tres Estacas, dio positivo para hantavirus. Se trata de un hombre que estuvo internado en Resistencia, donde los médicos del Sanatorio Frangioli dieron el alerta. Apenas unos días atrás, su mujer, con un cuadro similar había fallecido en Charata.

"Le pido a la comunidad que tome todas las precauciones, principalmente con la limpieza, el control de roedores, la higiene de sus domicilios, lavar todo con unas gotas de lavandina en el agua", expresó Oliva.

"El caso sospechoso se venía trabajando en forma responsable, desde hace dos semanas. Se hizo el control de los roedores y a la población, además se está tomando serología a la familia, para saber si pudo contagiarse también. Lo que nos da tranquilidad es que no hubo casos sospechosos, desde entonces. Por ahora es el único", detalló.

<sup>1</sup> Los casos notificados incluyen casos sospechosos, probables, confirmados y descartados.

Respecto a la paciente fallecida, Oliva dijo que no se trata de una paciente hospitalaria o de salud pública. Cabe recordar que la mujer falleció días antes de que su marido ingrese a la clínica con similares síntomas.

Semanas atrás, Jaime Parra Moreno, ministro de Salud, y Betina Irigoyen, directora de Epidemiología (quien tomó las muestras del paciente personalmente tras ser alertada por los médicos del Sanatorio Frangioli), estuvieron presentes en Charata y Tres Estacas, reuniéndose incluso con el paciente, ya recuperado.

Irigoyen dijo en esa oportunidad que en la provincia no había casos autóctonos, citando dos que se dieron en 2009 en Tres Isletas, pero aún no han emitido detalles respecto a este caso confirmado en el sudoeste chaqueño.

## América



### La OPS/OMS enfatiza la necesidad de preparar al personal de salud en la identificación y manejo de casos de enfermedad por el virus del Ébola

13 de octubre de 2014 – Fuente: Organización Panamericana de la Salud

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) enfatiza que se debe brindar la debida capacitación en el uso de equipos de protección personal para tratar pacientes con enfermedad por el virus del Ébola (EVE), como así también se debe preparar a los profesionales de la salud para identificar de manera temprana casos sospechosos. También recuerda a todos los países miembros que mantengan la vigilancia y preparen sus procedimientos para implementar ante la potencial introducción de la EVE.

Por su contacto estrecho con los pacientes con EVE, los trabajadores de la salud tienen mayores riesgos de infectarse si no toman las precauciones adecuadas. En África es uno de los grupos más afectados con 416 casos y 233 muertes. El virus no se transmite a través del aire, sino por contacto directo con fluidos de una persona infectada con el virus del Ébola.

La OPS/OMS continúa trabajando con los Estados Miembros de las Américas en su preparación para la eventual introducción del virus del Ébola. La Organización emitió una actualización epidemiológica el 10 de octubre<sup>2</sup>, en la que recordó a los Estados Miembros la necesidad de contar con mecanismos de detección sensibles para la detección temprana de casos. La OPS/OMS destacó la necesidad de tomar en cuenta las manifestaciones clínicas de la enfermedad (aunque éstas sean iniciales, como una fiebre leve), la historia de viaje y/o la historia de exposición reportada por el paciente u obtenida en la investigación epidemiológica.

En particular, se hizo énfasis en que no sólo el personal de aeropuertos y puntos de entrada debe estar alerta, sino muy especialmente el personal de los servicios de atención de salud debe estar informado y capacitado para indagar sobre la historia de viaje del paciente, y conectar esa información con los síntomas. De esta manera, ante la menor sospecha de que el paciente pueda estar infectado, lo podrán notificar rápidamente a las autoridades e implementar los protocolos correspondientes.

La OPS/OMS reiteró la necesidad de redoblar esfuerzos para la implementación adecuada de las medidas de prevención y control de infecciones en los servicios de salud, lo que incluye la capacitación del personal de salud en el uso de equipos de protección personal ante casos sospechosos o confirmados de EVE. Para apoyar este punto, la OPS/OMS ha distribuido entre los países un documento denominado 'Orientación provisional para la prevención y el control de infecciones en la atención de pacientes con fiebre hemorrágica por filovirus presunta o confirmada en entornos de atención de salud, con énfasis en el virus del Ébola; 2014'.<sup>3</sup>

La OPS/OMS también recuerda a sus países miembros que, al detectarse un caso, entre las medidas para implementar una respuesta eficaz para prevenir el establecimiento de transmisión local, figuran:

- Medidas rigurosas de control de infecciones.
- Aislamiento de los casos.
- Búsqueda de contactos.
- Acceso y uso correcto de los equipos de protección personal por los trabajadores de salud.
- Educación de la comunidad con información clara y transparente, actualizada.
- Comunicación del riesgo.
- Aplicación coordinada de medidas de salud pública de una manera proporcional a los riesgos.

La OPS/OMS de forma proactiva ha estado trabajando con los países de las Américas en apoyar y orientar sus esfuerzos de preparación para responder a la posible introducción de la EVE y para prevenir el establecimiento de la transmisión local. Se ha desarrollado y diseminado un documento que define el enfoque estratégico para la preparación y la respuesta: 'Enfermedad por el virus del Ébola, preparación y respuesta para la introducción en las Américas'.<sup>4</sup>

También ha creado un grupo especial de trabajo que asesora y respalda en la implementación de las recomendaciones al Comité Internacional de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional y coordina la respuesta a la posible introducción de la EVE en las Américas.

<sup>2</sup> Puede consultar la 'Actualización epidemiológica sobre la enfermedad por el virus del Ébola (EVE)' haciendo clic [aquí](#).

<sup>3</sup> Puede consultar la 'Orientación provisional para la prevención y el control de infecciones en la atención de pacientes con fiebre hemorrágica por filovirus presunta o confirmada en entornos de atención de salud, con énfasis en el virus del Ébola; 2014' haciendo clic [aquí](#).

<sup>4</sup> Puede consultar el documento 'Enfermedad por el virus del Ébola, preparación y respuesta para la introducción en las Américas' haciendo clic [aquí](#).



## Brasil, São Paulo: Confirman tres muertes por fiebre manchada brasileña

6 de octubre de 2014 – Fuente: G1 (Brasil)

En Campinas (São Paulo), se confirmó el 6 de octubre la muerte de tres residentes de la ciudad a causa de la fiebre manchada brasileña, una enfermedad infecciosa transmitida por la garrapata estrella (*Amblyomma cajennense*), entre agosto y septiembre de este año. Según la Secretaría Municipal de Salud, las víctimas son hombres, y hasta ahora, no hay ninguna investigación sobre otras muertes que puedan tener la misma causa. Este número es igual al total de muertes de los años 2013 y 2012.

El primer caso registrado desde enero es el de un niño de 12 años, que murió el 22 de agosto en la región Sur. Según la Prefectura, contrajo la enfermedad en Campinas y recibió tratamiento en un hospital público.

El segundo caso se produjo en la misma región y la víctima fue un hombre de 68 años, que murió el 23 de agosto. Fue tratado en un centro médico privado en Campinas, sin embargo, el sitio probable de infección se encuentra en Valinhos (São Paulo).

Respecto del tercer caso, la Secretaría informó que se trata de un hombre de 54 años de edad, residente en la región Norte. El sitio probable de infección es Campinas, sin embargo, la víctima murió en un hospital público en un pueblo cercano, según el departamento. La muerte ocurrió el 18 de septiembre.

### Prevención

Según la Prefectura, el Departamento de Vigilancia de la Salud, después de los informes, llevó adelante una intervención epidemiológica y realizó acciones de educación y movilización social en las áreas probables de infección. En 2013, la ciudad sumó ocho casos de fiebre manchada brasileña, y seis en 2012.

La fiebre manchada brasileña se transmite a los humanos por la picadura de una garrapata estrella infectada por bacterias *Rickettsia*, cuyo principal anfitrión es el carpincho (*Hydrochoerus hydrochaeris*). Entre los síntomas figuran fiebre elevada, dolor de cuerpo, malestar general y, en algunos casos, manchas rojas en la piel. Pueden aparecer dos a 14 días después del contacto con la garrapata infectada.

Según la Secretaría, la orientación es que la gente evite el contacto con la vegetación en las orillas de lagos, arroyos, ríos, pastos y bosques. "Las personas que han sufrido picaduras de garrapatas o asistido a ambientes con carpinchos y/o garrapatas y desarrollan fiebre u otros signos descritos anteriormente deben informar al médico acerca de la exposición para que se inicie el tratamiento", dice la nota.

Según Rodrigo Angerani, médico especialista en enfermedades infecciosas, la enfermedad no tiene cura. "La enfermedad no tiene cura y la gran clave para reducir la letalidad es el diagnóstico precoz, es decir, las personas concurren precozmente después de la exposición y los médicos piensan y tratan precozmente la enfermedad", dice el experto.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> La fiebre manchada brasileña –o fiebre de las Montañas Rocosas, como se la conoce en Estados Unidos– es una infección producida por *Rickettsia rickettsii*, un cocobacilo polimorfo perteneciente a la familia *Rickettsiaceae*, débilmente Gram negativo, intracelular obligado, que fue descubierto en 1908 por Howard Ricketts. A pesar de que ha pasado más de un siglo desde que fue descrita, continúa siendo una de las zoonosis más importantes en todo el mundo. Aunque los casos se presentan de manera focal y esporádica, en los últimos años se ha notado un incremento de su incidencia en Estados Unidos y parece estar resurgiendo en varios países de Sudamérica. La enfermedad se ha reportado en Estados Unidos, Canadá, México, Costa Rica, Panamá, Colombia, Brasil y Argentina.

Las garrapatas son el principal reservorio natural de *R. rickettsii*. Dependiendo del área geográfica, se conocen varias especies de garrapatas que sirven como vectores del microorganismo. La garrapata de bosque de las Montañas Rocosas (*Dermacentor andersoni*) y la garrapata estadounidense del perro (*Dermacentor variabilis*), son los principales vectores de la infección en Estados Unidos, y la garrapata estrella (*Amblyomma cajennense*) es el vector más importante en Centroamérica y Sudamérica. La garrapata dorada del perro (*Amblyomma aureolatum*) y la garrapata café del perro (*Rhipicephalus sanguineus*) también son vectores reconocidos en Sudamérica.

El ciclo de vida de estas garrapatas consiste en tres etapas: las larvas que salen de los huevos, las ninfas que se desarrollan a partir de las larvas y los adultos. Cada una de estas formas permanece unida al huésped, alimentándose de su sangre por unos pocos días. *R. rickettsii* puede estar en cualquiera de las tres etapas del ciclo de vida de las garrapatas, incluso en los huevos. El microorganismo puede ser transmitido de las formas inmaduras a las adultas (transmisión transestadial) y de una garrapata a su descendencia (transmisión transovárica) y, además, puede ocurrir transmisión horizontal por medio de un mamífero infectado que desarrolle una rickettsiemia de suficiente magnitud como para infectar otras garrapatas comensales. Estos mecanismos le permiten a la bacteria sobrevivir en la naturaleza por períodos prolongados y le confieren mayor longevidad y resistencia al ambiente, pero la infección afecta negativamente a la garrapata huésped. Se ha demostrado que la infección reduce la fertilidad de las garrapatas y esto es una explicación para la baja prevalencia en las garrapatas que transmiten la infección.

Otro fenómeno conocido como 'interferencia de *Rickettsia*' afecta la distribución de *R. rickettsii* en las garrapatas y consiste en que, una vez la garrapata se infecta con una especie de *Rickettsia*, queda relativamente protegida contra otras. Este fenómeno, causado por la competencia entre las bacterias por el microambiente del parásito, previene la adquisición y transmisión de más especies de *Rickettsia*.

Los principales reservorios naturales de las garrapatas vectores de *R. rickettsii* son mamíferos pequeños y algunos tipos de ganado que son infestados por todos los estadios parasitarios, por lo general, cientos de larvas, decenas de ninfas o unos pocos adultos. Los animales domésticos, especialmente los perros, juegan un papel en la epidemiología de la fiebre manchada brasileña, al llevar las garrapatas infectadas al entorno humano. A diferencia de otros mamíferos, los perros también pueden adquirir la enfermedad, pero este evento casi no se reconoce debido a que la mayoría se recuperan espontáneamente.

Los seres humanos sólo son huéspedes accidentales y también pueden ser picados por todas las formas del parásito. Afortunadamente, muy pocas poblaciones de garrapatas se infectan por *R. rickettsii* y aun en áreas endémicas de esta enfermedad, las tasas de infección entre las poblaciones de *A. cajennense* suelen estar en alrededor de 1%. Es importante aclarar que muchas especies de garrapatas que a menudo pican humanos, incluidas la altamente prevalente garrapata de patas negras (*Ixodes scapularis*) y la garrapata solitaria (*Amblyomma americanum*), no transmiten a *R. rickettsii*.





## Brasil, Minas Gerais: Primer caso autóctono de fiebre chikungunya en el Estado

14 de octubre de 2014 – Fuente: G1 (Brasil)

El Departamento de Salud de Minas Gerais confirmó el primer caso autóctono de fiebre chikungunya en ese Estado. Se trata de una mujer de 48 años de edad, residente en la ciudad de Matozinhos, en la Región Metropolitana de Belo Horizonte.

La mujer comenzó a sentir los síntomas el pasado 27 de agosto y el caso fue confirmado un mes después. Un equipo del Departamento de Salud visitó la vivienda de la paciente el 10 de octubre, quien estaba aquejada de dolores en las articulaciones.

Ella manifestó que no había viajado a regiones endémicas por lo que consideran que contrajo la enfermedad en la misma ciudad de Matozinhos.

El coordinador del Programa Estatal de Control de Dengue, Geane Andrade, expresó que se tomaron las medidas para contener la propagación del virus en la ciudad.

Para la dependencia sanitaria existe la posibilidad de que el virus alcanzó esa ciudad durante un evento que contó con la participación de personas de varios estados, incluyendo Bahía, donde hay casos confirmados. El departamento aún está investigando cinco casos sospechosos en las ciudades de Montes Claros, Conde, Belo Horizonte, Viçosa y el Coronel Fabriciano.

Geane dice que el estado está en alerta máxima debido al alto riesgo de trasmisión de la enfermedad, teniendo en cuenta que el mosquito *Aedes aegypti* se encuentra ampliamente distribuido en la zona.

El Ministerio de Salud de Brasil ya confirmó 173 casos de la enfermedad en todo el país. Tres de ellos serían autóctonos.



## Colombia, Cali: La epidemiología para combatir asesinatos

14 de octubre de 2014 – Fuente: British Broadcasting Corporation (Gran Bretaña)

Una de las ciudades más violentas de Colombia está usando la ciencia exitosamente para reducir el número de asesinatos. Pero no el tipo de ciencia que se ve en series de televisión como *CSI Las Vegas* o *CSI Miami*.

El alcalde de Cali, Rodrigo Guerrero, se especializó en epidemiología en la Universidad de Harvard. Esa rama de la medicina se enfoca en el estudio de los factores detrás de las distintas enfermedades. Y de ahí vienen las herramientas que le han permitido a la tercera ciudad de Colombia reducir significativamente su tasa de homicidios durante el último año.

“Calculo que este año rondará alrededor de 59 o 58 cada 100.000 habitantes, que igualmente es aterradora”, dice Guerrero, quien ocupó la alcaldía de Cali por primera vez de 1992 a 1994. “Pero venimos de 81 el año pasado”, apunta el alcalde, de regreso en el cargo desde hace menos de dos años.



Cali tiene una de las tasas de homicidio más elevadas de toda Colombia, en buena medida por causa de la presencia de bandas criminales.

### Identificando causas

El trabajo forense y la tecnología de punta que se ve en *CSI (Crime Scene Investigation)* seguramente tienen un papel que jugar en la lucha contra el crimen en la capital del Valle del Cauca.



El alcalde de Cali, Rodrigo Guerrero, tiene un doctorado en epidemiología. Está aplicando sus conocimientos para combatir más efectivamente la violencia.

Pero, según Guerrero, la base de todo es “el método que los epidemiólogos usamos cuando nos enfrentamos a enfermedades de origen desconocido”.

“El secreto es definir el problema: encontrar el qué, quién, cuándo y cómo; ver qué factores se asocian a eso, controlar esos factores –los llamados factores de riesgo– y constantemente evaluar los resultados”, explica el alcalde.

Y aunque parece sentido común, a nadie se le había ocurrido tratar la violencia como una epidemia hasta que Guerrero lo hizo por primera vez en Cali hace más de 20 años.

En ese entonces la tasa de homicidios de la ciudad era de 126 cada 100.000 habitantes. Y todos estaban convencidos que la mayoría de las

muerdes estaban conectadas con los carteles del narcotráfico.

### Ayer: alcohol y armas

El análisis científico de Guerrero, sin embargo, encontró que armas y alcohol eran factores de riesgo igual o más importantes. Y al entrarle de frente a esos problemas la ciudad logró reducir significativamente el número de asesinatos.

"Hay un estudio publicado en *American Journal of Epidemiology* que demuestra que en los periodos que hacíamos restricciones en portación de armas y venta de alcohol los homicidios se reducían en 35%", cuenta Guerrero.

"Y esa experiencia la repitió Bogotá con los mismos resultados", recuerda el alcalde, quien al final de su primer periodo empezaría a trabajar con la Organización Panamericana de Salud (OPS) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para intentar replicar su método "epidemiológico" en otros países latinoamericanos.

A su regreso a la alcaldía de su ciudad natal en enero de 2012, sin embargo, Guerrero se encontraría con que ésta había dejado de aplicar el método "juiciosamente". Y así una de sus primeras tareas sería elaborar un nuevo diagnóstico para la epidemia de violencia de Cali.



Guerrero acaba de recibir el Premio Roux, del Instituto para la Medición y Evaluación de la Salud.

### Hoy: crimen organizado

"Encontramos una cosa que nos llamó mucho la atención: que una proporción muy alta de las muertes era producto del crimen organizado", relata el alcalde.

Y, datos en mano, Guerrero procedió entonces a convencer al gobierno nacional que tenían que empezar a aplicar la estrategia empleada 20 años atrás para desarticular a los carteles del narco.



Redada policial en Cali. Según Guerrero, una buena parte de los asesinatos en Cali están vinculados al crimen organizado.

Según el alcalde caleño, los primeros resultados de ese trabajo —que involucra a brigadas especializadas en las que servicios de inteligencia, policía y el sistema de justicia trabajan coordinadamente— son los que ya se están notando.

Mientras que a nivel personal el trabajo realizado durante los últimos 20 años le acaba de valer un importante premio internacional: el Premio Roux entregado por el Instituto para la Medición y Evaluación de la Salud de la Universidad de Washington "por haber transformado evidencia en impactos".

Guerrero, sin embargo, parece tener como objetivo victorias más importantes. "En el Plan de Desarrollo habíamos prometido dejar la tasa de homicidios de Cali en 60 cada 100.000 habitantes. Ahora me he puesto la

meta de dejarla en 45 o 40", afirma.

"Todavía estamos a un nivel muy alto. Pero estamos muy confiados que las cosas van a seguir mejorando", asegura el alcalde.

## LA NACIÓN **Costa Rica: El dengue y la fiebre chikungunya están bajo control**

12 de octubre de 2014 – Fuente: La Nación (Costa Rica)

La situación del dengue y la fiebre chikungunya está bajo control en Costa Rica, reveló esta semana el Ministerio de Salud.

En lo que va de 2014, no se ha detectado en el territorio la circulación autóctona de fiebre chikungunya, y el número de enfermos de dengue sigue siendo mucho menor que el registrado en 2013.

De acuerdo con los reportes del Ministerio de Salud, hace tres semanas no hay casos de fiebre chikungunya. Los 16 casos acumulados este año corresponden a pacientes que fueron infectados en otro país, principalmente en República Dominicana.



"En las últimas tres semanas no ha habido casos nuevos, pese a que se está haciendo búsqueda activa. No hemos detectado circulación nacional", dijo María Ethel Trejos, directora de Vigilancia de la Salud.

Según Trejos, el país no puede bajar la guardia pues otras naciones vecinas enfrentan brotes, al tiempo que señaló a El Salvador, donde atienden un brote de unos 25.000 casos, y Panamá. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) registra más de 300.000 casos sospechosos de esa enfermedad.

Mientras tanto, el dengue ha enfermado a 8.213 personas este año. Esa cantidad es 79% inferior a la registrada a fines de setiembre de 2013.

Trejos informó que hubo brotes en la zona sur, en cantones como Buenos Aires y Corredores; también en Hojancha, Guanacaste. "Han sido muy focalizados; rápidamente se han intervenido y no han pasado a mayores. No hay fallecidos, y solo tres personas han desarrollado dengue grave", dijo María Ethel Trejos.

"El país tiene un sistema de salud que, bien organizado, puede hacer frente a cualquier agente (virus o bacteria) que se introduzca. Lo importante es que haya una adecuada organización y que la gente tenga esa malicia de pensar que sí puede llegar algo capaz de generar un mayor impacto", había dicho ya Trejos.



13 de octubre de 2014 – Fuente: Reuters

Una niña de 21 meses de edad se convirtió el 10 de octubre en el primer menor en morir a causa del Enterovirus D68 (EV-D68) en el estado de Michigan, y el segundo caso en Estados Unidos, informaron autoridades médicas.

Este virus respiratorio ha infectado a más de 500 personas en 43 estados de Estados Unidos, la mayoría de ellas menores de edad. La pequeña fallecida era atendida en el Hospital Infantil de Michigan, en Detroit.

“Nunca es fácil perder a un niño, y todo nuestro equipo de atención médica en el Hospital Infantil de Michigan está profundamente triste por la pérdida de esta familia y llora con ellos durante este difícil momento”, explicó Rudolph Valentini, director médico de la institución.

El pasado 22 de septiembre, una niña de Rhode Island murió mientras era atendida en un hospital a consecuencia de la infección por el EV-D68, aunque hasta el momento no se ha confirmado que el virus haya sido la causa directa de su muerte.

En total, 691 personas en 46 estados y en el Distrito de Columbia se han visto afectados por el EV-D68, de acuerdo con datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos.

La enfermedad produce síntomas parecidos a los del resfriado común, así como fiebre, pero evoluciona hacia una enfermedad respiratoria grave y puede conducir a dificultades para respirar en lactantes y niños pequeños, lo que en algunos casos puede llevar a la muerte.

El virus es uno de los más de 100 enterovirus no asociados a la poliomielitis que han sido identificados en California desde 1962. Sin embargo, 28 pacientes en 7 estados han experimentado síntomas de parálisis que usualmente no son característicos de la infección.



13 de octubre de 2014 – Fuente: Plano Informativo (México)

El director de Servicios de Salud de Zacatecas, Raúl Estrada Day, informó que en la entidad se han registrado hasta el momento 167 casos de hepatitis, que se han dado principalmente entre escolares de 5 a 14 años. Son ocho los municipios afectados por esta enfermedad.

Indicó que el mayor número de casos se presentó en el municipio de Fresnillo, seguido de Cañitas de Felipe Pescador, Miguel Auza, Jerez, Guadalupe, Zacatecas y Villa Hidalgo, entre otros.<sup>6</sup>

13 de octubre de 2014 – Fuente: Prensa Libre (Guatemala)

Luis Monterroso, ministro de Salud de Guatemala, confirmó el 13 de octubre que en Escuintla habría unos 3.000 casos de fiebre chikungunya, y a partir de ahora el diagnóstico no requerirá confirmación de laboratorio.

Monterroso explicó que son 66 los casos de fiebre chikungunya diagnosticados a través del laboratorio; sin embargo, a partir de ahora, será un diagnóstico sintomático el que determine la infección.

De esa forma, el titular de la cartera de Salud confirmó que en Escuintla son alrededor de 3.000 casos que se están aislando para tratamiento; entre esos hay pacientes que han tenido contacto con otros que sí fueron diagnosticados a través de pruebas de laboratorio.

“Los síntomas y la relación directa que puedan tener con focos de mosquitos con el virus Chikungunya será suficiente para diagnosticar la enfermedad a partir de ahora”, explicó Monterroso.

### Escuintla el más afectado

Laura Figueroa, del Área de Salud, dijo que los casos han sido atendidos en el Hospital Regional y el Centro de Salud de Escuintla, y que se trata de pacientes que presentan los síntomas de la enfermedad.

Figueroa indicó que es importante que las personas que tengan algún síntoma del virus no se automediquen y solo ingieran acetaminofén para controlar la fiebre, pues otras medicinas podrían complicar el cuadro clínico.



<sup>6</sup> Zacatecas es uno de los 31 estados que junto con el Distrito Federal conforman las 32 entidades federativas de México; se ubica en la parte norte del país. La capital es la ciudad de Zacatecas. El estado es conocido por sus grandes depósitos de plata y otros minerales, su arquitectura colonial y su importancia durante la Revolución Mexicana. Tiene una superficie territorial de 75.484 km<sup>2</sup>, en la cual viven poco menos de un millón y medio de personas, ubicándose en la 25ª entidad más poblada de México.

La profesional comentó que es importante limpiar los hogares y evitar la propagación del mosquito.

Rodrigo Flores, director departamental de vectores, confirmó que se presentaron casos de fiebre chikungunya en Siquinalá, Santa Lucía Cotzumalguapa, La Democracia, Masagua, Palín y en la cabecera, por lo que no descartan que todo el departamento esté afectado.

## El mundo



### África Occidental: La OMS calcula que en diciembre el número de casos de enfermedad por el virus del Ébola alcanzará los 10.000 por semana

14 de octubre de 2014 – Fuente: EFE

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que a principios de diciembre el número de casos de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) alcanzará un máximo de entre 5.000 y 10.000 por semana, dijo el 14 de octubre Bruce Aylward, director general adjunto del organismo internacional.

Aylward, coordinador operacional de la lucha contra la letal enfermedad, espera que en la primera semana de diciembre se alcance ese pico y que a partir de ahí el número de infectados comience a decrecer de forma paulatina gracias a las acciones de lucha contra la enfermedad que se están aplicando actualmente.

El experto no quiso anunciar cuántos casos acumulados podría haber en ese momento, dado que esa cifra depende de muchos factores.

Dicho esto, concordó con la asunción generalizada de que la cifra de 20.000 infectados estimada hace unas semanas como factible será superada con creces.

Al 14 de octubre, el número de infectados es de 8.914 personas, "por lo que esta semana superaremos los 9.000 casos", y el número de decesos se sitúa en 4.447, dijo.

Actualmente, hay un promedio semanal de 1.000 contagios, y la tasa de letalidad sigue situándose en 70%.

La idea de los responsables de la OMS es conseguir que la curva de crecimiento comience a descender a partir de principios de diciembre y se cumpla con el objetivo de comenzar a ver un claro descenso de casos a fines de diciembre. Para que esto ocurra, previamente se debe haber logrado el objetivo "70-70-60", establecido por la Misión de las Naciones Unidas para la Respuesta de Emergencia al Ébola (UNMEER).

El objetivo "70-70-60" es lograr que en el plazo de dos meses (sesenta días a contar a partir del 1 de octubre) se consiga que 70% de los infectados estén asilados y que 70% de los entierros se hagan de forma digna pero segura, para atajar así dos de los principales vectores del contagio. "La idea es que en dos meses se hayan podido detectar todas las cadenas de transmisión", explicó el director general.

"Esto obviamente dependerá de cuán rápido pongamos en práctica todos nuestros objetivos, y cuán efectivos sean. Sabemos que estamos pidiendo mucho y que estamos pidiendo mucho al sistema, pero es lo que hay que hacer si el objetivo es detener la enfermedad. Porque si no lo hacemos así, más personas morirán y más difícil será controlar la epidemia", concluyó.

### Gran Bretaña y Estados Unidos construirán centros de tratamiento en África

Gran Bretaña y Estados Unidos construirán centros de tratamiento contra la EVE en Sierra Leona y Liberia, respectivamente, para cuidar a los enfermos internacionales, informó Bruce Aylward, director general adjunto de la OMS.

Aylward, responsable de la respuesta operacional a la EVE, explicó que la decisión de construir dichos centros se adoptó para intentar atraer al mayor número de expertos internacionales posible. "Tenemos un claro problema de reclutar personal internacional, y este problema es un gran desafío", confesó sin tapujos Aylward.

Muchos expertos aún dudan en trasladarse a los países más afectados por las dudas que tienen sobre el tratamiento que recibirían si se contagiasen y, sobre todo, la celeridad con la que tendrían acceso a él si no pueden ser repatriados con prontitud.

"Todavía hay pocas compañías que quieran volar a los países afectados –Liberia, Sierra Leona y Guinea– y a veces pasan días desde que se detecta la infección y la repatriación, lo que perjudica mucho las posibilidades de recuperación".

El centro que construirá Gran Bretaña tendrá entre 12 y 20 camas, y proveerá tratamiento con un estándar británico para tratar a los pacientes internacionales que han viajado para responder a la epidemia. Aylward negó que estos centros se construyan para evitar que el virus se propague en los países industrializados que repatrian personas infectadas.

España y Estados Unidos lidian actualmente con sendos casos de dos trabajadoras sanitarias que se han infectado tras tratar a casos de EVE que enfermaron en África.

Precisamente, cuestionado sobre estos casos y los posibles errores cometidos en los sistemas de vigilancia, Aylward respondió que todos los casos deben ser investigados, pero que la OMS no hará nada al respecto porque deja ese trabajo a las autoridades competentes de cada país.

"Esos países no necesitan de la ayuda de la OMS. Nosotros podemos proporcionarles directrices o asistencia técnica por nada más. Obvio que deberá haber una investigación, pero esta deberá ser interna", precisó.



El experto recordó, no obstante, que esta investigación será difícil, dado que normalmente “los errores no son claros. No es que se hayan pinchado con una aguja...”.

Por ello insistió en la necesidad de que los procesos de vigilancia sean muy estrictos y que siempre haya alguien controlando a la persona que está en contacto con el infectado, “para detectar el error antes de que se produzca, o ser consciente del mismo inmediatamente después de que éste ocurra”, agregó.

### **Un trabajador de la ONU infectado muere en un hospital alemán**

Un médico sudanés de la Organización de Naciones Unidas (ONU) que contrajo la EVE, que fue trasladado en estado grave el 9 de octubre de Liberia a Leipzig, Alemania, para recibir tratamiento, murió en la clínica Saint Georg, informó una fuente médica.

Este hombre de 56 años era uno de los tres casos de EVE que Alemania había aceptado recibir. El 4 de octubre, el primer infectado, un experto senegalés de la OMS, pudo abandonar el hospital de Hamburg tras haber sanado.

Otro enfermo, un médico ugandés que trabajaba para una organización humanitaria italiana, está recibiendo tratamiento en el hospital de Frankfurt am Main.

### **El personal sanitario de Liberia inicia una huelga en plena crisis**

El personal sanitario de Liberia inició una huelga indefinida para exigir mejoras salariales debido al alto riesgo al que se exponen al atender a pacientes con EVE, que ya ha causado más de 2.200 muertos en el país.

Los trabajadores empezaron este paro en la madrugada del 14 de octubre, después que la pasada semana dieran un ultimátum al Ministerio de Sanidad para que les pagara suplementos salariales y readmitiera a dos miembros de la Asociación de Trabajadores Sanitarios, que fueron despedidos en febrero tras hacer un llamamiento a la huelga.

Por su parte, Walter Gwenigale, ministro de Sanidad liberiano, prometió que el personal sanitario recibirá salarios “justos”, pero descartó cualquier posibilidad de reincorporar a los dos funcionarios despedidos.

Aunque los sanitarios insistieron en que no pondrán fin a la huelga hasta que sean readmitidos estos dos compañeros, Gwenigale amenazó con despedir a todos aquellos que se nieguen a regresar a sus puestos de trabajo.

“Los trabajadores de salud que están insistiendo en que los funcionarios sean reincorporados antes de volver a su trabajo, deberían prepararse para quedarse en sus casas para siempre”, amenazó el ministro.

Esta epidemia sin precedentes que asuela África Occidental, donde ya han muerto más de 4.000 personas desde que surgió el brote el pasado marzo, afectó de manera alarmante al personal sanitario que tiene contacto con los enfermos. Según precisó la OMS en uno de sus últimos recuentos, un total de 233 médicos y sanitarios han muerto en los últimos meses en la región: 38 en Guinea, 95 en Liberia, 5 en Nigeria y 95 en Sierra Leona.

A principios de septiembre, los enfermeros del Hospital ‘John Fitzgerald Kennedy’ de Monrovia, uno de los grandes centros de tratamiento y aislamiento para casos de EVE en el país, también iniciaron una huelga para exigir mejores salarios y una mayor protección ante el virus.

Según denunciaron en su día, los auxiliares sanitarios están expuestos a un alto riesgo de contagio, ya que no disponen del equipo necesario para protegerse del virus, que se transmite por contacto directo con la sangre y fluidos corporales de personas o animales infectados.

Pese a que Liberia ha decretado el estado de emergencia y ha puesto en marcha numerosas medidas para combatir el virus, la epidemia todavía sigue propagándose sin control en el país, que acumula el mayor número de muertes en África Occidental.

### **Según Peter Piot, lo que mata es la desigualdad**

El microbiólogo Peter Piot es uno de los investigadores ingleses que descubrieron el virus del Ébola en 1976. Cuarenta y ocho años después de ese descubrimiento, Piot teme estar ante una catástrofe, ya que el brote no ha podido ser contenido en un territorio delimitado. Las razones que da para esto ponen en evidencia las dificultades propias de un continente como África –asolado por males naturales y políticos–, y la hipocresía de Occidente, que sólo actúa cuando el mal toca su puerta.

“La OMS reaccionó tardíamente ante esta crisis, porque los empleados que tiene la oficina regional en África son todos acomodados políticos y no profesionales. Además, la central de Genève ha sufrido enormes recortes presupuestarios, aprobados por los países miembros. Especialmente, el departamento de fiebre hemorrágica y el encargado de manejar emergencias epidemiológicas fueron muy castigados. Sin embargo, desde agosto la organización se ha recompuesto y retomó su rol”, afirmó el científico, que hoy es especialista en VIH asesor de la ONU.

Cuando la pregunta es qué ha fallado esta vez para que no se haya podido contener el brote (como sí ha ocurrido otras veces), la respuesta de Piot es un repaso de la triste realidad de muchos países africanos:

- Muchos de esos países están padeciendo o saliendo de terribles guerras civiles. Por esa causa, muchos médicos se exiliaron y los sistemas de salud colapsaron. En toda Liberia había sólo 51 médicos en 2010, y muchos de ellos murieron por la EVE.
- El brote se produjo en una zona densamente poblada entre Guinea, Sierra Leona y Liberia. Entre los tres países las fronteras son porosas y las poblaciones las cruzan permanentemente. Para peor, la tradición obliga a que los muertos sean enterrados en los lugares en los que nacieron, con lo que el traslado de los cuerpos en autos y camionetas sin ningún tipo de aislamiento es una contribución adicional a la expansión del virus.
- Por primera vez en la historia la epidemia llegó a ciudades grandes como Monrovia y Freetown (capitales de Liberia y Sierra Leona, respectivamente). La mayoría de los pacientes provienen de poblaciones pobres en las

que es imposible rastrear todos sus contactos. Piot se pregunta qué pasaría si la epidemia llegara a Nigeria, un país mucho más grande que los anteriores.

Piot no duda en catalogar lo que está sucediendo como una catástrofe humanitaria a la que hay que atacar por todos los frentes. Para esto se necesita no sólo personal sanitario, sino logística. “Esto puede desestabilizar regiones enteras”, advierte. En su opinión, “los toques de queda pueden ayudar –en tanto no se impongan militarmente–, pero más lo puede hacer la educación: enseñarle a la gente cómo cuidarse y cómo aislarse”.

Cuando se le pregunta si están dadas las condiciones como para que pueda llegar a ser una pandemia, Piot responde: “Seguramente en Estados Unidos o Europa un brote podría ser contenido de manera rápida. Más me preocupa la gente de India que trabaja en actividades comerciales o industriales en África Occidental”, responde el científico. Esas personas pueden llevar el virus a India, atenderse en hospitales públicos –con las falencias que estos tienen en todos los países en desarrollo– y expandir el virus allí.

Entre Liberia y Sierra Leona tienen 924 camas de hospital para estos casos. Necesitan más de 4.000. También se necesitan médicos, enfermeros, auxiliares, higienistas. Sobre todo, hacen falta sepultureros que puedan respetar los rituales religiosos sin exponerse al contagio ni exponer a los demás.

Por último, Piot afirmó que los chequeos en los aeropuertos para identificar la enfermedad son ineficaces y no tienen base científica, y aseguró que estas acciones son principalmente una respuesta política que no librará a los países de esa enfermedad. Además explicó que las infecciones ocasionales son inevitables como consecuencia de la globalización.

El brote de EVE en África y lo que sucede allí y en Occidente es una vez más una cuestión de desigualdad. Los olvidados del planeta nos recuerdan que existen cuando los mata la EVE.

## EL PAÍS **España: La vacunación contra la influenza cae 14 puntos en ocho años**

13 de octubre de 2014 – Fuente: El País (España)

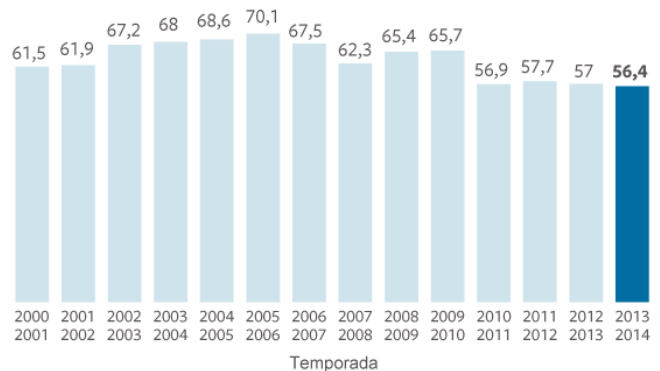
La campaña de vacunación antigripal que acaba de comenzar tiene un importante reto: revertir la tendencia a no inmunizarse que se ha asentado desde hace ocho años. Según los datos de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), el invierno pasado recibió la medicación 56,4% de los mayores de 65 años. En el de 2005-2006 lo hizo 70,1%. Fue la temporada que más cerca se estuvo de llegar al mínimo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que aconseja que lo haga al menos 75% de la población de más edad.

Los mayores forman el grueso de la población de riesgo para los que la vacunación está especialmente indicada. Los otros son enfermos crónicos, trasplantados, personas con problemas respiratorios y también trabajadores de servicios públicos, como sanitarios, bomberos o policías.

La vacuna de este año protege contra las mismas cepas que la del año anterior, pero eso no quiere decir que no corresponda aplicársela. El efecto de la vacuna está comprobado durante menos de un año, y no hay datos de qué pasa más allá (normalmente los virus circulantes cambian de invierno a invierno, y eso obliga a revacunar a la población).

No hay una explicación clara de esta disminución, pero está claro que las suspicacias causadas por la influenza A(H1N1) de 2009 todavía se mantienen. Ese año se vacunó 65,7% de la población mayor de 65 años; al siguiente, tras la polémica por la inmunización, bajó a 56,9%, el mayor descenso interanual de la serie.

Por comunidades también hay grandes diferencias. La tasa de vacunación en La Rioja fue en 2013 de 66,4%; en Baleares 46,7%. Ceuta y Melilla no llegaron a 35%.



Cobertura con vacuna antigripal en población de 65 años o más. España, temporadas 2000/2001 a 2013/2014. Fuente: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.

## **မြန်မာတိုင်း(မ်) Myanmar, Yangon: Afirman que está bajo control un brote de cólera en South Okkalapa**

13 de octubre de 2014 – Fuente: The Myanmar Times (Myanmar)

Funcionarios de salud aseguraron el 6 de octubre que un brote de cólera en el municipio de South Okkalapa, en Yangon, estaba bajo control, después que cientos de pacientes se presentaron en una clínica de emergencia y el Thingangyun Sanpa Hospital en busca de tratamiento.

El brote originalmente fue diagnosticado como gastroenteritis, pero el Dr. Tin Thit Sa, epidemiólogo del Departamento de Salud de la Región de Yangon, dijo que las pruebas a las muestras de agua en el Laboratorio Nacional de Salud habían descubierto bacterias coliformes y *Vibrio cholerae* en el sistema de abastecimiento de agua del municipio. Las autoridades sanitarias ya han abierto una clínica de 24 horas para proporcionar tratamiento y derivar a los hospitales.

Entre el 27 de septiembre y el 8 de octubre de 2014, 380 pacientes solicitaron tratamiento en la clínica, de los cuales 234 dieron positivo para cólera y 41 fueron derivados a un hospital para recibir tratamiento, dijo U Aung Moe Win, administrador del municipio. Dijo que algunos de los pacientes se estaban recuperando, pero que estaban llegando nuevos casos, que se quejan de diarrea, vómitos y dolor abdominal. El Ministerio de Salud está instando a

toda persona con síntomas similares a presentarse al centro de salud del gobierno más cercano tan pronto como sea posible.

Las autoridades municipales anunciaron el cierre de las tiendas de alimentos y bebidas de la zona el 29 de septiembre. Las tiendas que reabrieron fueron obligadas a cerrar en los días posteriores al brote, pero desde entonces se les ha permitido hacerlo, y las autoridades de las oficinas de salud de la administración municipal realizan controles de higiene cada mañana.

El Dr. Nan Win Myint, subdirector del Departamento de Control de Enfermedades del Ministerio de Salud, dijo que se trataba de uno de los más grandes brotes de cólera en Yangon en los últimos años, pero no pudo proporcionar cifras específicas.

La Dra. Aye Aye Moe, oficial de salud del municipio, dijo que el saneamiento deficiente, la superpoblación y la falta de agua potable eran las principales causas del brote. Agregó que las autoridades estaban respondiendo mediante la cloración de agua, proporcionando información sobre seguridad alimentaria y optimizando el saneamiento a través de una mejor gestión de residuos, tales como los sanitarios a prueba de moscas.

El Dr. Ba Shwe, superintendente médico retirado, dijo que el cólera no era infrecuente en Myanmar y, normalmente se presentan casos al inicio o al final de la temporada de lluvias. Dijo que la enfermedad puede propagarse muy rápidamente, ya que las moscas pueden transmitirla de una zona a otra, por lo que era importante que las autoridades respondan con rapidez.

“Los brotes de cólera realmente causan dolores de cabeza a los funcionarios del municipio. El gobierno debe construir sanitarios a prueba de moscas y debe brindar educación para la salud a la población”, dijo. Y agregó que los residentes podrían protegerse a sí mismos siendo muy cuidadosos con su higiene personal, sobre todo lavándose las manos antes de comer y después de ir al baño. Los alimentos y bebidas deben ser cubiertos para evitar que los contaminen las moscas, mientras que el agua debe ser hervida o clorada para garantizar que es segura.<sup>7</sup>

**europa  
press**

**Pakistán, Baluchistán: Lanzaron una campaña de vacunación contra la poliomielitis que pretende llegar a 850.000 niños**

14 de octubre de 2014 – Fuente: Europa Press

Las autoridades de la provincia paquistaní de Baluchistán lanzaron el 13 de octubre una campaña de vacunación contra la poliomielitis que se extenderá durante tres días y que tiene como objetivo inmunizar a un total de 850.000 niños menores de cinco años de edad.

El Departamento de Sanidad de la provincia detalló que la campaña se llevará a cabo en las localidades de Quetta, Pishin, Killa Abdulá, Sherani, Zhob y Lasbela, al tiempo que anunció refuerzos de seguridad para evitar los ataques contra los trabajadores sanitarios.

Baluchistán había permanecido durante 16 meses sin nuevos casos de poliomielitis, si bien hace dos meses se detectaron varios casos en la localidad de Killa Abdulá, ubicada cerca de la frontera con Afganistán.

Ban Jalid al Dhayi, portavoz del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), reconoció a fines de septiembre que “Pakistán presenta uno de los entornos más complejos de la erradicación de la poliomielitis en el mundo”.

Al Dhayi destacó que en las zonas afectadas “existe inaccesibilidad, violencia, malentendidos y mala información” a las que hay que añadir “las intrincadas normas y sistemas tribales y culturales”.

Pakistán es uno de los tres países del mundo, con Nigeria y Afganistán, en los que la poliomielitis es una enfermedad endémica. La poliomielitis es altamente contagiosa y afecta principalmente a los niños menores de cinco años causando parálisis, a menudo permanente. No hay una cura para la enfermedad y la única forma de controlarla es prevenirla con una vacuna.<sup>8</sup>

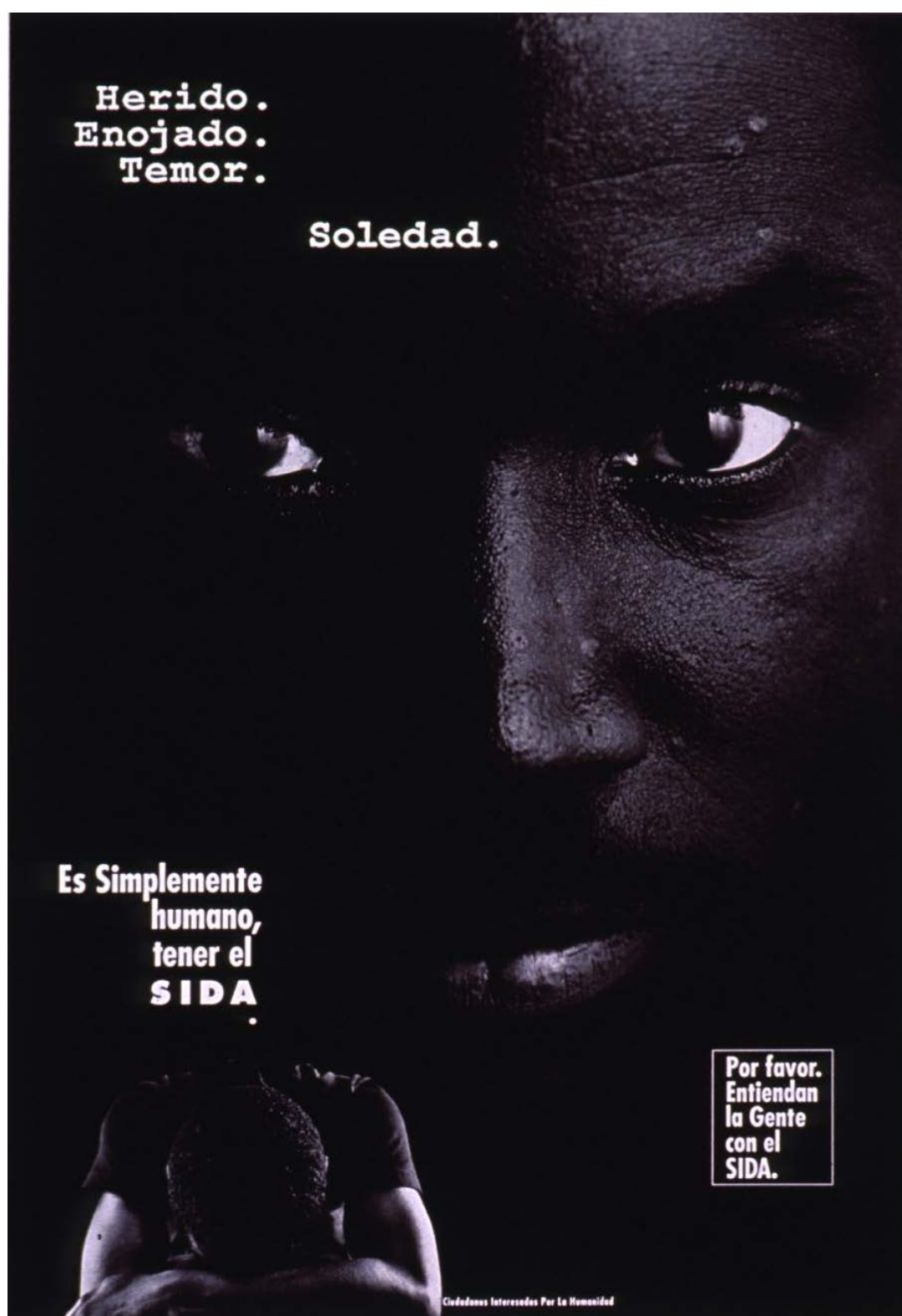
<sup>7</sup> El municipio de South Okkalapa se encuentra en la parte oriental de Yangon. Tiene una superficie de 7,7 km<sup>2</sup> y una población de 193.354 habitantes (2000).

En 2013, El Gobierno de Myanmar reportó a la Organización Mundial de la Salud solo 33 casos de cólera.

<sup>8</sup> La provincia de Baluchistán, en Pakistán, limita con el Baluchistán Iraní al oeste, Afganistán y las Áreas Tribales Administradas Federalmente (Pakistán) al norte y Punjab y Sind al este. Al sur se encuentra el mar Arábigo.

Tiene una superficie de 347.190 km<sup>2</sup>, y 7,9 millones de habitantes (2011). La densidad de población es muy baja debido al terreno montañoso y la escasez de agua. La capital es Quetta, situada en el distrito más densamente poblado del noreste de la provincia. Quetta está situada en un valle cerca de la frontera con Afganistán.





Ciudadanos Interesados por la Humanidad (1997. Hartford, Connecticut, Estados Unidos).

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

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

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