



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina

www.reporteepidemiologico.com



Número 1.480

17 de noviembre 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 ofidismo
- Argentina mantiene al sarampión fuera de su territorio
- Río Negro, San Carlos de Bariloche: La Justicia obliga a los padres de un niño a cumplir con el Calendario Oficial de Vacunación

América

- "Evitar la transmisión local del virus del Ébola es el principal objetivo en América Latina y el Caribe"
- Bolivia: El VIH/sida afecta a 12.460 personas
- Estados Unidos: Las mujeres pueden contagiar el VPH a los hombres por vía oral
- México registra el primer caso autóctono de fiebre chikungunya

El mundo

- África: Confirman la circulación de poliovirus derivados de la vacuna en Sudán del Sur y Madagascar
- África Occidental: Liberia levanta el estado de emergencia por la enfermedad por el virus del Ébola
- Australia: Logran que 62% de la población con VIH tenga carga viral indetectable
- Portugal declara el brote de legionelosis como "emergencia grave"
- Sierra Leona: Cayeron dramáticamente las coberturas de vacunación
- Un análisis genético podría ayudar a detectar fiebres hemorrágicas antes que aparezcan los síntomas
- La OMS establece parámetros para reducir los daños para la salud debidos a la contaminación del aire de interiores

Adhieren:

SLAMVI

Sociedad Latinoamericana
de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/

**CIRCULO
MÉDICO DE
CÓRDOBA**

www.circulomedicocba.org/

**CM
PC** Consejo de Médicos
de la Provincia
de Córdoba

www.consejomedico.org.ar/



Biblioteca de la Facultad
de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Córdoba

www.biblioteca.fcm.unc.edu.ar/

S.A.D.I.

www.said.org.ar/

**Comité Nacional de
Infectología**

Sociedad Argentina de Pediatría
www.sap.org.ar/



www.apinfectologia.org/

**Sociedad Argentina de Infectología
Pediatría**

www.sadip.net/

**Asociación
Parasitológica
Argentina**

www.apargentina.org.ar/

Argentina



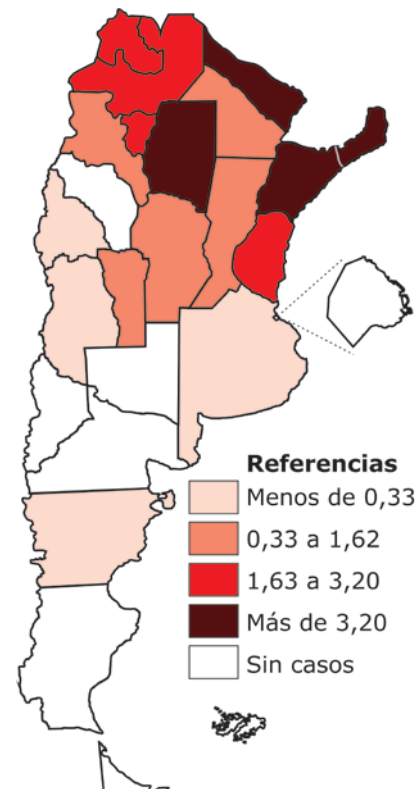
Vigilancia de ofidismo

11 de noviembre de 2014 – Elaboración propia, en base a datos del Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

Tabla 1. Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes, según provincia y región. Argentina. Años 2012/2014, hasta semana epidemiológica 40. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.

Provincia/Región	2012		2013		2014	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	—	—	1	0,03	—	—
Buenos Aires	4	0,03	7	0,04	6	0,04
Córdoba	28	0,85	19	0,57	22	0,66
Entre Ríos	19	1,54	22	1,78	31	2,51
Santa Fe	33	1,03	19	0,59	12	0,38
Centro	84	0,32	68	0,26	71	0,27
Mendoza	1	0,06	3	0,17	4	0,23
San Juan	2	0,29	2	0,29	2	0,29
San Luis	11	2,54	8	1,85	7	1,62
Cuyo	14	0,49	13	0,46	13	0,46
Corrientes	39	3,93	18	1,81	53	5,34
Chaco	39	3,70	26	2,46	10	0,95
Formosa	45	8,49	64	12,07	20	3,77
Misiones	92	8,35	78	7,08	75	6,81
NEA	215	5,84	186	5,05	158	4,29
Catamarca	25	6,80	11	2,99	5	1,36
Jujuy	14	2,08	9	1,34	12	1,78
La Rioja	5	1,50	2	0,60	—	—
Salta	38	3,13	29	2,39	32	2,63
Santiago del Estero	147	16,82	107	12,24	101	11,56
Tucumán	25	1,73	36	2,49	29	2,00
NOA	254	5,17	194	3,95	179	3,64
Chubut	1	0,20	—	—	1	0,20
La Pampa	—	—	2	0,63	—	—
Neuquén	—	—	—	—	—	—
Río Negro	—	—	1	0,16	—	—
Santa Cruz	—	—	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—	—	—
Sur	1	0,04	3	0,12	1	0,04
Total Argentina	568	1,42	464	1,16	422	1,05

Mapa 1. Tasas de notificación cada 100.000 habitantes. Argentina. Año 2014, hasta semana epidemiológica 40. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.



Argentina mantiene al sarampión fuera de su territorio

13 de noviembre de 2014 – Fuente: Ministerio de Salud (Argentina)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) advirtió el 13 de noviembre sobre el "estancamiento" en la lucha global contra el sarampión con el consiguiente aumento de la cantidad de muertos¹, en momentos en que se cumple la undécima semana de la campaña nacional de refuerzo en la vacunación de niños de 1 a 4 años dispuesta por el Ministerio de Salud de Argentina, para evitar rebrotes de esa enfermedad viral, que ha sido eliminada del territorio nacional en el año 2000. Esta campaña, que empezó en septiembre y concluirá a fines de noviembre, incluye la inmunización contra la poliomielitis y la rubéola, cuyos virus no circulan en el país desde 1984 y 2009, respectivamente.



"Que Argentina mantenga su estatus de país libre de sarampión es el logro de un Estado presente que garantiza la vacunación gratuita y de una comunidad concientizada, máxime en el contexto de escenario internacional en el que esta enfermedad sigue presente por las insuficientes coberturas de vacunación que se registran aun en países desarrollados", dijo el ministro Juan Luis Manzur, tras divulgarse el informe de la OMS.

¹ Ver 'El progreso hacia la eliminación del sarampión se ha estancado' en el [Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 1.479](#), de fecha 14 de noviembre de 2014.

“Para sostener estos logros debemos continuar cumpliendo tres pilares básicos, que son la cobertura de vacunación elevada con triple viral (sarampión, rubéola y parotiditis) al año y al ingreso escolar, la vigilancia para detectar y bloquear casos importados y las campañas de seguimiento en la inmunización, que es la que actualmente está en curso”, señaló Carla Vizzotti, coordinadora del Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (PRONACEI).

Explicó que la campaña vigente consiste en una dosis extra de doble viral para todos los niños entre 1 y 4 años inclusive, con el objeto de captar a quienes no hayan sido alcanzados por la vacunación y a dar una dosis extra a quienes no hubieran respondido a la vacuna, que se calcula que son entre 5 y 10% de los vacunados y siguen siendo susceptibles de enfermar y transmitir la enfermedad.

Luego de señalar que “el último fallecido por sarampión en nuestro país fue en el año 1998”, Vizzotti subrayó que “el riesgo de importación de la enfermedad es alto y permanente” a raíz de que el año pasado en Europa “se reportaron más de 30.000 casos, 8.700 internaciones y 7 muertos”. “Por eso debemos jerarquizar el logro y redoblar los esfuerzos para sostenerlo, es una responsabilidad de todos: hasta el 30 de noviembre debemos alcanzar la meta de vacunar a tres millones de niños para que Argentina siga libre de sarampión y rubéola”, enfatizó la coordinadora del PRONACEI.

La OMS subrayó que el número global de muertes por sarampión “pasó de un estimado de 122.000 en 2012 a 145.700 en 2013, según los nuevos datos publicados en el Informe Epidemiológico Semanal de la OMS y el *Morbidity and Mortality Weekly Report* de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos. El número estimado de muertes por sarampión en el año 2013 representa una disminución de 75% en la mortalidad desde 2000, significativamente por debajo del objetivo de una reducción de 95% en las muertes entre 2000 y 2015”, remarcó en un comunicado.

“El escaso progreso en el aumento de la cobertura de vacunación contra el sarampión ha dado lugar a grandes brotes de esta enfermedad altamente contagiosa, que deja fuera de carrera los objetivos de eliminación para 2015”, dijo el Dr. Peter Strebel, del Departamento de Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos de la OMS.

En este sentido, sostuvo que “los países necesitan con urgencia darle prioridad a mantener y mejorar la cobertura de inmunización. El fracaso en revertir esta alarmante tendencia podría poner en peligro el impulso generado por una década de logros en la reducción de la mortalidad por sarampión”.

La OMS señaló que el aumento de los casos de sarampión el año pasado “se debió en gran parte a brotes en China, República Democrática del Congo y Nigeria”, mientras que hubo un resurgimiento de la enfermedad viral en varios países de la región de Europa, “entre ellos Georgia, Turquía y Ucrania”, por lo que “es necesario un renovado compromiso político de alto nivel para revertir esta tendencia”.

Campaña Nacional de Vacunación contra el sarampión, la rubéola y la poliomielitis

El objetivo de esta campaña es seguir manteniendo al país libre de esas enfermedades virales brindando una oportunidad extra a todos los niños de 1 a 4 años inclusive que no hubieran sido captados todavía y para quienes no hubieran respondido a la vacuna.

La medida fue dispuesta con el objeto de favorecer el acceso de los 3.000.000 de niños destinatarios de la campaña a la protección que ofrecen las vacunas contra estas enfermedades. En este sentido, se realizan acciones intensivas en todo el país para alcanzar a la población que aún no fue inmunizada y realizar monitoreo para certificar las coberturas de vacunación en las 24 jurisdicciones. Se trata de vacunas gratuitas y obligatorias a las se accede en todos los centros de vacunación y hospitales públicos del país, sin necesidad de orden médica.

Son dos vacunas que se dan en forma conjunta: la doble viral contra el sarampión y la rubéola (inyectable), y la Sabin contra la poliomielitis (que se administra en forma de gotitas por boca). Deben vacunarse todos los chicos de 1 a 4 años, más allá de que tengan las vacunas del Calendario Nacional de Vacunación al día.



Río Negro, San Carlos de Bariloche: La Justicia obliga a los padres de un niño a cumplir con el Calendario Oficial de Vacunación

14 de noviembre de 2014 – Fuente: Agencia Digital de Noticias (Argentina)

Un fallo de la jueza de Familia María Marcela Pájaro ordenó ajustarse al calendario de vacunación obligatorio dispuesto por ley, bajo apercibimiento de disponer las medidas compulsivas que sean necesarias.

La resolución fue dictada ante la presentación de la defensora de Menores e Incapaces Ana María Fernández Irungaray a partir de un informe suscripto por un médico del Hospital Zonal ‘Dr. Ramón Carrillo’, que dio cuenta que un niño no estaría recibiendo las vacunas obligatorias correspondientes según el calendario de vacunación vigente. La magistrada ordenó que en un plazo de 10 días deberá efectuarse la primera presentación del carné vacunatorio, el que deberá ser exhibido por Secretaría y deberá acreditarse en el expediente cada dosis sucesiva de vacunación.

De las actuaciones surge que el niño ingresó a la guardia del hospital local por una dolencia que demandaba sutura bajo anestesia. En la oportunidad se prescribió vacuna antitetánica, manifestando la madre su negativa – posteriormente revertida– y señalando que el niño no había recibido ninguna vacuna del Plan Nacional.

A la presentación del Ministerio Pupilar se dio curso sustanciando con la progenitora, a fin de garantizar su derecho de defensa y permitir que brinde los argumentos que hicieran a su derecho. La madre en su presentación consideró que no está comprobado que el sistema vacunatorio sea eficiente para erradicar enfermedades y que existen efectos colaterales que van desde fiebre hasta la muerte. Consideró que introducir un virus en el cuerpo de su hijo puede producir efectos adversos y que por ese motivo no le ha suministrado la vacuna, entre otros conceptos.

La magistrada requirió informes del Cuerpo Médico Forense, los que señalaron que el niño debe recibir el esquema completo y obligatorio de vacunación y no existe ningún tipo de contraindicación para la patología que presenta el mismo. Se requirió además informe al Centro de Salud de El Frutillar, lugar donde se atiende.

Fundamentos

La jueza señaló que “se tiene por acreditado, conforme surge de lo informado por el Cuerpo Médico Forense que pese a haber transcurrido varios meses desde la promoción del presente, el niño aún no cuenta con la protección de vacunas prevista en la ley nacional. La madre inició el proceso de vacunación, no sé si con verdadera intención de cumplirlo o al sólo efecto de disipar la intervención judicial, pero sin darle adecuada continuidad.”

“Como introducción al tema es imprescindible señalar que tras el fallo de la Corte Suprema de Justicia ‘N.N o U., V s/ protección y guarda de personas’ del 12 de junio de 2012, no existe margen de interpretación para cuestiones como la que nos ocupa”, consignó Pájaro.

El fallo constituye doctrina legal. En él, los jueces votantes señalaron que cuando se encuentra en debate el alcance que cabe asignar a una norma de derecho federal, le incumbe a la Corte realizar una declaratoria sobre el punto disputado sin limitaciones (Punto 7°).

La Corte explicitó en el fallo algo que constituye una obviedad, lo que pone en evidencia su claro objetivo de despejar futuros planteos como el que nos ocupa, y marcar un lineamiento uniforme para toda la Nación.

La ley 22.909, marco regulatorio de la cuestión sub análisis, dispone en su Artículo 11 que la vacunación a que se refiere es obligatoria para todos los habitantes de acuerdo a lo que dispongan las autoridades sanitarias, y que los padres son los responsables del cumplimiento en lo que respecta a los menores de edad.

El Artículo 13 contempla la excepción, que debe ser avalada por autoridad sanitaria.

El Artículo 18, por su parte, dispone el emplazamiento perentorio y la alternativa de ordenar el cumplimiento compulsivo, así como el Artículo 20 alude a la Registración de los infractores.

Más allá de lo dispuesto por la norma, de las constancias de autos no surge ningún elemento que permita considerar justificada la omisión de la vacunación decidida por la progenitora.

El médico forense descartó de plano que la condición del niño pueda generarle algún tipo de desventaja o perjuicio en relación a la vacunación obligatoria.

No existiendo entonces ninguna justificación con sustento médico que permita excluir en legal forma de la obligación de cumplir con el calendario de vacunación no puede continuar dilatándose la cuestión. Es relevante señalar que la propia Corte en el fallo aludido, es contundente al señalar que el objetivo de la vacunación obligatoria no se limita al individuo que recibe la vacuna. La cuestión excede el ámbito personal y constituye directamente un tema de salud pública ya que uno de los objetivos primordiales es el de reducir o erradicar los contagios en la población. Esta finalidad es la que, según el Tribunal, justifica el carácter obligatorio y coercitivo del régimen para todos los habitantes del país, con fundamento en el interés colectivo que hace al bienestar general.

El niño en cuestión es un niño sano y bien cuidado, según la propia madre lo asevera. Su sistema inmunológico está en perfectas condiciones, dice también la madre. Pero ahora bien, no sólo debe pensarse en este niño, sino en muchos otros niños. Que no esté actualmente escolarizado tampoco resulta relevante, ya que lo estará en un futuro, además de vivir en una sociedad que genera vínculos diarios con otros miembros de la comunidad.

La Corte Suprema de la Nación, recuerda que “no está discutida la prerrogativa de los padres de decidir para sí el modelo de vida familiar, sino el límite dado por la afectación a la salud pública y por el interés superior del niño”.

El Artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, declara que los estados firmantes reconocen el derecho de éstos al disfrute del más alto nivel de salud posible, imponiéndose el esfuerzo de asegurar que ningún niño sea privado de los servicios sanitarios. No está tampoco en tela de juicio que la progenitora tenga de acuerdo a sus propias convicciones, buenas intenciones en su opción ‘antivacunas’, pero es necesario que comprenda, que este punto no es de la órbita de la decisión y apreciación familiar.

Ello, por las razones de salud comunitarias ya expresadas, pero también por cuanto existe un límite al poder de decisión de los padres respecto de la salud de los hijos, y ese límite proviene de reconocer al niño su condición de persona humana, sujeto de derecho y fundamentalmente de derechos humanos, cuyos intereses no se encuentran subordinados a los de sus padres ni al criterio de estos.

América



“Evitar la transmisión local del virus del Ébola es el principal objetivo en América Latina y el Caribe”

10 de noviembre de 2014 – Fuente: Organización Panamericana de la Salud

El director del Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de la Salud de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Marcos Espinal, afirmó que “evitar la transmisión local” de la enfermedad por el virus del Ébola (EVE) es el principal objetivo a alcanzar ante la eventual llegada de algún caso a América Latina y el Caribe.

Según el especialista, a cargo de brindar apoyo a los países de la región para su preparación y respuesta ante la posible llegada de casos importados de la enfermedad, la transmisión local de la enfermedad se puede evitar o cortar si se detectan y aíslan los casos, y se identifican y da seguimiento a las personas que tuvieron contacto con ellos.

Pregunta: ¿Puede la EVE llegar a América Latina y el Caribe?

Respuesta: No se puede descartar que llegue un caso de EVE a nuestros países. El riesgo está y debemos prepararnos para tal posibilidad. Lo que define una buena preparación es anticipar. No podemos decir que será perfecto, no podemos descartar que vaya a llegar un caso, pero si minimizamos el riesgo de transmisión local, estamos haciendo nuestro trabajo.

Pregunta: ¿Qué debe hacerse ante la llegada de un caso de EVE?

Respuesta: Cuando tengamos esos casos, lo importante es aislarlos rápidamente e identificar los contactos, porque eso es lo que va a cortar la transmisión del virus. Eso está probado, determinado ya en los brotes que han sucedido en África desde 1976: aislamiento e identificación de contactos. Y observarlos durante 21 días con toma de temperatura para determinar si se le ha transmitido el virus o no. Si no identificamos los contactos eso es fuente de cultivo para que ellos diseminen la enfermedad y el virus se expanda en cualquiera de nuestros países.

Pregunta: ¿Qué está haciendo la OPS para ayudar a los países a prepararse para responder a la EVE?

Respuesta: La Dra. Carissa Faustina Etienne, directora de la OPS, ha puesto un énfasis extraordinario en el apoyo a los países. Ha creado un grupo de tareas, ha dado un mensaje a toda la organización que esto es una respuesta corporativa y ha dado todas las facilidades. Ese grupo de trabajo se reúne todas las semanas para discutir las estrategias, nuevas ideas, innovar y revisar el progreso de la respuesta de la preparación de los países. Ese grupo está integrado por directores de áreas técnicas, facilitadoras y administrativas claves de la OPS. También, la Organización ha creado un website dedicado especialmente a la EVE². Tenemos toda una serie de documentos que los países pueden utilizar en la preparación de sus estrategias de preparación, en la preparación de planes de comunicación de riesgo y en la preparación de sus planes de contingencia para la EVE, los cuales deben estar basados en las capacidades básicas del Reglamento Sanitario Internacional. Estamos también tomando la iniciativa de ofrecer a los países misiones para que estar en contacto con los ministerios, las autoridades, dar capacitaciones y tratar de atar todos los cabos para que estemos preparados.

Pregunta: ¿Cuál es la principal recomendación ante la eventual llegada de un caso de EVE?

Respuesta: La principal recomendación es el liderazgo nacional. Desde el Jefe de Estado hasta el ministro de Salud, pero también los ministros de otros sectores, como Finanzas, Educación, Turismo. Hay que tener un abordaje corporativo, multisectorial de la enfermedad. La educación de la población es algo conjunto, no corresponde solo a los ministerios de Salud. Debe haber una *Task Force* en cada país, un grupo de tareas que se reúna cada semana, analice las brechas para saber dónde tenemos que mejorar: si hay que identificar áreas de aislamiento, si hay que comprar equipos de protección o si hay que ajustar la campaña de comunicación de riesgos para informar a la población.

Pregunta: ¿Por qué pone tanto énfasis en la comunicación?

Respuesta: Recomendamos buenas campañas de comunicación de riesgos para que se informe en forma transparente a la población. No hay que temer a decir "tenemos un caso potencialmente importado, lo hemos aislado, estamos investigando y tan pronto tengamos más información la vamos a informar a la población", porque la población cuando ve esto por parte de las autoridades adquiere confianza.

Pregunta: ¿Qué pueden aprender las Américas de la experiencia de control de la EVE de Senegal y Nigeria?

Respuesta: Senegal y Nigeria manejaron muy bien estos casos, identificaron inmediatamente los contactos y pudieron cortar la cadena de transmisión y la OMS declaró a Senegal y Nigeria libres de la EVE. Es importante esto porque estos países desarrollaron campañas masivas para identificar dichos contactos, los aislaron, los observaron y hoy no tienen la EVE. No emplearon medicinas muy sofisticadas, experimentales, cortaron la cadena de transmisión que, en manejo de brotes, epidemiológicamente, es el principal referente: evitar la transmisión local. Y ese es el principal objetivo en América: aislar los casos para evitar transmisión o expansión local a otras personas, a otros pueblos dentro de nuestra región.

Pregunta: ¿Qué ventajas tienen los sistemas de salud de las Américas respecto de los de África Occidental para hacer frente a la llegada de la EVE?

Respuesta: Nuestros países tienen sistemas de salud más fuertes que los de África. Tienen infraestructura física. En África mucha gente tiene que caminar kilómetros, trasladarse muy lejos para tener acceso al puesto de salud más cercano. Tenemos recursos humanos, lo que hay es que capacitar, pero no hay que capacitar a todos, sino a un equipo para que esté preparado para manejar y tratar ese caso.

Pregunta: ¿Deberían todos los hospitales de un país prepararse para manejar casos de EVE?

Respuesta: No todos los hospitales deben y pueden manejar un caso de EVE. Por eso la recomendación es tener un centro dedicado, donde se aisle el caso y haya un equipo de especialistas entrenado. Es importante que cada país asigne su área de aislamiento. Si son países federales, decidirán si es una, dos o tres, pero lo importante es tener



² Puede consultar este website haciendo clic [aquí](#).

una zona donde se aislen los casos, sean rápidamente transportados. Si son países muy grandes, tener un equipo para cuando se identifique una persona sospechosa en una provincia, ese equipo sea trasladado rápidamente a la provincia para dar los primeros auxilios y que se traslade al paciente por vía aérea o por ambulancia rápida a la zona de aislamiento. Los hospitales deben dar los primeros auxilios donde llegue la persona sospechosa, y deben estar preparados para hacer esa llamada a un teléfono de emergencia para que mediante una ambulancia o un helicóptero, o lo que haya que preparar, esa persona se traslade, se le tome la muestra y esa muestra se envíe para su confirmación a los laboratorios autorizados.

SÍNTOMAS

El ébola sólo se puede transmitir a otros cuando empiezan los síntomas

El intervalo de tiempo desde la infección hasta la aparición de los síntomas varía entre **2 y 21 días**, pero el promedio es de 8 a 10 días

Síntomas iniciales:
Fiebre
Dolor de cabeza intenso
Dolor muscular y en articulaciones
Debilidad intensa
Dolor de garganta

Síntomas avanzados:
Diarrea
Vómitos
Dolor de estómago
Sangrado inexplicable o hematomas

Pregunta: ¿Debería entrenarse a todo el personal de salud de un país para manejar casos de EVE?

Respuesta: No hay necesidad de entrenar a todos los médicos para el manejo de EVE. La información es importante y dar educación a la población y a los profesionales de la salud es vital, pero no podemos pretender capacitar a 10.000 personas para el manejo de estos casos. Lo importante es capacitar a un grupo que esté al día y capacitado para el manejo de estos casos. No es una capacitación masiva, es tener equipos para el manejo del caso, y tener equipos de respuesta rápida a lo interno del país para dar los primeros auxilios, asegurarse que la persona esté aislada. También, tener equipos de protección personal, para que ese equipo que está en la zona de aislamiento se proteja, equipos que la OPS está facilitando la compra a los países que deseen comprar a través de la OPS.

Pregunta: ¿Qué debe hacerse en caso de que se presente un caso sospechoso de EVE en un servicio de salud?

Respuesta: Lo que se debe hacer inmediatamente es, si hay una buena historia clínica, hacer las preguntas: “¿Ha tenido contacto con los países que están afectados por la EVE? ¿Ha tenido contacto con casos de EVE? ¿Estuvo en Liberia, en Sierra Leona?”, de ahí va a depender. Si los síntomas y signos son bastante compatibles con EVE, entonces avisar a las autoridades y a ese equipo de respuesta rápida nacional para que se ponga en acción y haga la evaluación lo más rápido posible, que el paciente se aisle mientras tanto en una sala mientras se lo traslada a la unidad de aislamiento, como se hizo con el caso de Brasil, que lo trasladaron por avión inmediatamente de un estado a otro, a la unidad de aislamiento en Rio de Janeiro. Al final la persona no tenía EVE, porque esta enfermedad se puede confundir con malaria, fiebre amarilla o fiebre tifoidea. Es importante no perder la calma y utilizar medidas de prevención y control de infecciones. Si llega a una clínica rural el lavado de manos, el uso de guantes es muy importante, y todo eso debemos tenerlo en la clínica rural hasta que la persona pueda ser trasladada.

Pregunta: ¿Quiénes estarían en mayor riesgo de infección en caso de detectarse un caso?

Respuesta: Los grupos en mayor riesgo son los trabajadores de la salud, por eso en África hemos visto que hay más de 400 trabajadores de salud afectados. Por eso la recomendación de la OPS de la compra o adquisición de equipos de protección personal para los trabajadores de la salud, eso es vital. Ahí los países deben actuar rápido, poner sus órdenes a través de la OPS, asegurarse de que tienen equipos, porque con los equipos de protección el riesgo disminuye enormemente.

Pregunta: ¿Cómo pueden minimizarse los riesgos de infección de los trabajadores de salud que atiendan pacientes con EVE?

Respuesta: Lo importante es la capacitación de cómo ponerse y cómo quitarse los equipos de protección personal. En nuestro website de OPS dedicado a la EVE tenemos información con fotografías, infográficos sobre cómo manejar los equipos de protección. También estamos haciendo capacitaciones virtuales y físicas.

Pregunta: ¿En qué consiste el tratamiento?

Respuesta: El tratamiento es de apoyo, es de aislamiento, es de mantener los signos vitales de los pacientes, y mantener la hidratación adecuada y el seguimiento. Hemos visto en el brote en África que hay una sobrevivencia de 50%. Los tratamientos que se han utilizado son experimentales, ninguno está probado, va a haber tratamiento, pero va a tomar tiempo. Existen dos vacunas que ya entraron en fase de experimentación, existen cinco más entrando en fase de experimentación y la idea es que las primeras estén listas para algún momento de 2015.

Pregunta: Existe preocupación sobre la EVE ¿Qué debería saber el público sobre la EVE?

Respuesta: La preocupación es algo natural del ser humano y ante una enfermedad que no tiene medicinas todavía aprobadas, que no tiene vacunas, la gente se siente muy preocupada. Pero la EVE no se transmite por el aire, no se transmite por los mosquitos, sino por el contacto con los fluidos o líquidos corporales de una persona infectada que está enferma. En el período de incubación no hay transmisión, entonces la persona tiene que estar en contacto con los sudores, los líquidos, la orina, la sangre de una persona con síntomas, y que la persona sana tenga también brechas en su piel.

Pregunta: ¿Deberían prohibirse los vuelos internacionales a los países más afectados de África Occidental?

Respuesta: La postura es no prohibir vuelos, sino que se haga un tamizaje de salida en los países más afectados como Sierra Leona, Guinea y Liberia, que se tome la temperatura a la gente que sale. Otros países han tomado medidas, cada país es soberano y decide lo que cree más conveniente y la OPS los acompaña, pero la OPS recomienda que se implementen las recomendaciones del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional que fue convocado por la OMS.



Bolivia: El VIH/sida afecta a 12.460 personas

14 de noviembre de 2014 – Fuente: Página Siete (Bolivia)

En Bolivia viven 12.460 personas con VIH/Sida, 70% de los cuales son jóvenes entre 15 y 25 años, informó Carola Valencia, responsable nacional del Programa VIH/Sida.

“En Bolivia tenemos 12.460 personas que viven con el VIH/sida, según datos hasta septiembre de este año. Las edades del 70% de estas personas oscilan entre los 15 y 25 años, por lo que se debe trabajar en esta población”, informó la autoridad.

Explicó que el perfil de la epidemia no ha cambiado. El VIH/sida está focalizado en el eje troncal, considerando que Santa Cruz registra 52% de los casos, Cochabamba 20% y La Paz 17%.

Valencia recordó que el Ministerio de Salud debe promocionar la prueba rápida, para lograr el pronóstico temprano de esa enfermedad. “Estamos haciendo que todos los centros de salud del país se comprometan y tengan la disposición de ofertar la prueba rápida a la población sensible, y no sólo a las mujeres embarazadas, sino también a la población en general”, dijo.

También se promueve el uso del preservativo, tomando en cuenta que el VIH/sida en 95% de los casos se adquiere por transmisión sexual. “Entonces debemos promover el uso del condón”, recalcó.

Por otra parte, garantizó la dotación de medicamentos antirretrovirales, lo que permitirá a esas personas mejores condiciones de vida. Recordó que en las épocas del neoliberalismo, era la cooperación internacional la que ayudaba con esos medicamentos antirretrovirales en 90%, mientras ahora el Gobierno nacional asume 75% de la compra de esas medicinas.

Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention

Estados Unidos: Las mujeres pueden contagiar el VPH a los hombres por vía oral

12 de noviembre de 2014 – Fuente: *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*

Los hombres tienen un riesgo más alto de infectarse con el virus del papiloma humano (VPH) si su pareja sexual femenina tiene infecciones orales y/o genitales por VPH. Los hallazgos sugieren que la transmisión del VPH se produce a través de las rutas oral-oral y oral-genital.

“El VPH es la infección de transmisión sexual más habitual en el mundo y es un factor de riesgo de varios cánceres, como el de cuello uterino, vaginal, de la vulva, orofaríngeo, anal y de pene”, comentó el investigador principal, Eduardo Franco, director de la división de epidemiología del cáncer y presidente del departamento de oncología de la Universidad McGill en Montreal.

“Comprender cómo se transmite el VPH es importante porque nos ayudará a identificar quién tiene el mayor riesgo de infección del VPH y cómo podemos ayudarles a protegerse ellos mismos y a sus parejas. Nuestro trabajo proporciona una evidencia adicional de que el VPH se transmite sexualmente al tracto oral a través del contacto oral-oral u oral-genital”, explicó.

Los investigadores observaron a 222 hombres y a sus parejas femeninas, y hallaron que la tasa general de infecciones orales por VPH entre los hombres estaba un poco por encima de 7%. Las tasas eran más altas para los que tenían una pareja sexual femenina con una infección oral del VPH (casi 29%) y/o una infección genital del VPH (11,5%), para los que tenían varias parejas sexuales (18%) y para los fumadores (12%).

De los 222 hombres del estudio, 130 tenían una pareja sexual con una infección genital por VPH, hallaron los investigadores.

La tasa de infecciones por VPH16 (uno de los tipos que más se asocian con el riesgo de cáncer) era aproximadamente de 2% para todos los hombres del estudio y de 6% para los 33 hombres cuyas parejas sexuales tenían una infección genital por VPH16.

Cuanto mayor era la frecuencia con la que practicaban sexo oral con su pareja, mayor era la probabilidad de ser contagiado con el tipo de VPH presente en los genitales de esa pareja, indica el estudio.

No hubo infecciones por VPH en los 52 hombres que nunca fumaban, tenían una relación con una sola pareja y cuya pareja no tenía el VPH ni oral ni genital.

Las dos vacunas contra el VPH disponibles en Estados Unidos son Cervarix® y Gardasil®. Ambas vacunas están disponibles para las chicas, pero solo Gardasil® está disponible para los chicos, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos.

Los CDC recomiendan que todos los chicos y chicas de 11 y 12 años de edad reciban la vacuna de tres dosis de forma que cuenten con la protección antes de iniciar la actividad sexual.³



México registra el primer caso autóctono de fiebre chikungunya

15 de noviembre de 2014 – Fuente: Reuters

México detectó el primer caso autóctono de fiebre chikungunya, informó el 15 de noviembre el Gobierno del sureño estado de Chiapas.

“Se trata del primer caso de esta enfermedad en el estado y en el país, en una paciente de 8 años de edad, quien debido a la atención oportuna ya fue dada de alta”, dijo la Secretaría de Salud de Chiapas, estado fronterizo con Guatemala.

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

La enfermedad fue detectada por primera vez en el continente en 2013 y no existe una vacuna para prevenirla. Se han registrado casos en gran parte de Centroamérica, el Caribe y Estados Unidos. En México varias personas han padecido la enfermedad tras contraer el virus en el extranjero.

La enfermedad es común en África y Asia y es transmitida por los mosquitos *Aedes aegypti* y *Ae. albopictus*.

Ante la detección, la Secretaría de Salud de Chiapas dijo que ha reforzado las acciones de vigilancia epidemiológica.



El mundo



África: Confirman la circulación de poliovirus derivados de la vacuna en Sudán del Sur y Madagascar

14 de noviembre de 2014 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

En eventos separados y no relacionados, ha sido confirmada la circulación de poliovirus derivados de la vacuna (cVDPVs) en Sudán del Sur y Madagascar.

Sudán del Sur

En Sudán del Sur, se han confirmado dos casos debido a cVDPV tipo 2 (cVDPV2). Las cepas fueron aisladas de dos casos de parálisis flácida aguda (PFA) en el estado de Al Wahda, con inicio de la parálisis el 9 de septiembre y 12 de septiembre de 2014, respectivamente. En el estado de Al Wahda, 33% de los niños permanecen sub-inmunizados contra el virus de la poliomielitis. Ambos casos provienen de un campamento de desplazados internos en el estado de Al Wahda. Este estado se ha visto afectado por disturbios civiles, dando lugar a desplazamientos de la población y la disminución de la cobertura de vacunación en la mayoría de las áreas.

En 2014, Sudán del Sur participó de una respuesta regional a los brotes en el Cuerno de África, dado el riesgo que supone un brote en curso por el poliovirus salvaje tipo 1 (WPV1) que afecta a la región (con casos en el año 2014 en algunas regiones de Somalia y Etiopía). Dos jornadas nacionales de vacunación (JNV) se llevaron a cabo en abril (con vacuna antipoliomielítica oral trivalente – OPV) y mayo (con bivalente OPV). En respuesta a la confirmación de los casos de cVDPV2, se realizó una jornada nacional de vacunación el 4 de noviembre con OPV trivalente y están previstas para el 2 de diciembre de 2014 y enero de 2015 jornadas subnacionales de vacunación, con OPV trivalente, para los tres estados con disturbios civiles (Al Wahda, A'aly an-Nyl y Jonglei). El objetivo es detener rápidamente la cVDPV2 en el campamento de desplazados internos y evitar una mayor propagación, mejorando al mismo tiempo la inmunidad contra la poliomielitis tipo 1 y minimizar el riesgo de re-infección de otras áreas de la región del Cuerno de África.

Madagascar

En Madagascar, se ha confirmado cVDPV tipo 1 (cVDPV1) después que el virus fuera aislado de un caso de PFA (inicio de la parálisis el 29 de septiembre de 2014) y tres contactos sanos. Las más recientes actividades suplementarias de inmunización en Madagascar se llevaron a cabo en diciembre de 2011/enero de 2012. Se planifican jornadas subnacionales de vacunación para diciembre, y jornadas nacionales para enero de 2015. Se estima que más de 25% de los niños están sub-inmunizados contra el virus de la poliomielitis en el país. Madagascar fue previamente afectado por un brote de cVDPV2 en 2001/2002 y otro en 2005, registrándose cinco casos en cada uno de ellos. Un VDPV también fue aislado durante un estudio de investigación entre niños sanos en Toliara I en 2011. La respuesta concertada a los brotes detuvieron rápidamente esos eventos. Sin embargo, la aparición repetida de eventos separados de cVDPV pone de relieve el riesgo de que éstos se produzcan en poblaciones que no están completamente inmunizadas y de la importancia de mantener altos niveles de cobertura de vacunación.

Evaluación de riesgos de la OMS

Las cepas circulantes de VDPVs son raras pero están bien documentadas, y pueden surgir en poblaciones vacunadas de forma inadecuada. Debido al escaso riesgo de cVDPVs, el uso de la vacuna OPV debe eliminarse para garantizar un mundo libre de poliomielitis. La OPV se retirará de manera gradual, comenzando con la que contiene el tipo 2. El componente tipo 2 de la OPV trivalente representa 90% de todos los casos de cVDPV.

En Sudán del Sur, dado que los casos detectados se encuentran en un campamento de desplazados internos, al que se puede acceder con la vacunación, la Organización Mundial de la Salud (OMS) evalúa el riesgo de propagación internacional de la cVDPV2 de Sudán del Sur como bajo. Sin embargo, este riesgo aumentaría si otras áreas fueran alcanzadas por el cVDPV2. En lo que respecta a Madagascar, dada la historia asociada con cVDPVs anteriores, la OMS evalúa el riesgo de propagación internacional desde Madagascar como bajo.

Consejos de la OMS

Es importante que todos los países, en particular aquellos con viajes frecuentes y contactos con los países y zonas afectados por la poliomielitis, fortalezcan la vigilancia de los casos de PFA con el fin de detectar rápidamente cualquier importación del virus y facilitar una respuesta rápida. Los países, territorios y áreas también deben mantener una cobertura uniforme de alta inmunización sistemática a nivel de distrito para reducir al mínimo las consecuencias de cualquier nueva introducción del virus.

Viajes Internacionales y Salud de la OMS recomienda a todos los viajeros a las zonas afectadas por la poliomielitis que tengan al día la vacuna contra esta enfermedad. Los residentes, y los visitantes por más de cuatro semanas, de las zonas afectadas deben recibir una dosis adicional de vacuna antipoliomielítica oral o vacuna antipoliomielítica inactivada (IPV) dentro de las cuatro semanas a 12 meses del viaje.



África Occidental: Liberia levanta el estado de emergencia por la enfermedad por el virus del Ébola

16 de noviembre de 2014 – Fuente: Reuters

Liberia levantó el 13 de noviembre el estado de emergencia que había impuesto en agosto por tres meses a causa de la epidemia de enfermedad por el virus del Ébola (EVE), anunció la presidenta del país, Ellen Johnson-Sirleaf. Sin embargo, la mandataria enfatizó que la medida no significa que Liberia ya ha ganado la batalla contra la enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras entidades habían informado recientemente de un descenso significativo de nuevos casos en el país de África Occidental.

“Pero Liberia no puede ser declarado libre de la EVE hasta que también los países vecinos hayan derrotado al virus”, dijo Sirleaf.

Liberia es el país más afectado por la EVE. Alrededor de la mitad de los casos de la enfermedad y víctimas fatales pertenecen a ese país.

Durante los meses de estado de emergencia habían sido restringidos algunos derechos civiles, entre otros, se impuso un toque de queda desde las 21:00 hasta las 06:00 horas. Esta restricción se redujo ahora en varias regiones, pero no así en sitios considerados principales focos de la EVE.

Los últimos datos dados a conocer por la Organización Mundial de la Salud (OMS) cifran en 5.160 los muertos por el brote, con 14.098 casos confirmados, probables y sospechosos registrados hasta ahora en ocho países.



Cinco casos confirmados y 256 personas en observación en Mali

Un total de 256 personas están actualmente en observación en Mali por la posibilidad de que hayan contraído la EVE, que ya ha causado la muerte a cuatro personas y ha infectado a una más que se encuentra hospitalizada, según las últimas cifras oficiales.

El Ministerio de Sanidad y Salud Pública reconoce que el principal foco de la enfermedad fue un anciano imán de Guinea tratado en una clínica privada, de donde salió cadáver, para ser homenajeado en una mezquita local. El cuerpo fue repatriado luego a su país.

Cuatro de los contaminados esta semana han tenido de alguna u otra manera contacto con el anciano imán y de ellos tres ya han fallecido.

Aunque no se precisa en la nota, los muertos, según fuentes médicas, son un enfermero que trató al anciano, una mujer que asistió en la mezquita a los ritos funerarios y una niña que estuvo hospitalizada en el mismo hospital que esta última.

La cuarta víctima es la niña llegada también de Guinea y que falleció el pasado 24 de octubre en la ciudad oriental de Kayes.

El Ministerio invitó a todas las personas que hayan podido tener contacto con las personas contaminadas a que llamen a una serie de “números verdes” para pasar cuanto antes un control sanitario.

El Gobierno pidió a los medios de comunicación que contribuyeran a sensibilizar sobre las medidas de higiene y calmar a la población, que ha entrado en estado de pánico ante la rapidez con que la EVE ha avanzado esta semana en la capital.

Sospechan que las cifras de afectados podrían ser más altas que las previsiones iniciales

Las verdaderas cifras de afectados y muertos por la EVE en África Occidental son más altas que las reportadas, advirtió el 11 de noviembre Anthony Banbury, titular de la Misión de la ONU para la Respuesta de Emergencia al Ébola (UNMEER).

Banbury concluyó recientemente una gira de observación por los países más afectados por la epidemia. En las últimas cinco semanas, viajó a Liberia, Sierra Leona y Guinea para supervisar los esfuerzos internacionales para combatir la expansión de la EVE.

Banbury añadió que está especialmente preocupado por la presencia del virus en áreas remotas a las que la Organización de Naciones Unidas (ONU) no tiene acceso.

“La situación está evolucionando muy rápidamente. En cada viaje vi una situación diferente y pude aprender mucho más. Según nos alejamos más de las ciudades, estamos encontrando más casos de la enfermedad, más comunidades afectadas. Así que me preocupa que las cifras reales de personas afectadas por el virus, que se están muriendo, sean más altas que las reportadas”, dijo Banbury.



Anthony Banbury en Kenema, Sierra Leona.

Senegal reabre parcialmente sus fronteras

El Gobierno de Senegal anunció la reapertura de sus fronteras aéreas y marítimas con Guinea, Sierra Leona y Liberia, a partir del 14 de noviembre, según un comunicado oficial. "Senegal ha decidido reabrir parcialmente sus fronteras aéreas y marítimas con Guinea, Liberia y Sierra Leona. Dicha medida concierne únicamente las fronteras aéreas y marítimas excluyendo las fronteras terrestres", indica el comunicado firmado por el ministro de Interior.

La nota reitera "la solidaridad de Senegal con todos los países afectados por la epidemia de enfermedad por el virus del Ébola".

Senegal cerró el 21 de agosto sus fronteras aéreas con los tres países así como su frontera terrestre con su vecino Guinea, como medida de prevención de una propagación de la epidemia de EVE.

Los mandatarios de los quince países miembros de la Comunidad Económica de los Estados de África Occidental (CEDEAO), reunidos este mes en Accra (Ghana), recomendaron la reapertura de las fronteras, para favorecer la libre circulación de personas y bienes.

El presidente Macky Sall anunció el 9 de noviembre que su país iba a reanudar los vuelos con los tres países pero dejó claro que la frontera terrestre con Guinea podría permanecer cerradas por medidas de vigilancia y prevención de la epidemia.

"Senegal cumplirá con las recomendaciones de la CEDEAO. Sin embargo, hay que ser vigilante en lo que se refiere a las fronteras terrestres, aéreas y marítimas y proseguir nuestra política de prevención de la EVE. Vamos a levantar progresivamente la medida de cierre del espacio aéreo con los tres países afectados por la EVE", declaró el mandatario senegalés.

"La EVE está aún en la zona, por desgracia. Por este motivo, la vigilancia médica seguirá siendo efectiva. Vamos a re-evaluar las medidas de restricción tomadas, unas medidas que eran necesarias", añadió Sall.

Los primeros ensayos de tratamientos comenzarán en diciembre

Ante la falta de tratamientos específicos para la EVE, Médicos Sin Fronteras (MSF) anunció el 13 de noviembre que albergará ensayos clínicos en tres centros de tratamiento de pacientes con EVE en África Occidental.

Los estudios, que se realizarán por separado, tienen por objetivo encontrar con celeridad una terapia eficaz. Los ensayos serán dirigidos por tres instituciones de investigación diferentes.

El Instituto Nacional de Salud e Investigación Médica (INSERM) de Francia conducirá un ensayo usando el medicamento antiviral favipiravir en Guéckédou, Guinea; el Instituto de Medicina Tropical de Amberes (ITM) llevará a cabo un ensayo de una terapia con plasma y sangre de pacientes convalecientes en el centro de Donka en Conakry, capital de Guinea; y la Universidad de Oxford dirigirá, en representación del Consorcio Internacional de Infecciones Emergentes e Infecciones Respiratorias Agudas y Graves (ISARIC), un ensayo financiado por la fundación Wellcome Trust con el fármaco antiviral brincidofovir en un lugar todavía por determinar. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y las autoridades de salud de los países afectados también forman parte de este esfuerzo internacional.

"Se trata de una colaboración internacional sin precedentes que representa una esperanza para que los pacientes, finalmente, puedan recibir un tratamiento efectivo contra una enfermedad que hoy mata a entre 50 y 80% de las personas infectadas", afirma la Dra. Annick Antierens, responsable de coordinar los acuerdos de investigación en MSF. "MSF es uno de los principales proveedores de atención médica a los pacientes de EVE en África Occidental, y por eso participa en estos urgentes ensayos clínicos: para dar a los afectados por el actual brote más oportunidades de supervivencia".

Los protocolos de los ensayos están en las etapas finales de desarrollo y se han diseñado con un objetivo de supervivencia de 14 días y con amplios criterios de inclusión. Los protocolos garantizarán que la alteración en la atención al paciente sea mínima, que se respetan las normas éticas y médicas de investigación internacionalmente aceptadas, y que los datos científicos sólidos que se obtengan sean compartidos por el bien público. Los principios y diseños fundamentales han sido compartidos con los comités éticos de los respectivos países con el objetivo de iniciar las primeras pruebas en diciembre de 2014. Los resultados iniciales podrían estar disponibles en febrero de 2015.

Los dos fármacos, brincidofovir y favipiravir, fueron seleccionados de la lista de potenciales tratamientos de la EVE elaborada por la OMS después de una cuidadosa revisión de los perfiles de seguridad y eficacia, disponibilidad del producto y facilidad de administración a los pacientes.

El profesor Peter Horby, investigador principal del ensayo dirigido por ISARIC explica: "La realización de ensayos clínicos de medicamentos bajo investigación en medio de una crisis humanitaria es una experiencia nueva para todos nosotros, pero estamos decididos a no fallar a la gente de África Occidental. Ha sido un privilegio ser testigo de la extraordinaria disposición de todos los socios en esta iniciativa para dar un paso fuera de sus zonas de confort con el fin de acelerar unos ensayos que tienen una importancia crítica".

"Estos tres ensayos son parte de la primera fase de una investigación dirigida a encontrar el mejor tratamiento para curar pacientes con EVE", asegura el profesor Denis Malvy, quien dirigirá el ensayo de INSERM en Guinea. "Los tres comités que dirigirán las pruebas se coordinarán de manera muy reactiva, de manera que cualquier hecho nue-



Centro de tratamiento de MSF en Sierra Leona.

vo pueda ser analizado rápidamente y nuestros planes de investigación se puedan adaptar en consecuencia. Fortalecer el vínculo entre nuestros equipos es aún más importante ya que existe la posibilidad de que, en caso de nuestros ensayos den resultados positivos, la siguiente fase pueda consistir en intervenciones combinadas”.

El ensayo dirigido por ITM en Conakry consistirá en la administración de sangre o plasma con anticuerpos de pacientes supervivientes a pacientes infectados. Esta estrategia también está avalada por la OMS.

“El plasma de pacientes recuperados, que contiene anticuerpos contra los patógenos, se ha utilizado de forma segura para otras enfermedades infecciosas”, explica Johan van Griensven, coordinador e investigador del ensayo de ITM. “Queremos saber si funciona contra la EVE, si es seguro y si se puede ampliar para reducir el número de muertes en el brote actual. Para que el ensayo tenga éxito, será crucial una comunicación cercana con las personas que se recuperaron y con la comunidad en general. Esperamos que el hecho de que los pacientes recuperados donen sangre y plasma para ayudar a las personas enfermas reduzca el miedo a la enfermedad y el estigma que sufren quienes han sobrevivido”.

Los tres ensayos darán prioridad a la participación comunitaria y al consentimiento informado de los pacientes o de sus representantes. Cada paciente que acepte formar parte de un ensayo recibirá una explicación clara de los posibles riesgos de ser sometido a una nueva terapia. “Debemos tener en cuenta que no hay ninguna garantía de que estas terapias vayan a ser la cura milagrosa”, añade Antierens. “Pero debemos hacer todo lo posible para tratar que los productos y fármacos disponibles en la actualidad aumenten las posibilidades de encontrar un tratamiento eficaz contra la EVE”.

Cuando otros productos experimentales con datos de eficacia y seguridad prometedores estén disponibles, serán evaluados con vista a futuras pruebas en otros centros para pacientes de EVE de MSF en la región.

Mientras los ensayos clínicos estén en marcha, MSF instará a los desarrolladores de estos medicamentos a aumentar la producción y el suministro desde ahora, para asegurar así que no haya una brecha entre el final de los ensayos y la introducción a gran escala de productos considerados seguros y eficaces por las investigaciones. MSF también solicita a los fabricantes de medicamentos que garanticen que los productos finales tengan precios asequibles y estén disponibles en las cantidades necesarias para hacer frente a la epidemia en su epicentro en África Occidental. La distribución de los fármacos y tratamientos debe estar impulsada por las necesidades, independientemente de donde viva la población o de la capacidad de un país para pagarlos.



Australia: Logran que 62% de la población con VIH tenga carga viral indetectable

14 de noviembre de 2014 – Fuente: 11th International Congress on Drug Therapy in HIV Infection

Los países del norte de Europa y Australia están consiguiendo mejores resultados que Norteamérica en el tratamiento continuado y la consecución de elevadas tasas de supresión virológica en personas con infección por VIH, según un amplio estudio de la “cascada de tratamiento del VIH” realizado en países con altos ingresos y presentado en el Congreso Internacional sobre Terapia Farmacológica en la Infección por VIH, celebrado recientemente en Glasgow (Escocia, Gran Bretaña).

Ninguno de los países objeto de estudio ha conseguido alcanzar, no obstante, el objetivo recientemente establecido por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/Sida (ONUSIDA), quedando de manifiesto la existencia de puntos débiles específicos de cada país en su abordaje de la epidemia. En el caso de Gran Bretaña, la mayor debilidad constatada es en relación al diagnóstico del virus, consiguiéndose por el contrario tasas superiores de supresión virológica a las logradas en Estados Unidos, país en el que la principal dificultad encontrada es la adhesión al tratamiento antirretroviral.

Las personas que toman terapia antirretroviral y alcanzan y mantienen una carga viral indetectable presentan un riesgo menor de progresión y transmisión del VIH. No obstante, un alto número de afectados no se está beneficiando de este tratamiento antirretroviral por causa de la mala aproximación del sistema sanitario que los atiende a la conocida como “cascada de tratamiento del VIH”. Esta cascada tiene varias fases diferenciadas: diagnóstico, vinculación a la atención especializada, retención en el sistema sanitario, inicio del tratamiento antirretroviral, adhesión al tratamiento antirretroviral y obtención de una carga viral indetectable.

ONUSIDA ha propuesto recientemente un objetivo de 90/90/90 de cara a reducir la transmisión del virus y lograr los máximos beneficios de la terapia antirretroviral. El objetivo hace referencia a lograr que se diagnostique a 90% de las personas infectadas por VIH, que 90% de los diagnosticados tomen tratamiento antirretroviral y que 90% de las personas que toman antirretrovirales alcancen niveles indetectables de carga viral. Si se lograra alcanzar este objetivo, aproximadamente tres cuartas partes del total de personas que viven con el VIH (73%) alcanzarían una carga viral indetectable.

Para valorar el grado de cumplimiento de este nuevo objetivo, un equipo de investigación de Gran Bretaña intentó establecer la proporción de personas con VIH en cada una de las fases de la cascada en siete países con un alto nivel de ingresos: Estados Unidos, Gran Bretaña, Francia, Dinamarca, Países Bajos, Australia y Canadá. Se identificaron los puntos clave en que se producían grandes rupturas (caídas de 19%) con respecto a las fases anteriores. Estos puntos marcaban las áreas en que los programas terapéuticos nacionales estaban funcionando por debajo de sus posibilidades. Las fuentes de datos utilizadas incluían los propios informes de vigilancia de ONUSIDA, artículos publicados en revistas con mecanismos de revisión por pares y comunicaciones en conferencias.

La proporción de personas con VIH con cargas virales indetectables osciló desde 62% en Australia hasta 25% en Estados Unidos. En Dinamarca, Gran Bretaña, Países Bajos y Francia la proporción de personas con niveles indetectables

tables de carga viral superaba 50% en todos los casos (59%, 58%, 53% y 52%, respectivamente). En Canadá sólo 35% de las personas con VIH presentaban cargas virales indetectables.

Algunos resultados del estudio fueron ciertamente sorprendentes. Un ejemplo sería que la proporción de personas con carga viral indetectable en los países de África subsahariana es superior a la de Estados Unidos (29% frente a 25%). Asimismo, se observó que en todos los países, incluso en los que obtuvieron mejores resultados, se produce una pérdida significativa de personas entre las distintas fases de la cascada.

En el caso de Australia, el país que mejor resultado final obtuvo, 86% de las personas con infección por VIH estaba diagnosticado, 76% había sido adecuadamente vinculado al seguimiento médico especializado, 66% tomaba tratamiento antirretroviral y 62% tenía carga viral indetectable.

En todos los países se identificaron puntos débiles en la cascada de la atención al VIH: en Gran Bretaña y Países Bajos se detectó un alto número de casos de infecciones diagnosticadas (21-27%) no vinculadas a atención médica especializada. En el caso de Francia y Canadá, el punto débil fueron las infecciones sin diagnosticar (19-29%). En Estados Unidos, resultó llamativa la gran diferencia entre la proporción de gente vinculada a la atención médica especializada (66%) y la retenida en dicha atención (37%).

Estas diferencias, a juicio del equipo de investigación, no son coyunturales, sino que revelan desigualdades subyacentes en la atención prestada a las personas con VIH entre los distintos países. El ambicioso objetivo planteado por ONUSIDA puede ser un llamamiento a revisar las distintas estrategias para poder aprovechar las fortalezas y subsanar las debilidades de los distintos planteamientos utilizados en países con características muy distintas.

EL PAÍS Portugal declara el brote de legionelosis como “emergencia grave”

14 de noviembre de 2014 – Fuente: El País (España)

Casi un mes después del primer caso de legionelosis, el 18 de octubre, el Ministerio de Salud de Portugal declaró el brote como “situación de grave emergencia de salud pública”. En este tiempo han fallecido por la enfermedad siete personas, otra está pendiente de confirmación y 44 continúan en cuidados intensivos, según los datos oficiales proporcionados a las 17:00 horas del 14 de noviembre.

La declaración de “emergencia grave” no se ha realizado tanto por la legionelosis, cuyo brote empieza a remitir, con más altas en hospitales que bajas, como por la huelga nacional de enfermeros que empezó el 14 de noviembre y que se repetirá el día 21. La reacción del Ministerio se produjo después que finalizara sin acuerdo la reunión entre las autoridades sanitarias y el Sindicato de Enfermeros Portugueses (SEP), convocante de la huelga.

En un decreto publicado el 14 de noviembre, se argumenta que el derecho a la huelga no puede estar por encima del derecho a la vida y a la salud de las personas. Con este decreto, los enfermeros que trabajan en los hospitales localizados en la zona de excepción, la que concentra la mayoría de los afectados por la legionelosis, deben trabajar en las condiciones y horarios habituales, y anular los servicios mínimos que se habían establecido para este día.

Mientras continúan las investigaciones del origen del brote, la Fiscalía General del Estado abrió un expediente para delimitar si algunas de las fábricas donde se originó el brote –ADP Fertilizantes es el centro de las sospechas– hubiera cometido un delito de contaminación. En ese caso, la fábrica sería multada con 6,26 millones de dólares y los responsables personales, si los hubiera, podrían sufrir penas de hasta 11 años de cárcel al haber provocado daños mortales.

El último balance oficial de las autoridades sanitarias del Gobierno –al margen de las cifras que daba la autoridad sanitaria regional– cifra en siete las muertes provocadas por la legionelosis, una queda por confirmar. Hay 316 personas afectadas, cinco más este viernes, y 44 se mantienen en cuidados intensivos. Dos enfermos relacionados con el brote, y que actualmente se encontraban en Perú y Angola, han sido desestimados.



Sierra Leona: Cayeron dramáticamente las coberturas de vacunación

3 de noviembre de 2014 – Fuente: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

En estos días, en Sierra Leona, la mayoría de la gente hace todo lo posible por mantenerse alejada de los hospitales y centros de salud, que albergan a las personas infectadas con el virus del Ébola para que reciban tratamiento. Puede que esta actitud sea una respuesta comprensible a una epidemia mortal, pero ya se está sintiendo el impacto de estos temores en la salud general, especialmente debido a la fuerte reducción de la vacunación.

Las tasas de inmunización nacionales para la vacuna pentavalente contra la difteria, la tos convulsa, el tétanos, la infección por *Haemophilus influenzae* tipo B y la hepatitis B superaron el objetivo de 90% hasta agosto, cuando comenzaron a descender significativamente.

“La caída en los niveles de vacunación es realmente preocupante y socava el trabajo que hemos estado haciendo en los últimos años”, dice Yaron Wolman, que encabeza la unidad de supervivencia infantil y desarrollo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en Sierra Leona.

“Los niños no sólo están expuestos al virus del Ébola, sino también a otras enfermedades devastadoras como el sarampión, el rotavirus y la fiebre amarilla, mientras que la poliomielitis podría estar al acecho”.



Un grupo de madres hace fila para vacunar a sus hijos recién nacidos después del cierre de dos centros de salud cercanos. Un descenso en los niveles de vacunación está minando años de progreso en el sector de la salud.

La gran gota

Las primeras muertes por la enfermedad por el virus del Ébola (EVE) en Sierra Leona se confirmaron el 26 de mayo. La comparación de las tasas de vacunación con la pentavalente para los periodos marzo-mayo y junio-agosto revelan una caída en casi todos los distritos, y un aumento en sólo uno: Koinadugu, también el último donde se registró un caso de EVE, en octubre.

Para el sarampión, las tasas de vacunación se redujeron de 99% en enero a 76% en julio.

Los padres que esperan que sus hijos sean vacunados también parecen estar cambiando su enfoque. En el pequeño puesto de vacunación junto a los Almacenes Médicos Centrales del Gobierno en Freetown, un grupo de cinco madres se alinean bajo el sol abrasador para vacunar a sus hijos recién nacidos, cuyos gritos se mezclan con los ladridos de los perros y los mensajes a todo volumen sobre la EVE en la choza local de música.

Que haya una fila en este puesto es un espectáculo poco común, pero el Hospital del Gobierno cerca de Kingharman Road y el Centro de Salud de la Comunidad George Brook han cerrado sus puertas debido a que algunos trabajadores de salud se infectaron con el virus del Ébola.

“Dado que el brote comenzó en mayo, las madres han estado postergando la visita a los hospitales debido al temor de contraer la enfermedad”, dijo una de las enfermeras en el puesto de vacunación, que no quiso dar su nombre. Ella dice que tiene miedo a la EVE, pero confiesa que se ha olvidado de usar la máscara de protección para la cara. Lleva puesto un delantal de plástico, así como guantes.

“Trato de cambiar mis guantes para cada niño que atiendo. Pero con la carga de trabajo es fácil olvidarse”, dice.

Campañas suspendidas

Las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para los programas de inmunización durante el brote de EVE indican que, debido a la amenaza de la transmisión de la enfermedad, se deben suspender las campañas de vacunación. Para las clínicas y los centros de salud, recomiendan que se utilicen guantes de protección y se cambian para cada paciente que recibe las vacunas, y piden que se lleve a cabo una estricta higiene de manos.

En Sierra Leona, las campañas de vacunación a gran escala ya han sido suspendidas, y el UNICEF está trabajando para proporcionar conjuntos básicos de protección para los vacunadores en los próximos meses.



Un bebé recibe las dosis de la vacuna BCG y anti-poliomielítica en la unidad de vacunación cerca de los Almacenes Médicos Centrales en Freetown, Sierra Leona. Aunque las campañas sistemáticas de inmunización se mantienen en Sierra Leona, las campañas de vacunación están interrumpidas.

En el interior del centro del Almacén Central de Suministros se mantiene la vacunación sistemática para los bebés. Primero se les pesa, y luego se les administra la vacuna contra la poliomielitis y la vacuna BCG contra la tuberculosis. Desde el estallido de la EVE, sin embargo, ya no se les toma la temperatura: “No tenemos termómetros infrarrojos, y no queremos utilizar más los termómetros normales”, dice la enfermera.

El UNICEF, con el apoyo del Banco Mundial, el Departamento de Gran Bretaña para el Desarrollo Internacional (DFID) y el Departamento de Protección Civil y Ayuda Humanitaria de la Unión Europea (ECHO), está enviando más suministros. El 10 de octubre llegó el primer envío de suministros y consumibles para el control y la prevención de infecciones destinados a las Unidades Primaria de Salud, que incluían guantes, delantales, trajes protectores, gafas y máscaras. Estos suministros son cruciales para que las pequeñas clínicas, como la de los Almacenes Médicos Centrales, proporcionen tratamiento contra la malaria, atención prenatal, atención postnatal, apoyo del VIH, y servicios de nutrición e inmunización.

Los suministros están siendo distribuidos primeramente a las Unidades Primarias de Salud en los distritos más afectados por la EVE: Western Area, Port Loko, Bombali, Tonkolili, Moyamba y Bo.



Un análisis genético podría ayudar a detectar fiebres hemorrágicas antes que aparezcan los síntomas

16 de noviembre de 2014 – Fuente: *BioMed Central Genomics*

Quizá sea posible identificar distintos tipos de fiebres hemorrágicas antes que las personas presenten síntomas, según una investigación reciente.

Los científicos estudiaron dos fiebres hemorrágicas: la de Marburg y la de Lassa. La fiebre de Marburg provoca brotes ocasionales en África que tienen unas tasas altas de letalidad, y la de Lassa es común en África Occidental, reportaron los investigadores.

Usando material genético de los glóbulos blancos, investigadores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Boston y del Instituto de Investigación Médica del Ejército de Estados Unidos pudieron reconocer cambios en la forma en que los genes se comportaban en las etapas tempranas de la infección. Esos cambios ocurren antes que alguien ni siquiera tenga síntomas, según los investigadores. También ocurren antes que la infección se pueda transmitir a otros, según el estudio.

Los hallazgos podrían ayudar a conducir a mejores formas de diagnosticar las fiebres hemorrágicas en las primeras etapas, cuando es más probable que los tratamientos y los esfuerzos de contención sean efectivos, sugirieron los investigadores.



Anotaron que las indicaciones tempranas de las fiebres hemorrágicas (fiebre y síntomas de gripe) son similares, lo que puede dificultar un diagnóstico adecuado. Los síntomas más específicos de la enfermedad y la capacidad de propagar el virus de una persona a otra no comienzan hasta que el virus se ha acumulado en la sangre.

“La capacidad de distinguir entre distintos tipos de infección antes de la aparición de síntomas clínicos manifiestos tiene implicaciones importantes para guiar el triaje y la contención durante las epidemias”, aseguró Ignacio Caballero, uno de los autores del estudio y candidato doctoral de la Facultad de Medicina de la Universidad de Boston.

“Esperamos que nuestro estudio ayude con el desarrollo de unos mejores métodos diagnósticos, sobre todo en las primeras etapas de la enfermedad, cuando es más probable que los tratamientos sean efectivos”, añadió.

Pero Caballero anotó que “este no es un hallazgo que pueda convertirse en una prueba mañana mismo. Este estudio respalda la idea de que hay marcadores tempranos de la enfermedad, pero queda por hacer un trabajo significativo para ampliar estos hallazgos”.⁴



La OMS establece parámetros para reducir los daños para la salud debidos a la contaminación del aire de interiores

12 de noviembre de 2014 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicadas el 12 de noviembre ponen de relieve los peligros de quemar en los hogares combustibles como el carbón no tratado y el kerosén, y establecen metas para reducir las emisiones de contaminantes nocivos para la salud procedentes de fogones, estufas y lámparas de mecha de uso doméstico.

En las nuevas ‘Directrices de la OMS sobre la calidad del aire de interiores - Quema de combustibles en los hogares’⁵ se subraya la necesidad de mejorar el acceso de los hogares a fuentes de energía menos contaminantes, como el gas de petróleo licuado, el biogás, el gas natural y el etanol, o la electricidad, especialmente en países de ingresos bajos y medios.

Las nuevas directrices llegan después que la OMS revelara a principios de este año que más de 7 millones de personas –una de cada ocho del total de muertes mundiales– murieron a causa de la exposición a la contaminación atmosférica o del aire de interiores. Según las estimaciones, unos 4,3 millones de personas mueren cada año en todo el mundo a causa de la contaminación del aire en los hogares emitida por fogones rudimentarios de biomasa y carbón.

“Velar por que en los hogares y en su entorno el aire esté menos contaminado es fundamental para reducir la carga de morbilidad debida a la contaminación del aire, especialmente en los países de ingresos bajos y medios”, señala la Dra. María Neira, Directora del Departamento de la OMS de Salud Pública, Medio Ambiente y Determinantes Sociales de la Salud. “Las nuevas directrices de la OMS tienen por objeto ayudar a los países a introducir tecnologías menos contaminantes, mejorar la calidad del aire en los hogares pobres, reducir las enfermedades relacionadas con la contaminación y salvar vidas”.

Casi 3.000 millones de personas en todo el mundo siguen sin acceso a combustibles y tecnologías menos contaminantes para cocinar, caldear espacios y alumbrarse. Cada año millones de personas mueren como consecuencia de la contaminación del aire en los hogares: 34% por accidentes cerebrovasculares, 26% por cardiopatías isquémicas, 22% por neumopatías obstructivas crónicas, 12% por neumonía infantil y 6% por cáncer de pulmón.

Estas enfermedades se deben principalmente a los elevados niveles de partículas finas en suspensión y de monóxido de carbono emitidos al quemar combustibles sólidos como madera, carbón, excrementos de animales, residuos agrícolas y carbón en fogones, estufas o lámparas de mecha poco eficientes.

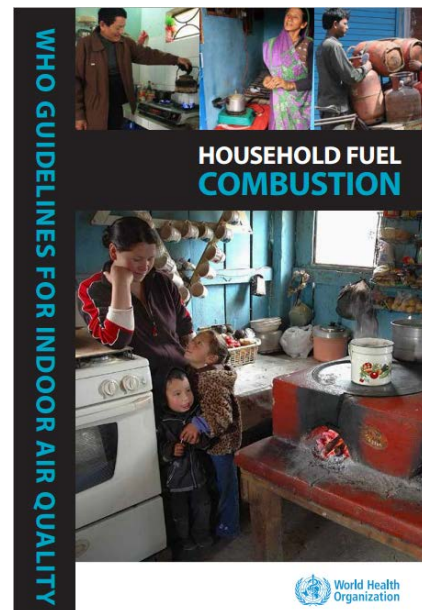
Nuevas metas de reducción de las emisiones

Las directrices incluyen metas de reducción de las emisiones, en diferentes tipos de aparatos domésticos, para el monóxido de carbono y las partículas finas en suspensión. Las metas son el resultado de años de examen de las consecuencias para la salud de las emisiones de contaminantes del aire en los hogares y del exhaustivo análisis de los niveles en los que tendrían que reducirse las emisiones para cumplir lo dispuesto en las directrices de la OMS sobre la calidad del aire.

“Si se satisfacen las nuevas metas de reducción de las emisiones, aproximadamente un 90% de los hogares de todo el mundo se ajustarán a las normas de calidad del aire establecidas por la OMS”, señaló Neira.

Evitar el carbón no tratado y el kerosén

En las nuevas directrices se recomienda dejar de utilizar el carbón no tratado como combustible doméstico. El carbón contiene elementos tóxicos como arsénico, plomo y mercurio. La combustión incompleta de carbón en fogones y estufas poco eficientes puede provocar enfermedades graves y muerte prematura.



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

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

También se desaconseja el uso del kerosén como combustible doméstico por la preocupación que suscitan sus efectos negativos en la calidad del aire y la seguridad. Además, el kerosén está relacionado con quemaduras, incendios e intoxicaciones.

Consecuencias para la salud

En los hogares con fogones de carbón o biomasa que queman a fuego abierto y no disponen de ventilación, las emisiones de partículas en suspensión y otros contaminantes pueden ser 100 veces superiores a los niveles que recomienda la OMS. Tales contaminantes son carcinógenos y provocan enfermedades cardíacas y pulmonares puesto que debilitan la respuesta inmunitaria, reducen la capacidad de transporte de oxígeno en la sangre y provocan inflamación generalizada e isquemia, entre otros trastornos fisiológicos.

“Las mujeres y los niños pequeños, que son quienes más tiempo pasan cerca del hogar, son especialmente vulnerables”, señala la Dra. Flavia Bustreo, Subdirectora General de la OMS, grupo orgánico de Salud de la Familia, la Mujer y el Niño. “En todo el mundo, más de 50% de las muertes por neumonía en menores de 5 años están relacionadas con la contaminación del aire en los hogares”.

Posiblemente las mujeres y los niños sufran también otras consecuencias. En muchas regiones, pasan horas cada día recolectando combustible para los fogones y estufas tradicionales, lo que restringe el tiempo que pueden dedicar a ganar dinero o a asistir a la escuela.

La forma de avanzar

Para poder cumplir las nuevas metas, es necesario que haya un incremento rápido del acceso a aparatos para cocinar y calentar espacios, y también lámparas, más modernos y menos contaminantes en los hogares de los países en desarrollo, señala el Dr. Carlos Dora, Coordinador de la OMS para Salud Pública, Medio Ambiente y Determinantes Sociales de la Salud.

“Es necesario incrementar el uso de combustibles menos contaminantes como el biogás, el etanol o el gas natural o de petróleo licuado con la ventilación adecuada, así como soluciones de electricidad de origen solar para la iluminación. Y los precios de las tecnologías y los combustibles menos contaminantes deben estar al alcance de los hogares con los ingresos más bajos”, señaló.

A la vez, en las nuevas directrices se recomienda a los países que no utilicen carbón no tratado ni kerosén como fuentes de energía doméstica, y que busquen otros combustibles para sustituirlos.

“Se está trabajando intensamente para mejorar el tipo de fogones de biomasa normalmente utilizados en los países en desarrollo para preparar comidas, pero solamente los fogones que logren las metas de reducción de las emisiones procedentes de la quema de combustibles en los hogares pueden garantizar un menor riesgo debido a la contaminación del aire en los hogares para la salud de las mujeres y los niños”.

Las oficinas de la OMS regionales y en los países prestarán apoyo a los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales, el sector privado y los asociados para el desarrollo en la aplicación de las directrices, que se examinarán y actualizarán periódicamente.⁶

⁶ Las Metas de reducción de las emisiones de la OMS son las siguientes:

Para partículas finas en suspensión:

- Aparatos con chimenea o campana: máximo de 0,80 miligramos/minutos (mg/min).
- Fogones, estufas y lámparas de mecha sin ventilación: máximo de 0,23 mg/min.

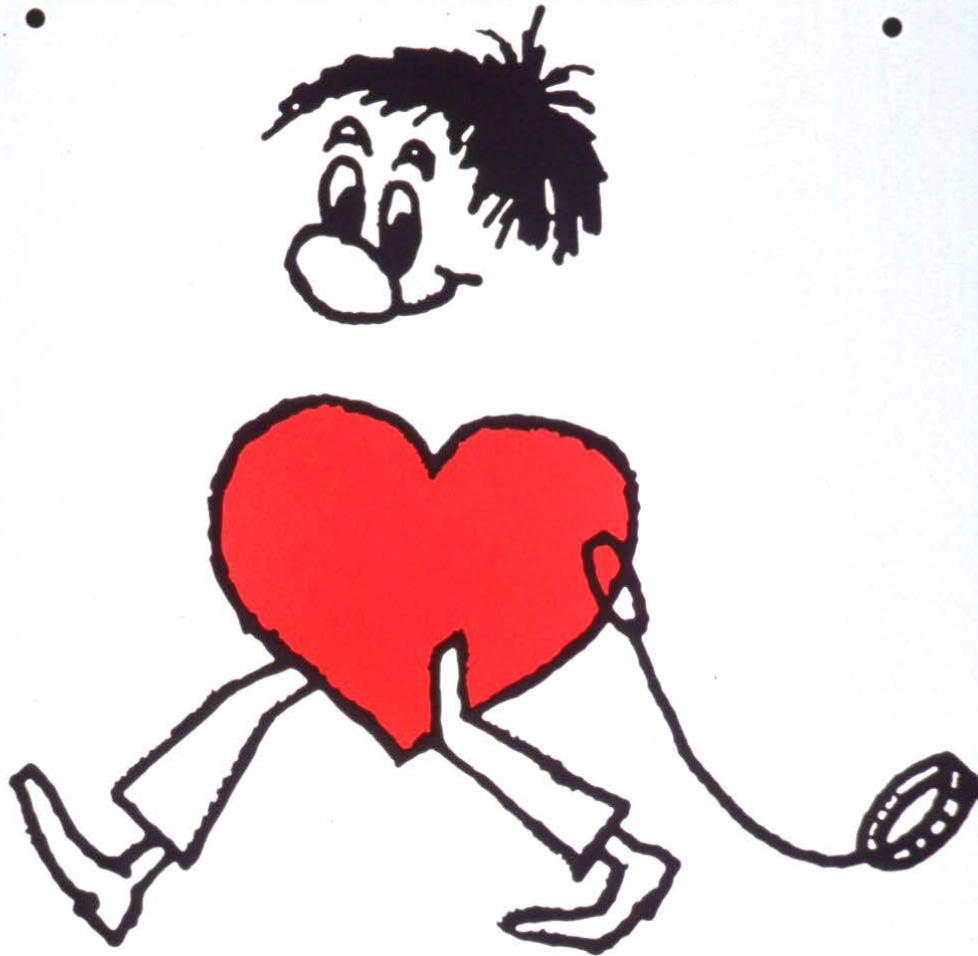
Para monóxido de carbono

- Aparatos con chimenea o campana: máximo de 0,59 g/min.
- Fogones, estufas y lámparas de mecha sin ventilación: máximo de 0,16 g/min.

Las partículas finas en suspensión son una compleja mezcla de partículas sólidas y líquidas que contiene principalmente sulfatos, nitratos, amoníaco, cloruro sódico, carbono negro, polvo de minerales y agua.

Las directrices de la OMS se fundamentaron en un examen riguroso de todos los conocimientos científicos disponibles en la actualidad y se sometieron al examen de científicos expertos en la materia de todo el mundo.

HJERTE-MOTION



gå en tur med hunden-
selv om du ingen har



HJERTEFORENINGEN

El ejercicio es bueno para el corazón. Saca a pasear el perro, aunque no tengas uno.
Hjertereforeningen (Copenhagen, Dinamarca).

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.