



# Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente  
Córdoba - Argentina



## Número 956

8 de agosto de 2012

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 Benetucci (Arg.)  
Pablo Bonvehí (Arg.)  
Marina Bottiglieri (Arg.)  
María Belén Bouzas (Arg.)  
Lydia Carvajal (Arg.)  
Arnaldo Casiró (Arg.)  
Ana Ceballos (Arg.)  
Sergio Cimerman (Bra.)  
Ángela Gentile (Arg.)  
Ezequiel Klimovsky (Arg.)  
Gabriel Levy Hara (Arg.)  
Tomás Orduna (Arg.)  
Daniel Pryluka (Arg.)  
Charlotte Russ (Arg.)  
Eduardo Savio (Uru.)  
Daniel Stecher (Arg.)

Colaboradores

Germán Bernardi (Arg.)  
Guillermo Cuervo (Esp.)  
Milagros Ferreyra (Fra.)  
José González (Arg.)  
Leonardo Marianelli (Arg.)  
Lorena Ravera (Arg.)  
Gisela Sejenovich (Arg.)  
María Lola Vozza (Arg.)



VII CURSO LATINOAMERICANO  
DE MEDICINA DEL VIAJERO

Ciudad de Córdoba  
Octubre-Diciembre 2012  
www.slamviweb.org

## Noticias

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

### Argentina

- Vigilancia de supuración genital no gonocócica y sin especificar
- Lanzan un programa de salud destinado a niños, adolescentes y mujeres
- Buenos Aires, Florencio Varela: Detectan casos positivos de triquinelosis

### América

- Brasil, Valle del Javari: El 8% de la población indígena ha muerto en los últimos once años a causa de enfermedades
- Estados Unidos: Más mujeres de las minorías mueren en el parto
- Estados Unidos: Retiran del mercado almuerzos escolares por riesgo de listeriosis
- Honduras, San Pedro Sula: Aumenta la alarma ante los casos de dengue
- Uruguay: Aumentan los casos de sífilis congénita

### El mundo

- China, Henan, Xinyang: Las autoridades estarían encubriendo una epidemia mortal causada por la picadura de garrapatas
- España, Las Palmas de Gran Canaria: Más de 100 bañistas son atendidos en una playa por picaduras de medusas
- España, Asturias: Detectan un brote de parotiditis
- India, Guwahati: Brotes de enfermedades entre los 400.000 ciudadanos albergados en campamentos de refugiados
- Sudán del Sur: Las tasas de mortalidad y desnutrición en los campos de refugiados de Yida y Batil alcanzan niveles catastróficos
- Nuevas tecnologías contra las enfermedades transmitidas por animales
- ¿Puede el brote de fiebre del Ébola extenderse a otros continentes?

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.

Adhieren:



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

SLAMVI

Sociedad Latinoamericana  
de Medicina del Viajero

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

Comité Nacional de  
Infectología

Sociedad Argentina de Pediatría  
[www.sap.org.ar/](http://www.sap.org.ar/)

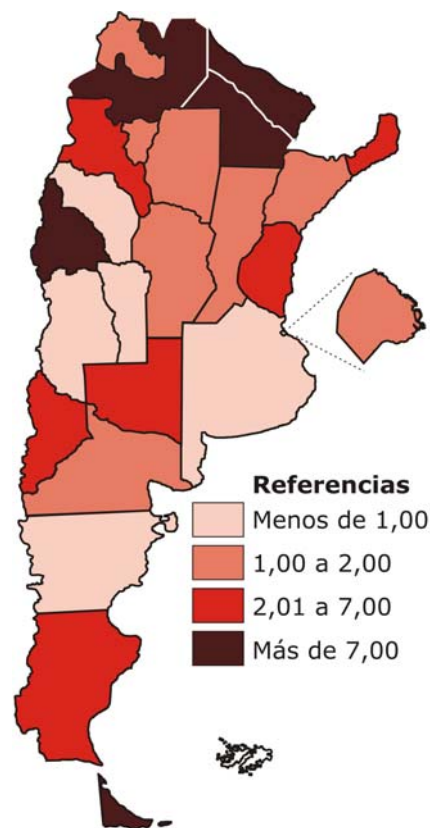
## Vigilancia de supuración genital no gonocócica y sin especificar

30 de julio de 2012 – Fuente: Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

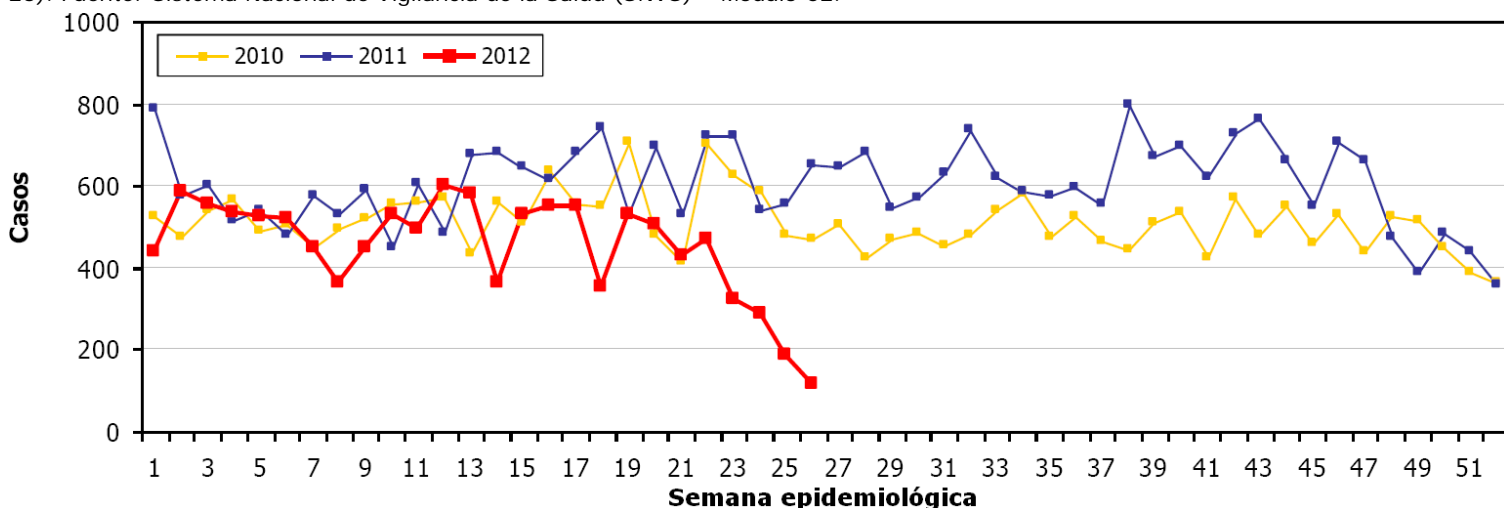
**Tabla 1.** Casos notificados y tasas de notificación cada 10.000 habitantes, según provincia y región. República Argentina. Años 2010/2012, hasta semana epidemiológica 26. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.<sup>1</sup>

Provincia/Región	2010		2011		2012	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	299	0,98	263	0,86	333	1,09
Buenos Aires	153	0,10	926	0,60	319	0,21
Córdoba	572	1,68	910	2,68	585	1,72
Entre Ríos	1.248	9,73	1.190	9,28	836	6,52
Santa Fe	429	1,31	687	2,09	635	1,93
<b>Centro</b>	<b>2.701</b>	<b>1,03</b>	<b>3.976</b>	<b>1,51</b>	<b>2.708</b>	<b>1,03</b>
La Rioja	4	0,11	4	0,11	13	0,37
Mendoza	280	1,59	197	1,12	61	0,35
San Juan	167	2,34	435	6,08	820	11,47
San Luis	16	0,35	7	0,15	2	0,04
<b>Cuyo</b>	<b>467</b>	<b>1,42</b>	<b>643</b>	<b>1,95</b>	<b>896</b>	<b>2,72</b>
Corrientes	152	1,47	138	1,33	114	1,10
Chaco	2.121	19,80	2.700	25,21	3.230	30,15
Formosa	1.550	27,89	1.003	18,05	678	12,20
Misiones	767	6,90	735	6,61	753	6,77
<b>NEA</b>	<b>4.590</b>	<b>12,16</b>	<b>4.576</b>	<b>12,13</b>	<b>4.775</b>	<b>12,65</b>
Catamarca	163	4,03	190	4,70	83	2,05
Jujuy	265	3,79	300	4,30	134	1,92
Salta	4.779	37,71	4.890	38,59	2.094	16,52
Santiago del Estero	219	2,48	231	2,61	172	1,95
Tucumán	258	1,71	284	1,88	202	1,34
<b>NOA</b>	<b>5.684</b>	<b>11,93</b>	<b>5.895</b>	<b>12,37</b>	<b>2.685</b>	<b>5,63</b>
Chubut	1	0,02	—	—	10	0,21
La Pampa	270	7,91	290	8,49	148	4,33
Neuquén	138	2,44	89	1,57	114	2,02
Río Negro	84	1,39	60	0,99	61	1,01
Santa Cruz	34	1,45	42	1,79	85	3,63
Tierra del Fuego	—	—	162	12,12	355	26,55
<b>Sur</b>	<b>527</b>	<b>2,24</b>	<b>643</b>	<b>2,74</b>	<b>773</b>	<b>3,29</b>
<b>Total Argentina</b>	<b>13.969</b>	<b>3,45</b>	<b>15.733</b>	<b>3,88</b>	<b>11.837</b>	<b>2,92</b>

**Mapa 1.** Tasas de notificación cada 10.000 habitantes. República Argentina. Año 2012, hasta semana epidemiológica 26. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.



**Figura 1.** Casos notificados por semana epidemiológica. República Argentina. Años 2010/2012 (año 2012 hasta semana epidemiológica 26). Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.



## Lanzan un programa de salud destinado a niños, adolescentes y mujeres

6 de agosto de 2012 – Fuente: Ministerio de Salud (Argentina)

La Presidenta de la Nación, Cristina Elisabet Fernández Wilhelm, lanzó hoy en la Casa Rosada el Programa Sumar, que en la práctica consiste en la ampliación del programa materno infantil Plan Nacer, con el objetivo de profundizar el descenso de la tasa de mortalidad materno infantil, disminuir las muertes por cáncer de cuello de útero y de mama, así como cuidar la salud de los niños y adolescentes de todo el país.

<sup>1</sup> Esta información es parcial y sujeta a modificaciones. Las notificaciones incluyen casos sospechosos.

Junto al ministro de Salud de la Nación, Juan Luis Manzur, ministros del gabinete nacional, gobernadores, titulares de carteras sanitarias provinciales, y autoridades y expertos del ámbito de la salud tanto nacional como internacional, la primera mandataria informó que para la puesta en marcha del Sumar, el Gobierno nacional invertirá 2.500 millones de pesos adicionales y las provincias aportarán 200 millones de pesos con el fin de fortalecer el sistema público de salud de Argentina y profundizar la inclusión social.

Se estima que entre 2012 y 2015 el Programa Sumar brindará cobertura de salud a más de 9,5 millones de personas, incluyendo a 1,8 millones de niños de 0 a 5 años; 3,9 millones de adolescentes; 230.000 embarazadas y 3,8 millones de mujeres de 20 a 64 años que no tienen otra cobertura sanitaria que la que ofrece el sistema público de salud.

Al igual que el Plan Nacer, el Programa Sumar profundizará el acceso y el ejercicio de los derechos de la salud a través de un camino innovador en la gestión sanitaria del país, que utiliza un modelo de financiamiento basado en resultados por el cuál la Nación transfiere recursos a las provincias en función de la inscripción y nominalización de la población objetivo, y a partir de los resultados de cobertura efectiva y la calidad de atención brindada por los establecimientos públicos que integran los sistemas provinciales de salud.

El impacto esperado por la cartera sanitaria nacional a partir de la implementación del Programa Sumar es el desarrollo de los seguros de salud provinciales brindando una cobertura explícita de salud en la población más vulnerable; el mejoramiento del acceso a la salud; el fortalecimiento de hospitales y centros de Salud públicos de todo el país; la promoción del ejercicio efectivo de los derechos de la salud promoviendo la equidad e igualdad, y la transparencia en el uso de los recursos.

### **Prestaciones del Sumar**

El nuevo programa establece distintas prestaciones de salud de acuerdo a las particularidades de los distintos grupos etáreos. Las mismas serán ofrecidas dentro de un marco de acceso gratuito a los servicios médicos, una atención sin discriminación, protección y contención ante situaciones de peligro, y vacunación oportuna.

Entre las prestaciones dirigidas a los niños, el Programa Sumar establece la atención al recién nacido, el examen para detectar hipoacusia, controles clínicos del bebé, aplicación de las vacunas del calendario oficial, controles odontológicos y oftalmológicos, consultas pediátricas, atención de enfermedades respiratorias, diarreas y nutricionales, prestaciones de alta complejidad (cirugías y tratamientos de cardiopatías congénitas, cuidados intensivos para recién nacidos e internaciones por neumonía), e información para los padres sobre lactancia materna, pautas de alimentación, crianza y desarrollo infantil, entre otros.

En cuanto a las embarazadas, la cobertura del Sumar incluye la prueba de embarazo y posteriores controles, el análisis de sangre y orina, ecografías, vacunación, control de salud bucal y arreglo de caries, atención con médicos especialistas y prestaciones de alta complejidad para embarazos de alto riesgo, parto atendido por especialistas en hospital, atención al recién nacido y acceso a la información sobre los cuidados durante el embarazo y postparto.

Para la población adolescente que abarcará el Sumar se prevé una consulta médica anual, la asistencia y orientación en caso de sufrir problemas de exceso de consumo de alcohol y drogas, asistencia en caso de violencia sexual, aplicación de vacunas indicadas en el calendario nacional, controles de vista y salud bucal, consulta ginecológica anual, test de embarazo confidencial y acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva, prevención de adicciones, VIH/sida e infecciones de transmisión sexual, violencia de género y familiar, y trastornos alimentarios.

Finalmente, para las mujeres hasta los 64 años, desde el Programa Sumar se realizarán controles clínicos anuales, controles ginecológicos periódicos para la prevención de enfermedades como el cáncer de cuello de útero y de mama, vacunación, examen odontológico anual, atención y seguimiento para víctimas de violencia sexual y acceso a la información sobre planificación familiar, prevención de adicciones, promoción de hábitos saludables y pautas de alimentación y crianza.

### **El Plan Nacer, un antecedente exitoso**

El Plan Nacer comenzó a implementarse en 2005 en las nueve provincias del Noreste Argentino (NEA) y Noroeste Argentino (NOA), por ser las jurisdicciones que presentaban los indicadores más desfavorables y en 2007 se extendió al resto del país. Tras siete años de trabajo obtuvo los siguientes resultados:

- Entre los años 2005 y 2010, la mortalidad infantil se redujo un 17% en todo el país y un 24% en las provincias del Norte.
- La brecha entre la mortalidad infantil del Norte y la nacional se redujo a la mitad, un 48% en el período 2005-2010.
- 4,7 millones de embarazadas y niños recibieron cobertura del Plan Nacer.
- Más de 37 millones de prestaciones de prevención, cuidado y promoción de la salud brindadas a la población materno-infantil.
- Más de 7.000 establecimientos públicos beneficiados.
- 1.200 millones de pesos adicionales invertidos entre 2005 y 2012.

Además, el plan fue el primer programa de América Latina en contar con evaluaciones externas y rigurosas de su impacto. Los primeros resultados, que fueron los verificados en las provincias de Misiones y Tucumán, concluyeron que en las mencionadas provincias las embarazadas con Plan Nacer fueron identificadas más tempranamente, recibieron más controles prenatales y sus hijos tuvieron más controles de salud durante los primeros meses de vida.

---

La solidez del proceso de implementación posibilitó que en el año 2010 se incorporara el financiamiento para la atención integral de las cardiopatías congénitas, que constituyen la principal causa de mortalidad infantil difícilmente reducible, para todos los niños del país sin obra social. Desde su puesta en marcha se logró:

- Conformar la Primera Red Federal Pública de Alta Complejidad: integrada por 17 hospitales que cumplen los estándares de calidad, coordinada por un Centro Nacional, y con un enfoque regional.
- Más de 3.500 niños y niñas operados de cardiopatías congénitas desde 2010.
- Reducción de la lista de espera en un 80% con respecto a la existente en 2003.
- Se entregó equipamiento de alta complejidad a los hospitales del país por más de 18 millones de pesos.
- Se transfirieron más de 30 millones de pesos a los establecimientos por las cirugías realizadas.

La efectividad de la estrategia implementada con el Plan Nacer se potenció al integrarse con otras políticas públicas de protección social. Así fue que desde el lanzamiento de la Asignación Universal por Hijo aumentó 50% la inscripción de los niños al Plan Nacer y el impacto en la inscripción de las embarazadas fue del 14% en el periodo 2011-2012.



## Buenos Aires, Florencio Varela: Detectan casos positivos de triquinelosis

7 de agosto de 2012 – Fuente: La Noticia 1 (Argentina)

Las personas afectadas son del Barrio La Capilla y desde la Municipalidad de Florencio Varela informaron que localizaron el criadero de donde provenían los productos en mal estado, además del local de venta de chacinados elaborados con la carne. Ambos fueron clausurados y el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) retiró todos los animales. Hubo cuatro internados.

Desde la Comuna informaron que los pacientes con síntomas de la enfermedad están controlados y recibiendo los medicamentos correspondientes. De las cuatro personas hospitalizadas, una de ellas recibió el alta médica.

Advierten a la población que consumió carne de cerdo y presente síntomas, como malestar abdominal, calambres, diarrea, dolor muscular o fiebre, que se acerque lo más rápido posible a un centro de salud.

Al detectar los casos de enfermedad el Municipio participó al Ministerio de Asuntos Agrarios de la Provincia y al SENASA. En trabajo conjunto a través de la Dirección de Inspección General; la Subdirección de Bromatología y Zoonosis y la Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable, detectaron la presencia de un criadero de cerdos, que al ser analizados arrojaron resultados positivos para triquinelosis.

El SENASA retiró los animales y el Municipio clausuró el criadero. Hizo lo mismo con el local de venta de chacinados.



## América

**europa  
press**

## Brasil, Valle del Javari: El 8% de la población indígena ha muerto en los últimos once años a causa de enfermedades

7 de agosto de 2012 – Fuente: Europa Press

La organización no gubernamental para el desarrollo (ONGD) Manos Unidas denunciado que el 8% de la población indígena del Valle del Javari, en el Amazonas (Brasil), ha muerto en los últimos once años a causa de enfermedades como la malaria, la tuberculosis y la hepatitis, "sin que las autoridades se hayan aplicado en mejorar la situación de forma efectiva".

Además, la ONGD apunta, en el marco de su campaña 'La Salud, derecho de todos: ¡Actúa!', que los niños menores de catorce años son las principales víctimas del contagio por hepatitis (un 50%) y que el índice de mortalidad infantil es similar al de países como Afganistán –123 cada 1.000 nacidos vivos en 2008– y cinco veces superior a la media nacional.

Como consecuencia de esta situación, según señala la organización, cada año se incrementa el número de hogares monoparentales, fundamentalmente con mujeres como cabeza de familia, con bajos ingresos, y el número de niños huérfanos. Igualmente, indica que el miedo al contagio, el luto y la baja autoestima, están terminando con los rituales y las fiestas que contribuyen a la resistencia de estas comunidades.

Concretamente, Manos Unidas apoya con sus proyectos a ocho comunidades de indígenas Marubo y a otras ocho de indios Kanamari, que viven en la Tierra Indígena del Valle del Javari, segundo territorio indígena brasileño en extensión, con una superficie que abarca 8,5 millones de hectáreas en las que viven unas 5.000 personas, según la Fundación Nacional del Indio (FUNAI).



De entre todos los pueblos del Valle, los Kanamari, que se localizan en el Río Itacoaí, son los más vulnerables. Según explica la ONGD, estos indígenas abandonan sus cultivos y van a la ciudad para buscar los beneficios que ofrecen los programas asistenciales del Gobierno, pero terminan gastándolos en alcohol y las jóvenes suelen estar expuestas a la prostitución.

Por su parte, los Marubo reclaman una mejora de la educación escolar indígena pues gran parte de los profesores están enfermos y el apoyo que reciben del Gobierno es muy escaso.

La Diócesis de Alto Solimões, en colaboración con el Consejo Indigenista Misionero (CIMI), lleva años denunciando la situación en que se encuentran las comunidades indígenas del Valle del Javari y presionando a los responsables públicos de la salud y la educación para que aporten soluciones, pero hasta el momento, según afirma Manos Unidas, "lo único que han obtenido ha sido el silencio por respuesta".

Manos Unidas está apoyando junto con la Diócesis y el CIMI un proyecto de prevención e intervención en asuntos relacionados con la salud. Además, está trabajando en la mejora de la producción agrícola, en el fortalecimiento y la capacitación de las organizaciones y los líderes indígenas, en la mejora de la educación y en la revitalización cultural.



## Estados Unidos: Más mujeres de las minorías mueren en el parto

6 de agosto de 2012 – Fuente: *Obstetrics and Gynecology*

Un nuevo estudio de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos demuestra que las mujeres de las minorías del país son más propensas que las blancas a morir durante o después del parto.

Las mujeres negras, hispanas y asiáticas, y una gran cantidad de mujeres blancas nacidas fuera de Estados Unidos, representan el 41% de los nacimientos registrados en el país entre 1993 y 2006. Pero, también, el 62% de las muertes asociadas con el embarazo.

"Todo el mundo piensa que Estados Unidos tiene un gran servicio de atención de la salud, lo que es cierto, pero también existen poblaciones con resultados propios de los países en desarrollo", dijo la Dra. Allison Bryant, especialista en medicina materno-infantil del Hospital General de Massachusetts, en Boston, quien no participó del estudio.

Bryant comentó que algunas de esas diferencias serían por la falta de acceso de las minorías a una buena atención del embarazo, como así también por el aumento de las enfermedades durante el crecimiento y antes del embarazo.

"Si las mujeres se están muriendo por un embarazo, estamos frente a un problema mayor en términos de disparidades en la medicina. Si todas tuvieran acceso a una buena atención previo a la concepción, se podrían mitigar algunos de los problemas del embarazo", dijo Bryant.

El equipo de la doctora Andreea Creanga analizó datos de los CDC sobre todas las mujeres que habían fallecido durante o al año del parto, como así también las historias clínicas de sus bebés.

Los autores observaron que entre siete y nueve mujeres blancas cada 100.000 nacimientos vivos morían por complicaciones asociadas con el embarazo, como cardiopatías, infecciones y hemorragias, comparado con entre 32 y 35 afroamericanas cada 100.000 nacimientos vivos.

Entre las hispanas y las asiáticas, nacidas en o fuera de Estados Unidos, la tasa de mortalidad materna era de 10 cada 100.000.

Las mujeres más grandes eran más propensas a morir durante el parto: morían 18 blancas mayores de 35 años cada 100.000 nacidos vivos, comparado con 99 afroamericanas cada 100.000 nacidos vivos, es decir, una cada 1.000 bebés.

Como en otros estudios, el equipo de Creanga identificó también un aumento sostenido de la cantidad de muertes asociadas con el embarazo (11 cada 100.000 partos en 1993 a 16 cada 100.000 en 2006).

Se desconoce si se debe a un aumento de la mortalidad o a una mejor identificación de esas víctimas, según escribe el equipo.

En los 14 años relevados murieron 7.500 mujeres por complicaciones del embarazo. Tanto en las mujeres blancas como en las afroamericanas que fallecieron en la última mitad del período evaluado, las causas más comunes de muerte en el parto fueron las cardiopatías y la enfermedad cardiovascular, incluida la hipertensión.

Para Bryant, es posible que algunas diferencias en la mortalidad cardíaca se deban a factores genéticos o alimentarios de las mujeres. En cambio, la mortalidad por hemorragia durante el parto se podría prevenir con la adecuada atención médica prenatal de la madre.

Finalmente, Bryant consideró que se necesitan más estudios para determinar las causas de estas diferencias y cómo empezar a eliminarlas.<sup>2</sup>



<sup>2</sup> Puede consultar el informe completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#) (requiere suscripción).



## Estados Unidos: Retiran del mercado almuerzos escolares por riesgo de listeriosis

7 de agosto de 2012 – Fuente: Univisión (México)

La compañía de alimentos Reichel Foods, establecida en Minnesota, está retirando 7,2 toneladas de productos alimenticios debido al riesgo de que estén contaminados con *Listeria*, informó la Administración de Alimentos y Drogas (FDA) en un comunicado.

Los productos a retirar son tres tipos de almuerzos escolares empacados en cajas: Armour Active Packs Turkey & Cheese Wrap, Armour Active Packs Cheese Pizza y Armour Active Packs Ham & Cheese Wrap.

Asimismo, se retirará un tipo de golosina de manzana: Dippin' Stix Sliced Apples & Caramel with Peanuts; la manera de identificar las golosinas potencialmente contaminadas sería a través de su fecha de caducidad, la cual estaría comprendida entre el 1 y el 3 de septiembre del 2012.

La FDA recomienda a quienes hayan comprado algunos de estos productos revisar los códigos y fechas de caducidad, y si coinciden con alguno de los de la lista, devolver el paquete al lugar donde lo compraron.

Estos productos fueron distribuidos en cuatro estados: Indiana, Minnesota, Pennsylvania y Texas; sin embargo, hasta ahora, las autoridades no han tenido noticia de casos de infección relacionados con estos alimentos.

El problema se detectó durante una inspección llevada a cabo por el personal de Reichel Foods. La compañía, ahora, está trabajando junto con la FDA y el Servicio de Inocuidad e Inspección de los Alimentos (FSIS) del Departamento de Agricultura para retirar todos los paquetes que pudieran estar contaminados.

*Listeria* es una bacteria que suele contraerse a través del consumo de alimentos contaminados, y ocasiona una infección conocida como listeriosis.

La listeriosis puede presentarse entre dos y 60 días después de haberse consumido algún alimento contaminado; sus principales síntomas son fiebre, dolor muscular, diarrea y problemas gastrointestinales. Los adultos mayores, las embarazadas, los niños pequeños y las personas con un sistema inmune debilitados son más propensas a contraer esta enfermedad y a desarrollar complicaciones.



## La Prensa Honduras, San Pedro Sula: Aumenta la alarma ante los casos de dengue

6 de agosto de 2012 – Fuente: La Prensa (Honduras)

Los casos de dengue siguen en aumento y su incidencia en la ciudad ingresó en zona de alarma en el corredor endémico, según confirmaron las autoridades. Los casos sospechosos de dengue suman alrededor de 1.500 a la fecha. El viernes pasado por el aumento del dengue se decretó emergencia en la ciudad.

Ayer había internados en el Hospital 'Dr. Mario Catarino Rivas' 13 niños y 13 adultos con síntomas de la enfermedad que fueron ingresados en su mayoría durante el fin de semana.

Cada paciente debe permanecer internado un promedio de siete días, mientras presenta mejoría en su salud. Carlos Caballero, subdirector del centro hospitalario, informó que en el caso de los niños están analizando su procedencia para remitirlos a los hospitales de área y dejar internados solamente a los más graves.

Los serotipos que circulan en el país con el DEN-2 y el DEN-3.

Julio Rodríguez, director de la Región Metropolitana de Salud, dijo que a pesar de estar en zona de alarma, todavía no se ha convertido en una epidemia. Este año ya se superaron en un 5% los casos de dengue que se reportaron el año anterior.

La mayoría de los pacientes captados residen en las zonas del centro de la ciudad y algunos barrios marginales, así como de Las Palmas, Montefresco y la Unión, entre otros.



## Uruguay: Aumentan los casos de sífilis congénita

7 de agosto de 2012 – Fuente: El Observador (Uruguay)

Solo 10 dólares cuesta una inyección de penicilina que cura a una persona con sífilis. Asistir en un Centro de Terapia Intensiva (CTI) a un bebé que nace con la enfermedad puede llegar a costar 20.000 dólares.

El dato es ilustrativo de la paradoja que implica que esta antigua infección de transmisión sexual (ITS) y fácil curación siga en aumento, y sobre todo que se siga transmitiendo de madre a hijo.

Hoy es raro que un adulto muera por sífilis. En cambio, nacer con sífilis congénita conlleva dificultades mucho más graves: provoca abortos, prematurez, complicaciones neurológicas, renales, pulmonares o hematológicas. A veces ocasiona la muerte o deja graves secuelas.

El último relevamiento en el Hospital 'Pereira Rossell' reveló que 4,3% de las embarazadas que se atendieron allí en 2011 tenían sífilis. De los recién nacidos, 2,8% posiblemente tuvieran la infección. La cifra viene en crecimiento desde 2005.

No hay certeza respecto a estos datos a nivel nacional, ya que el procesamiento de información aún es deficitario. De todas formas, los pediatras entienden que lo que sucede en el Hospital 'Pereira Rossell' es representativo de la

Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), y que en las mutualistas la prevalencia es 10 veces menor. La sífilis es una enfermedad directamente asociada a la población más vulnerable.

La Sociedad Uruguaya de Pediatría (SUP) se encuentra en alerta ante el aumento de casos registrados en la maternidad pública más grande del país.

“A los pediatras nos importa mucho esta situación. Cada vez que nace un niño con sífilis congénita nos duele muchísimo porque se podría haber evitado. Es una enfermedad que tiene cura y que debería estar eliminada”, afirmó la pediatra y neonatóloga Rosebel de Oliveira, que integra esa sociedad.

No hay cifras disponibles sobre la mortalidad que conlleva la sífilis congénita, según dijo De Oliveira. El único dato certero en ese sentido es respecto a los niños que no llegan a nacer: al 14% de los abortos a los que se les realiza una anatomía patológica en el Hospital ‘Pereira Rossell’ se les detecta sífilis.

Con todo, la especialista aclaró que “la gran mayoría” de los niños son captados al momento del nacimiento, reciben el tratamiento adecuado y se curan. Nacer con sífilis no siempre significa tener que sobrellevar esa enfermedad toda la vida. En el mejor de los casos, el niño se debe controlar durante el primer año de vida y luego recibe el alta de la enfermedad. “Es una enfermedad que ya no determina un estigma”, consideró De Oliveira.

### Más casos o mejor notificación

La sífilis viene en aumento en Uruguay, en la región y en el mundo. Es una enfermedad que, según los especialistas, se comporta de forma cíclica. La última década marca una mayor prevalencia.

Sin embargo, según el informe “Análisis de la situación al año 2010. Eliminación de la transmisión maternoinfantil de VIH y de la sífilis congénita en la Región de las Américas”, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Uruguay es uno de los países con más sífilis congénita: en 2009 se notificaron 5,3 casos cada mil nacidos vivos.<sup>3</sup>

La realidad regional es más optimista. Chile se destaca con 0,3 casos cada mil y Argentina con 0,9. Cuba logró eliminar la enfermedad.

De Oliveira cree que la fórmula del éxito en el país caribeño está basada en “controles estrictos durante el embarazo” y “controles a la pareja” de la embarazada.

En ese sentido, la pediatra afirmó que “la principal falla en Uruguay es que los controles no son adecuados, en cantidad y calidad”. Y aun cuando los controles son los correctos, las dificultades para captar y tratar a la pareja de las embarazadas suponen un riesgo.

Con todo, De Oliveira sostiene que Uruguay no está peor que la región, y que la diferencia en las cifras se explica por una mayor notificación de los casos.

En el Ministerio de Salud Pública (MSP) tienen una postura similar. Rafael Aguirre, responsable del Programa de Salud de la Mujer del Área Salud Sexual y Reproductiva, relativizó las cifras de la OPS ya que hay “mucho subnotificación en la región” y Uruguay es uno de los países que mejor registro lleva.

De todas formas, aún no hay una cifra oficial de sífilis congénita a nivel nacional. “Con suerte sabemos lo del Hospital ‘Pereira Rossell’”. Tenemos una unidad de información tratando de afinar el número”, reconoció Aguirre.

Lo que sí saben en el MSP es que la sífilis viene en aumento, y por eso tienen un “plan de impacto”. El primer componente apunta justamente a “mejorar el sistema de notificación”, según Aguirre.

Un segundo componente consiste en “mejorar los controles durante el embarazo”. Las cifras del Hospital ‘Pereira Rossell’ son contundentes en ese sentido: casi la cuarta parte (42 en 217) de los casos de sífilis congénita carecieron de controles.

En tercer lugar el MSP apunta a “la calidad de los controles”. El estudio de laboratorio para infecciones de transmisión sexual (VDRL) es obligatorio desde hace 40 años. Sin embargo, en el Hospital ‘Pereira Rossell’, 99 de los 217 casos de sífilis congénita tuvieron seis o más controles durante el embarazo, con lo cual queda en duda qué tan extendido está el examen en realidad.

A su vez, ya está redactada y a la espera de la firma del ministro Jorge Venegas una ordenanza que obliga a las instituciones de salud cuyas embarazadas se realizan menos controles a implementar un sistema de test rápido para el diagnóstico de sífilis. Todas las instituciones deberán implementar acciones tendientes a optimizar el control y disponer de personal especialmente dedicado a detectar y tratar sífilis.

## El mundo



### China, Henan, Xinyang: Las autoridades estarían encubriendo una epidemia mortal causada por la picadura de garrapatas

7 de agosto de 2012 – Fuente: La Gran Época (China)

Una enfermedad mortal transmitida por garrapatas golpea la ciudad de Xinyang en la provincia central china de Henan. Hay hacinamiento de pacientes en el hospital, pero las autoridades locales tratan ocultar el brote y el número de muertos. Los medios de comunicación urgen a las autoridades de la ciudad para que revelen detalles sobre la epidemia.

<sup>3</sup> Puede consultar el informe completo haciendo clic [aquí](#).

Cada día llegan nuevas personas con picadura de garrapata al Hospital del Ejército de Liberación Popular N° 154 en la ciudad de Xinyang.

Información no oficial informa que "solo en la aldea de Qilichong, murieron siete personas. El hospital está abarrotado de pacientes y el gobierno de la ciudad no presta atención alguna al control de la epidemia e incluso trata de ocultar la situación al público en general".

Un médico admitió que el número de pacientes con picadura de garrapata aumentó dramáticamente. El brote no fue reportado por ninguna de las organizaciones médicas o funcionarios del gobierno.

En los últimos años, la ciudad de Xinyang se vio afectada por enfermedades transmitidas por garrapatas. El año pasado, el Hospital del Ejército de Liberación Popular N° 154 también estuvo atestado de pacientes que habían contraído la enfermedad.

**europa  
press**

## **España, Las Palmas de Gran Canaria: Más de 100 bañistas son atendidos en una playa por picaduras de medusas**

5 de agosto de 2012 – Fuente: Europa Press

Un total de 102 bañistas fueron atendidos este domingo en la playa de Las Canteras, en Las Palmas de Gran Canaria, por picaduras de medusas, según informó el Ayuntamiento capitalino.

El Consistorio mantuvo izada la bandera amarilla en toda la playa por presencia de medusas durante todo el día y Cruz Roja activó el protocolo de información a los usuarios mediante la colocación del triángulo de aviso, mensajes por megafonía y reparto de folletos informativos.

Como consecuencia de las sucesivas plagas de medusas que se están registrando en Las Canteras, el Ayuntamiento planea la instalación de redes en el mar, delimitando una zona en la que los usuarios podrán bañarse sin peligro de sufrir picaduras.

**lne**

## **España, Asturias: Detectan un brote de parotiditis**

7 de agosto de 2012 – Fuente: La Nueva España (España)

Los profesionales sanitarios han detectado un brote de parotiditis en el área sanitaria avilesina que afecta, principalmente, a jóvenes que rondan los 23 años. La mayoría de los casos se han diagnosticado, hasta la fecha, en centros de salud de Gozón. A escala regional, no obstante, esta enfermedad contagiosa se ha presentado con mayor virulencia en las áreas de Arriondas y Langreo, de acuerdo al último informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Asturias. En lo que va de año, en total, los profesionales han registrado 131 casos de parotiditis en Asturias, aproximadamente 80 más que en todo 2011.

Los profesionales sanitarios destacaron que la enfermedad está afectando principalmente a hombres con más de veinte años que bien no tuvieron parotiditis de niños –después de la enfermedad el paciente tiene inmunidad de por vida– o bien no recibieron la vacuna triple viral, que protege contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis. El brote aún no alcanza el nivel de epidemia que afectó a la región en 2002, cuando se diagnosticaron más de 1.500 casos. En 2007 también hubo un repunte de esta enfermedad en Asturias. Entonces, la Consejería de Salud atribuyó la reaparición de esta enfermedad a los desplazamientos a comunidades autónomas que han sufrido este proceso antes que el Principado.

Los servicios de salud del Principado recomiendan desde el año 2000 a todas las personas de 15 a 35 años que no hayan pasado la enfermedad que se vacunen. Dicha vacuna protege al 85% de los vacunados, por lo que algunos pueden adquirir la enfermedad, aunque con una sintomatología más leve.

**REUTERS**

## **India, Guwahati: Brotes de enfermedades entre los 400.000 ciudadanos albergados en campamentos de refugiados**

6 de agosto de 2012 – Fuente: Reuters

Unas 400.000 personas han sido ya acogidas en los campamentos de refugiados levantados para atender a las personas que huyen de la violencia tribal en la región de Assam. Sin embargo, en los campamentos faltan alimentos, agua potable y medicamentos, según denuncian las organizaciones humanitarias y reconoce el propio Gobierno.

Al menos doce personas han muerto debido a enfermedades como la diarrea o la malaria, causadas por las malas condiciones en las que los refugiados se hacían en los campamentos.

"Estamos en estado de alerta", reconoció el ministro de Sanidad del estado de Assam, Himanta Biswa Sarma. "La gente de los campamentos sufre de diarreas, disentería, malaria y fiebres. Estamos preocupados por la situación de los bebés y las embarazadas", añadió.

Sarma explicó que hay unos 8.000 niños menores de dos años enfermos y cientos más han dado positivo para malaria. También hay unas 4.000 embarazadas en los campamentos que no tienen la atención sanitaria adecuada.

La violencia entre la tribu Bodo y los colonos musulmanes procedentes del vecino Bangladesh estalló el pasado 20 de julio cuando individuos no identificados mataron a dos jóvenes bodos. En venganza, milicias armadas de los bodos atacaron a los musulmanes, a los que responsabilizaron de los asesinatos.

Hasta el momento 61 personas han muerto por la espiral de violencia y proliferan las patrullas armadas con machetes que han arrasado decenas de pueblos y aldeas tanto de bodos como de musulmanes. Muchos civiles se han visto obligados a huir a colegios y otros edificios públicos que han sido convertidos en centros de acogida.



Los cooperantes que trabajan en los campamentos denuncian su ambiente "asfixiante", con cabezas de ganado viviendo junto a sus dueños, sin apenas retretes y con acceso limitado al agua potable. Mucha gente duerme a la intemperie. Sin embargo, pocos se atreven a regresar a sus casas, ya que siguen llegando noticias de nuevos ataques. Otras cinco personas han sido asesinadas a lo largo de este último fin de semana.



## Sudán del Sur: Las tasas de mortalidad y desnutrición en los campos de refugiados de Yida y Batil alcanzan niveles catastróficos

3 de agosto de 2012 – Fuente: Médicos sin Fronteras

Nuevos datos epidemiológicos recogidos por Médicos Sin Fronteras (MSF) en los campos de refugiados de Yida y Batil, cerca de la frontera con Sudán, muestran unas tasas de mortalidad y de desnutrición que en algunos casos llegan a estar cinco veces por encima del umbral de emergencia. MSF apela a un mayor despliegue humanitario en la zona.

Más de 170.000 refugiados han hecho un arduo viaje para cruzar la frontera y escapar del conflicto y la inseguridad alimentaria en los estados sudaneses del Nilo Azul y Kordofán del Sur. Muchos, tras caminar durante semanas, llegan a los campos de refugiados de Sudán del Sur en un estado extremadamente débil y vulnerable. En dos de los campos en particular, las precarias condiciones de vida están provocando grandes problemas de salud entre la población refugiada. Desde junio, una media de cinco niños mueren cada día en el campo de Yida y uno de cada tres niños está desnutrido en el campo de Batil.



Campo de refugiados de Batil, Sudán del Sur.

"El número de niños que mueren en el campo de Yida es muy alto y los 1.200 niños con desnutrición aguda severa en el programa nutricional de MSF en el campo de Batil son solo la punta del iceberg", declara André Heller-Pérache, coordinador general de MSF en Sudán del Sur. "La mayoría de nuestros pacientes en ambos campos son niños desnutridos que se debilitan todavía más cuando contraen diarrea, malaria o infecciones respiratorias. Enseguida entran en un bucle de enfermedad que puede causarles más complicaciones de salud e incluso la muerte. Nuestros equipos trabajan contrarreloj en unas condiciones desesperadas intentando salvar la mayor cantidad de vidas posible".

### Campo de Yida

Este campo del estado sursudanés de Unidad, fronterizo con el estado de Kordofán del Sur en Sudán, alberga a 55.000 refugiados. Los datos epidemiológicos de MSF sobre la mortalidad de junio y julio muestran cuatro fallecimientos cada 10.000 personas al día en niños menores de 5 años. Esto multiplica por dos el umbral de emergencia (2/10.000/día) e indica una media de por lo menos cinco niños muertos cada día en este periodo, la mayoría, víctimas de infecciones severas o diarrea. La tasa bruta de mortalidad (1/10.000/día para el total de la población) de estos dos meses también duplica el umbral de emergencia, con dos fallecidos por cada 10.000 personas cada día. El estudio de MSF, finalizado el 27 de julio, muestra que en el 82% de las familias refugiadas alguno de sus miembros ha enfermado en las últimas dos semanas.

### Campo de Batil

En Batil, uno de los campos de refugiados del estado del Alto Nilo, en la frontera con el del Nilo Azul de Sudán, tiene una población que ronda las 34.000 personas. Los resultados preliminares de otra encuesta epidemiológica de MSF, finalizada el 31 de julio, muestran una tasa de desnutrición infantil global (total niños desnutridos moderados y severos) del 27,7%, cuando el umbral de emergencia se sitúa en el 15%, y una tasa de desnutrición aguda severa del 10,1%, cinco veces superior al umbral de emergencia, establecido en un 2%. Más alarmante si cabe es que el 44% de los niños menores de 2 años están desnutridos, un 18% de los cuales, con desnutrición aguda severa. El estudio también muestra que la tasa de mortalidad de menores de 5 años en Batil ha sido de 2,1 cada 10.000 personas al día en los últimos cuatro meses. Aunque falta realizar el desglose y análisis completo de todos los datos, el equipo de MSF teme que la tasa de mortalidad en las últimas semanas haya alcanzado niveles muy superiores.

### Respuesta masiva de emergencia

"La estación de lluvias ha convertido los campos en un lugar de pesadilla para los refugiados", explica Bart Janssens, director de Operaciones de MSF. "Las carreteras de acceso están desapareciendo y la respuesta humanitaria tiene que superar enormes dificultades para crear unas condiciones en las que se pueda vivir. Esto está degenerando en una situación de salud catastrófica y, aunque MSF puede seguir prestando atención médica a los refugiados, hace falta un mayor despliegue de otros agentes humanitarios para evitar que muchos más niños contraigan enfermedades potencialmente mortales. Especialmente en agua y saneamiento, puesto que la diarrea es la principal causa de muerte en los campos, y también distribuciones de alimentos a grupos vulnerables en Batil, donde la desnutrición supera con creces los umbrales de emergencia. La situación actual requiere que todas las organizaciones desplieguen al máximo sus capacidades".

Como principal proveedor de ayuda médica en los cuatro campos de refugiados de los estados del Alto Nilo y de Unidad (Batil, Doro, Jamam y Yida) en Sudán del Sur, MSF ha lanzado una respuesta masiva de emergencia. En el campo de Yida, el número de camas de hospital se ha duplicado para poder tratar al creciente número de niños gra-

vemente enfermos. Entre los cuatro campos, la organización cuenta con más de 180 trabajadores internacionales y está enviando más refuerzos para poder cubrir las enormes necesidades médicas existentes.

Desde noviembre de 2011, MSF gestiona programas de emergencia para refugiados que han huido de los estados de Kordofán del Sur y del Nilo Azul en Sudán. La organización ha montado hospitales de campaña en los cuatro campos donde presta asistencia, realizando más de 9.000 consultas y 150 ingresos en cuidados intensivos cada semana, y tratando a 2.300 niños desnutridos en sus programas de nutrición terapéutica. Los equipos también vacunan de sarampión a los recién llegados, realizan trabajos de agua y saneamiento en los campos y realizan distribuciones de emergencia de artículos de primera necesidad como jabón, lonas de plástico y raciones de alimentos cuando es necesario.



## Nuevas tecnologías contra las enfermedades transmitidas por animales

2 de agosto de 2012 – Fuente: Department for International Development (Gran Bretaña)

Un mayor uso de las nuevas tecnologías, que van desde la genómica a los teléfonos móviles, podría mejorar radicalmente la comprensión y el control de las enfermedades transmitidas por animales, las que causan 2,2 millones de muertes en seres humanos cada año, sobre todo en los países en desarrollo, según un nuevo informe.

Estos incluyen las tecnologías básicas, tales como kits de diagnóstico rápido que permitirían a los técnicos veterinarios y para-veterinarios diagnosticar enfermedades de forma rápida y reportar los diagnósticos a través de mensajes de texto a una base de datos central.

La teledetección, utilizando la tecnología satelital, también podría ser utilizada para monitorear los cambios en el uso del suelo con el fin de predecir la aparición de enfermedades.

Las comunidades pobres con grandes poblaciones ganaderas de los países en desarrollo, en particular los de Etiopía, India, Nigeria y Tanzania, soportan la mayor carga de enfermedades zoonóticas que se transmiten del ganado a los seres humanos.

Estas enfermedades causan 2.400 millones de casos cada año, de acuerdo con un estudio global publicado el 2 de julio, que ha cartografiado las áreas críticas de las zoonosis.

Se dice que el tratamiento y control de las enfermedades zoonóticas –como la fiebre del Valle del Rift, las teniosis, el ántrax, la brucelosis y tuberculosis bovina– se ven obstaculizados por el subregistro, especialmente en África, dando lugar a que este tipo de enfermedades se conviertan en endémicas en el continente.

En el África subsahariana, por ejemplo, el 99,9% de las pérdidas de ganado no aparecen en los informes sanitarios oficiales.

“El actual sistema de información es bueno en teoría para la mayoría de los países, pero en realidad la comunicación entre la comuna rural y el nivel superior no funciona”, dijo Hung Nguyen, investigador en salud pública y ecosistemas del Instituto de Salud Pública de Hanoi (HSPH), y uno de los autores del informe.

Un mejor diagnóstico, la ampliación de la información, el aumento de la disponibilidad y la asequibilidad de las vacunas, y medir el problema actual de las zoonosis y fijar las metas a lograr, son fundamentales para paliar el problema, dijo Delia Grace, epidemióloga veterinaria del Instituto Internacional de Investigación Ganadera (ILRI), e investigadora principal del estudio.

“Las enfermedades zoonóticas en los países pobres continúan teniendo tres impactos principales: enferman a millones de personas; matan a millones; y reducen la productividad de los animales y provocan pérdidas en los mercados de exportación”, dijo. “La fiebre del Valle del Rift, por ejemplo, reduce cada año en millones de dólares las exportaciones en África”.

“Son importantes un diagnóstico rápido y mejor, que permita identificar rápidamente lo que un animal o una persona está sufriendo, y el suministro de un tratamiento adecuado. Mejorar los sistemas de seguridad alimentaria, ya que muchas de estas enfermedades se transmiten a través de los alimentos, también es fundamental”, añadió Grace.

Una mejor ganadería y la formación de para-veterinarios también podrían reducir la carga sobre las personas de menores recursos, de acuerdo con Caleb Wangia, un investigador del departamento de veterinaria de la Universidad de Nairobi.

“El problema es que los agricultores a veces pastan sus animales en las zonas habitadas por la fauna silvestre, y el ganado recoge enfermedades como la brucelosis y el ántrax. La gente a menudo carnea animales muertos sin conocer la causa de su muerte, y luego adquieren ellos mismos la enfermedad”, dijo Wangia.

Aumentar la conciencia de los peligros de estas actividades, además de la aplicación de las nuevas tecnologías, también es vital para proteger a las personas de las enfermedades de los animales.

“La mayoría de las enfermedades se producen en los países pobres, pero la mayoría de las detecciones ocurren en los países ricos”, dijo Grace. “Tenemos que invertir en la detección y manejo de las enfermedades en su origen”.<sup>4</sup>



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



## ¿Puede el brote de fiebre del Ébola extenderse a otros continentes?

4 de agosto de 2012 – Fuente: Cable News Network

El virus del Ébola fue detectado por primera vez en 1976 en Zaire, una nación de África central cuyo nombre actual es República Democrática del Congo. El virus fue nombrado como un río en ese país, a cuyas orillas se produjo el primer brote de la enfermedad. Hay cinco cepas del virus del Ébola, todos nombrados en función de las áreas donde fueron encontrados en: Zaire, Sudán, Tai Forest, Bundibugyo y Reston, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Los funcionarios de salud han determinado que la culpable del brote actual es la cepa Sudán, una de las tres cepas más letales del virus. Las tasas de mortalidad de los brotes de fiebre hemorrágica del Ébola en África están entre el 25% y el 90%, según la OMS.

Hasta ahora se ha encontrado que la cepa Reston es la única que infecta a humanos y no causa enfermedades graves o muertes.

### Síntomas y tratamiento

Los síntomas iniciales de la fiebre hemorrágica del Ébola pueden ser confundidos con otras enfermedades (como la gripe) debido a que pueden ser muy similares: fiebre alta repentina, dolor de músculos y articulaciones y dolor de garganta. Pero las víctimas de la fiebre del Ébola a menudo tienen diarrea con sangre y/o comienzan a vomitar, seguido de erupciones, ojos rojos, y hemorragias internas y externas.

Los primeros informes de este brote sugieren que más pacientes sufrieron de vómitos y diarrea que de hemorragias externas visibles, pero los funcionarios de salud advierten que la información sobre este brote sigue dispersa y la investigación acaba de empezar.

No hay tratamiento ni vacuna para la fiebre del Ébola. Todo lo que los médicos pueden hacer es proporcionar a los pacientes tratamiento de apoyo, como: reponer sus líquidos y electrolitos; mantener su presión arterial y niveles de oxígeno bajo control y tratar cualquier infección adicional, según los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC).

Hay mucho que no se conoce sobre esta enfermedad, pero los investigadores sospechan que “los pacientes que mueren normalmente no han desarrollado una respuesta inmune significativa al virus al momento de su muerte”, según una hoja informativa de los CDC.

### ¿Cómo se transmite?

Los investigadores no saben cuál es el reservorio natural del virus del Ébola. Pero han encontrado a su virus primo, el Marburgo, que también causa fiebre hemorrágica, en murciélagos frugívoros en África.

Aunque no hay casos conocidos de humanos directamente infectados con el virus Ébola por un murciélago, hay dos casos documentados de humanos infectados con el virus Marburgo después de estar en una cueva llena de murciélagos frugívoros.

Sin embargo, los investigadores creen que los humanos se infectan al manipular animales muertos o vivos infectados (como chimpancés, gorilas y antílopes), o por estar en contacto directo con alguien que está enfermo con el virus o ha muerto de fiebre del Ébola.

El virus puede encontrarse en fluidos corporales (como sangre, orina, diarrea y saliva), así que el contacto directo con estos fluidos de animales o humanos infectados puede llevar a la transmisión. Las personas también pueden infectarse al estar en contacto con secreciones corporales encontradas en agujas, bisturís, ropa sucia y ropa de cama.

### ¿El brote de fiebre del Ébola puede ser contenido?

Una vez que el brote ha sido identificado, la transmisión del virus puede ser prevenida, si se toman las precauciones adecuadas. Evitar el contacto con fluidos corporales de un infectado con fiebre del Ébola es clave. Eso significa vestir equipo de protección personal adecuado como guantes, batas, mascarillas y protección ocular. Los hospitales también deben instalar salas de cuarentena para aislar a los pacientes con fiebre del Ébola.

Los funcionarios dicen que quienes cuidan de los enfermos necesitan llevar equipo de protección personal, pero alguien que sólo camina en una villa donde un paciente estuvo enfermo no necesita usar una mascarilla, porque el virus no se propaga por el aire.

### ¿Podría este brote propagarse a otros continentes?

Los expertos dicen que es poco probable que el brote actual se propague a otros continentes. Existe un antecedente de transmisión de fiebre del Ébola en Norteamérica, que llegó a Estados Unidos con la importación de monos de investigación. Ningún humano se enfermó.

Hace cuatro años dos turistas (una holandesa y un estadounidense) que viajaron a Uganda se infectaron con el virus Marburgo. Ambos regresaron a sus países natales, según los CDC. El estadounidense sobrevivió y la holandesa murió, pero nadie más se infectó debido a que se tomaron protecciones adecuadas durante el tratamiento.

### ¿Cuándo se considera que un brote terminó?

El periodo de incubación de la fiebre del Ébola es de dos a 21 días, según la OMS. Los funcionarios de salud dicen que un brote se considera terminado transcurridos dos periodos de incubación después que la última persona enferma: un total de 42 días.

**CUIDADO.  
NO COMPARTA.**

**EL SIDA  
MATA**



**Si Ud. se inyecta drogas**

- ..... busque ayuda y deje de inyectarse.
- ..... no comparta sus "aparatos".
- ..... proteja a su compañero/ra sexual— use condones de latex (profilácticos).

Para mas información llame:

**Línea de información del SIDA:**

1-800-637-3776 (bilingüe — libre de cargos)  
262-7248 (bilingüe — Boston)

**Línea de información sobre alcohol y drogas:**

1-800-327-5050 (libre de cargos)  
445-1500 (Boston)

**El Departamento de Salud Pública de Massachusetts**

Department of Public Health (1988. Massachusetts, Estados Unidos).

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.