



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina

www.reporteepidemiologico.com



Número 1.531

24 de febrero de 2015

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

Comité Editorial

Editor Jefe

Ángel Mínguez

Editores Adjuntos

Ílide Selene De Lisa
Enrique Fariás

Editores Asociados

Jorge S. Álvarez (Arg.)
Hugues Aumaitre (Fra.)
Jorge Benetucci (Arg.)
Pablo Bonvehí (Arg.)
María Belén Bouzas (Arg.)
Isabel Cassetti (Arg.)
Arnaldo Casiró (Arg.)
Ana Ceballos (Arg.)
Sergio Cimerman (Bra.)
Milagros Ferreyra (Fra.)
Salvador García Jiménez (Gua.)
Ángela Gentile (Arg.)
Ezequiel Klimovsky (Arg.)
Gabriel Levy Hara (Arg.)
Susana Lloveras (Arg.)
Gustavo Lopardo (Arg.)
Eduardo López (Arg.)
Tomás Orduna (Arg.)
Dominique Peyramond (Fra.)
Daniel Pryluka (Arg.)
Charlotte Russ (Arg.)
Horacio Salomón (Arg.)
Eduardo Savio (Uru.)
Daniel Stecher (Arg.)

Noticias

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

Argentina

- Vigilancia de rickettsiosis

América

- Brasil, Santa Catarina: Brote de infecciones por KPC en un hospital de Florianópolis

- Haití: "Las epidemias son compañeras inseparables de la pobreza"

- Honduras: Se agudiza la epidemia de fiebre chikungunya

- México, Baja California: Primeras muertes por rickettsiosis del año en Mexicali

- Paraguay: Confirman 124 casos de fiebre chikungunya

El mundo

- Alemania: Plantean la vacunación obligatoria ante los brotes de sarampión

- El Líbano: Los equipos médicos móviles prestan atención sanitaria vital a los refugiados sirios

- Europa: Los expertos respaldan los beneficios asociados a la vacunación contra la varicela

- India: Aumentan las muertes por influenza A(H1N1)

- Myanmar: La malaria resistente a la artemisinina se propaga cerca de la frontera con India

- Oceanía: La epidemia de diabetes amenaza el desarrollo en las islas del Pacífico

- El uso de la profilaxis preexposición con antibióticos disminuye en 70% la tasa de infecciones de transmisión sexual en grupos de riesgo

- La transmisión del virus del Ébola mediante la tos es posible, pero no probable

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
Pediátrica**

www.sadip.net/

**Asociación
Parasitológica
Argentina**

www.apargentina.org.ar/



Sitio Oficial del XV Congreso de la Sociedad Argentina de Infectología 2015: <http://www.sadi2015.com.ar/>



Desde mayo de 1993, la Fundación Huésped publica en forma trimestral la revista "Actualizaciones en SIDA", primera publicación científica latinoamericana en idioma español destinada al tema VIH/sida. Desde marzo de 2013, a partir de un acuerdo con la Sociedad Argentina de Infectología (SADI), cambió su nombre a "Actualizaciones en Sida e Infectología", ampliando sus contenidos más allá de lo concerniente a la infección por VIH hacia todos los aspectos relacionados a las enfermedades infecciosas. La revista cuenta con dos indexaciones en las bases de datos Latindex y LILACS. Encontrará la publicación en formato pdf desde el año 2003 haciendo clic [aquí](#).



Vigilancia de rickettsiosis

13 de febrero de 2015 – Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

Tabla 1. Casos notificados y confirmados, según provincia y región. Argentina. Años 2014/2015, hasta semana epidemiológica 2. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.¹

Provincia/Región	2014		2015	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	—	—	—	—
Buenos Aires	—	—	2	—
Córdoba	—	—	—	—
Entre Ríos	—	—	—	—
Santa Fe	1	—	—	—
Centro	1	—	2	—
Mendoza	—	—	—	—
San Juan	—	—	—	—
San Luis	—	—	—	—
Cuyo	—	—	—	—
Corrientes	—	—	—	—
Chaco	—	—	—	—
Formosa	—	—	—	—
Misiones	—	—	—	—
NEA	—	—	—	—
Catamarca	—	—	—	—
Jujuy	—	—	—	—
La Rioja	—	—	—	—
Salta	1	—	—	—
Santiago del Estero	—	—	—	—
Tucumán	—	—	—	—
NOA	1	—	—	—
Chubut	—	—	—	—
La Pampa	—	—	—	—
Neuquén	—	—	—	—
Río Negro	—	—	—	—
Santa Cruz	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—
Sur	—	—	—	—
Total Argentina	2	—	2	—

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



Brasil, Santa Catarina: Brote de infecciones por KPC en un hospital de Florianópolis

20 de febrero de 2015 – Fuente: Diário Catarinense (Brasil)

El Hospital 'Governador Celso Ramos', en Florianópolis, está lidiando con un brote de infecciones por la bacteria *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasas (KPC). En enero, hubo 46 casos y hasta el 15 de este mes, otros 14 casos. Las cifras superan el promedio mensual de 13 personas infectadas, o simplemente portadoras de KPC.

Como medida de emergencia, la dirección de la unidad y la Secretaría Estatal de Salud intensificaron los protocolos de seguridad para evitar nuevas contaminaciones y también aumentarán el número de camas disponibles para el aislamiento, que eran 10 y ahora serán 18.

"El paciente también debe requerir que todos los médicos y enfermeros se laven las manos antes de realizar cualquier contacto. Es un derecho que queremos que la población conozca", dijo Valter Araújo, médico infectólogo del hospital Celso Ramos.

Este simple cuidado es la forma más eficiente para evitar nuevas contaminaciones. Y el problema es que no es un protocolo estrictamente seguido por todos los establecimientos de salud del estado, y tampoco dentro del país en su conjunto.

Araújo explica que la tendencia se está invirtiendo, pero si se mantiene el mismo ritmo de contaminación de comienzos de febrero, el número de casos seguirá siendo mayor que lo que se considera normal dentro de la unidad.

El médico señaló también que, de los 28.000 pacientes que pasaron por el hospital desde el primer registro de contaminación por KPC, el 15 de diciembre de 2011, 515 casos fueron identificados con la bacteria.

Entre los factores que pueden haber producido el aumento en el número de infectados está el uso de ventiladores durante el verano, que ayudan a esparcir los contaminantes en el aire, la falta de personal suficiente en el sector de limpieza del hospital (17 empleados de una total de 54 requeridos) y la falta de material de higiene personal.

"No tiene sentido respetar el protocolo de seguridad 99 veces y no hacerlo una vez. Este único desliz ya permite que pueda ocurrir una contaminación", refuerza Fábio Gaudenzi, superintendente de Vigilancia de la Salud, de la secretaría estatal.



Haití: "Las epidemias son compañeras inseparables de la pobreza"

17 de febrero de 2015 – Fuente: Prensa Latina (Cuba)

"Las epidemias de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) en África Occidental y de cólera en Haití ratifican que esos fenómenos tienen una relación directa con la pobreza, y la urgencia de enfrentar sus causas raigales. Las enfermedades golpean siempre en particular a las poblaciones pobres, carentes de una infraestructura básica en salud, educación, agua y sanidad", afirmó el 17 de febrero Pedro Medrano Rojas, coordinador principal de la Organización de Naciones Unidas (ONU) para la Respuesta al Cólera en Haití.

"Lo peor es que las personas mueren y las enfermedades se expanden, lo vemos en ambos casos", precisó en alusión a las más de 8.000 víctimas fatales en la nación caribeña desde el comienzo del brote de cólera en 2010, y a similar cifra en Liberia, Sierra Leona y Guinea como resultado de la EVE.

Según el diplomático chileno, de las epidemias en curso pueden sacarse varias experiencias, entre ellas la ejecución con la mayor brevedad de inversiones mínimas en los sectores clave y el fortalecimiento de las capacidades nacionales.

"El aporte de la comunidad global es muy importante cuando ocurren emergencias, pero debe constituir una prioridad garantizar en los países respuestas efectivas a las crisis", subrayó.

Para Medrano, "no caben dudas de la importancia de un sistema de salud propio, que considere las cuestiones culturales, los costos, las necesidades de asistencia y la prevención".

En el caso de Haití, el coordinador de la ONU lamentó que la falta de infraestructura médica, de agua y de sanidad no solo favorezca al cólera, también a otras enfermedades responsables de muertes maternas e infantiles, así como a la desnutrición. "Sumado a esto, tenemos el componente social, traducido en dificultades de empleo y deserción escolar, por solo mencionar algunas", dijo.

De acuerdo con Medrano Rojas, en el país caribeño están en curso inversiones en materia de agua y saneamiento, las mayores registradas en su historia reciente. "Sin embargo, el impacto de las obras será a mediano y largo plazo, lo cual demanda de un fuerte apoyo de la comunidad internacional para enfrentar la epidemia", advirtió.

El funcionario explicó que pese a la reducción de los casos de cólera en Haití, estos siguen en niveles preocupantes. "En 2014 se reportaron cerca de 30.000 nuevos contagios; eso en cualquier lugar del mundo recibiría el calificativo de tragedia y movilizaría a toda la sociedad", señaló.

Medrano llamó a no olvidar el cólera, porque marginar la emergencia humanitaria que representa significaría más pérdidas de vidas humanas. “A diferencia de la EVE, el cólera puede tratarse con bastante facilidad, pero si no se hace, las personas mueren”, alertó.

Según manifestó, su principal preocupación al respecto es que otras crisis mundiales acaparen toda la atención, e impidan la asistencia requerida por el pueblo haitiano. “Llamamos al compromiso de no olvidar a Haití, una población que ha sufrido tanto”, sentenció.

La Prensa Honduras: Se agudiza la epidemia de fiebre chikungunya

22 de febrero de 2015 – Fuente: La Prensa (Honduras)

Unas 300 personas llegan al día a la sala de emergencias del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) para ser atendidos por fiebre chikungunya, informan médicos de turno del centro.

El Hospital ‘Dr. Mario Catarino Rivas’, en San Pedro Sula, presenta también un escenario similar desde el año pasado, que llegó la enfermedad.

La fiebre chikungunya se ha apoderado de miles de hondureños. Hasta la fecha, la Secretaría de Salud registra más de 7.500 casos confirmados y miles de sospechosos sin mostrar disminución de los casos.

No es una enfermedad potencialmente mortal, pero sí resulta una tortura para quienes la padecen, y se convirtió en una pesadilla para aquellos que la sufrieron.

El tratamiento para recuperarse está al alcance de la población y su costo no es elevado en comparación con otros.

Pérdidas

El sector maquilador es el más afectado en el país, lo que impacta directamente en la fuerza laboral, considerando que es el principal generador de divisas.²

Una gran parte de sus empleados han sido afectados y han tenido que recurrir a la incapacidad de hasta siete días, según la Asociación Hondureña de Maquiladores (AHM).

“Hasta enero de 2015 se reportaban pérdidas de 70.000 dólares en 48 empresas afiliadas que tenemos, principalmente las textiles y arneses”, indica Tesla Callejas, directora de Comunicaciones de la AHM.

Entre diciembre y enero, unos 559 trabajadores del sector maquilador fueron reportados como enfermos por dengue y unos 2.994 por fiebre chikungunya.

“Estamos trabajando ahora en campañas no solo educativas, sino de llamado a la conciencia de las personas a que deben tener claro el hábito de que su casa debe permanecer libre de acumulaciones de agua que produzcan el criadero de mosquitos”, manifiesta.

Medidas

Orlando Ventura, coordinador del Sistema Médico de Trabajadores del IHSS, asegura que la cantidad de pacientes con el virus no ha bajado, sino mantenido. Esto obliga a redoblar esfuerzos de médicos y enfermeras que deben atender al menos 15 pacientes al día cada uno.

“La fiebre chikungunya llegó para quedarse entre los hondureños, principalmente en la zona norte. Este virus se quedó con nosotros como el dengue clásico o una gripe común y depende de nosotros el ser afectados por ello”, asegura Ventura.

Si no se toman las precauciones del caso, puede acabar con la vida de personas que sufren problemas cardíacos, hipertensos y diabéticos.

“Las autoridades de Salud han logrado disminuir el impacto e irá cesando con el tiempo porque se toman acciones preventivas. Está claro que mientras exista el mosquito, la fiebre chikungunya estará presente”, concluye.



México, Baja California: Primeras muertes de rickettsiosis del año en Mexicali

20 de febrero de 2015 – Fuente: La Voz de la Frontera (México)

Los primeros decesos del año a causa de la rickettsiosis ya se presentaron en Mexicali. Se trata de una mujer de 40 años y una niña de 10, ambas de las periferias de la capital del Estado.

Néstor Hernández Milán, jefe del Departamento de Epidemiología de la Secretaría de Salud de Baja California, informó que los decesos se presentaron en la primera y segunda semana de febrero y en ambos casos se trató de una atención demasiado tardía.

² Una maquiladora es una empresa que importa materiales sin pagar aranceles; su producto se comercializa en el país de origen de la materia prima.

“Estos casos se trataron primero en clínicas privadas donde no les dieron un tratamiento adecuado. Ambas pacientes contaban con mascotas en casa y presencia de garrapatas en la propiedad”, informó.

Comentó que en total se han registrado 17 casos de rickettsiosis en lo que va de 2015. Aparte de las dos defunciones, se trataron satisfactoriamente otras dos personas (ya curadas), se descartaron diez más y se están estudiando tres casos clínicos por presentar la sintomatología de la enfermedad, pero no se ha confirmado si se trata de ésta patología.

El funcionario estatal sostuvo que ante este hecho se está pidiendo a la población que continúe con las medidas preventivas en sus mascotas y en la limpieza de sus patios para evitar la proliferación de la garrapata café del perro (*Rhipicephalus sanguineus*), vector de la enfermedad.

Adicionalmente, Hernández Milán expresó que se mantiene un acercamiento constante con el sector privado de la salud para homologar criterios en cuanto al tratamiento que se le ofrece a los pacientes, quienes en muchos casos asisten primero a consultorios o clínicas particulares antes que a los Centros de Salud o unidades públicas, pero en ambas partes hacen falta actualizaciones más constantes.

Al igual que el mosquito del dengue, el vector de la rickettsiosis se ha hecho más resistente a cambios de temperatura, dejando de ser un factor importante para la propagación de la enfermedad el que sea invierno o verano.

Paraguay: Confirman 124 casos de fiebre chikungunya

23 de febrero de 2015 – Fuente: Neike (Paraguay)

El Ministerio de Salud Pública de Paraguay realizó la actualización epidemiológica con respecto a los casos de fiebre chikungunya que se registraron en el reciente brote identificado en Fernando de la Mora y demás distritos afectados por nexo epidemiológico.

Atendiendo a esto, la Dra. María Águeda Cabello Sarubbi, Directora General de Vigilancia de la Salud, expuso que la situación del brote concentrado que se desarrolla en el Área Metropolitana de Asunción notifica 442 casos febriles, de los cuales 124 son confirmados.

Unos 65 dieron positivo a la muestra laboratorial y 59 por nexo, descartándose 16. Quedan como sospechosos 254 casos, que no han sido definidos como dengue o fiebre chikungunya.

Un caso se registró en San Juan Bautista, capital del departamento de Misiones. “Con respecto a Misiones, detectamos un niño que vino a Fernando de la Mora, donde contrajo el virus y hemos hecho las investigaciones; no estamos registrando casos febriles en esa localidad, por lo que no hay dispersión en Misiones, pasadas las tres semanas de observación”, dijo Cabello.

El brote de fiebre chikungunya se halla circunscripto al Área Metropolitana de Asunción y se están intensificando las acciones para poder bloquearlo.

Por su parte, María Teresa Barán Wasilchuk, viceministra de Salud, recordó que el “enemigo número uno es el mosquito”, y afirmó que si la población elimina criaderos, podrá controlar estas enfermedades.

“Tenemos un buen eco de los mensajes en las autoridades de los municipios afectados y esperamos que se pueda replicar en todo el país, porque los índices son elevados a nivel nacional. Son riesgos moderados que pueden transformarse en alarmante, porque tenemos gran cantidad de mosquitos, y puede haber un brote en cualquier punto del país”, dijo la segunda de la cartera sanitaria.

El mundo



Alemania: Plantean la vacunación obligatoria ante los brotes de sarampión

23 de febrero de 2015 – Fuente: EFE

La detección de cerca de 450 casos de sarampión en Berlín desde principios de año, cifra que supera la registrada en toda Alemania en 2014, ha desatado las alarmas y ha llevado a los partidos que sustentan el Gobierno a plantear la posibilidad de una polémica vacunación obligatoria de los niños.

El debate se avivó con la decisión del colegio secundario Carl-Zeiss de la capital, con más de 1.000 alumnos, de cerrar hoy sus puertas como medida de precaución después de detectarse un caso de sarampión presuntamente grave en uno de sus estudiantes.

El ministro de Sanidad, Hermann Gröhe, tachó este fin de semana de “irresponsables” a quienes se oponen a las vacunas generando un “alarmismo irracional”.

“Con su comportamiento no sólo ponen en peligro a sus hijos, sino también a otros niños”, advirtió, en referencia a aquellos que no pueden ser vacunados por razones médicas.

El Ministerio, como las autoridades sanitarias de Berlín, recomienda la vacunación contra el sarampión y recuerda que es segura y que está sufragada por la sanidad pública, pero los datos emuestran que cada vez más padres la evitan.

Desde el pasado mes de octubre se han registrado en la capital 568 casos de sarampión y en 90% de ellos se comprobó que el paciente no había sido vacunado.

En el proyecto de ley sobre medicina preventiva que prepara el Gobierno federal se establece la obligación de que los padres reciban asesoramiento sobre vacunas antes de que su niño sea admitido en una guardería, pero varios responsables sanitarios estiman que puede no ser suficiente.

Tanto en la Christlich-Demokratische Union (CDU) de la canciller Angela Dorothea Merkel, como en el Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD), socio en la coalición de gobierno, surgen voces a favor de una vacuna obligatoria en guarderías y colegios si no funcionan las campañas formativas, una propuesta que rechaza de plano la oposición parlamentaria.

Los partidos Die Linke y Die Grünen defienden la libertad y la autonomía de los padres a la hora de tomar decisiones que afecten a sus hijos y apuestan por mejorar la información a las familias sobre los riesgos de la enfermedad y los posibles beneficios de la vacunación.

La Asociación Profesional de Pediatras asume las dificultades de una vacunación obligatoria, que podría requerir incluso una reforma constitucional, pero defienden este método preventivo como la vía más eficaz para erradicar una enfermedad que en determinados casos puede ser grave.

Como alternativa, proponen que se exija la vacunación de los niños como requisito obligatorio para acceder a una plaza en una guardería o en un colegio público.

Según esta asociación, para erradicar el sarampión la vacunación debe alcanzar al menos a 95% de los niños, una cifra que no se conseguirá con la mera "asesoría" a los padres.

Murió un niño en Berlín

Un niño de año y medio murió la semana pasada de sarampión en el hospital de Berlín en el que estaba ingresado, según informó el 23 de febrero Mario Czaja, ministro de Sanidad de la ciudad-estado de Berlín.

Se trata de la primera víctima mortal del brote de sarampión que se registra en la capital alemana. El máximo responsable sanitario de Berlín no dio datos sobre el origen del posible contagio del niño, que murió el pasado 18 de febrero, pero advirtió de que su caso muestra que se trata de una enfermedad grave, ya que debilita el sistema inmunitario y puede generar importantes complicaciones.

Según sus cifras, 95% de los niños en Berlín están vacunados, pero los adultos deben comprobar si han recibido la inmunización y no olvidar que no se trata de una mera enfermedad infantil.



El Líbano: Los equipos médicos móviles prestan atención sanitaria vital a los refugiados sirios

17 de febrero de 2015 – Fuente: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Una mujer siria se quita un zapato y acerca su pie descalzo a un pequeño fogón mientras su marido se acucilla frente a las llamas y se frota las manos. Cerca de ellos, el viento helado mece varias prendas de vestir que cuelgan de un cordel y que no terminan de secarse.

En este asentamiento de refugios viviendas localizado en el Valle de Bekaa, en El Líbano, los refugiados sirios combaten como pueden los rigores invernales. Durante el último mes, las tormentas de nieve, los vientos huracanados, las lluvias y las inundaciones han obligado a los refugiados, que ya vivían en situación de vulnerabilidad, a luchar por su supervivencia.

Expuestos a las inclemencias del invierno y sometidos a condiciones de vida malsanas, los lactantes y los niños de corta edad son especialmente susceptibles a las infecciones de las vías respiratorias, la influenza, la fiebre y la diarrea.

Awash, una mujer que vive con sus cuatro hijos pequeños en una tienda de campaña a 900 metros de altitud en la región oriental del Valle de Bekaa, trata por todos los medios de proteger a los niños del frío.

"Mis hijos se enfermaron y los llevamos a la clínica. No tenemos suficiente dinero para que los atiendan en el hospital. Pero gracias a Dios, la clínica es buena", afirma.

Los refugiados sirios que se encuentran en los asentamientos provisorios tienen acceso limitado a los establecimientos públicos de atención de la salud que, en muchos casos, se encuentran demasiado lejos o les resultan demasiado caros.

Ante este desafío, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) suministró fondos para financiar 21 equipos médicos móviles que prestan a los refugiados atención primaria de la salud de manera gratuita.

Las unidades médicas itinerantes, que reciben apoyo del UNICEF y cuyas operaciones están a cargo de la ONG local Beyond Association, se instalan en tiendas de campaña en los asentamientos que visitan y su personal pertenece al Ministerio de Salud Pública libanés. Cada equipo está formado por un doctor, dos enfermeras, una partera tradicional y un vacunador.

Una grave emergencia

Los equipos médicos comenzaron a funcionar hace dos años en El Líbano para responder a las necesidades del creciente número de refugiados sirios que estaban llegando al país. En la actualidad, el número de refugiados inscritos oficialmente supera los 1,1 millones.



En el asentamiento temporal de refugiados sirios de Saadnayel, localizado en el Valle de Bekaa, en El Líbano, un niño quita la nieve del techo de una tienda para evitar que se derrumbe por el peso.



Un doctor revisa a un niño en el Campamento de Refugiados 29, localizado en el Valle de Bekaa. Los equipos médicos móviles, financiados con fondos provistos por el UNICEF, han estado trabajando para garantizar que los refugiados sirios sometidos a las inclemencias del invierno reciban asistencia médica básica.

Debido a las duras condiciones climáticas recientes, entre las que figuró la tormenta invernal Zina de principios de enero, que fue una de las peores de las últimas décadas, se han redoblado sus esfuerzos por prestar asistencia médica vital a las comunidades de refugiados.

“Tras la nevada, y como consecuencia de la tormenta, estamos en una situación de emergencia”, explica el Dr. Zein El Din Saad, del Ministerio de Salud Pública. “Nos pidieron que trabajáramos en el terreno, que asistiéramos a todos los refugiados sirios”.

En un solo día, El Din Saad examinó a 95 pacientes en los campamentos temporales. En su mayoría, se trataba de lactantes, niños de corta edad y madres con infecciones de las vías respiratorias.

Equipos sanitarios de emergencia

Además de las unidades móviles, se han establecido equipos sanitarios de emergencia que realizan visitas domiciliarias y que están constituidos por una doctora y una enfermera.

La enfermera carga un cubo lleno de medicamentos y presta ayuda a la doctora. Juntas, van visitando una a una las tiendas de campaña, atendiendo a los refugiados enfermos. Debido a que son mujeres, les resulta más fácil lograr acceso a las viviendas provisionales. De esa manera, no es necesario contar con una dependencia sanitaria separada para atender pacientes.

“Muchos refugiados tienen infecciones de las vías respiratorias, bronquitis, tonsilitis o diarrea. Por eso, nuestra intervención ha sido fundamental para evitar otras complicaciones”, comenta la Dra. Fatima Moussawi, del Ministerio de Salud Pública.

Acceso difícil

A pesar de las dificultades que han tenido para lograr acceso a algunos sitios, los equipos médicos notan los buenos resultados de su labor.

“Cuando se desató la tormenta Zina, fue muy difícil llegar a los asentamientos. Nevaba y no había servicio eléctrico. En los asentamientos, había charcos de agua helada dentro y fuera de las tiendas de campaña. Pero lo importante es que pudimos llegar a tiempo a los asentamientos”, cuenta Moussawi.



Europa: Los expertos respaldan los beneficios asociados a la vacunación contra la varicela

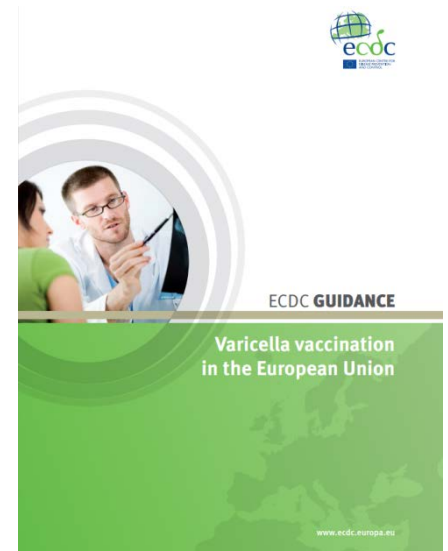
11 de febrero de 2015 – Fuente: European Centre for Disease Prevention and Control

El Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) emitió una guía, resultante de un grupo de trabajo en el que han participado 11 expertos y que ha sido coordinado por Paloma Carrillo-Santistevé, Pierluigi Lopalco y Helena de Carvalho Gomes, con el fin de orientar la toma de decisiones sobre la vacunación de la varicela por parte de los Estados miembros.

Entre las principales conclusiones destaca la existencia, según los expertos, de una “creciente evidencia sobre la alta inmunogenicidad, eficacia y seguridad de las vacunas preventivas de la varicela, la cual se ha generado en aquellos países en los que se ha implementado una vacunación universal en menores”.

“En estos países ha quedado demostrado una clara reducción de la carga de virus en la población, sin que se hayan dado signos aparentes de un incremento del herpes zóster”, continúan.

Dicho esto, el ECDC recomienda, de cara a la introducción de un programa de vacunación, que los países tengan en cuenta su situación epidemiológica y socioeconómica, así como la capacidad para dar una cobertura alta. Asimismo, reconoce que “la monitorización del impacto de los programas de vacunación en el incremento epidemiológico del herpes zóster continúa siendo una prioridad”.³



India: Aumentan las muertes por influenza A(H1N1)

22 de febrero de 2015 – Fuente: Prensa Latina (Cuba)

A 774 ascienden las muertes en India por un brote de influenza A(H1N1), que ya alcanza a casi la mitad de los 29 estados del país y amenaza extenderse a otros.

Fuentes del Ministerio de Salud indicaron que el número de personas infectadas llegó a 12.963, pero se teme que esa cifra y la de fallecidos sean mayores porque hay lugares remotos desde los cuales no se emiten reportes sobre muertes y sus causas.

³ Puede consultar la guía completa, en inglés, haciendo clic [aquí](#).



Los estados más afectados son Rajastán (206 muertos), Gujarat (186), Madhya Pradesh (103) y Maharashtra (92). En Delhi, la capital, se han reportado nueve muertes.

En medio de las críticas a una supuesta inercia del Gobierno, Jagat Prakash Nadda, titular de Salud, aseguró que no hay motivo para el pánico en tanto todos los hospitales disponen de los medicamentos necesarios para impedir la propagación de la enfermedad.

En 2009 y 2010, un foco de influenza A(H1N1) detectado en México se propagó por unos 75 países y mató a más de 280.000 personas.

En los años siguientes se han seguido reportando casos desde medio centenar de naciones, sobre todo desde las

que poseen vulnerables sistemas de salud.

En India, el mayor número de casos se registró en 2009 (27.236) y 2010 (20.604), pero el mayor número de muertes tuvo lugar en 2011 (1.763).

THE LANCET Infectious Diseases **Myanmar: La malaria resistente a la artemisinina se propaga cerca de la frontera con India**

19 de febrero de 2015 – Fuente: *The Lancet Infectious Diseases*

Una recolección de muestras en Myanmar y sus regiones fronterizas confirma la propagación de la malaria resistente a la artemisinina cerca de la frontera con India. El trabajo ha sido dirigido por el doctor Kyaw Myo Tun, del Centro de Investigación Médica de los Servicios de Defensa, en Napyitaw, Myanmar, y coordinado por la Unidad de Mahidol-Oxford de Investigación en Medicina Tropical (MORU) en Bangkok, Tailandia.

La propagación de parásitos de la malaria que son resistentes al fármaco artemisinina, el tratamiento de primera línea contra la infección de la malaria, en la vecina India constituiría una grave amenaza para el control mundial y la erradicación de la malaria. Si la resistencia a los fármacos se extiende desde Asia hasta el subcontinente africano o surge en África de forma independiente, como hemos visto varias veces antes, millones de vidas estarán en riesgo.

Los investigadores examinaron si las muestras de parásitos recogidos en 55 centros de tratamiento de la malaria a lo largo de Myanmar llevan mutaciones en regiones específicas del gen kelch del parásito (K13), un conocido marcador genético de resistencia a la artemisinina. El equipo confirmó la presencia de parásitos resistentes en Homalin, en la División de Sagaing, que se encuentra a sólo 25 km de la frontera con India. "Myanmar es considerada la primera línea en la batalla contra la resistencia a la artemisinina, ya que constituye una puerta de entrada de la resistencia a extenderse al resto del mundo", afirma Charles Woodrow, de la Unidad de Investigación de Medicina Tropical Mahidol-Oxford y autor principal del estudio de la Universidad de Oxford, en Gran Bretaña. "Con las artemisininas estamos en la inusual posición de tener marcadores moleculares de resistencia antes de que la resistencia se haya extendido a nivel mundial. Cuanto más entendamos acerca de la situación actual en las regiones fronterizas, mejor preparados estaremos para adaptar y aplicar estrategias para superar la propagación de más resistencia a los medicamentos", añade.

El equipo obtuvo las secuencias de ADN de 940 muestras de infecciones de malaria (por el parásito *Plasmodium falciparum*) desde el otro lado de Myanmar y las regiones fronterizas vecinas en Tailandia y Bangladesh entre 2013 y 2014. De esas 940 muestras, 371 (39%) tenían una mutación en K13 que confiere resistencia. "Hemos sido capaces de recoger muestras de pacientes rápidamente a través de Myanmar, a veces usando pruebas de diagnóstico de la malaria en la sangre desechada y luego analizándolas de inmediato para el marcador K13, y así generar información en tiempo real sobre la propagación de la resistencia", detalla Mallika Imwong, primera autora de los análisis de laboratorio de la Facultad de Medicina Tropical de la Universidad Mahidol de Bangkok, en Tailandia.

Usando esta información, los investigadores desarrollaron mapas para mostrar la extensión predicha de resistencia a la artemisinina determinada por la prevalencia de mutaciones K13. Los mapas indican que la prevalencia global de mutaciones K13 fue superior a 10% en grandes áreas del este y norte de Myanmar, incluidas las zonas cercanas a la frontera con India.

Un ritmo de resistencia alarmante

"La identificación de los marcadores de resistencia K13 ha transformado nuestra capacidad de monitorear la propagación y la aparición de resistencia a la artemisinina", dice el profesor Philippe Guerin, director de la Red de Resistencia contra la Malaria en el Mundo (WWARN) y coautor del estudio. "Sin embargo, este estudio pone de manifiesto que el ritmo al que la resistencia a la artemisinina se está extendiendo o emergente es alarmante. Necesitamos un esfuerzo internacional más enérgico para abordar esta cuestión en las regiones fronterizas", advierte.



“Los parásitos de la malaria resistentes a los medicamentos en la década de 1960 se originaron en el Sudeste Asiático y desde allí se propagaron a través de Myanmar a India y luego al resto del mundo, matando a millones de personas. La nueva investigación muestra que la historia se repite con parásitos resistentes a los fármacos derivados de la artemisina, el pilar del tratamiento moderno de la malaria, ahora generalizados en Myanmar. Nos enfrentamos a la amenaza inminente de propagación de la resistencia a India, con miles de vidas en riesgo”, alerta el profesor Mike Turner, jefe de Infección e Inmunobiología en el Wellcome Trust, en Gran Bretaña.

La recopilación de información casi en tiempo real de la resistencia a los medicamentos de la malaria es fundamental para ayudar a predecir las rutas geográficas de la resistencia a los medicamentos e informar a las estrategias nacionales y regionales de tratamiento del paciente. Mapear la propagación junto con una revisión más sistemática y dosificación de las estrategias médicas, especialmente para los grupos vulnerables como los niños y las mujeres embarazadas, ayudará a preservar y finalmente prolongar la vida útil de estos medicamentos que salvan vidas.⁴



Oceanía: La epidemia de diabetes amenaza el desarrollo en las islas del Pacífico

11 de febrero de 2015 – Fuente: Inter Press Service

El rápido aumento de las enfermedades no transmisibles (ENT) en las islas del Pacífico, que causan 75% de todas las muertes, es uno de los mayores obstáculos al desarrollo de estos territorios, advierten los ministros de salud de la región.

El Pacífico Occidental tiene la prevalencia regional de diabetes más alta del mundo. La enfermedad se ve agravada por los malos hábitos alimenticios, la obesidad y el sedentarismo, según la Fundación Internacional de la Diabetes. Las tasas nacionales de prevalencia llegaron a 25% en Islas Cook, 29% en Tokelau y 37% en Islas Marshall.

Los expertos están cada vez más preocupados por el impacto de la enfermedad sobre la tasa de discapacidad de la población, en particular por la amputación de extremidades y la ceguera que amenazan con socavar los esfuerzos para reducir la pobreza y la desigualdad.

En Papúa Nueva Guinea, un estado insular con más de siete millones de habitantes, “la diabetes aumenta su prevalencia en la población general, incluso en niños de 12 años o menores, y la amputación de miembros es conocida en adultos de apenas 23 años, y no todos pueden adquirir sillas de ruedas o ayudas visuales o para caminar”, indicó Gerard Saleu, enfermero del local Instituto de Investigación Médica.

Las ENT se incrementaron notablemente en las islas del Pacífico a partir de la década de 1970, según los expertos. La incidencia de la diabetes tipo 2 en Apia, la capital de Samoa, aumentó de 8,1 a 9,5% en los hombres y de 8,2 a 13,4% en las mujeres, entre 1978 y 1991.

Gran parte de la culpa se atribuye al atractivo del estilo de vida consumista y a la creciente importación de alimentos procesados con alto contenido de grasa y azúcar.

Las dietas locales, que originalmente eran a base de pescado fresco, verduras y frutas, incluyen ahora un alto consumo de fideos instantáneos, galletas envasadas y bebidas carbonatadas.

Menos de 10% de los adultos en Kiribati, Nauru, Islas Marshall, Papúa Nueva Guinea e Islas Salomón ingieren dietas con los nutrientes suficientes, y más de 60% son obesos en Samoa Americana, Tokelau, Islas Cook y Tonga, según la Secretaría de la Comunidad del Pacífico.

La creciente urbanización aceleró la propensión a los factores de riesgo de las ENT, como la disminución de la actividad física diaria. Un estudio realizado en Fiyi, que tiene 881.000 habitantes, reveló que la diabetes afecta a 11,3% de las mujeres de los centros urbanos, en comparación con 0,9% en las zonas rurales.

En el mundo, las ENT, como la diabetes, son responsables de aproximadamente 66,5% de todos los años vividos con discapacidad.

“En nuestros hospitales del Pacífico se realizan muchas amputaciones cada día y la gente pierde la vista constantemente por la diabetes”, destacó un portavoz del Foro de Discapacidad del Pacífico, con sede en Fiyi.

Hasta 47% de la población de diabéticos en las islas del Pacífico experimentan pérdida de la vista, mientras que 17% requieren amputaciones, informa el Foro de las Islas del Pacífico.

De 2010 a 2012, el principal hospital de Fiyi realizó 938 amputaciones de miembros inferiores derivadas de la diabetes. La mayoría de los amputados eran mayores de 45 años, pero más de 100 tenían entre 25 y 44 años.

Mientras tanto, el principal hospital de Tonga, donde viven unos 103.000 habitantes, tuvo un aumento de 400% en este tipo de amputaciones en la última década.

La consiguiente pérdida de movilidad, la disminución de la participación económica y el incremento de los gastos médicos del hogar perpetúa las penurias y la desigualdad, especialmente para aquellas familias que ya tienen necesidades económicas.



El consumo de frutas y verduras y el ejercicio diario son importantes para prevenir las enfermedades no transmisibles en las islas del Pacífico.

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

Para muchos isleños con discapacidad, "la mayoría de los edificios públicos no son accesibles, los empleadores no tienen instalaciones razonables en el lugar de trabajo y muchos no están aptos para trabajar, lo que es una pérdida de ingresos para la familia", destacó el portavoz del Foro de Discapacidad del Pacífico.

Aunque la sensibilización y la voluntad política para abordar las necesidades de las personas con discapacidad, que son cerca de 17% de la población de la región, está creciendo, estas siguen siendo "de las más pobres y marginadas de sus comunidades, con acceso limitado a la educación, el empleo y los servicios sociales básicos, lo que conduce a la exclusión social y económica y perpetúa la pobreza", según el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas. En Fiyi, por ejemplo, se calcula que 89% de las personas con discapacidad están desempleadas.

También escasean los servicios de rehabilitación para ayudar a aquellos con deterioro relacionado con la diabetes, añade el Foro de Discapacidad del Pacífico.

El costo que las ENT tienen en las islas del Pacífico representa una significativa carga económica para los servicios de salud pública.

La diálisis por insuficiencia renal derivada de la diabetes en Samoa ascendía a 38.686 dólares por paciente por año en 2010-11, y el costo total para el Estado representaba más de 12 veces el ingreso nacional bruto por habitante del país, según el Banco Mundial.

Dado que los estados insulares del Pacífico cubren los gastos de 90% de los servicios nacionales de salud, su capacidad de aumentar el gasto sanitario para hacer frente a una epidemia de ENT es prácticamente nula.

Los ministros de salud de la región impulsan una estrategia de prevención y control, en la que participen el gobierno y la sociedad.

Eso implica examinar las prácticas de la industria alimentaria en aras de una mejor salud pública. Samoa, Nauru e Islas Cook gravaron con impuestos a los alimentos y bebidas con alto contenido de azúcar, y 11 países de la región desarrollaron planes para reducir el nivel de sal en la comida.

Sexually
Transmitted
Diseases

El uso de la profilaxis preexposición con antibióticos disminuye en 70% la tasa de infecciones de transmisión sexual en grupos de riesgo

23 de febrero de 2015 – Fuente: *Sexually Transmitted Diseases*

Un estudio piloto realizado con hombres que practican sexo con hombres (HSH) y mujeres transexuales, en ambos casos con VIH, mostró que el riesgo de adquirir otras infecciones de transmisión sexual (ITS) si se facilitaba un antibiótico de toma diaria como profilaxis preexposición (PPrE) se reducía en 70%.

El pequeño tamaño de la muestra utilizada impide realizar generalizaciones concluyentes, pero la alta tasa de retención conseguida ha llevado a los autores a plantear la factibilidad de realizar un estudio a gran escala sobre el uso de PPrE en HSH con VIH y alto riesgo de infectarse por otras ITS. Hace tiempo que se conoce el impacto que la presencia de ITS puede tener sobre las personas con VIH.

El estudio contó con la participación de 30 HSH y mujeres transexuales con VIH con historial de tratamiento por sífilis en al menos dos ocasiones tras su diagnóstico de infección por VIH. El 60% de los participantes refirieron origen latinoamericano. La mediana de la edad estaba situada alrededor de los 40 años, y la mediana del tiempo trascurrido desde la infección por VIH era de 8-12 años.

Se distribuyó a los participantes de forma aleatoria en dos grupos de 15 personas: a los integrantes del primer grupo se les facilitó capsulas de doxiciclina de 100 mg para tomar una vez al día como forma de PPrE para las ITS, y a los integrantes del segundo se les incentivó con recompensas económicas por evitar la adquisición de ITS: concretamente, recibirían 50, 75 y 100 dólares si no se detectaba la presencia de ninguna ITS en las visitas realizadas a las 12, 14 y 36 semanas del estudio, además de los 25 dólares que se aportaron a todos los participantes por cada visita realizada.

A las 48 semanas se programó una última visita para el grupo que había utilizado la PPrE con doxiciclina para comprobar la presencia de ITS tres meses después de haber terminado la profilaxis. Los niveles de retención del estudio fueron altos, llegando a 80% dentro del grupo con PPrE y 73% en el grupo control. Se registró un único abandono motivado por efectos adversos atribuidos al antibiótico (reflujo gastroesofágico), que remitieron al abandonar el tratamiento.

Para comprobar el grado real de adherencia se realizó un seguimiento de los niveles de fármaco en sangre. Al no existir una dosis terapéutica de doxiciclina establecida para el tratamiento de la sífilis, los autores establecieron el nivel de 1.000 ng/mL en sangre como indicador de adhesión diaria. Para ello se basaron en los resultados de investigaciones anteriores, que mostraron que incluso dosis semanales de este medicamento habían sido suficientes para prevenir la leptospirosis, causada por una bacteria del mismo tipo que la que origina la sífilis.

En total, los participantes en el grupo de PPrE alcanzaron los niveles convenidos de fármaco en sangre en 24 de 39 visitas (62%). Se observó una menor adherencia (53%) en la tercera visita, realizada en la semana 36. En 62% de los participantes incluidos en este grupo se observaron niveles que indicaban la toma diaria del fármaco en dos de las tres visitas del estudio, pero sólo se observaron estos niveles en las tres visitas en 31% de los participantes. Los resultados mostraron que 85% de los participantes habían tomado al menos una dosis de PPrE en los 4-5 días previos a alguna de las visitas.

Durante la duración del estudio y el seguimiento posterior se detectaron 21 nuevas ITS, de las cuales 9 fueron sífilis y 12 gonorrea o clamidiosis. De este total, 15 se produjeron en el grupo con compensación monetaria y 6 en el

grupo con PPrE, lo que implica una reducción de 73% de la probabilidad de infección por ITS dentro de este segundo grupo, resultado que es estadísticamente significativo (Cociente de probabilidades ajustado [CPA]: 0,27; intervalo de confianza de 95% [IC95%]: 0,009–0,83; p=0,002). En la semana 36, cuando se debería haber terminado la PPrE, la incidencia de nuevas ITS fue de 12 frente a 5, respectivamente, si bien esta diferencia no fue estadísticamente significativa. No obstante, los autores comentaron que era posible que algunos de los participantes hubieran tomado durante este periodo parte de la medicación que no habían tomado anteriormente, lo que podría afectar a los resultados finales.

De forma llamativa, las dos infecciones por sífilis y una de las infecciones por gonorrea en el grupo con PPrE se produjo en participantes con niveles de medicamento en sangre que sugerían adherencia diaria al tratamiento, si bien la infección podría haberse producido en algún momento de las 12 semanas previas a la visita en que se realizó el análisis de sangre. En lo relativo a otros factores de riesgo, no se observaron diferencias de comportamientos sexuales entre los dos grupos ni de uso de drogas recreativas.

Una de las principales consideraciones frente al posible uso profiláctico de antibióticos para prevenir ITS es el riesgo de desarrollo de resistencias medicamentosas, especialmente en el caso de la gonorrea. En este sentido, el equipo de investigación señaló que la doxiciclina no se utiliza contra la gonorrea y que hay pocos indicios de riesgo de generación de resistencias a este medicamento en el caso de clamidiosis. No obstante, si bien no es habitual el desarrollo de resistencias en el tratamiento de la sífilis, sí ha ocurrido cuando se han usado antibióticos diferentes a la penicilina en personas alérgicas a dicho fármaco, que es el tratamiento de primera elección.

Si bien el desarrollo de resistencias durante la PPrE es mucho menos común que en el tratamiento de infecciones instauradas, especialmente en los casos de baja adherencia al tratamiento, es evidente que es algo a evitar. Esta consideración llevó a los autores del estudio a concluir que la PPrE con doxiciclina no sería una medida preventiva apropiada para la mayoría de los HSH con VIH, sino para un grupo relativamente pequeño, pero de importancia epidemiológica, en la que los beneficios compensarían ampliamente el potencial riesgo de generar resistencias. La sífilis aumenta el riesgo de infección por VIH entre dos y nueve veces respecto a la población general, y la carga viral de una persona con VIH que no siga un tratamiento antirretroviral y esté infectada por sífilis es aproximadamente el doble, por lo que la PPrE podría reducir de forma considerable la transmisión del VIH y mejorar la salud sexual de un subgrupo importante de HSH.

En la misma línea, cabe tener en cuenta que tomar un antibiótico de forma continua a largo plazo puede producir modificaciones en la flora intestinal y, en general, en la flora bacteriana del organismo, hecho que podría incrementar el riesgo de padecer determinadas patologías a largo plazo. Por ello, aunque efectiva, la PPrE de ITS debe quedar circunscrita a pequeños grupos poblacionales en riesgo muy elevado de adquirirlas, los únicos en los que, probablemente, los beneficios de tomar dicha terapia superarían a los riesgos.⁵



La transmisión del virus del Ébola mediante la tos es posible, pero no probable

19 de febrero de 2015 – Fuente: *mBio*

La tos de los pacientes muy enfermos por el virus del Ébola podría ser tan peligrosa como su vómito o su diarrea para los que los rodean, sugiere un informe reciente. Pero los mismos expertos también advirtieron que eso no significa que el letal virus se pueda propagar por el aire con rapidez, como enfermedades como el sarampión o la influenza.

“Este informe no debe ser algo que alarme al público ni lo haga creer que la enfermedad por el virus del Ébola (EVE) podría convertirse en una enfermedad de transmisión aérea como el sarampión. Esto no es lo que este trabajo plantea”, aseguró el Dr. Amesh Adalja, miembro asociado del Centro de Seguridad de la Salud del Centro Médico de la Universidad de Pittsburgh.

Según los autores del estudio, la saliva de un paciente de EVE sí contiene vestigios del virus. Además, la cantidad de virus en los fluidos corporales como la sangre, la saliva, el vómito y la diarrea aumenta a medida que se enferman más, según el informe del Centro de Investigaciones y Políticas sobre las Enfermedades Infecciosas de la Universidad de Minnesota.

La EVE ataca a casi todos los órganos del cuerpo, incluyendo a los pulmones. Entonces, si un cuidador respira gotitas tosidas por un paciente, “es posible que pudiera ocurrir una infección pulmonar primaria”, escribió el equipo de Minnesota.

Según evidencias anteriores, los trabajadores sanitarios que se enfrentan a la EVE se han preocupado sobre todo sobre la transmisión de la enfermedad a partir de la sangre, el vómito y las heces del paciente, todos los cuales contienen niveles altos del virus a medida que los síntomas avanzan, anotaron los autores del estudio. Pero especulan que quizá los trabajadores sanitarios también deban preocuparse sobre la tos de un paciente.

“La epidemia de EVE de África Occidental sorprendió incluso a los expertos en enfermedades infecciosas más astutos en la comunidad de salud pública global. No debemos suponer que los virus del Ébola no son capaces de sorprendernos de nuevo en algún momento del futuro”, concluye el informe.

Pero enfatizaron que la transmisión aérea de la EVE (similar a lo que ocurre con la influenza o el sarampión) sigue siendo poco probable en el futuro, dado que el virus tendría que pasar por una mutación sustancial.

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

Estados Unidos ha tenido dos casos importados de EVE, cuando personas infectadas entraron al país del extranjero y luego se enfermaron. Mientras trataban a uno de esos pacientes, dos enfermeras de Dallas también se infectaron. Los expertos no han podido determinar la forma en que las enfermeras se infectaron. Una fuente potencial eran los fluidos corporales de los pacientes.

“El nuevo informe plantea algunos puntos buenos sobre la EVE y lo que sabemos. Alrededor de un tercio de los pacientes de EVE tosen”, comentó Adalja, que también es vocero de la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas.

Los autores del trabajo “plantean la pregunta de si la EVE podría transmitirse mediante la tos”, pero afirman que las probabilidades de que la transmisión aérea sea un evento común siguen siendo muy bajas.

Los autores del informe citaron un estudio con animales muy conocido en que dos monos enjaulados en la misma habitación con tres monos enfermos de EVE se enfermaron, aunque no tuvieron contacto físico. La transmisión por gotitas podría explicar la propagación, anotaron los investigadores.

Los monos tienden a escupirse y a arrojarse heces entre sí, y esa actividad podría haber creado gotitas de aerosol llenas del virus del Ébola que infectaron a los monos sanos a través de sus tractos respiratorios o sus membranas mucosas, plantearon los autores.


“Cuando un paciente está gravemente enfermo, tienen unos niveles altos del virus en todas las secreciones corporales”, señaló la Dra. Ambreen Khalil, especialista en enfermedades infecciosas del Hospital de Staten Island en Staten Island, New York. “Tienden a vomitar. Tienden a toser sangre. Cuando se está en una proximidad cercana con un paciente tan enfermo de EVE, la transmisión mediante aerosol es concebible”.

“El nuevo informe reafirma la necesidad de que los trabajadores sanitarios se protejan al tratar a los pacientes de EVE. Las personas que cuidan a pacientes muy enfermos se deben proteger con trajes a prueba de materiales peligrosos”, enfatizó Khalil.⁶

⁶ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

Talk About AIDS

How Would You Deal With It If One Of You Got AIDS?



Rob: That's like asking me what I would do if one of my pals got struck by lightning.

Why do you say that?

Rob: Because none of my friends are going to get AIDS.

You're sure?

Rob: Yes.

Just suppose one of them did.

Rob: I would be really upset.

Would you still be friends?

Rob: Yes.

You would still invite him to dinner?

Rob: Yes.

Would you hug him?

Rob: Yes. Look, my best friends are my family. And if one of us got sick, we'd all be there for support.

**AMERICA
RESPONDS
TO AIDS**
1-800-342-AIDS
1-800-AIDS-TTY

This is a message from the U.S. Centers for Disease Control.

Centers for Disease Control and Prevention (1986. Atlanta, Georgia, Estados Unidos).

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

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

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