



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina

www.reporteepidemiologico.com



Número 1.730

22 de febrero de 2016

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

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.)
Nora V. Glatstein (Arg.)
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)

Córdoba

- En sólo cinco semanas se reportaron nueve casos de síndrome urémico hemolítico

Argentina

- Vigilancia de enfermedades febriles exantemáticas
- Argentina enfrenta un importante brote de dengue mientras aumenta la población de mosquitos

América

- América Latina: La desinformación en tiempos del zika
- Chile, Isla de Pascua: Ya son 16 los casos confirmados de dengue
- Colombia: Siguen en aumento los casos de fiebre zika

- Estados Unidos: Brote multiestatal de infecciones por *Salmonella* Virchow

- México: Alerta por 53 muertos por influenza en dos semanas

- Uruguay, Montevideo: Ya son tres los casos autóctonos de dengue en el país

- Venezuela: Advierten que el país no puede hacer frente al virus Zika

El mundo

- Benin: Brote de fiebre hemorrágica de Lassa

- Sudáfrica: Primer caso importado de fiebre zika

- Uganda: Esterilizan contra su voluntad a mujeres con VIH

- ¿Qué determina la gravedad de la enfermedad provocada por el virus del Nilo Occidental?

Adhieren:



Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/



www.circulomedicocba.org/



www.consejomedico.org.ar/



Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Córdoba

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



www.said.org.ar/

Comité Nacional de Infectología

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



www.apinfectologia.org/



www.sadip.net/



www.apargentina.org.ar/

Declaración de Córdoba II



Declaración de Córdoba II: "Hacia un mundo con antibióticos eficaces y seguros: un desafío"

El Círculo Médico de Córdoba, fundado en el año 1910, es una institución destinada a la capacitación de postgrado en todas aquellas cuestiones científicas relacionadas con las ciencias médicas. En la actualidad, alberga a 35 sociedades científicas y más de 2.000 socios de la Provincia de Córdoba, Argentina.

Su Comisión Directiva se complace en informar que, en el marco de su 105° Aniversario, se procedió a la elaboración de la Declaración de Córdoba II "Hacia un mundo con antibióticos eficaces y seguros: un desafío".

Este documento, impulsado por la entidad y realizado en colaboración con destacados especialistas, asume el compromiso de vincular ciencia y sociedad, para establecer una nueva y provechosa articulación entre todos los involucrados en este tema de trascendencia mundial.

Es de vital importancia para nuestras regiones, tomar una posición frente a esta problemática. Es por ello que se invita a Usted, como catalizador del cambio, a adherir a esta Declaración de Córdoba II. Puede leer el texto completo de la Declaración haciendo clic [aquí](#).

Esperando contar con su apoyo, se le invita a enviar su adhesión a: presidenciacirculomedicocba@gmail.com.

También puede consultar el texto completo de la primera [Declaración de Córdoba: Hacia un mundo sin sida, el compromiso de América Latina](#).



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](#).

Córdoba



En sólo cinco semanas se reportaron nueve casos de síndrome urémico hemolítico

19 de febrero de 2016 – Fuente: La Voz del Interior (Argentina)

En los primeros 40 días del año 2016, ya ascienden a nueve los niños afectados con síndrome urémico hemolítico (SUH) en la provincia de Córdoba. Los datos fueron provistos por el Ministerio de Salud de la Provincia, y abarcan hasta el día 7 de este mes. No se informó si se sumaron más casos en los últimos 12 días.

No obstante, la elevada cifra supera los casos de la enfermedad que hubo en 2015 hasta la fecha (seis), e iguala al total de niños afectados en el primer trimestre de 2014, según admitió la secretaria de Prevención y Promoción de la Salud, Marcela Miravet.

En todo el año 2015 hubo 40 casos de la enfermedad.

Además, una niña de 5 años se encuentra internada en grave estado en la unidad de terapia intensiva de la Unidad Sanatorial 'Raúl Ángel Ferreyra'.

"La niña ingresó el 22 de enero con SUH e hizo una forma muy complicada de la enfermedad", dijo Jorge López Aráoz, director del establecimiento.

De acuerdo con el reporte de la cartera sanitaria, a su vez, de los nueve niños con SUH, siete requirieron diálisis o transfusión de sangre.

"Eso indica que la enfermedad fue severa, y que se trataría de una cepa agresiva", consideró la nefróloga pediatra Élide Inchaurregui, a cargo del área en la Clínica Universitaria 'Reina Fabiola', y ex jefe de nefrología del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad.

"En la clínica solemos tener uno o dos niños con SUH al año, y ahora ya tuvimos dos, lo que llama la atención", advirtió, y señaló que hay períodos en los que parecen producirse picos de la enfermedad.

Más casos en verano

En tal sentido, el reporte oficial indica que la curva comparativa de los dos últimos años muestra picos en los meses de calor y luego una disminución el resto del año.

En los meses cálidos aumenta el riesgo de que haya casos de la infección, ya que la bacteria *Escherichia coli* H7:O157, que es la principal causa de la enfermedad, se multiplica con las altas temperaturas.

Las principales vías de transmisión son los alimentos y agua contaminados, pero también se contagia de persona a persona (vía fecal oral).

El principal reservorio de la bacteria es el intestino del ganado vacuno y de otros animales de granja, y puede llegar a las carnes por contaminación con materia fecal durante la faena o en la posterior manipulación. El agua, las verduras y hortalizas pueden contaminarse, a su vez, por contacto con las heces.

La carne poco cocida (más aún si está molida), las verduras y frutas crudas, los lácteos sin pasteurizar o que perdieron la cadena de frío, el agua contaminada, y el contacto de alimentos cocidos con crudos o con utensilios contaminados (como tablas, cubiertos, etcétera), son las principales vías de transmisión de la bacteria.

"Ahora que hay tantos cortes de luz, hay que extremar las precauciones y no consumir ni dar a los niños alimentos que hayan perdido la cadena de frío, como es el caso de los lácteos y las carnes", enfatizó Inchaurregui, quien recomendó que, ante la duda, hay que desecharlos.

En los casos reportados, Miravet señaló que no están identificadas todas las fuentes de infección, aunque precisó que en un paciente hubo consumo de leche cruda en un tambo.

Situación actual

En la situación actual de eliminación de la circulación endémica de la rubéola y con el objetivo de lograr a nivel regional la eliminación del sarampión en el año 2016, es necesario un sistema de vigilancia epidemiológica sensible capaz de detectar e investigar todos los casos sospechosos, incluidos los importados, y la realización de actividades que eviten o limiten la transmisión secundaria.

Se considera caso sospechoso de enfermedad febril exantemática a todo paciente de cualquier edad con fiebre y exantema o bien que un trabajador de la salud lo sospeche.

Dada la semejanza en el cuadro clínico, la investigación epidemiológica y los estudios de laboratorio, las vigilancias de sarampión y rubéola en las Américas se realiza en forma integrada, investigando por laboratorio ambos virus independientemente de la sospecha clínica inicial.

Todos los casos sospechosos deben ser estudiados por laboratorio mediante la realización de IgM para sarampión y rubéola en una muestra de suero. Si la misma fue tomada antes del 5° día post exantema, se requiere tomar una segunda muestra de suero a los 10-14 días de la primera para evitar los posibles falsos negativos. Asimismo se sugiere la toma de muestra para detección viral: orina (hasta el día 14 post exantema) y/o hisopado naso-faríngeo (hasta el día 7 post exantema).

En el año 2015 se notificaron 425 casos sospechosos de sarampión-rubéola, con una tasa de notificación de 1,06 casos cada 100.000 habitantes. A nivel nacional no se alcanzó la tasa de sospecha esperada. Tampoco se alcanzó este indicador de calidad de la vigilancia en 16 de las 24 jurisdicciones (67%).

La tasa de notificación es un indicador de calidad de vigilancia: se debe alcanzar el estándar de dos casos sospechosos notificados cada 100.000 habitantes.

Se requiere un alto grado de sospecha para poder identificar oportunamente los casos de sarampión y rubéola.

Las jurisdicciones deben continuar realizando esfuerzos para alcanzar la tasa de notificación así como cumplir con el resto de los indicadores de calidad de la vigilancia. Esto permitirá mantener el logro de la eliminación de la circulación endémica de sarampión y rubéola, así como identificar oportunamente las importaciones de países endémicos.¹

Gráfico 1. Tasas de notificación cada 100.000 habitantes. Argentina. Años 2009/2014. Fuente: SNVS – Módulos C2 y SIVILA. Dirección Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

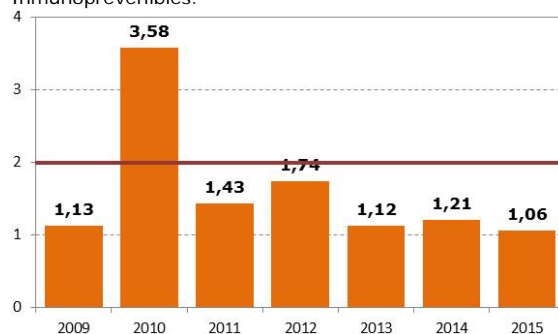
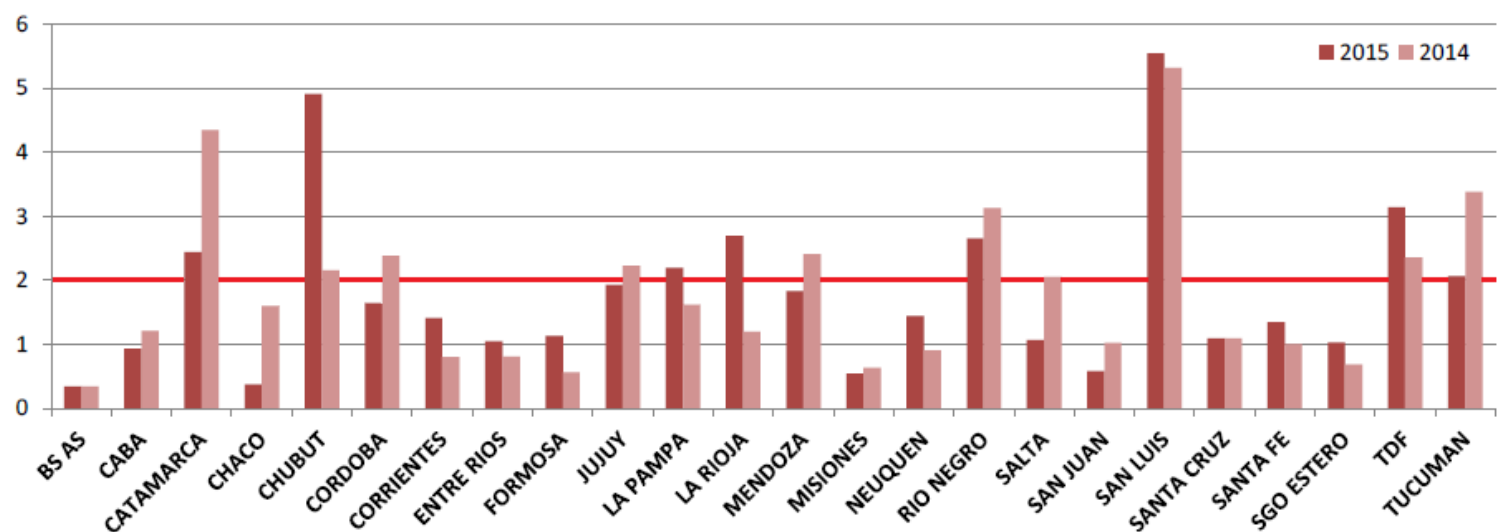


Gráfico 2. Tasas de notificación cada 100.000 habitantes, según provincia. Argentina. Años 2014/2015 (la línea roja indica la tasa de sospecha esperada, de dos casos cada 100.000 habitantes). Fuente: SNVS – Módulos C2 y SIVILA. Dirección Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.



¹ Puede consultar la ficha de notificación, las definiciones de casos, el flujo de notificación y recomendaciones haciendo clic [aquí](#).

Tabla 1. Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes, según provincia y región. Argentina. Años 2014/2015. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA – Dirección Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DINACEI). Datos preliminares, sujetos a modificaciones.

Provincia/Región	2015							2014	
	En estudio	Sospechoso no conclus.	Descartados	Sarampión confirmado	Rubéola confirmado	Totales	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	2	1	24	—	—	27	0,93	35	1,21
Buenos Aires	5	13	36	—	—	54	0,35	54	0,35
Córdoba	5	12	34	—	—	51	1,54	79	2,39
Entre Ríos	2	—	11	—	—	13	1,05	10	0,81
Santa Fe	14	7	22	—	—	43	1,35	32	1,00
Centro	28	33	127	—	—	188	0,72	210	0,80
Mendoza	—	—	32	—	—	32	1,84	42	2,42
San Juan	—	1	3	—	—	4	0,59	7	1,03
San Luis	1	3	20	—	—	24	5,55	23	5,32
Cuyo	1	4	55	—	—	60	2,10	72	2,52
Corrientes	1	3	10	—	—	14	1,41	8	0,81
Chaco	—	1	3	—	—	4	0,38	17	1,61
Formosa	—	—	6	—	—	6	1,13	3	0,57
Misiones	1	5	—	—	—	6	0,54	7	0,64
NEA	2	9	19	—	—	30	0,82	35	0,95
Catamarca	—	1	8	—	—	9	2,45	16	4,35
Jujuy	—	1	12	—	—	13	1,93	15	2,23
La Rioja	1	—	8	—	—	9	2,70	4	1,20
Salta	5	2	6	—	—	13	1,07	25	2,06
Santiago del Estero	1	1	7	—	—	9	1,03	6	0,69
Tucumán	1	8	21	—	—	30	2,07	49	3,38
NOA	8	13	62	—	—	83	1,69	115	2,34
Chubut	1	2	22	—	—	25	4,91	11	2,16
La Pampa	—	2	5	—	—	7	2,19	5	1,56
Neuquén	—	4	4	—	—	8	1,45	5	0,91
Río Negro	1	4	12	—	—	17	2,66	20	3,13
Santa Cruz	—	—	3	—	—	3	1,10	3	1,10
Tierra del Fuego	1	—	3	—	—	4	3,14	3	2,36
Sur	3	12	49	—	—	64	2,64	47	1,94
Total Argentina	42	71	312	—	—	425	1,06	479	1,19

The New York Times Argentina enfrenta un importante brote de dengue mientras aumenta la población de mosquitos

17 de febrero de 2016 – Fuente: The New York Times (Estados Unidos)

Argentina está enfrentando su peor brote de dengue en siete años, mientras las poblaciones del mosquito *Aedes aegypti*, que también transmite el virus Zika, se expanden en el noreste subtropical del país.

El brote, que algunos funcionarios ya describen como una epidemia, tiene a las autoridades de las provincias de Misiones y Formosa luchando para detener la propagación del virus. Hubo cerca de 4.900 casos de dengue en Argentina en los primeros cinco semanas del año, según los datos recopilados por la Organización Panamericana de la Salud. Los expertos dicen que esta cifra podría ser 10 veces mayor.

Las autoridades han atribuido sólo una muerte al virus, pero cuando aún restan varias semanas de verano en el Hemisferio Sur –lo que brinda las condiciones de reproducción ideales para los mosquitos– el brote aún no ha llegado a su pico, dicen los expertos.

En 2009, el año del último brote severo de dengue en Argentina, descrito como quizás el peor de la historia, se reportaron casi 27.000 casos y cinco muertes.

“Estamos esperando algo aún peor que lo de 2009. El brote seguirá creciendo hasta marzo o abril”, dijo Hernán G. Solari, profesor de física en la Universidad de Buenos Aires, que investiga el dengue y el mosquito *Aedes aegypti*.

En Argentina, sólo ha habido unos pocos casos de fiebre Zika. Y esas infecciones se han adquirido en el extranjero, según información local.

El virus Zika, al que algunos investigadores han relacionado con la microcefalia, se concentra en el noreste de Brasil, a más de 3.200 kilómetros de Misiones. Eso hace que sea difícil para el virus llegar a Argentina.

Sin embargo, la alta densidad del mosquito *Ae. aegypti*, que se beneficia del clima húmedo y aprovecha los sitios de reproducción ideales en las zonas urbanas pobres, como baldes descartados, botellas de plástico y neumáticos viejos parcialmente llenos con agua de lluvia, significa que las provincias podrían estar en riesgo, según los expertos.

“Creo que están dadas las condiciones para que se produzcan brotes de fiebre zika”, dijo Jorge Osorio, profesor de ciencias patobiológicas en la Universidad de Wisconsin, que llegó esta semana en Misiones para asesorar al go-



Una cuadrilla de fumigación trabajando en Buenos Aires.

bierno provincial e investigar los métodos de prevención del dengue. “Tenemos una población de mosquitos y tenemos gente que viaja desde Argentina a Brasil”. Misiones está en el noreste de Argentina, en la Triple Frontera con Brasil y Paraguay.

Nicolás Schweigmann, biólogo de la Universidad de Buenos Aires que está haciendo el seguimiento de las poblaciones de mosquitos, dijo que esta ciudad –que ostenta un gran número de mosquitos en verano– también estaría bajo amenaza. “Donde existe el vector, hay grandes posibilidades de transmisión”, dijo.

El Dr. Jorge Daniel Lemus, ministro de Salud de Argentina, dijo que le preocupado que se produjera un brote cuando los argentinos regresen de las áreas infectadas del continente, tras sus vacaciones de verano.

El dengue es mucho más común en países como Brasil y Colombia, donde hay cientos de miles de casos al año, pero el brote en Argentina está causando alarma entre los expertos, que dicen que los mosquitos están ampliando su distribución a todo el continente americano.

Argentina se había librado del mosquito *Ae. aegypti* en la década de 1960 durante una campaña en toda la región para extinguir el insecto. Pero volvió a surgir en 1986, después que Brasil sufrió una reinfestación, y se han producido brotes periódicos de dengue en las provincias del norte desde mediados de la década de 1990.

Más allá de los casos en Misiones y Formosa, este año se han producido brotes secundarios en otras provincias, incluyendo Buenos Aires, la más grande y más poblada de Argentina. Los científicos incluso han cartografiado el riesgo de dengue en todo el país para ayudar a los funcionarios a combatir el virus.

El Dr. Jorge Derna, un médico de Posadas –una de las ciudades más afectadas– que trabaja tanto en clínicas públicas como privadas, dijo que estaba viendo unos 10 pacientes a la semana con síntomas de dengue. “Algunos han sufrido un dolor tan insoportable, que en lugar de sentarse durante horas en las salas de espera, prefirieron acostarse en el suelo”, dijo.

Debido a que los hospitales provinciales y las clínicas están saturados, o porque los síntomas son leves en ocasiones, muchos casos no se notifican.

No está muy claro por qué las poblaciones de mosquitos han proliferado, aunque muchos expertos apuntan a la humedad y las lluvias causadas por el fenómeno climático de El Niño, que recientemente causó inundaciones en el noreste de Argentina y en Paraguay. Sin embargo, dicen, el brote de 2009 se produjo después de una sequía.

La urbanización, que ha favorecido el aumento del dengue en todo el mundo en los últimos años mediante la mayor oferta de áreas de cría, puede ser otro factor. Un aumento en los viajes transfronterizos que los argentinos hacen para comprar bienes más baratos en países vecinos como Brasil, también puede haber ayudado a transmitir el virus.

Las autoridades de Misiones están realizando intensas tareas de fumigación. Pero Lemus advirtió que los mosquitos pueden haber vuelto resistentes a algunos pesticidas. Las autoridades también están eliminando los basurales donde el agua de lluvia puede acumularse e instan a la población a hacer lo mismo.

Algunos críticos dicen que esos esfuerzos son demasiado reactivos. “Tenemos un problema cultural. Existe una falta de conciencia: actuamos cuando la amenaza ya está sobre nosotros”, dijo Solari.

En Buenos Aires, las autoridades municipales siempre se mueven para abordar el dengue en esta época del año. Pero este verano han puesto especial énfasis en sus esfuerzos, dijeron las autoridades, vaciando los floreros en los cementerios, un habitual sitio de cría para el mosquito, y colocando carteles para advertir a la población para evitar que sus patios traseros se convierta en un paraíso para estos insectos. Con la aceleración de la inflación, el gobierno argentino también ha reducido temporalmente el precio de un conocido repelente.

América



América Latina: La desinformación en tiempos del zika

15 de febrero de 2016 – Fuente: SciDev Net – Autor: Carla Almeida²

La epidemia de fiebre zika en América Latina ganó finalmente atención internacional. Presente en casi todos los países de la región, el virus se volvió noticia en los principales medios del mundo y llevó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a decretar estado de emergencia global, algo que había hecho solo en tres ocasiones: en 2009 con la influenza A(H1N1), en 2014 con un nuevo brote de polio-mielitis, y con la enfermedad por el virus del Ébola.

A diferencia de esas ocasiones –y después de fallas en el manejo de la enfermedad por el virus del Ébola–, ahora la OMS está actuando con más prudencia, ante la alta probabilidad de una relación causal entre el contagio con el virus Zika en embarazadas y el nacimiento de bebés con microcefalia, luego que las estadísticas de esta malformación se dispararan en Brasil en 2015, acompañando el brote de la enfermedad.



² Periodista brasileña especializada en ciencia e investigadora en las áreas de divulgación científica y comprensión pública de la ciencia.

El crecimiento vertiginoso de casos de microcefalia –que puede llevar al retardo mental y a problemas en el aparato motor, entre otros– nos coloca delante de una situación realmente grave de salud pública. Si ese aumento estuviera relacionado con el Zika, un virus que transmite un mosquito endémico en varios países –y tal vez por otros medios–, pronto podemos tener que enfrentar un brote mundial de la enfermedad, con consecuencias para las generaciones futuras.

La falta de evidencias científicas para comprobar de forma concluyente esa relación causal y aclarar otros aspectos del virus Zika –formas de transmisión, complicaciones neurológicas y motoras asociadas y efectos a largo plazo– ya tienen consecuencias. Sumado al surgimiento de hechos y datos nuevos sobre la enfermedad a cada instante, se abre un espacio para una inundación de información incompleta, mitos y teorías descabelladas, que se esparcen más rápido que el propio virus, con las redes sociales como principal vector.

En medio de esa inundación, que forma una corriente de desinformación y contribuye a generar miedo en la población, en especial entre las embarazadas, los organismos de salud, la prensa, las instituciones de investigación y científicos se esfuerzan por divulgar información calificada y actualizada sobre la enfermedad y orientar a las personas.

Pero, ¿cómo garantizar que los ciudadanos escuchen –y consideren– esas voces, en vez de aquellas que propagan mitos y teorías descabelladas? En un contexto de democratización y horizontalidad en la producción de información, es cada vez más difícil separar la paja del trigo. En el caso de la fiebre zika, ¿qué hacer para que la mayor cantidad posible de personas pueda discernir entre lo que es verdad y lo que es mentira, e incluso, entender cómo actuar ante el hecho de que, para muchas preguntas, aún no hay respuestas?

Administrando dudas

El desarrollo científico acelerado en las últimas décadas y su imagen de dueña de la verdad y capaz de solucionar todo hace cada vez más difícil de aceptar un “no se” como respuesta. La incertidumbre declarada por la ciencia, a pesar de ser parte intrínseca del trabajo científico, tiende a ser interpretada con intolerancia o incluso con sospecha, generando una crisis de confianza. Se piensa: “No es posible que los científicos no sepan”. La historia, mientras tanto, está llena de contraejemplos. En el caso del virus Zika, el problema es que se sabe muy poco. O peor, no se sabe con seguridad lo que es preciso saber.

En tanto, a diferencia de otros problemas de salud pública, en Brasil y en América Latina hay deseos y esfuerzos reales para combatir el virus Zika. El Ministerio de Salud brasileño dio prioridad máxima a esta epidemia, las agencias de fomento ya abrieron llamados para financiar investigaciones, y los científicos forman redes, nacionales e internacionales, para estudiar aspectos del virus y sus efectos en el ser humano.

Aun así, las respuestas concluyentes tardarán, particularmente en lo que respecta a las vacunas y tratamientos contra la enfermedad. Hasta entonces, en términos de política pública, necesitaremos estrategias nuevas y más eficaces para controlar a *Aedes aegypti*, que viene ganando la batalla librada durante años por el gobierno brasileño, basada principalmente en la eliminación de los criaderos de mosquitos y el uso de insecticidas (a los que ha mostrado resistencia).

Una de las respuestas inmediatas del gobierno a esa demanda fue la asignación de miles de hombres y mujeres de las Fuerzas Armadas para “visitar” millones de hogares brasileños con la tarea de orientar las acciones para eliminar los focos de proliferación de mosquitos. Pero esta estrategia fue criticada por la poca probabilidad de llevar a cabo a tarea de forma eficiente en un país de las dimensiones de Brasil.

El uso de mosquitos modificados, aún en experimentación en el país, también es considerado como una alternativa promisoría para eliminar el vector, pero aún necesita pasar por una serie de validaciones antes de ser usado ampliamente.

Concienciación y participación

En este contexto, contar con información de calidad y actualizada –en la medida de lo posible y considerando las incertidumbres y lo dinámico del caso– es una de las armas más poderosas en la prevención y control de la fiebre zika. Pero eso en la medida en que esa información sea capaz de traducirse en acciones concretas. Al final, quedar embarazada, usar repelente, evitar viajar a lugares endémicos, buscar asistencia médica, eliminar focos domésticos de proliferación de mosquito son medidas que pasan por decisiones individuales y, en cierta medida, voluntarias.

Sin embargo, tal vez no solo basta con hacer que la información sea accesible, pues puede perderse en el mar de desinformación. Los organismos de salud, la prensa, instituciones de investigación y científicos también precisan trabajar para lograr la participación de la población, la concienciación sobre la importancia y el poder de la movilización pública para enfrentar un problema como este. Y no solo en lo que respecta a terminar con el mosquito, sino también unificar informaciones calificadas y filtrar rumores, asumiendo una función de curaduría informativa.

Existen varios estudios y ejemplos de que, cuando están debidamente motivadas, movilizadas y equipadas, las personas muestran una gran capacidad para buscar y compartir información idónea y actuar en consecuencia. Ese es el gran desafío para periodistas y divulgadores de ciencia y de la salud.



Chile, Isla de Pascua: Ya son 16 los casos confirmados de dengue

20 de febrero de 2016 – Fuente: El Dínamo (Chile)

El Ministerio de Salud de Chile informó el 20 de febrero que el Instituto de Salud Pública (ISP) confirmó dos nuevos casos autóctonos de dengue en la Isla de Pascua.



Se trata de dos mujeres, una de 20 y la otra de 52 años, quienes enfermaron durante esta semana y una de ellas requirió hospitalización por presentar signos de alarma. A pesar de su condición, ha evolucionado de buena manera.

Con estos dos nuevos casos ya son 16 en total, todos residentes de Rapa Nui. Por otro lado, se notificó también que otros seis casos sospechosos fueron descartados, mientras que una decena de personas se mantiene bajo estudio para identificar si podrían haber sido infectadas por el virus Zika.

En febrero de 2014, se detectaron en la isla 173 casos de fiebre zika, sin que se produjeran eventos de malformaciones congénitas.

Cabe recordar que hace unos días, el ministro de Salud en funciones, Jaime Eduardo Burrows Oyarzún, indicó que “probablemente nos vamos a ver enfrentados a más casos en las próximas fechas y el objetivo del Ministerio de Salud es que ese número no sea tan importante sino que se empiece a reducir y podamos controlar el brote”.

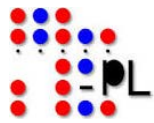
Esto, luego de que el Gobierno declarara el pasado 11 de febrero alerta sanitaria tras detectar los cuatro primeros casos de dengue en la Isla de Pascua, un reconocido enclave turístico, con más de 100.000 visitantes al año.

Burrows anunció nuevas medidas para evitar la propagación del contagio y erradicar la presencia del mosquito que transmite la enfermedad. En concreto, se eliminará un vertedero, que es uno de los posibles focos de infección, y se realizará un plan especial de recolección de residuos.

Sin problemas para los turistas

Burrows aclaró que “no hay ninguna razón para dejar de viajar a Isla de Pascua”. El secretario de Estado hizo un llamado a quienes viajen o planean viajar a que sigan las indicaciones de prevención que entrega el Ministerio de Salud y que no habrá ninguna complicación. En esta línea informó que se están realizando actividades de fumigación zonal.

“No existe riesgo de dengue en Chile continental, porque no está el vector. Aumenta el riesgo de contacto, pero los turistas toman medidas específicas. Hay conciencia que hay más riesgos”, recalcó Burrows.



Colombia: Siguen en aumento los casos de fiebre zika

21 de febrero de 2016 – Fuente: Prensa Latina (Cuba)

Con más de 5.000 casos registrados en la última semana, la epidemia de fiebre zika continuó en ascenso en Colombia, donde hoy se registran más de 37.000 contagiados del virus.

El Instituto Nacional de Salud (INS) reportó en las últimas horas que en el total de enfermos, se cuentan 6.300 mujeres embarazadas afectadas por la enfermedad.

El boletín epidemiológico de esa entidad agrega que están confirmados por clínicas 30.148 casos, otros 1.612 por laboratorio y 5.251 se manejan como sospechosos.

Aumentaron en 522 los casos de embarazadas con resultados positivos de laboratorios, de acuerdo con el reporte del INS.

En Colombia, el Ministerio de Salud vinculó con el virus Zika la muerte de tres casos de síndrome de Guillain-Barré, y pronosticó un total de 600.000 infectados por el virus este año.

También admitió que podrían ocurrir casos de microcefalia en menores, si se repite la situación que vive Brasil, hasta llegar a unos 500 recién nacidos.

En esta nación andina las regiones con más incidencia de la enfermedad son las que se encuentran al nivel del mar, debido a que el vector de virus, el mosquito *Aedes aegypti*, no resiste las condiciones de la altura, como por ejemplo en Bogotá, ubicada a 2.600 metros sobre el nivel del mar.



Estados Unidos: Brote multiestatal de infecciones por *Salmonella* Virchow

19 de febrero de 2016 – Fuente: Centers for Disease Control and Prevention (Estados Unidos)

Desde la última actualización del 2 de febrero de 2016, siete casos más de infección por *Salmonella enterica* serotipo Virchow han sido informados en siete estados. Hasta el 17 de febrero, 18 casos han sido reportados en 15 estados. El número de casos identificados por estado es el siguiente: Florida (1), Massachusetts (1), Maryland (1), Minnesota (2), New Jersey (2), New México (1), North Carolina (1), Ohio (1), Oklahoma (1), Oregon (1), Rhode Island (1), Tennessee (1), Texas (1), Utah (2), y Wisconsin (1).

Entre las personas de las que se cuenta con información, la enfermedad comenzó entre el 5 de diciembre de 2015 y el 3 de febrero de 2016. La edad de las personas enfermas varía entre 1 y 76 años, con una mediana de edad de 34. El 56% de los enfermos son hombres. De 12 personas enfermas de las que se dispone de información, 4 (33%) reportó haber estado hospitalizado, y no se han reportado muertes. Las enfermedades que ocurrieron después del

El informe, que comienza señalando que Venezuela camina hacia la crisis más profunda política, económica, social y de seguridad de su historia reciente, se detiene en analizar la situación sanitaria y pone de relieve la “seria escasez de medicinas y de suministros médicos”, así como el deterioro de las infraestructuras.

En concreto, alude a la falta de medicinas básicas en numerosas farmacias y señala que ello está favoreciendo la importación de medicinas falsificadas o caducadas, lo que representa un peligro añadido para la salud.

En ese contexto, el informe, elaborado tras reuniones con expertos de las organizaciones no gubernamentales Coalición de Organizaciones por el Derecho a la Salud y la Vida (CODEVIDA), Acción Solidaria y Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos (PROVEA), se detiene en el peligro de extensión del virus Zika en Venezuela, que preocupa de manera especial a países vecinos, como Brasil o Colombia.

Los embajadores aseguran que Venezuela no está preparada en absoluto para combatir una epidemia de fiebre zika a gran escala.

Dificultades de detección

Añaden los diplomáticos que, en el contexto actual, es difícil hacer estimaciones claras sobre el número de afectados por el virus en el país y dice que, aunque las autoridades sanitarias admiten 4.000 casos reconocidos por el laboratorio nacional responsable de la detección, hay que tener en cuenta que debido a la escasez de reactivos, la capacidad de trabajo del centro es muy limitada. Los epidemiólogos y las ONG calculan que podría haber unos 400.000 casos de fiebre zika en Venezuela.

Indica el documento más adelante que, si bien la Asamblea Nacional venezolana, controlada por los partidos de la oposición ha declarado la situación de “crisis de salud humanitaria”, el Gobierno de Nicolás Maduro Moros permanece en un “estado de no reconocimiento” de esa crisis y asegura que todo va bien en el sector de la salud. Los embajadores creen que admitir lo contrario, sería aceptar que la revolución bolivariana está fallando.

El 18 de febrero, en uno de sus discursos, Maduro se refirió al virus Zika y dijo que, en 72 horas, se habían importado medicinas contra el virus “para todos”, algo que ha sido puesto en cuestión por los opositores, que consideran que eso no es cierto para los 400.000 casos que se estima existen, sino, a lo sumo, para los reconocidos oficialmente por el Gobierno. Recientemente, la ministra de Salud Luisana Melo Solórzano llegó a admitir 4.700 y el propio Maduro dijo que había “5.221 casos sospechosos, de los cuales 68 personas han tenido complicaciones y están en cuidados intensivos”.

Al no admitir la existencia de una epidemia, las autoridades bolivarianas no han desplegado campañas de prevención o información sobre la enfermedad y, aunque llevan a cabo algunas fumigaciones para eliminar al vector del virus Zika y otras enfermedades, son pocas y erráticas.

Acusaciones de propaganda

Por el contrario, como hace con frecuencia, el Gobierno de Maduro insiste en que las denuncias sobre la existencia de epidemias y crisis sanitaria son parte de la guerra no convencional de la propaganda contrarrevolucionaria interna e internacional.

El informe de los embajadores europeos pone de relieve que algunos elementos hacen más difícil combatir la crítica situación de la sanidad en Venezuela. Entre ellos, cita la fragmentación del sistema público de salud, sin una autoridad central a nivel nacional, lo que dificulta también la distribución de medicinas.

Destaca además el hecho de que al menos 6.700 médicos de diferentes especialidades (20% de los del sistema público de salud), hayan abandonado el país, al tiempo que hay un déficit de enfermeros de 60%.

A la vista de estas carencias, el informe propone que se considere la posibilidad de facilitar ayuda a Venezuela, entre otras cosas, con el envío y distribución dentro del país de material sanitario y de medicinas.

El mundo



Benin: Brote de fiebre hemorrágica de Lassa

19 de febrero de 2016 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

El 25 de enero de 2016, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Benin notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un brote de fiebre hemorrágica de Lassa.

El brote se detectó inicialmente el 21 de enero tras los informes de fiebre de origen desconocido dentro de un grupo de trabajadores de la salud del distrito Tchaourou, departamento de Borgou. El 3 de enero, estos trabajadores de la salud proporcionaron cuidados a un paciente que sufría una fiebre hemorrágica.

Entre el 21 de enero y el 16 de febrero se reportaron 71 casos (6 confirmados, 10 probables y 55 sospechosos) en siete departamentos: Borgou (52), Collines (13), Ouémé (2), Alibori (1), Atlantique (1), Kouffo (1) y Littoral (1). Durante el mismo período de tiempo, un total de 23 muertes se registró en los departamentos de Borgou (16), Collines (4), Atlantique (1), Ouémé (1) y Plateau (1). Siete de los casos reportados (3 confirmados, 1 probable y 3 sospechosos), incluyendo 2 muertes (1 confirmada y 1 probable), eran trabajadores de la salud.

Hasta la fecha, 6 casos, incluyendo 2 muertes, han sido confirmados por laboratorio mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) en la Unidad de Virología, Laboratorio Central de Investigación, Hospital Escuela Universitario de Lagos, en Lagos, Nigeria.

Respuesta de salud pública

El Ministerio de Salud de Benin, con el apoyo de la OMS y sus asociados, está coordinando la gestión del brote. Se están aplicando medidas de control, que incluyen la investigación de campo, la vigilancia intensificada, la gestión de casos, la prevención y control de infecciones, la localización y seguimiento de los contactos, y la movilización social.

La OMS ha desplegado un equipo multidisciplinario en las áreas afectadas para apoyar la respuesta. La Oficina Regional para África de la OMS (OMS/AFRO) ha desplegado dos expertos y ha proporcionado apoyo financiero al país.

Desde el inicio del brote, se han identificado 318 contactos y 292 se encuentran actualmente bajo seguimiento.

Evaluación de riesgos de la OMS

La fiebre hemorrágica de Lassa es endémica en la vecina Nigeria y otros países de África Occidental. La enfermedad causa brotes casi cada año en diferentes partes de Benin, con picos anuales observados entre diciembre y febrero. Aunque éste es sólo el segundo brote de fiebre hemorrágica de Lassa reportado en Benin, se está produciendo acorde a los patrones estacionales conocidos. Según la información disponible, sus características son similares a otros brotes descritos en otras regiones; sin embargo, teniendo en cuenta que los casos se incrementan durante esta época del año, se insta a los países de África Occidental endémicos para fiebre hemorrágica de Lassa a fortalecer los correspondientes sistemas de vigilancia.

La OMS no recomienda ninguna restricción a los viajes y el comercio con Benin sobre la base de la información disponible.

Antecedentes

La fiebre hemorrágica de Lassa es una enfermedad viral aguda con un periodo de incubación de 1-4 semanas y es endémica en África Occidental. El virus Lassa se transmite a los seres humanos a través del contacto con alimentos o artículos del hogar contaminados con orina o heces de roedores. También pueden ocurrir las infecciones de persona a persona y la transmisión en laboratorio, sobre todo en los hospitales que carecen de adecuadas medidas de prevención y control de infecciones. La enfermedad es endémica en la población de roedores de algunas partes de África Occidental. Se sabe que la fiebre hemorrágica de Lassa es endémica en Benin (donde fue diagnosticada por primera vez en noviembre de 2014), Guinea, Liberia, Mali, Sierra Leona y partes de Nigeria, pero probablemente existe también en otros países de África Occidental. La tasa global de letalidad es de 1%. La tasa de letalidad observada en casos severos hospitalizados de fiebre hemorrágica de Lassa es de 15%. Las terapias de apoyo tempranas, con rehidratación y tratamiento sintomático, mejoran la supervivencia.



Sudáfrica: Primer caso importado de fiebre zika

20 de febrero de 2016 – Fuente: EFE

En una visita de negocios a Johannesburg, Sudáfrica, un empresario de nacionalidad colombiana fue registrado como el primer caso sospechoso de portar el virus zika a la ciudad más poblada del país, según reportó el Ministerio de Salud, basado en un dictamen de un laboratorio privado.

Joe Maila, portavoz del Ministerio de Salud, indicó que el paciente ya se encuentra completamente recuperado luego de haber padecido síntomas de fiebre y erupciones en la piel desde el 12 de febrero. “La infección se produjo en Colombia, antes de su visita de negocios a Johannesburg. Ese país está viviendo un gran brote de fiebre zika”, afirmó Maila, aludiendo a que el período habitual de incubación del virus puede llegar a los 15 días.

Actualmente el Instituto Nacional de Enfermedades Contagiosas (NICD) de Sudáfrica adelanta estudios para verificar el contagio y confirmar el diagnóstico del laboratorio. Las entidades de salud del país austral no descartan nuevos casos que se presenten debido a la llegada de otros viajeros provenientes de zonas afectadas por el virus Zika.

Por su parte, el Ministro de Salud, Aaron Motsoaledi, recalcó que “la confirmación de este caso en particular no representa ningún riesgo para la población”. Pese a que es precisamente África la cuna de la enfermedad, específicamente las selvas de Zika en Uganda, la Organización Mundial de la Salud declaró la emergencia sanitaria en Sudamérica por ser la zona más afectada por el virus.

Desde 1947 se registran casos focalizados de fiebre zika en África y Asia, sin embargo desde la última década el virus ha venido provocando brotes en países de otras regiones, donde ha provocado brotes epidémicos.



Uganda: Esterilizan contra su voluntad a mujeres con VIH

18 de febrero de 2016 – Fuente: Inter Press Service

Monica Mayimuna⁴ es portadora del VIH desde hace más de 10 años y quiere tener un bebé, pero no puede porque en un hospital público de Uganda le retiraron el útero contra su voluntad cuando fue a dar a luz a su último hijo, ahora de ocho años.

“Me extrajeron el útero en 2007. El médico me preguntó por qué estaba embarazada. Le dije que quería tener un tercer hijo. Y me respondió, ‘ustedes los que viven con el VIH nos irritan porque entienden su situación pero igual vienen a molestarnos’”, afirmó Mayimuna.

⁴ No es su nombre real.



Rose Nakanjako es seropositiva pero tuvo suerte de que no la esterilizaran y sus dos hijos nacieron sin el VIH.

“Tuve el bebé por cesárea. En ese momento no sabía que me habían quitado el útero. Pasó el tiempo y quise otro bebé. Esperé uno o dos años pero no quedé encinta. Fui al hospital para averiguar por qué. Entonces me lo dijeron. Quedé dolida y me pregunté por qué los médicos no me informaron ni me dieron una explicación”, expresó.

Mayimuna es una de las mujeres cuyo caso quedó documentado en una encuesta realizada por la Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con VIH/Sida de África Oriental (ICWEA), en el marco de una campaña para mejorar los derechos de salud sexual y reproductiva de un millón de jóvenes afectados por el VIH en cinco países africanos y asiáticos.

La encuesta abarcó a 744 mujeres seropositivas de Uganda y fue la primera de su tipo en documentar presuntos casos de esterilización forzada. La ICWEA y otros grupos también documentaron 50 casos adicionales en Kenia.

Dorothy Namutamba, de la ICWEA, dijo que de las 72 esterilizaciones reportadas en la encuesta, 20 mujeres habían sido obligadas a someterse a la operación irreversible.

“La mayoría de los casos se produjeron en hospitales públicos durante el parto cuando se les practicaba una cesárea. Once mujeres (con una edad promedio de 29 años) fueron obligadas a someterse a la esterilización. Los trabajadores de la salud no les comunicaron correctamente sobre el procedimiento. No firmaron un formulario de consentimiento. Algunas recién se enteraron años más tarde, cuando no lograron quedar embarazadas”, explicó.

“En estos casos se les informaba mal a las madres. Por ejemplo, entendieron que el procedimiento sería reversible, que las trompas de Falopio ‘atadas’ podrían ‘desatarse’ más adelante. O los trabajadores de salud las convencían que la esterilización sería la mejor opción”, añadió.

Entre los efectos de la esterilización forzada se incluye el traumatismo psicosocial, la pérdida de la identidad femenina, el abandono de los cónyuges y la violencia de género debido a la incapacidad para concebir hijos.

“Varias mujeres declararon aislamiento social, la incapacidad para encajar en la comunidad y la familia. Las demandas de los maridos de tener más hijos tuvieron gran impacto en su bienestar social”, señaló Namutamba.

Lillian Mworeko, la directora ejecutiva de la ICWEA, agregó que algunos casos de esterilización ocurrieron en 2014.

“Las mujeres que viven con el VIH en Uganda experimentan diversas formas de violación de sus derechos sexuales y reproductivos, que van desde la falta de información, el maltrato durante el proceso de búsqueda de los servicios de salud reproductiva en los centros sanitarios y la esterilización forzada”, denunció.

La activista considera que habrá que investigar más para averiguar por qué el personal sanitario coacciona a las madres a aceptar la esterilización. “Nuestro interés se centró principalmente en las mujeres que viven con el VIH. Pero concluimos que la esterilización forzada es una práctica generalizada con incentivos para los trabajadores de la salud”, sostuvo.

La práctica tiene “el apoyo de algunas organizaciones. Funciona así: ‘traigan a las mujeres, que las esterilicen y que los trabajadores de la salud reciban dinero’”, aseguró Mworeko.

“Se las obligó a la esterilización aunque los avances científicos confirman que las mujeres VIH positivas dan a luz a hijos sin el virus”, subrayó.

“No podemos continuar trabajando con políticas concebidas en una época en que no teníamos tratamiento. Debemos avanzar con la ciencia, con la evidencia. Si decimos que las mujeres pueden tener bebés que son VIH negativos, ¿qué están diciendo nuestras políticas?”, cuestionó.

“Como el trabajador de la salud sigue con la idea de que esta mujer es VIH positiva y la única solución es hacer que deje de dar a luz”, expresó Mworeko.

Babirye Joy⁵ es otra de las víctimas de esterilización forzada. Tenía 23 años en 2010 cuando personal de la salud, en connivencia con sus hermanas, la obligaron a adoptar este método anticonceptivo permanente.

“Mi hermana me llevó al médico cuando estaba a punto de dar a luz. No solicité la esterilización, pero ella me dijo que el médico la recomendaba. No se me dio información alguna sobre el procedimiento y no tuve oportunidad de formular preguntas”, contó.

“Después descubrí lo que se me hizo cuando fui a hacerme un chequeo. La máquina reveló que mis trompas de Falopio estaban cortadas. No me lo habían dicho ni firmé un formulario de consentimiento”, manifestó la joven.

John Baptist Wanyayi, el funcionario sanitario a cargo de Mbale, uno de los distritos donde se realizó la encuesta, declaró que en el marco actual la esterilización solo se realiza con el consentimiento de la mujer o la pareja en cuestión.

“En la mayoría de los casos, los médicos consideran los peligros que la mujer embarazada atraviesa en ese período y que pueden ser el factor determinante para esas esterilizaciones en esa etapa. Porque se teme que el próximo embarazo pueda ser peligroso para esa madre y probablemente la condición del VIH no haya sido el factor primordial”, opinó el médico.

⁵ No es su nombre real.

Según Wanyayi, en el período prenatal es posible que las mujeres consientan al método anticonceptivo permanente pero después cambien de opinión en otro momento cuando quieren tener otro hijo. “Los resultados de la encuesta revelan las contradicciones existentes entre las políticas de gestión y atención del VIH y la planificación familiar en Uganda”, añadió.

Patrick Tusiime, el funcionario sanitario encargado de otro distrito donde se realizó la encuesta, dijo que la esterilización forzada es una violación grave de los derechos de salud reproductiva de la madre.

“Muchos de estos casos son acciones individuales. Pero debemos incluir a las parteras y llamarlas al orden. Porque cuando al personal de enfermería o médico se nos forma en la facultad de medicina no se nos dice que esterilicemos a la gente en contra de su consentimiento”, destacó.

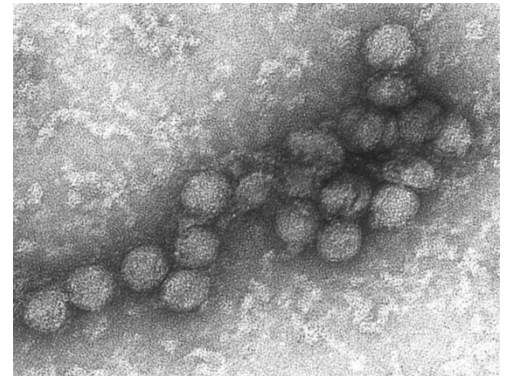
¿Qué determina la gravedad de la enfermedad provocada por el virus del Nilo Occidental?

21 de enero de 2016 – Fuente: *Public Library of Science Pathogens*

Aunque la mayoría de las infecciones por el virus del Nilo Occidental (VNO) en los seres humanos son asintomáticas y pasan desapercibidas, el virus causa una enfermedad neurológica grave y a veces fatal en algunas personas. Un estudio reciente sugiere que una respuesta inmune exagerada y anormal contribuye al desarrollo de síntomas neurológicos tras la infección por el VNO.

William Kwok y Eddie James, ambos del Instituto de Investigación Benaroya en Virginia Mason, Seattle, Estados Unidos, y sus colegas estaban interesados en saber qué determina los diferentes resultados de la infección por el VNO y si las diferencias en la respuesta inmune juegan un papel.

En este estudio, compararon las respuestas inmunes de muestras procedentes de 24 donantes de sangre que tuvieron infecciones asintomáticas (confirmado por pruebas de laboratorio) con las muestras de sangre de 16 individuos con diagnóstico de infecciones por el VNO que había desarrollado enfermedad neuroinvasiva con síntomas neurológicos, incluyendo confusión, temblores, convulsiones, parálisis y pérdida de visión.



Como se ha visto que las respuestas de las células T CD4 + (auxiliares) es suficiente para la protección contra el VNO (independiente de las células B y las células T CD8 +) y crucial para la eliminación del virus, los investigadores se centraron en los repertorios de células T CD4 + específicas para el VNO presentes en las muestras de sangre.

Estos expertos observaron que las personas mayores tenían un mayor número de células T específicas contra el virus y que las líneas celulares específicas de VNO aisladas de individuos mayores presentaban una mayor proporción de células T que producen IFN- γ y también una mayor proporción de IFN- γ e IL-4 (ambas moléculas que promueven una respuesta inmune fuerte).

Al comparar la magnitud y características de la respuesta de células T CD4 + específicas para el virus en personas de edades similares, bien con enfermedad neuroinvasiva o infección asintomática, los investigadores encontraron que, independiente de la edad, las personas con enfermedad neuroinvasiva registraban un mayor número de células T CD4 + específicas para el VNO.

Además, las células T que respondieron al virus más frecuentemente coprodujeron IFN- γ e IL-4. Por otra parte, las respuestas de expresión génica en células T CD4 + estimuladas con el VNO difirieron entre los individuos con infección asintomática anterior y los que tenían enfermedad neuroinvasiva por el VNO.

Los investigadores concluyen que “las personas con infecciones por VNO neuroinvasiva presentan respuestas exageradas y atípicas contra el virus”. Aunque reconocen varias limitaciones del estudio, incluyendo la falta de datos sobre la respuesta inmune cerca del momento de la infección (las muestras de sangre fueron extraídas meses y a veces años después del diagnóstico de infección por el VNO), sugieren que “los daños en los que media el sistema inmune, de hecho, pueden contribuir a los síntomas neurológicos y resultados patogénicos en el entorno de la infección por el virus del Nilo Occidental”.⁶

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

Juntos podemos lograr **cero**
infecciones por VIH

Hazte la prueba

DÍA MUNDIAL DEL SIDA
1 de diciembre de 2013

 **ONUSIDA**
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

AGENCIA UNICEF
FIDA
UNEP
UNEP
UNEP UNODC
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL

 **GOBIERNO DE ESPAÑA**
MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida.
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013. España).

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

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

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