



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina

www.reporteepidemiologico.com



Número 1.742

21 de marzo 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 Farías

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)

Argentina

- Vigilancia de botulismo del lactante
- Directores de Epidemiología acordaron nuevas medidas ante casos de dengue

América

- Estados Unidos: Las ciudades que podrían ser afectadas por el virus Zika este verano
- Estados Unidos, Wisconsin: Confirman 54 casos de infección por *Elizabethkingia anophelis*

- Perú: Declaran en emergencia sanitaria 14 regiones en prevención del dengue y la fiebre chikungunya

El mundo

- Arabia Saudí: Nuevos casos de infección por el MERS-CoV

- Cabo Verde recibe el apoyo de la OMS para el manejo del brote de fiebre zika
- China: Dos nuevos casos importados de fiebre amarilla
- Côte d'Ivoire: Brote de meningitis por neumococo
- Francia: Tres casos importados de triquinelosis por consumo de carne de oso polar
- Guinea: Confirman dos nuevos casos de enfermedad por el virus del Ébola
- La OMS reconoce que la vacuna contra el virus Zika puede llegar demasiado tarde
- El regreso de la escarlatina
- Crean un microscopio que diagnostica por sí solo la malaria

Adhieren:

SLAMVI

Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/

CIRCULO MÉDICO DE CÓRDOBA

www.circulomedicocba.org/

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/

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](#).

Argentina



Vigilancia de botulismo del lactante

11 de marzo de 2016 – 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 2015/2016, hasta semana epidemiológica 5. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.¹

Provincia/Región	2015		2016	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	—	—	—	—
Buenos Aires	3	2	—	—
Córdoba	—	—	3	3
Entre Ríos	—	—	—	—
Santa Fe	—	—	—	—
Centro	3	2	3	3
Mendoza	1	1	1	—
San Juan	—	—	2	—
San Luis	—	—	1	1
Cuyo	1	1	4	1
Corrientes	—	—	—	—
Chaco	—	—	—	—
Formosa	—	—	—	—
Misiones	—	—	—	—
NEA	—	—	—	—
Catamarca	—	—	—	—
Jujuy	—	—	—	—
La Rioja	—	—	—	—
Salta	—	—	1	1
Santiago del Estero	1	1	—	—
Tucumán	—	—	—	—
NOA	1	1	1	1
Chubut	—	—	—	—
La Pampa	1	1	—	—
Neuquén	1	—	—	—
Río Negro	—	—	—	—
Santa Cruz	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—
Sur	2	1	—	—
Total Argentina	7	5	8	5



Directores de Epidemiología acordaron nuevas medidas ante casos de dengue

15 de marzo de 2016 – Fuente: Ministerio de Salud (Argentina)

El Director Nacional de Prevención de Enfermedades y Riesgos, Jorge San Juan, encabezó el 15 de marzo una reunión de capacitación para la atención de pacientes con dengue, de la cual participaron los jefes de Epidemiología de todo el país junto a equipos de especialistas en laboratorio y atención médica.

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

El encuentro tuvo el propósito de acordar los lineamientos para ordenar la atención de pacientes en forma masiva y que las provincias estén correctamente preparadas para el pico máximo de dengue que se espera para las próximas semanas.

El funcionario de la cartera sanitaria nacional subrayó que, por ese motivo, la reunión se llevó a cabo “para dar alternativas a las provincias para que preparen todos los medios de atención con otros elementos, fuera de la guardia clásica, para que esta última no se congestione ya que tiene que seguir funcionando normalmente”. Entre esas alternativas, mencionó los consultorios preparados específicamente para la atención de pacientes con dengue y las salas de rehidratación.

En ese sentido, San Juan señaló que el Ministerio de Salud de la Nación “imparte directivas y envía suministros a todas las provincias que lo necesiten para que puedan organizar nuevos medios de atención en cada sitio”.

El funcionario instó a los titulares de Epidemiología de todo el país a “trabajar todos juntos, ayudarnos y estar comunicados permanentemente” y solicitó que cada uno de ellos “haga una sala de situación para recabar toda la información sensible y tener un panorama de todo el país, más específico”, en lo que respecta a los casos de dengue, para desde allí “poder regular cada una de las cosas que pasan en el momento en que pasan”.

Por otro lado, San Juan dedicó un párrafo aparte al inminente aumento de casos autóctonos de fiebre zika y fiebre chikungunya en el territorio nacional. En ese sentido pidió “empezar a hablar de esas nuevas enfermedades, que la gente las conozca y esté debidamente informada porque en el caso de la fiebre zika puede ser asintomática”.

“El hecho de que una mujer embarazada tenga un sarpullido y no le dé importancia tiene que cambiar; esa mujer debe ir a una consulta”, ejemplificó y pidió prestar atención a síntomas como dolores articulares o conjuntivitis, característicos de la infección por el virus Zika o el virus Chikungunya, transmitidos por el mismo mosquito del dengue, *Aedes aegypti*.

Cabe recordar que a comienzos del mes de febrero la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la Emergencia de Salud Pública a nivel internacional ante el incremento de casos de microcefalia en bebés recién nacidos, y otros trastornos neurológicos en algunas zonas de Brasil afectadas por el virus Zika.

América



Estados Unidos: Las ciudades que podrían ser afectadas por el virus Zika este verano

16 de marzo de 2016 – Fuente: *Public Library of Science Currents Outbreaks*

Algunas ciudades importantes de Estados Unidos, incluyendo a la ciudad de New York y Los Ángeles, podrían sufrir brotes de fiebre zika este verano.

El virus es propagado por el mosquito *Aedes aegypti*, que probablemente se volverá más abundante en gran parte del sur y del este de Estados Unidos a medida que el clima se vuelve más cálido.

Simulaciones computarizadas para 50 ciudades sugieren que unas temperaturas más cálidas de lo normal este verano podrían resultar en una cantidad significativa de mosquitos que portan el virus Zika a lo largo de la Costa Este, hasta un lugar tan al norte como la ciudad de New York, o, hacia el oeste, hasta Phoenix y Los Ángeles.

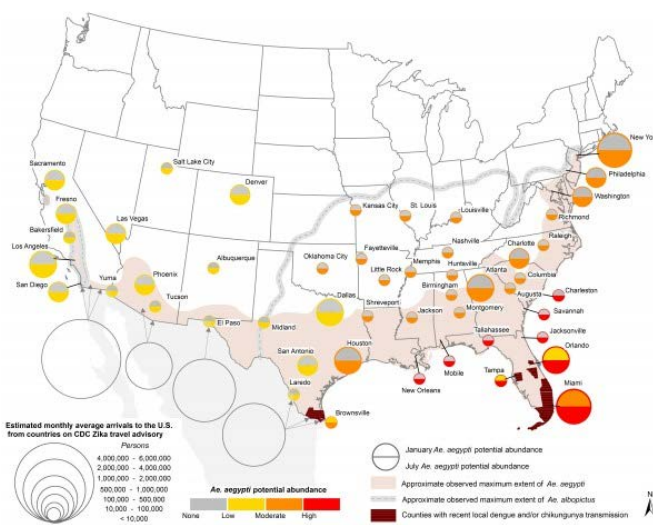
“Esta investigación puede ayudarnos a predecir el momento y la localización de los posibles brotes de fiebre zika en ciertas ciudades de Estados Unidos”, comentó Andrew Monaghan, científico de la National Science Foundation y autor principal del estudio.

“Aunque sigue habiendo muchas cosas que desconocemos sobre la dinámica de la transmisión del virus Zika, comprender dónde puede sobrevivir el mosquito *Ae. aegypti* en Estados Unidos y cómo fluctúa su abundancia en cada estación podría ayudar a orientar los esfuerzos para controlar al mosquito y a estar preparados con respecto a la salud pública”, explicó Monaghan.

Las temperaturas de primavera y otoño pueden permitir la prevalencia de poblaciones de *Ae. aegypti* entre bajas y moderadas en las partes meridionales de Estados Unidos, pero las temperaturas invernales son demasiado frías para los mosquitos más allá de las regiones del sur de Florida y Texas.

También se analizaron los patrones de viajes a Estados Unidos desde otros países y territorios con brotes de fiebre zika. La conclusión es que las ciudades del sur de Florida y las áreas pobres del sur de Texas podrían tener un riesgo alto de transmisión local del virus.

“Esta investigación enfatiza el complejo conjunto de factores humanos y ambientales que determinan si una enfermedad provocada por un mosquito pasa de una zona a otra, y con qué gravedad afecta a las diferentes poblaciones humanas”, comentó Sarah Ruth, directora de programas de la División de Ciencias Atmosféricas y Geoespaciales de la National Science Foundation.



“Al integrar la información sobre el clima, los patrones de viaje, la biología del mosquito y la conducta humana, el equipo del proyecto ha mejorado nuestra habilidad de predecir, afrontar y posiblemente prevenir futuros brotes de fiebre zika y otras enfermedades graves”, añadió.

Pero incluso si el virus se transmite en la parte continental de Estados Unidos, una respuesta rápida puede reducir su impacto. Además, dado que muchos estadounidenses viven y trabajan en casas y oficinas con aire acondicionado y predominantemente cerradas, no es probable que el virus Zika se propague tan ampliamente como en Latinoamérica y el Caribe.

Las personas son más vulnerables a las picaduras de mosquitos si viven en casas sin aire acondicionado, o tienen unos mosquiteros rotos o no tienen, lo que permite que los mosquitos entren fácilmente.

Las poblaciones de *Ae. aegypti* tienden a congregarse en áreas urbanas con una alta densidad de población.²



Estados Unidos, Wisconsin: Confirman 54 casos de infección por *Elizabethkingia anophelis*

16 de marzo de 2016 – Fuente: ABC News (Estados Unidos)

La bacteria *Elizabethkingia anophelis* se está extendiendo en Wisconsin hacia el norte, con seis nuevos casos reportados, según una actualización del Departamento de Servicios de Salud (DHS) del 16 de marzo.

Anteriormente los casos se habían limitado al sur y el oeste de Wisconsin, pero ahora los condados de Sheboygan y Fond du Lac han confirmado casos.

Hasta la fecha han sido confirmados 54 casos en Wisconsin, lo que llevó al gobierno federal a enviar investigadores adicionales para determinar el origen de esta infección bacteriana que ya ha causado 17 muertes. Sin embargo, los funcionarios no pueden decir si estas personas fallecieron a causa de la infección bacteriana o de un problema médico subyacente, ya que la enfermedad generalmente afecta a personas con sistemas inmunes comprometidos o condiciones graves de salud subyacentes.

El 9 de marzo, el gobernador Scott Kevin Walker se reunió con Manejo de Emergencias y Seguridad Nacional de Wisconsin para enfrentar este brote en crecimiento.

El 2 de marzo, la División de Salud Pública (DPH) del DHS de Wisconsin, anunció que estaba investigando el brote.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) inicialmente enviaron tres investigadores de Wisconsin, pero ese número se ha incrementado a ocho, según Melissa Brower, especialista en relaciones públicas de los CDC.

De acuerdo con Brower, el 8 de febrero la División de Salud Pública de Wisconsin pidió a los CDC que enviaran un equipo para ayudar en la investigación del brote. El 14 de febrero, tres miembros del personal de los CDC viajaron a Wisconsin. El 23 de febrero, otros dos miembros de los CDC viajaron a Wisconsin para proporcionar ayuda adicional.

“El 6 de marzo, el número total de miembros del personal de los CDC en Wisconsin se elevó a ocho”, dijo Brower, al tiempo que señaló que hasta ahora, Wisconsin es el único estado con casos confirmados.

De acuerdo con el DHS, se han reportado casos en los siguientes condados: Columbia, Dane, Dodge, Fond du Lac, Jefferson, Milwaukee, Ozaukee, Racine, Sauk, Sheboygan, Washington y Waukesha.

La mayoría de los pacientes son mayores de 65 años, según Karen McKeown, Oficial de Salud del Estado.

El DPH fue notificado primeramente de seis casos sospechosos entre el 29 de diciembre de 2015 y el 4 de enero de 2016, y estableció la vigilancia en todo el estado el 5 de enero de 2016.

Los síntomas de la infección por *Elizabethkingia anophelis* incluyen fiebre, dificultad para respirar, y escalofríos. También puede presentarse celulitis, un enrojecimiento e inflamación en la piel, que puede sentirse caliente y sensible al tacto.

La sospecha de la infección debe ser mayor si un paciente tiene múltiples enfermedades crónicas, incluyendo, en particular tumores malignos, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica o enfermedad renal terminal en diálisis, alcoholismo, cirrosis alcohólica, condiciones que comprometen al sistema inmunitario o tratamiento inmunosupresor. Se requiere una prueba de laboratorio para confirmar el diagnóstico.³



PERÚ Ministerio de Salud

Perú: Declaran en emergencia sanitaria 14 regiones en prevención del dengue y la fiebre chikungunya

19 de marzo de 2016 – Fuente: Ministerio de Salud (Perú)

Por un plazo de 90 días, el Ministerio de Salud de Perú declaró en emergencia sanitaria 14 regiones del país en prevención del dengue y la fiebre chikungunya, con la finalidad de fortalecer la respuesta del sistema sanitario y los sistemas de vigilancia en el 100% de los distritos priorizados que en la actualidad presentan brotes.

La declaratoria de emergencia sanitaria tiene alcance en las siguientes regiones: Ancash, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huánuco, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Piura, San Martín, Tumbes y Ucayali.

² Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

³ Los resultados de sensibilidad de las cepas de *Elizabethkingia anophelis* aisladas de pacientes en el brote actual, comunicados por los CDC, muestran la potencial efectividad de las fluoroquinolonas, minociclina, rifampicina, y trimetoprim/sulfametoxazol. La literatura médica sugiere que la terapia combinada con estos agentes puede ser más efectiva que la monoterapia.

El Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Salud (INS) y los Gobiernos Regionales realizarán las acciones que se contemplan en el "Plan de Acción de Emergencia Sanitaria por Dengue en Distritos con Epidemia y Alto Riesgo para la Salud Pública".

Dentro de las prioridades se debe reforzar la capacidad de detección y diagnóstico oportuno en 100%, vigilar el control vectorial integrado y las acciones de comunicación de riesgo de transmisión, con énfasis en los distritos priorizados.

El mundo



Arabia Saudí: Nuevos casos de infección por el MERS-CoV

14 de marzo de 2016 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

Entre el 26 de febrero y el 12 de marzo de 2016, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) del Reino de Arabia Saudí notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) 38 nuevos casos confirmados por laboratorio de infección por el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS-CoV), incluyendo seis muertes.

Los casos se produjeron en las localidades de Al-Artawiyah (1), Al-Jubayl (1), Al-Makhwah (1), Al-Rass (1), Al-Riyad (6), Al-Ruwaidhah (1), Al-Taif (1), Al-Zulfi (1), Buraydah (19), Ha'il (2), Jeddah (2), Muhayil (1) y Shaqraa (1). 31 casos son varones. Diez pacientes no son ciudadanos saudíes. Treinta casos presentan comorbilidades. El promedio de edad es de 52 años (rango 22-82 años).

Ocho casos tienen antecedentes de contacto frecuente con dromedarios (*Camelus dromedarius*) y consumo de su leche sin pasteurizar. Dos pacientes son contactos de casos de MERS-CoV previamente confirmados por laboratorio. En 17 casos se sospecha que puede tratarse de infecciones intra-hospitalarias, pero la investigación está en curso. En once casos está en curso la investigación del historial de exposición a cualquiera de los factores de riesgo conocidos en los 14 días previos al inicio de los síntomas.

Once casos se encuentran en estado crítico, ingresados en unidades de terapia intensiva. 18 pacientes se encuentran estables, en salas de aislamiento con presión negativa. Tres pacientes se encuentran asintomáticos, y permanecen en aislamiento domiciliario. Los pacientes fallecidos son cinco varones de 29, 40, 50, 56 y 64 años de edad y una mujer de 67 años de edad.

Está en curso el rastreo de los contactos familiares y de los trabajadores de la salud.

El Centro Nacional de Enlace para el RSI del Reino de Arabia Saudí también notificó a la OMS la muerte de seis casos previamente notificados de infección por el MERS-CoV.

A nivel mundial, la OMS ha sido notificada desde septiembre de 2012 de 1.690 casos confirmados por laboratorio de infección por el MERS-CoV, incluyendo al menos 603 muertes relacionadas.

Evaluación de riesgos de la OMS

El MERS-CoV causa infecciones humanas graves que resultan en una elevada mortalidad y ha demostrado la capacidad de transmitirse entre humanos. Hasta ahora, la transmisión observada de humano a humano ha ocurrido principalmente en centros sanitarios.

La notificación de casos adicionales no cambia la evaluación general de riesgos. La OMS espera que se reporten nuevos casos de infección por MERS-CoV en Medio Oriente, y que continuarán exportándose casos a otros países por parte de personas que podrían adquirir la infección después de la exposición a animales o productos de origen animal (por ejemplo, después del contacto con dromedarios) o de origen humano (por ejemplo, en un entorno de atención de la salud). La OMS continúa monitoreando la situación epidemiológica y conduce la evaluación del riesgo con base en la última información disponible.

Advertencia de la OMS

Considerando la situación actual y la información disponible, la OMS alienta a todos sus Estados Miembros a que mantengan la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas y examinen detenidamente cualquier patrón inusual.

Las medidas de prevención y control de infecciones son esenciales para evitar la posible propagación del MERS-CoV en los centros sanitarios. No siempre es posible identificar tempranamente a los pacientes con infección por el MERS-CoV porque, como ocurre con otras infecciones respiratorias, los síntomas iniciales son inespecíficos. Así, los profesionales sanitarios deben aplicar sistemáticamente las medidas preventivas habituales con todos los pacientes, con independencia del diagnóstico. Al atender a pacientes con síntomas de infección respiratoria aguda se adoptarán medidas para prevenir la transmisión por gotitas de Flügge; cuando se trate de un caso probable o confirmado de infección por el MERS-CoV, hay que añadir precauciones contra el contacto y protección ocular; se aplicarán medidas para prevenir la transmisión por vía aérea cuando se realicen procedimientos que generen aerosoles.

Hasta que se sepa más acerca del MERS-CoV, se considera que las personas con diabetes, insuficiencia renal, neumopatía crónica o inmunodepresión corren un gran riesgo de padecer una enfermedad grave en caso de infección por el MERS-CoV. Por consiguiente, dichas personas evitarán el contacto estrecho con animales, en particular con dromedarios, cuando visiten granjas, mercados o establos donde se sabe que el virus puede circular. Se adoptarán medidas higiénicas generales, tales como lavarse sistemáticamente las manos antes y después de tocar animales y evitar el contacto con animales enfermos.

También se deben adoptar medidas de higiene alimentaria. Se evitará beber leche de dromedario cruda u orina de dromedario, así como consumir carne que no esté adecuadamente cocida.

Dada la falta de evidencia de transmisión sostenida de humano a humano en la comunidad, la OMS no recomienda restricciones de viaje o de comercio respecto de este evento. El reforzamiento de la sensibilización sobre el MERS entre los viajeros hacia y desde los países afectados es una buena práctica de salud pública.



Cabo Verde recibe el apoyo de la OMS para el manejo del brote de fiebre zika

18 de marzo de 2016 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

En respuesta a una solicitud del Ministerio de Salud de Cabo Verde, la Organización Mundial de la Salud (OMS) está enviando un equipo a Cabo Verde, con la participación conjunta de expertos de la Oficina Regional para África de la OMS (OMS-AFRO) y el Instituto Pasteur de Dakar.

Aunque el número de casos de fiebre zika en Cabo Verde está disminuyendo, el Ministro de Salud anunció el 15 de marzo el primer caso de microcefalia. Se están realizando investigaciones para determinar si este caso de microcefalia está ligado a brote de fiebre zika de Cabo Verde. Entre los 7.490 casos sospechosos de fiebre zika reportados entre el 21 de octubre de 2015 y el 6 de marzo de 2016, 165 involucran a mujeres embarazadas, de las cuales 44 ya han dado a luz, sin complicaciones ni alteraciones. Entre el 29 de febrero y el 6 de marzo de 2016, 33 casos sospechosos de fiebre zika se registraron en dos de las nueve islas de Cabo Verde: en la isla de Santiago y en el municipio de São Filipe (isla de Fogo).

No ha habido circulación del virus Zika en las islas de Sal, São Vicente, Santo Antão, São Nicolau y Brava. Por otra parte, no se han reportado casos en las islas de Boa Vista y Maio desde mediados de febrero.

El equipo incluye epidemiólogos, expertos de laboratorio, especialistas en salud materna y personal de comunicación que colaborará con el Ministerio de Salud para evaluar el caso reportado de microcefalia y lograr una mejor comprensión de la dinámica de la epidemia y su impacto. Asimismo, se identificarán las potenciales faltas de datos remanentes y se apoyarán la respuesta y las investigaciones del país.

El equipo colaborará con el trabajo ya iniciado por las autoridades de salud del país. El primer grupo partió hacia Cabo Verde el 17 de marzo para proporcionar apoyo técnico de laboratorio, incluyendo la investigación laboratorial intensificada y el fortalecimiento de la capacidad de diagnóstico de laboratorio. Otros miembros del equipo revisarán los datos de vigilancia y los sistemas de rastreo del virus Zika y sus complicaciones, evaluarán y documentarán los procesos de control de vectores, revisarán las intervenciones para el manejo de las embarazadas en el contexto de la epidemia de fiebre Zika, y apoyarán la divulgación a las comunidades y la población para crear conciencia.

La OMS también está asistiendo al Ministerio de Salud en la implementación de las directrices de la OMS para el manejo del embarazo de mujeres infectadas con el virus Zika para garantizar que las decisiones de las mujeres acerca de sus embarazos estén basadas en la mejor información posible acerca de los riesgos para el feto.

La guía de la OMS para las mujeres embarazadas en el contexto del brote de fiebre zika incluye las siguientes recomendaciones:

- Las mujeres embarazadas que viven en áreas de transmisión del virus Zika deben seguir las mismas pautas de prevención de la población general.
- Las mujeres embarazadas que viven en áreas de transmisión activa del virus Zika deben: a) asistir a sus consultas prenatales regulares de conformidad con las normas nacionales y cumplir con las recomendaciones de sus proveedores de atención de la salud y b) iniciar las consultas de atención prenatal temprana para el diagnóstico y la atención adecuada y seguimiento si desarrollan síntomas o signos de infección por el virus Zika.
- Debe proporcionarse a la mujer embarazada afectada, y a su pareja si ella lo desea, información precisa y basada en la evidencia sobre el pronóstico de las alteraciones identificadas.
- Con base en el pronóstico de las anomalías cerebrales fetales asociadas, debe ofrecerse a la mujer –y a su pareja si ella lo desea– asesoramiento no directivo para que, en consulta con su proveedor de atención médica, puede tomar una decisión informada acerca de los próximos pasos en el manejo de su embarazo.
- Las mujeres que llevan su embarazo a término (hasta el nacimiento del bebé) debe recibir la atención adecuada y el apoyo para manejar la ansiedad, el estrés y el ambiente del nacimiento.
- Los planes para el cuidado y el manejo del bebé después del nacimiento se deben discutir con los padres en la consulta con un pediatra o un neurólogo pediátrico, donde esté disponible.
- Las mujeres que desean interrumpir su embarazo deben recibir información precisa acerca de sus opciones en toda la extensión de la ley, incluyendo la reducción de daños donde los cuidados deseados no están fácilmente disponibles.
- Las mujeres, sean cuales fueran sus elecciones individuales respecto de sus embarazos, deben ser tratadas con respeto y dignidad.



China: Dos nuevos casos importados de fiebre amarilla

19 de marzo de 2016 – Fuente: Xinhua (China)

La Comisión Municipal de Sanidad y Planificación Familiar de Beijing anunció el 19 de marzo que se han registrado dos casos importados más de fiebre amarilla en la capital, días después del primero.

El primero de los nuevos casos es el de un paciente que mostró síntomas de fiebre en Angola el 9 de marzo y voló de vuelta a Beijing una semana después. Tras acudir al médico fue diagnosticado.

El otro paciente mostró síntomas también en Angola el 11 de marzo y llegó al Aeropuerto Internacional de Beijing el 17 de marzo. Fue enviado al hospital después que funcionarios de cuarentena apreciaron síntomas de fiebre.

Ambos enfermos, los dos de 44 años, no se habían vacunado antes de viajar a Angola. Uno había viajado desde la provincia china de Fujian, al este del país, y el otro desde la provincia suroccidental de Sichuan.

La Comisión Nacional de Salud y Planificación Familiar de China confirmó el 13 de marzo que el primer caso importado de fiebre amarilla registrado en Beijing fue el de un hombre de 32 años y nacionalidad china, que también había viajado previamente a Angola.

Shanghai registró un caso el 18 de marzo. Se trata de un hombre de 46 años de la provincia oriental de Jiangsu, que experimentó los primeros síntomas el 5 de marzo en Angola y regresó a China el día 7.⁴



Côte d'Ivoire: Brote de meningitis por neumococo

14 de marzo de 2016 – Fuente: ProMED Mail

La meningitis bacteriana es una infección causada por tres gérmenes principales: *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae* y *Streptococcus pneumoniae*. En África, la meningitis provoca casos esporádicos cada año en muchos países y brotes en los países incluidos en el 'cinturón de la meningitis', en África Occidental y Central. En 2012, *N. meningitidis* causó una epidemia, con NmW135 como el serogrupo predominante en Côte d'Ivoire. En 2016, *S. pneumoniae* fue confirmado como el principal agente de una epidemia de meningitis en Ghana. Se realizó un estudio con el objetivo de conocer las características de los serotipos circulantes de esta epidemia, que causó una mortalidad de 50%, con el fin de contribuir a la respuesta terapéutica y de inmunización a los serotipos componentes de las vacunas.



El Centro Nacional de Referencia de la Meningitis, del Instituto Pasteur de Côte d'Ivoire, analizó 66 muestras de líquido cefalorraquídeo (LCR) provenientes de las áreas afectadas por los gérmenes epidémicos. La identificación de los gérmenes se hizo a través de bacteriología convencional y por el método de reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Se determinó la concentración mínima inhibitoria (CMI) para penicilina G y ceftriaxona. Los serotipos de *S. pneumoniae* se determinaron por región con base en las diferencias en los polisacáridos capsulares.

De los 66 LCR analizados de los casos sospechosos de meningitis, 28 fueron positivos (tasa de 42,4%). De los 28 positivos, 71,4% (20/28) correspondían a *S. pneumoniae*, 17,8% (5/28) a *N. meningitidis*, y 7,1% (2/28) a *H. influenzae* tipo b.

La CMI de un aislado de *S. pneumoniae* fue de 0,015 para penicilina G y 0,06 mg/L para ceftriaxona. Las cepas eran muy sensibles, permitiendo el tratamiento de acuerdo con el protocolo nacional.

La serotipificación (por PCR) de *S. pneumoniae* mostró una distribución de 50% (10/20) para el serotipo 1, 5% (1/20) para el serotipo 12 y 5% (1/20) para el serotipo 5.

Estos resultados confirman el predominio del serotipo 1 de *S. pneumoniae* en Côte d'Ivoire. Esta es una epidemia policlonal. La secuenciación molecular aclarará las características de las cepas del serotipo 1.⁵

⁴ Estos cuatro casos importados de fiebre amarilla en China ponen de manifiesto la necesidad de que aquellas personas que visiten áreas endémicas se la enfermedad, como Angola, deben ser vacunadas, no sólo para proteger su propia salud, sino para eliminar el riesgo de propagar el virus a otras localidades donde podría ocurrir la transmisión. Shanghai se encuentra en una de las provincias del sur de China, en el llamado 'cinturón del dengue', donde la temporada de mosquitos comenzará en el mes de abril, momento en el cual se incrementará el riesgo al regresar los viajeros infectados desde Angola, donde miles de chinos trabajan en proyectos de construcción e infraestructura. Esta situación no sólo es alarmante para China, sino también para otros países del sur y sudeste de Asia, donde los mosquitos vectores son abundantes.

⁵ El patógeno más habitual en esta región ha sido *Neisseria meningitidis*. Sin embargo, diversas otras especies bacterianas, incluyendo *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus pneumoniae*, han estado involucradas anteriormente en brotes de meningitis bacteriana en el 'cinturón africano de la meningitis'.

Algunos estudios han hecho hincapié en que *S. pneumoniae* puede causar brotes de meningitis bacteriana en un patrón de epidemia en el 'cinturón africano de la meningitis' durante la estación seca, especialmente en niños mayores y adultos jóvenes. El serotipo 1 de *S. pneumoniae* de un único complejo clonal (ST 217) ha predominado en varios brotes, pero también se han aislado otros serotipos de neumococo. La tasa de letalidad de la meningitis neumocócica ha sido elevada: más de 40% de los casos son fatales, independientemente de su edad.

La identificación de las causas microbianas específicas de un brote de meningitis bacteriana es de importancia crítica, debido a que programas de inmunización antimeningocócica con vacunas de un serogrupo particular en la región puede haber dado lugar a la sustitución de un serogrupo previo por otros serogrupos meningocócicos, o el brote en realidad podría deberse a especies bacterianas no meningocócicas.

El uso de una vacuna neumocócica conjugada podría ser beneficioso en un brote donde predomine la etiología neumocócica. Las vacunas conjugadas antineumocócicas reducen la portación de los serotipos de *S. pneumoniae* contenidos en la vacuna y por lo tanto la transmisión de persona a persona de estos patógenos, que se produce por el contacto cercano con secreciones respiratorias o saliva. Sin embargo, la vacuna conjugada 7-valente neumocócica –que incluye los serotipos 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F, y 23F– protege sólo contra 8% de los aislados en un estudio en Burkina Faso. La vacuna conjugada 13-valente –que cubre los serotipos 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F y 23F– puede ser más eficaz, especialmente cuando predomina el serotipo 1.

18 de marzo de 2016 – Fuente: ProMED Mail

El 11 mar de 2016, un paciente de 55 años de edad asistió al Servicio de Parasitología Clínica del Hospital Cochin, en París, tras presentar fiebre elevada y dolor muscular desde el 4 de marzo.

Formó parte de un grupo de tres franceses que habían viajado recientemente a Groenlandia Oriental. Entre el 13 y el 16 de febrero, cada uno de ellos había consumido alrededor de 200 gramos de carne de oso polar (*Ursus maritimus*). La carne del animal había sido cortada en filetes de un centímetro de espesor y luego frita durante varios minutos, pero aún presentaba un color rosado cuando fue consumida.

Uno de los consumidores, de 56 años, estuvo asintomático, con excepción de un día de diarrea pronunciada a principios de marzo. El 9 de marzo, el último de los consumidores, de 59 años, desarrolló fiebre, mialgias y un ligero edema facial y un día de diarrea. Se realizaron análisis de sangre a todos los pacientes, los que mostraron niveles elevados tanto de enzima muscular como de eosinófilos.

La determinación de anticuerpos para *Trichinella* fue positivo por ELISA (ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas) y Western blot para los tres pacientes, y se les prescribió un curso de 10 días de albendazol. El oso polar, de un peso de alrededor de 400 kg, fue abatido por un cazador inuit local autorizado en la región de Scorebysund, en la costa este de Groenlandia.

Sólo los tres viajeros franceses comieron la carne poco cocida, mientras que los habitantes locales comieron la carne hervida, y han sido informados de que el oso polar estaba infectado con *Trichinella*. No se importó la carne involucrada a Francia. La triquinosis es bien conocida en Groenlandia, donde grandes brotes en humanos fueron informados durante las décadas de 1940 y 1950, pero desde entonces sólo se han documentado casos humanos esporádicos. En Ammassalik, a unos 800 km al sur de Scoresbysund, se ha detectado una elevada seroprevalencia (alrededor de 20%) de triquinosis en seres humanos.

En esta región específica se ha encontrado una prevalencia de triquinosis de 35% en el zorro ártico (*Alopex lagopus*) y de 32 a 41% en el oso polar. La carne de oso es una fuente frecuente de triquinosis entre los franceses que viajan al Ártico, ya que 31 casos (incluyendo estos tres) han sido reportados en Francia desde 1995. Dos casos descritos en 1996 eran dos pilotos de avión que se detuvieron durante unas horas en Groenlandia y comieron filetes de oso polar. También se reportaron un caso en 2004 y 17 en 2005 después del consumo de la carne de un oso negro (*Ursus americanus*) cazado en la región del Río George en el norte de Quebec. También se informaron ocho casos en las tripulaciones de dos botes que navegaron a través del Northwest Passage y que habían comido carne de oso pardo (*Ursus arctos*) en la Bahía de Cambridge, en Nunavut. Los viajeros a estas regiones deben ser advertidos del riesgo de comer carnes crudas, de oso o de morsa (*Odobenus rosmarus*) que puede ser fuente de triquinosis, una parasitosis que puede ser grave y complicarse con una miocarditis o una encefalitis potencialmente letales.⁶

18 de marzo de 2016 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) envió un equipo de especialistas a la prefectura meridional de Nzérékoré (Guinea), después que fueran detectados y confirmados en un pueblo rural dos nuevos casos de enfermedad por el virus del Ébola (EVE).

Los funcionarios de salud en la región alertaron a la OMS y sus asociados el 16 de marzo sobre tres muertes no explicadas en las últimas semanas en el pueblo de Koropara y dijeron que otros miembros de la misma familia están mostrando los síntomas característicos de la EVE.

El Ministerio de la Salud de Guinea, la OMS, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) enviaron un equipo de investigadores el 17 de marzo. Se tomaron muestras de cuatro individuos. Una madre y su hijo de 5 años de edad, familiares de los fallecidos, tuvieron resultado positivo para la EVE en las pruebas de laboratorio. Los dos fueron conducidos a un centro de tratamiento.

En coordinación con el Ministerio de Salud de Guinea, la OMS desplegó el 18 de marzo un equipo inicial de epidemiólogos, expertos en vigilancia, vacunadores, movilizadores sociales, buscadores de contactos y un antropólogo para apoyar una respuesta interinstitucional. Se espera que más especialistas arriben en los próximos días. Los equipos de respuesta trabajarán para investigar el origen de las nuevas infecciones y para identificar, aislar, vacunar y monitorear todos los contactos de los casos nuevos y los fallecidos.



⁶ Al parecer, estos viajeros no tenían planeado consumir carne de oso polar poco cocida antes de viajar y no habían recibido el asesoramiento previo al viaje acerca del riesgo de contraer triquinosis que conlleva dicha carne.

El estudio más reciente sobre triquinosis en la población Inuit de Groenlandia Oriental, donde fue cazado el oso involucrado en esta noticia, encontró una seroprevalencia de 1,4% en personas menores de 40 años, que se eleva a 12% en las mayores de 60 años, lo que indica que el hábito de comer carne cruda o poco cocida de oso polar, morsa y foca ha disminuido.

El Centro Nacional de Respuesta a Emergencias de Guinea ha convocado una reunión el 18 de marzo para coordinar una rápida respuesta para contener la primera reaparición de la EVE en el país desde que se declarara su brote inicial el 29 de diciembre de 2015.

Las nuevas infecciones en Guinea fueron confirmados el mismo día que la OMS declaró el fin del último brote de EVE en la vecina Sierra Leona. La OMS dijo que las recurrencias de la enfermedad son previsibles y que los tres países más afectados por la EVE deben mantener una fuerte capacidad de prevenir, detectar y responder a los brotes de esta enfermedad.

La OMS sigue haciendo hincapié en que Sierra Leona, así como Liberia y Guinea, todavía están en riesgo de sufrir rebrotes de la EVE, en gran parte debido a la persistencia del virus en algunos supervivientes, y deben permanecer en estado de alerta y listos para responder.

El peor brote de EVE en la historia comenzó en Guinea en diciembre de 2013 y desde entonces ha cobrado más de 11.300 vidas, sobre todo en Guinea, Liberia y Sierra Leona.



La OMS reconoce que la vacuna contra el virus Zika puede llegar demasiado tarde

9 de marzo de 2016 – Fuente: EFE

La Organización Mundial de la Salud (OMS) advirtió que una vacuna contra el virus Zika puede llegar “demasiado tarde” para tener un impacto real en la actual epidemia en América Latina.

“El desarrollo de las vacunas todavía está en un estadio muy temprano y las candidatas más avanzadas todavía tardarán varios meses en estar listas para los estudios clínicos con humanos”, dijo Marie-Paule Kieny, directora general adjunta de la OMS, quien agregó que “es posible que las vacunas lleguen demasiado tarde para el actual brote en América Latina”.

La experta enfatizó que el desarrollo de la vacuna es un “imperativo”, especialmente para las mujeres embarazadas y las mujeres en edad de ser gestantes.



El regreso de la escarlatina

19 de marzo de 2016 – Fuente: British Broadcasting Corporation (Gran Bretaña)

La escarlatina, una infección infantil que se pensaba había quedado casi relegada a la antigüedad, está reapareciendo en algunas partes del mundo. Se han informado, por ejemplo, brotes en Gran Bretaña y Asia.

En Inglaterra y Gales se habla incluso de “drásticos aumentos” de la enfermedad y las autoridades de salud pública desconocen cuál es la causa de este incremento.

La infección, que afecta principalmente a niños de entre 5 y 12 años, está en su nivel más alto en estos dos países, según indica la Salud Pública de Inglaterra (PHE).

En 2015 se registraron 17.586 casos de la infección.

Los analistas afirman que hay que remontarse al año 1967 –cuando se registraron 19.305 casos– para encontrar un número igual de elevado.

“Durante los pasados cinco años ha habido más de 5.000 casos en Hong Kong, un aumento de 10 veces, y más de 100.000 casos en China”, reveló el profesor Mark Walker, del Centro de Enfermedades Infecciosas Australianas.

600 casos por semana

La escarlatina es una infección bacteriana causada por estreptococos del grupo A. Se propaga con el contacto cercano de personas que portan la bacteria –a menudo en la garganta– o por el contacto con objetos y superficies contaminadas con el patógeno.



La escarlatina afecta principalmente a niños de entre 5 y 12 años.

La enfermedad se trata con antibióticos y es, por lo general, una enfermedad leve.

El síntoma clásico que presenta el trastorno es un tipo de sarpullido rojo de textura áspera en la piel y dolor de garganta.

La PHE está ahora preocupada porque se están presentando unos 600 casos a la semana en Inglaterra. Y se espera que el número se incremente durante la temporada típica de la infección en este país, que es entre fines de marzo y mediados de abril.

Los números, dice la PHE, han estado aumentando drásticamente en los últimos tres años.

En 2013 sólo se reportaron 4.642 casos en Inglaterra y Gales, pero éstos aumentaron 236% a 15.625 casos en 2014.

Un portavoz de la PHE indica que “no está claro” cuál es la razón de este aumento, pero agrega que “quizás refleja los ciclos naturales de incidencia a largo plazo que se ven en muchos tipos de infección”.

Trastorno "antiguo"

La escarlatina fue una infección común en Inglaterra y Gales desde 1900 hasta la década de 1930, una época en que llegaron a registrarse hasta 100.000 casos.

Desde entonces los números se han reducido de manera gradual, principalmente debido a la introducción de los antibióticos. Sin embargo, en 2014 los expertos sanitarios comenzaron a ver un incremento significativo en los casos.

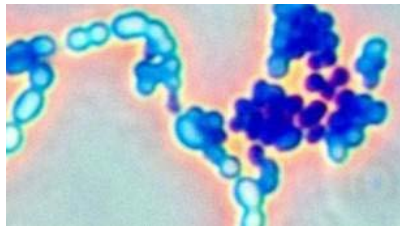
Las razones de este incremento no han sido detectadas por los analistas médicos, y no puede explicarse con el aumento en la población.

Se han recogido muestras para su análisis en varias partes del país y los expertos creen que no ha aparecido una nueva cepa de escarlatina. Estos análisis también han revelado que la infección no se ha vuelto resistente a la penicilina, aunque esto se está estudiando más en detalle.

La explicación sigue siendo un misterio.

Complicaciones

Algunos expertos aseguran que el aumento es "muy preocupante", principalmente si se debe a una resistencia de la bacteria.



La escarlatina es causada por estreptococos del grupo A.

"Tenemos ahora una situación que podría cambiar la naturaleza de la enfermedad y hacerla resistente a un amplio espectro de tratamientos que normalmente se recetan para las infecciones del tracto respiratorio, como la escarlatina", afirmó la investigadora Nouri Ben Zakour.

La infección puede tratarse con antibióticos. Pero si no se le trata puede conducir a fiebre reumática, la cual puede dañar de forma permanente el corazón.

La doctora Theresa Lamagni, jefa del grupo de monitoreo de infecciones de estreptococo, explicó: "Los síntomas a menudo desaparecen después de una semana y se resuelven sin complicaciones, siempre y cuando se complete el curso recomendado de antibióticos".

"Las complicaciones potenciales pueden incluir infección de oído, abscesos en la garganta y neumonía. Los pacientes que no muestran signos de mejora días después de comenzar el tratamiento deben buscar atención médica urgente", agregó.



Uno de los síntomas es un sarpullido que se propaga a varias partes del cuerpo.

technology review **Crean un microscopio que diagnostica por sí solo la malaria**

20 de febrero de 2016 – Fuente: *Technology Review*

En 2015 se detectaron 214 millones de nuevos casos de malaria en el mundo, contabilizándose 438.000 muertes, la mayoría de ellas en África Subsahariana, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Para frenarla se hace fundamental una detección adecuada, para evitar que personas que en realidad no la padecen tomen equivocadamente medicamentos contra esa enfermedad. Es lo que pasa en gran parte de los países africanos, donde la fiebre es un factor determinante para declarar un caso de malaria. Esto provoca el aumento de la resistencia a los tratamientos más recientes para combatirla.

Para tratar de facilitar el diagnóstico se ha aplicado con éxito un programa de inteligencia artificial. Si hasta ahora uno de los métodos más utilizados es el análisis microscópico de una muestra de sangre para contabilizar los parásitos de malaria presentes, la tecnología permite agilizar el proceso con Autoscope®, un microscopio automatizado que aporta 90% de exactitud en la detección.

Charles Delahunt y su equipo del laboratorio Intellectual Ventures en Seattle, Estados Unidos, han creado el sistema con el apoyo de Bill y Melinda Gates, a través de la fundación Global Good. El objetivo de esta organización es hacer uso de avances tecnológicos que normalmente se reservan para actividades comerciales en el mundo desarrollado y ponerlos al servicio de algunos de los problemas más graves de la humanidad.

El Autoscope® es una pequeña caja blanca de 38 cm de alto por 18 cm de ancho que encierra un microscopio conectado a un ordenador portátil que ejecuta el algoritmo, utilizando aprendizaje profundo para analizar las imágenes microscópicas. El software utiliza redes neuronales artificiales que imitan el cerebro para que el ordenador pueda reconocer patrones abstractos.

La herramienta se probó en la unidad de investigación Shoklo Malaria Research Unit (SMRU), en la frontera entre Tailandia y Birmania, entre diciembre de 2014 y enero de 2015. Precisamente es en esta zona donde se han registrado cepas de malaria resistentes a la artemisina, el tratamiento recomendado por la OMS para combatir los efectos de la enfermedad. Este hallazgo podría poner en riesgo la lucha para eliminar la malaria, lo que se traduciría en el resurgimiento de la enfermedad en muchos lugares y un problema de salud pública que causaría millones de muertes.



Cuantificar parásitos

El equipo de Delahunt entrenó el software con 120 muestras recogidas en diferentes partes del mundo, con y sin malaria. El sistema analiza características visuales como la forma, el color y la textura para calcular la probabilidad de que un elemento presente sea un parásito de la malaria. "Podría tener una amplia aplicabilidad, no sólo en la investigación y vigilancia de la resistencia a los tratamientos antimalaria, sino también en la práctica clínica", asegura Mehul Dhorda, quien ha trabajado en los ensayos con Autoscope® aunque no fue autor de la investigación.

El diagnóstico actual se basa en la microscopía o bien en pruebas de diagnóstico rápido. Estas últimas son tiras reactivas similares al test de embarazo, en las que basta una gota de sangre para marcar en unos minutos el resultado, demostrando o descartando de manera segura la presencia en la sangre de los parásitos responsables de la malaria.

Se trata de una prueba barata que puede ser utilizada en entornos rurales y en comunidades con un limitado nivel de formación, aunque aun así su pequeño coste puede resultar prohibitivo en ciertos casos. Por el contrario, para realizar la primera prueba basta con que el centro de salud consiga un microscopio y algunos portaobjetos de vidrio, que se pueden reutilizar indefinidamente sin costos adicionales.

Otra desventaja de los test rápidos es que no "cuantifican" la malaria. Sólo detectan su presencia o ausencia, por lo que no son lo más apropiado para casos graves o resistentes a los fármacos. En esos casos es importante controlar la densidad de parásitos, de ahí que haya que contarlos.



Por otra parte, el problema de la microscopía que se utiliza actualmente para cuantificar los parásitos es que requiere especialistas muy preparados, y muchas zonas en riesgo tienen personal limitado o faltan recursos para formar a más. Sin embargo, cualquier persona puede utilizar Autoscope®. "No somos tan buenos como los mejores especialistas, pero sí mejor que casi todos los microscopistas en este campo", subraya Delahunt, teniendo en cuenta los estándares de la OMS.

En camino

Con todo, la herramienta aún necesita superar ciertos obstáculos, como la necesidad de electricidad, pues de momento es inútil en zonas que carecen de la potencia adecuada. A ello se suma el escollo económico. Intellectual Ventures está buscando un socio comercial para tratar de reducir el costo de Autoscope® de 4.000 a 1.500 dólares.

De momento el laboratorio dedicará este año a seguir realizando estudios de campo en otras zonas de Perú y el Sudeste Asiático, incluyendo algunas pruebas para casos resistentes a los medicamentos.

Evento



El jueves 31 de marzo a las 18:30 horas se realizará "Diálogos Sin Fronteras" en la Sala Piazzolla del Centro Cultural Borges. El evento consistirá en una conversación en profundidad entre Andrés Repetto, periodista y analista internacional, y Joan Tubau, quien se desempeña como Director General de Médicos Sin Fronteras España.

Joan Tubau es el Director General del Centro Operacional Barcelona, en la oficina de España de MSF, desde 2012. Nació en Barcelona, estudió Sociología y luego varios posgrados en administración de la salud, economía social y filosofía política. Desde 1992 trabaja en organizaciones humanitarias.

La actividad es abierta, gratuita y apta para todo público.

Podés ayudarnos a difundir [nuestro evento en Facebook](#).

Jueves 31 de marzo, 18:30 horas

Sala Piazzolla del Centro Cultural Borges

Viamonte 525, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

¡Los esperamos!

SIDA:

No te la juegues



**Una sola vez puede ser suficiente para
contraer el SIDA. Usa siempre
preservativo en tus relaciones sexuales.
Y recuerda: ante la menor duda,
hazte la prueba.**



Consejería de Sanidad (2006. Murcia, 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.