



# Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente  
Córdoba - Argentina

[www.reporteepidemiologico.com](http://www.reporteepidemiologico.com)



## Número 1.757

27 de abril 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)

### Argentina

- Vigilancia de brucelosis
- Más de 80% de los pacientes con hepatitis C desconoce la enfermedad antes de recibir el diagnóstico
- Salta: Ya son siete las muertes por dengue en lo que va del año

### América

- Bolivia, La Paz: El departamento sufre una epidemia de infecciones respiratorias agudas
- Brasil: Primera detección del virus Zika en primates neotropicales
- Colombia, Valle del Cauca: Declaran alerta amarilla en Buenaventura por aumento de casos de malaria
- Cuba aspira a ser el primer país de Latinoamérica en eliminar la tuberculosis

- Perú confirmó su primer caso de infección por el virus Zika

### El mundo

- África Occidental: Las lecciones aprendidas de la epidemia de enfermedad por el virus del Ébola
- España, Catalunya: El brote de norovirus tuvo su origen en una contaminación fecal humana
- Europa: El cambio climático expone a gran parte de la región a brotes de dengue
- Mozambique, Maputo: En el distrito de Magude se reducen en 92% los casos de malaria
- Yemen: Casi 500.000 mujeres embarazadas están en peligro
- Los agentes sociales piden a la ONU más financiación para la lucha contra el sida

### Adhieren:

**SLAMVI**

Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

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

**CIRCULO MÉDICO DE CÓRDOBA**

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

**Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba**

[www.consejomedico.org.ar/](http://www.consejomedico.org.ar/)



Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad Nacional de Córdoba

[www.biblioteca.fcm.unc.edu.ar/](http://www.biblioteca.fcm.unc.edu.ar/)

**S.A.D.I.**

[www.said.org.ar/](http://www.said.org.ar/)

**Comité Nacional de Infectología**

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



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

**Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica**

[www.sadip.net/](http://www.sadip.net/)

**Asociación Parasitológica Argentina**

[www.apargentina.org.ar/](http://www.apargentina.org.ar/)

al que puede acceder haciendo clic [aquí](#).

El citado curso está destinado a todo el personal de salud implicado en inmunizaciones, con el fin de llevar adelante el Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomieltitis en su fase final. El *switch* es un paso clave para avanzar hacia la erradicación mundial de la poliomieltitis.

El Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, El Círculo Médico de Córdoba, la Sociedad de Infectología de Córdoba, la Sociedad de Epidemiología de Córdoba, la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Córdoba y el Comité de Infectología de la Sociedad Argentina de Pediatría, Filial Córdoba, han elaborado el documento **Infección por virus Zika. Recomendaciones para el manejo de la mujer embarazada o en edad fértil**.

Estas son recomendaciones destinadas al personal de salud que atiende mujeres embarazadas y en edad reproductiva. Las mismas han sido elaboradas en base a la información que los organismos de referencia a nivel mundial han puesto a disposición y teniendo en cuenta distintos escenarios. Debido a que se trata de un virus nuevo en las Américas y que la situación es dinámica, estas recomendaciones tiene carácter temporario y serán actualizadas con cada nueva información.

Estas recomendaciones están disponibles en idioma [español](#), [inglés](#) y [francés](#).

## Argentina

## Vigilancia de brucelosis

22 de abril de 2016 – Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios –

**Tabla 1.** Casos notificados y confirmados, según provincia y región. Argentina. Años 2015/2016, hasta semana epidemiológica 11. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.<sup>1</sup>

Provincia/Región	2015		2016	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	4	2	4	3
Buenos Aires	13	6	9	3
Córdoba	8	6	5	3
Entre Ríos	6	3	2	1
Santa Fe	9	2	6	2
<b>Centro</b>	<b>40</b>	<b>19</b>	<b>26</b>	<b>12</b>
Mendoza	13	—	5	—
San Juan	2	—	5	1
San Luis	1	—	—	—
<b>Cuyo</b>	<b>16</b>	<b>—</b>	<b>10</b>	<b>1</b>
Corrientes	2	1	—	—
Chaco	—	—	2	1
Formosa	5	—	5	—
Misiones	6	1	—	—
<b>NEA</b>	<b>13</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>1</b>
Catamarca	50	16	23	16
Jujuy	—	—	—	—
La Rioja	9	1	—	—
Salta	2	—	5	2
Santiago del Estero	—	—	3	—
Tucumán	—	—	1	—
<b>NOA</b>	<b>61</b>	<b>17</b>	<b>32</b>	<b>18</b>
Chubut	—	—	—	—
La Pampa	10	4	13	6
Neuquén	1	—	—	—
Río Negro	1	1	—	—
Santa Cruz	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	2	—
<b>Sur</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>15</b>	<b>6</b>
<b>Total Argentina</b>	<b>142</b>	<b>43</b>	<b>90</b>	<b>38</b>

## Más de 80% de los pacientes con hepatitis C desconoce la enfermedad antes de recibir el diagnóstico

18 de abril de 2016 – Fuente: Fundación HCV Sin Fronteras

Una encuesta global (*HCV Quest*) realizada por la Alianza Mundial contra la Hepatitis (*World Hepatitis Alliance, WHA*), con el apoyo de la Asociación Europea para el Estudio del Hígado (*European Association for the Study of the Liver, EASL*) a más de 4.000 personas de 73 países que viven con hepatitis C y de la que participaron pacientes argentinos, demostró que 81,6% de ellos desconocía por completo la enfermedad antes de recibir el diagnóstico.

<sup>1</sup> Los casos notificados incluyen casos sospechosos, probables, confirmados y descartados.

El objetivo de la encuesta fue relevar opiniones de personas que viven con el virus e impulsar de esta forma mejoras significativas en el diagnóstico y manejo de la enfermedad. La encuesta reveló la necesidad de campañas de concienciación sobre la enfermedad tanto para público general como para profesionales de la salud. Solo a 35% de los encuestados en Argentina se le ofreció una prueba de hepatitis C al informar a su médico sobre sus síntomas.

“El objetivo de la encuesta fue identificar directamente desde las personas que viven actualmente con la enfermedad, sus realidades, desde el diagnóstico hasta el tratamiento. Los resultados han sido sorprendentes, no sólo el desconocimiento de la enfermedad hasta el momento del diagnóstico, sino también identificar que aún hay fallas en el diagnóstico. Esto debe ser abordado con urgencia, con esfuerzos conjuntos para aumentar la concienciación sobre la hepatitis C en Argentina, para mejorar la comprensión de los riesgos y síntomas asociados, y alentar el testeo en aquellos que muestran signos de la enfermedad”, comentó María Eugenia de Feo Moyano, Presidente de la Fundación HCV Sin Fronteras.

La hepatitis C es una de las hepatitis más frecuentes y unas 700.000 personas mueren anualmente en el mundo, como consecuencia de enfermedades hepáticas relacionadas con este virus.

En Argentina se estima que más de 600.000 personas viven con la enfermedad, pero un gran porcentaje desconoce aún esta situación. Después de la infección inicial, aproximadamente 80% de las personas no presenta ningún síntoma y no saben que están infectadas. Los síntomas de la hepatitis C crónica pueden presentarse hasta 30 años más tarde y, durante este tiempo, es posible que el hígado sufra un daño silencioso. Cuando los síntomas aparecen con una hepatitis C crónica, por lo general son una señal de enfermedad hepática avanzada. Debido a que la infección aguda es generalmente asintomática, el diagnóstico precoz es muy poco frecuente.

Un número significativo de los afectados desarrollará cirrosis o cáncer de hígado si no se diagnostican y tratan a tiempo. En Argentina, los encuestados indicaron que habían sufrido daños en el hígado al momento de recibir el diagnóstico: 40% indicó fibrosis y el 11% cirrosis.

Los resultados de esta encuesta indican la necesidad de seguir trabajando para mejorar la conciencia sobre la enfermedad, la prevención, el diagnóstico y acceso a todos los tratamientos disponibles. El 40% de los encuestados afirmaron que no recibieron suficiente información al momento de ser diagnosticados y que desean contar con información sobre su enfermedad. Acercarles información sobre la existencia de grupos de pacientes que pueden acompañarlos, es fundamental.

## lanacion **Salta: Ya son siete las muertes por dengue en lo que va del año**

26 de abril de 2016 – Fuente: La Nación (Argentina)

Las autoridades de Salta confirmaron el 25 de abril otra muerte por dengue en la provincia. Es la séptima en lo que va de esta epidemia.

La mujer, de 88 años, era oriunda de Pichanal y había sido trasladada el 22 de abril al Hospital ‘San Vicente de Paul’ de San Ramón de la Nueva Orán. El único problema de salud que tenía era diabetes. Las autoridades del hospital comunicaron la muerte el 24 de abril.

Fuentes del Ministerio de Salud de Salta informaron que en la provincia hay 1.200 casos confirmados de dengue y que 75% (900) corresponden a San Ramón de la Nueva Orán, una localidad del norte de la provincia. Los fallecidos hasta ahora son de San Ramón de la Nueva Orán, Pichanal, Urundel y Colonia Santa Rosa.

En la provincia crece la preocupación porque la transmisión del virus Dengue está comenzando a superponerse con la circulación del virus de la influenza, por lo que los legisladores provinciales aprobarán un proyecto para declarar la emergencia por dengue, con especial énfasis en la vigilancia epidemiológica en el norte salteño.

Las autoridades del hospital de San Ramón de la Nueva Orán preparaban todos los informes de la paciente para enviarlos a la Comisión Nacional de Análisis de Muertes por Dengue.

Hacia una semana que se había reunido en esa ciudad el gabinete de Salud, seguido de la reunión del gabinete provincial. En esas reuniones se analizó un descenso de las consultas por fiebre en los últimos días con un repunte esperado del número de pacientes con temperatura de más de 39°C y otros síntomas compatibles con la infección por el virus del dengue hasta la tercera semana de mayo.

El secretario de Defensa Civil y Emergencia Social de la provincia, Francisco Rodó, pedía ayer a la población que colaborara con la limpieza y la eliminación de elementos donde se pueda acumular agua para la reproducción del mosquito vector.

## América

## laRazón **Bolivia, La Paz: El departamento sufre una epidemia de infecciones respiratorias agudas**

26 de abril de 2016 – Fuente: La Razón (Bolivia)

El departamento de La Paz ingresó a una epidemia de infecciones respiratorias agudas (IRA), según el Servicio Departamental de Salud (SEDES). En lo que va del año se reportaron 144.759 casos. El Servicio Nacional de Meteorología e Hidrología (SENAMHI) prevé que en esta semana se marcarán grados bajo cero en el occidente.

“Los registros señalan que hasta la fecha tenemos 144.759 casos acumulados de IRA. Hay una diferencia con 2015, cuando se reportaron 125.887 casos. Hay epidemia en La Paz”, informó el 25 de abril Jhonny Ayllón, jefe de la Unidad de Epidemiología del SEDES.



Resaltó que se trata de 18.872 casos más que en la gestión pasada, atendidos en nosocomios públicos del departamento. La mayoría de los pacientes tiene más de cinco años de edad. “Esto nos muestra que los niños en edad escolar son los más afectados”, apuntó el epidemiólogo.

Para evitar los contagios, Ayllón recomendó lavarse las manos de forma continua, evitar dar la mano y el beso en la mejilla al momento de saludar, estornudar en el pliegue del codo y botar al basurero el pañuelo desechable una vez utilizado. También sugirió a los padres abrigar bien a los niños durante los días fríos. El consumo de vitamina C en cítricos y pastillas son otra opción para combatir la gripe, señaló.

El SEDES recordó que si las personas llegan de forma oportuna a los centros de salud, se evita que las infecciones respiratorias agudas deriven en una neumonía. En los primeros cuatro meses del año se reportaron 4.484 casos de neumonía, y en 2015 fueron 6.199.

El aumento de casos de IRA se debe a los descensos de temperaturas de las últimas semanas. Precisamente, el SENAMHI informó que en esta semana se registrarán grados bajo cero en Oruro, La Paz, El Alto y Potosí.

“El 28 de abril será un día frío, pues se tendrá una temperatura mínima de  $-5^{\circ}\text{C}$  para El Alto,  $-3^{\circ}\text{C}$  para Oruro y La Paz, y  $-4^{\circ}\text{C}$  para Potosí. El registro más bajo se dará en Uyuni, donde el termómetro marcará los  $-8^{\circ}\text{C}$ ”, indicó Ruth García, pronosticadora del SENAMHI.

**bioRxiv**  
THE PREPRINT SERVER FOR BIOLOGY

### Brasil: Primera detección del virus Zika en primates neotropicales

20 de abril de 2016 – Fuente: *bioRxiv*

En Brasil, el primer caso diagnosticado de infección por virus Zika en humanos se reportó en 2015 en el estado de Rio Grande do Norte, en la región Noreste, con posteriores reportes en 22 Estados del país.

Investigadores brasileños analizaron muestras de sueros e hisopados orales de 15 monos titíes comunes (*Callithrix jacchus*) y nueve monos capuchinos (*Sapajus libidinosus*) capturados entre julio y noviembre de 2015 en el estado de Ceará, una zona epidémica para el virus Zika. La detección preliminar de estas muestras indicó 29% de positividad (7/24) mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en tiempo real. De estas siete muestras positivas, cuatro correspondieron a monos titíes y tres a monos capuchinos.

Para una mayor validación de las muestras positivas, se secuenció el producto amplificado de un mono capuchino y un mono tití común, y se encontró virus Zika con 100% de similitud al virus presente en América del Sur.

Los primates estudiados fueron capturados en regiones diferentes y alejadas del Estado, incluyendo áreas costeras, de sabana (bioma conocido como *caatinga*) y montañosas con remanentes de selva lluviosa. Cabe destacar que los monos titíes comunes eran ejemplares libres que cohabitaban con seres humanos; los monos capuchinos eran mascotas, excepto uno que se mantenía en un centro de investigación de animales salvajes en Fortaleza (capital del estado, en la región costera). Después de la colección de la muestra, se insertaron microchips en los animales y luego fueron devueltos a su hábitat original.

Actualmente, Brasil se enfrenta a una epidemia masiva de fiebre zika, asociada a neuropatía severa. Ceará ha notificado 363 casos de microcefalia entre octubre de 2015 y marzo de 2016. En 70 de estos (19,3%) se confirmó en laboratorio la infección por virus Zika. Es significativo que los casos de microcefalia ocurrieron en los municipios de donde provenían los animales muestreados.

Este es el primer informe de detección de virus Zika en primates neotropicales, lo que constituye una advertencia de la posibilidad de que estos animales puedan actuar como reservorios, en forma similar al ciclo selvático de la fiebre amarilla en Brasil.<sup>2</sup>



Mono tití común (*Callithrix jacchus*)

**El País**

### Colombia, Valle del Cauca: Declaran alerta amarilla en Buenaventura por aumento de casos de malaria

22 de abril de 2016 – Fuente: El País (Colombia)

La Secretaría de Salud de Buenaventura declaró la alerta amarilla por el aumento de los casos de malaria que se han registrado en los primeros tres meses del año. La enfermedad se ha detectado en 470 personas.

Asimismo, al tratarse de una zona endémica, las autoridades sanitarias del Puerto tomarán medidas especiales sobre todo en los corregimientos donde se han presentado la mayoría de los casos.

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



La erradicación de aguas estancadas, una de las principales acciones que adelantará la Secretaría de Salud de Buenaventura para combatir la malaria.

“El aumento este año fue mayor al esperado. Estamos haciendo un plan de contingencia, nos reunimos con las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), estamos haciendo estrategias para controlar el brote”, explicó la subdirectora de Salud Pública de la Secretaría de Salud de Buenaventura, Claudia Bolaños.

La zona rural es la más afectada por el brote de malaria. En los ríos Yurumanguí, en el Naya, así como la zona de carretera en Zaragoza, los casos van en aumento.

“Este fin de semana se realizará la primera jornada de atención especial para la zona rural”, manifestó la funcionaria.

En la zona urbana se han presentado en menor proporción casos en los barrio Camilo Torres y Carlos Holmes Trujillo. Según la Secretaría de Salud, los casos han aumentado en 100% en comparación con la misma época del año anterior.

Las autoridades recomiendan prevenir la enfermedad utilizando mosquiteros y evitando la acumulación de agua por largos periodos para evitar que se conviertan en criaderos de mosquitos.



## Cuba aspira a ser el primer país de Latinoamérica en eliminar la tuberculosis

26 de marzo de 2016 – Fuente: EFE

Cuba registra una incidencia de tuberculosis de solo 6,2 casos cada 100.000 habitantes y aspira a convertirse en el primer país de Latinoamérica en eliminar completamente la enfermedad, mediante un plan propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para naciones de baja prevalencia, informaron medios oficiales.

En el país caribeño se detectan como promedio unos 600 casos al año por lo que está “en condiciones de asumir el desafío” impuesto por la OMS en 2014, afirmó la directiva del Ministerio de Salud Pública (MINSAP), Lourdes Suárez.

La coordinadora del Programa Nacional de Tuberculosis y de Infecciones Respiratorias Agudas del MINSAP precisó que para lograr la eliminación total de esa enfermedad, en la isla necesitan “desarrollar acciones aceleradas de prevención que permitan lograr la pre-eliminación de la enfermedad hasta 2035”.

Para lograr el reto, en el país se planea intensificar la “movilidad social y la participación comunitaria” en la búsqueda activa de casos en los “grupos vulnerables” como ancianos y personas que mantienen o mantuvieron contacto con enfermos, a quienes se le realizarán pruebas y se aplicará “tratamiento preventivo”.

Suárez insistió en que para lograr las metas planteadas por la OMS es “esencial mejorar la tecnología para el diagnóstico rápido y oportuno de la tuberculosis en los policlínicos comunitarios, porque así se podría prescribir el tratamiento a tiempo y cortar lo más pronto posible la cadena de transmisión”.

La especialista aseguró que “esta enfermedad es altamente contagiosa pero que puede ser diagnosticada precozmente y que no debería comprometer la salud de la población, si esta se mantiene informada y cumple con las acciones de prevención y tratamiento para las que Cuba destina los recursos necesarios”.

Datos de la OMS indican que en 2013 la incidencia de la tuberculosis en la región fue de 29 casos cada 100.000 habitantes y terminar con la epidemia, según el organismo, implica alcanzar una tasa de menos de 10 casos cada 100.000 habitantes.



## Perú confirmó su primer caso de infección por el virus Zika

21 de abril de 2016 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

El 17 de abril de 2016, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Perú notificó a la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) un caso confirmado de transmisión sexual del virus Zika. Este es el primer caso de infección por el virus registrado en el país.

La paciente, una mujer de 32 años de la provincia de Lima sin antecedentes de viajes al extranjero, presentó los primeros síntomas el 28 de marzo. Antes había tenido relaciones sexuales sin protección con su pareja, que había vuelto recientemente de un viaje (del 26 de febrero al 14 de marzo) a un país afectado por el virus Zika. Su pareja había presentado los primeros síntomas el 16 de marzo, y sus muestras de suero, orina y semen, analizadas en el Instituto Nacional de Salud, dieron positivo para el virus Zika mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR).

Las muestras de suero y orina de la mujer, obtenidas el 30 de marzo y el 6 de abril, respectivamente, también dieron positivo mediante RT-PCR realizadas en el Instituto Nacional de Salud.

No se identificaron mosquitos vectores en la investigación entomológica realizada en la zona de residencia de la paciente.

### Respuesta de salud pública

Las autoridades sanitarias de Perú han tomado las medidas siguientes:

- asesoramiento a quienes viajen a zonas donde esté circulando el virus Zika para que busquen asistencia médica en caso de que a su regreso presenten síntomas relacionados con la infección por este virus;
- mejora de la vigilancia epidemiológica para detectar rápidamente casos importados o autóctonos;
- vigilancia entomológica.

### Evaluación de riesgo de la OMS

Ya se han descrito otros casos esporádicos de infección adquirida por vía sexual. Estos casos de transmisión sexual no cambian la evaluación global del riesgo, dado que el principal modo de transmisión del virus sigue siendo a través de la picadura de mosquitos. El riesgo de propagación mundial del virus a zonas donde están presentes los vectores competentes –mosquitos del género *Aedes*– es significativo, teniendo en cuenta la amplia distribución geográfica de estos mosquitos en diversas regiones del mundo. La OMS sigue monitoreando la situación epidemiológica y realizando evaluaciones del riesgo basadas en la información más reciente.

### Recomendaciones de la OMS

La proximidad de los sitios de cría del mosquito vector a las viviendas humanas es un significativo factor de riesgo para la infección por el virus Zika. La prevención y el control se basan en la reducción de la reproducción de los mosquitos a través de la eliminación y modificación de los sitios de cría y evitar el contacto entre los mosquitos y las personas. Esto se puede lograr mediante la reducción del número de hábitats naturales y artificiales que permitan la presencia de larvas de mosquitos, lo que reduce las poblaciones de mosquitos adultos alrededor de las comunidades en riesgo y mediante el uso de barreras como mosquiteros, puertas y ventanas cerradas, ropa larga y repelentes. Dado que los mosquitos *Aedes* (principal vector de la enfermedad) pican de día, se recomienda que las personas que duermen durante el día, especialmente los niños, los enfermos y las personas de edad avanzada, descansen bajo mosquiteros, tratados o no con insecticidas para proporcionar protección. Las espirales y las tabletas termoevaporables anti-mosquitos también pueden reducir la probabilidad de picaduras.

Durante los brotes puede llevarse a cabo la fumigación espacial de insecticidas, siguiendo la orientación técnica proporcionada por la OMS para matar a los mosquitos adultos. Insecticidas adecuados (recomendados por el Esquema de Evaluación de Plaguicidas de la OMS) también pueden ser utilizados como larvicidas para tratar recipientes con agua relativamente grandes, cuando esto esté técnicamente indicado.

Las personas que viajan a zonas de alto riesgo, especialmente mujeres embarazadas, deben tomar precauciones básicas para protegerse contra las picaduras de mosquitos. Estas incluyen el uso de repelentes, vestidos de color claro, camisas y pantalones de manga larga y habitaciones equipadas con mosquiteros para evitar que los mosquitos ingresen.

Aunque el riesgo de transmisión del virus Zika a través de la actividad sexual se considera muy limitado, con base en los principios de precaución, la OMS recomienda lo siguiente:

- Todos los pacientes (hombres y mujeres) con infección por el virus Zika y sus parejas sexuales (particularmente las mujeres embarazadas) deben recibir información sobre los riesgos potenciales de la transmisión sexual del virus Zika, medidas anticonceptivas y las prácticas sexuales seguras, y deben ser provistos de condones cuando sea posible. Las mujeres que han tenido relaciones sexuales sin protección y no desean quedar embarazadas debido a la preocupación por la infección con el virus Zika también deben tener acceso rápido a los servicios contraceptivos de emergencia y asesoramiento.
- Las parejas sexuales de mujeres embarazadas, que viven o regresan áreas con transmisión local conocida del virus Zika, deben utilizar prácticas sexuales seguras o la abstinencia de la actividad sexual durante la duración del embarazo.
- Como la mayoría de las infecciones por virus Zika son asintomáticas:
  - Los hombres y las mujeres que viven en áreas con transmisión local conocida del virus Zika deberían considerar la adopción de prácticas sexuales seguras o abstenerse de la actividad sexual.
  - Los hombres y las mujeres que regresan de áreas con transmisión local conocida del virus Zika deben adoptar prácticas sexuales seguras o considerar la abstinencia durante al menos cuatro semanas después del regreso.

Independientemente de las consideraciones relativas al virus Zika, la OMS siempre recomienda las prácticas sexuales seguras, incluyendo el uso correcto y constante de preservativos para prevenir el VIH, otras infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados.

La OMS no recomienda las pruebas de semen de rutina para detectar el virus Zika.

La OMS no recomienda ninguna restricción a los viajes o al comercio con Perú con base en la información actualmente disponible.

## El mundo



### África Occidental: Las lecciones aprendidas de la epidemia de enfermedad por el virus del Ébola

21 de abril de 2016 – Fuente: Médicos Sin Fronteras

El brote de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) en África Occidental fue el desafío médico más importante que enfrentó Médicos Sin Fronteras (MSF) entre 2014 y 2015. De hecho, no había cura establecida para la EVE, hu-

bo toda una serie de retos médicos y logísticos para evitar infecciones y manejar la identificación, aislamiento y tratamiento de los pacientes con EVE y existían muy pocos conocimientos científicos en los que apoyar las decisiones.

Dos años después que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declarara el brote de EVE en Guinea, MSF publica una revisión de su investigación sobre la enfermedad llevada a cabo en Guinea, Sierra Leona y Liberia. El informe incluye investigación clínica, epidemiológica y antropológica. Durante el brote, MSF atendió a más de 5.200 pacientes confirmados de EVE, de los cuales 2.500 sobrevivieron a la enfermedad. Esta posición como la organización que más pacientes de EVE ha tratado proporciona a MSF datos y experiencia médica para responder a preguntas científicas sobre la enfermedad y sobre cómo se propaga.



El informe 'Dos años de apoyo de MSF a la investigación sobre Ébola' incluye entre otros resultados datos sobre gestión clínica, vigilancia, ensayos clínicos, percepción de la comunidad, efectos sobre el resto de la atención sanitaria no EVE, triaje e ingreso hospitalario, y grupos de pacientes vulnerables.

La investigación arroja valiosas lecciones que deben ser tenidas en cuenta en el futuro. En la actualidad, los actores médicos y la comunidad internacional deben garantizar que estas lecciones se traducen en políticas y directrices para hacer frente a brotes de EVE de emergencia y evitar la pérdida de vidas y una desastrosa situación como la que se ha vivido en la epidemia de África Occidental.

A partir de junio de 2014, se llevaron a cabo investigaciones de campo en los tres países más afectados por la epidemia en África Occidental. MSF todavía sigue trabajando en el análisis de datos recabados sobre EVE para publicar sus resultados en revistas médicas. Todas las investigaciones publicadas hasta el momento son accesibles en formato digital y están recogidas en la bibliografía del informe.

La investigación llevada a cabo indica que incluso en el difícil contexto de un brote de EVE es factible llevar a cabo un estudio en terreno relevante sobre las cuestiones operativas de equipos médicos. Este informe está dedicado a todos los trabajadores que han participado en programas de control de la EVE y han contribuido sin descanso para poner fin a este brote.<sup>3</sup>

## Principales conclusiones del informe

### Descripción epidemiológica y clínica de los pacientes

#### *Lecciones aprendidas*

- La tasa de mortalidad general en los centros de tratamiento de EVE para esta cepa del virus fue inferior a 60% durante el brote. En anteriores brotes de esta cepa hasta 90% de los pacientes con EVE fallecieron.
- La cantidad de virus de Ébola en la sangre de un paciente cuando era ingresado en los centros de tratamiento de la EVE es el mayor indicador de mortalidad. Los ancianos y los niños muy pequeños presentaban una tasa de mortalidad incrementada.

#### *Próximo paso*

- Se requiere más investigación para entender por qué la tasa de mortalidad durante este brote fue menor que en brotes anteriores de la misma cepa del virus del Ébola.

### Vigilancia y transmisión

#### *Lecciones aprendidas*

- Sólo ha habido un caso confirmado de contagio de EVE a partir del contacto sexual.
- Diversos fluidos corporales de pacientes con EVE tales como sangre, saliva, orina, líquido amniótico o la leche materna contienen diferentes cargas virales durante el curso de la enfermedad.

#### *Próximo paso*

- Necesitamos entender mejor cuán infeccioso es el virus en fluidos corporales tales como la orina, leche materna y semen. Esto permitirá una mayor comprensión de cómo se transmite el virus de persona a persona en un entorno afectado por un brote y por cuánto tiempo resultan estos fluidos infecciosos.

### Grupos vulnerables

#### *Lecciones aprendidas*

- Las mujeres embarazadas que se recuperan de la EVE pueden todavía albergar el virus en el bebé que esperan y en el líquido amniótico. Para estas mujeres es fundamental ser nuevamente ingresadas en el centro de tratamiento de la EVE durante el parto para que den a luz de forma segura y se minimice, al mismo tiempo, el riesgo de infección para aquellos que colaboran en el nacimiento.
- Algunos supervivientes de la EVE sufren graves problemas físicos y mentales como depresión o molestias en los ojos tras el alta. Estos supervivientes requieren atención y seguimiento especializado.

#### *Próximo paso*

- Es necesario el seguimiento a largo plazo de los supervivientes de la EVE para entender qué proporción de ellos sufren complicaciones médicas. También es imprescindible conocer la gravedad de estas complicaciones y cómo pueden recibir el mejor tratamiento en su propio entorno.

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

## Ensayos clínicos

### Lecciones aprendidas

- El ensayo de la vacuna en Guinea mostró que los contactos de los casos confirmados de EVE que recibieron la vacuna eran significativamente menos propensos a desarrollar la enfermedad que aquellos contactos que no la recibieron.
- El ensayo del fármaco favipiravir mostró algún beneficio para los pacientes que se llegaron a los centros de tratamiento de la EVE con niveles bajos del virus en sangre.
- El plasma de convalecientes de la EVE (personas que habían superado la enfermedad) no aumentó de forma importante las posibilidades de supervivencia de los pacientes que lo recibieron.
- En general, las comunidades se mostraron receptivas a los ensayos de medicamentos para una enfermedad como la EVE con alta tasa de mortalidad y sin cura, cuando toda la información se compartió abiertamente y de forma transparente.

### Próximos pasos

- En cualquier brote futuro es necesario ser capaces de emplear fármacos apropiados en fase de ensayo tan pronto como sea posible. Para ello, debe llegarse a un acuerdo sobre ensayos clínicos internacionales para situaciones de emergencia humanitaria.
- Aunque el empleo de plasma de pacientes convalecientes no demostró un incremento importante de las posibilidades de supervivencia, este ensayo no tuvo en cuenta la cantidad de anticuerpos neutralizantes de virus del Ébola en el plasma. Para profundizar en este análisis, es necesario comprobar si los pacientes que recibieron plasma con altos niveles de anticuerpo mejoraron más que aquellos que recibieron plasma con bajos niveles de anticuerpo.

## Comprensión de la comunidad

### Lección aprendida

- El Estado impuso la cremación de los fallecidos por la EVE en Liberia y la cuarentena de los contactos en Sierra Leona. Esto causó temor y desconfianza entre las poblaciones afectadas lo que, en ocasiones, se tradujo en un aumento de la propagación del virus.

### Próximo paso

- En todo futuro brote de EVE, será necesario incorporar a soluciones lideradas por la comunidad para controlar el brote.

## Retos operativos

### Lecciones aprendidas

- El uso de PDA (agendas digitales de bolsillo) para la grabación de la información de los pacientes en los centros de tratamiento de la EVE ha demostrado ser más eficiente y más seguro que los métodos basados en recopilar la información en papel.
- Los análisis de sangre a través de punción en el dedo fueron ligeramente menos precisos que las pruebas de punción venosa para la detección del virus del Ébola. Sin embargo, las primeras son más sencillas y suponen una alternativa adecuada cuando la punción venosa no es posible.
- El tiempo de espera entre la toma de muestras del paciente y la notificación de resultados se redujo en más de 50% frente a la tradicional reacción en cadena de la polimerasa (PCR) cuando se empleó para la detección del virus la técnica de ensayo Xpert Ebola.
- Los procedimientos de control de infecciones en la zona sospechosa de los centros de tratamiento de la EVE de MSF fueron adecuados para evitar la transmisión de la infección entre los individuos con y sin EVE mientras esperaban los resultados del análisis de sangre.

### Próximos pasos

- Se requiere más investigación para desarrollar una prueba más rápida y fiable para el virus del Ébola para que los pacientes puedan ser analizados de forma segura y ágil.
- Es necesario investigar qué nivel mínimo equipo de protección personal (PPE), se requiere para prevenir la infección por el virus del Ébola al mismo tiempo que está adaptado para su empleo en zonas tropicales.

## Efectos del brote sobre el resto de la atención sanitaria

### Lección aprendida

- La salud materno-infantil se vio especialmente afectada durante el brote como muestra el aumento de la mortalidad materna en Monrovia y la disminución de la asistencia de niños menores de cinco años en un centro rural de salud primaria en Sierra Leona (un análisis de MSF mostró un descenso de 36% en 2014 frente al año anterior).

### Próximo paso

- Deben desarrollarse estrategias para mantener la asistencia sanitaria durante futuras epidemias.

## Preguntas fundamentales sobre el virus

### Lección aprendida

- Diferentes laboratorios usaron diversas pruebas de PCR que dieron valores variables para la cantidad de virus (carga viral) presente en la sangre.

### Próximo paso

- Debe establecerse una prueba de PCR estandarizada usada por todos los laboratorios para permitir que los resultados de la carga viral procedentes de diferentes puntos de análisis puedan ser comparados.

## Trabajadores sanitarios

### Lección aprendida

- Los profesionales sanitarios en los centros de tratamiento de la EVE han afrontado numerosos retos tanto físicos como psicológicos durante la atención a los pacientes.



### Próximos pasos

- Es necesaria una mayor comprensión sobre el riesgo de contagio para el personal de los centros de tratamiento de la EVE.
- Deben desarrollarse políticas integrales de salud laboral para el personal nacional e internacional.

## **EL PAÍS** España, Catalunya: El brote de norovirus tuvo su origen en una contaminación fecal humana

25 de abril de 2016 – Fuente: El País (España)

El norovirus que hace unos días fue detectado por el Departamento de Salud de la Generalitat en las muestras de los pacientes afectados por el brote de gastroenteritis, también se ha encontrado en el agua envasada en mal estado procedente del manantial de Arinsal, en Andorra. Los resultados de los análisis realizados a las muestras de agua de las garrafas contaminadas muestran la presencia de “altas dosis” de este microorganismo, causante de la mayor parte de las gastroenteritis agudas comunes.

Con los datos sobre la mesa, la Agencia de Salud Pública (ASPCAT) descartó el 25 de abril que el origen del brote esté en Catalunya y apuntó a la envasadora andorrana Aigües del Pirineu como punto de partida de la contaminación. El secretario de Salud Pública, Joan Guix, indicó que el único reservorio del norovirus es el ser humano, por lo que el origen del brote ha tenido que ser por “contaminación fecal humana”. La investigación se centra ahora en saber cómo se ha producido la transmisión, una cuestión que responderán los resultados de los estudios realizados por el Gobierno de Andorra a la envasadora del agua de Arinsal.

Sólo hacen falta unas decenas de unidades de norovirus para provocar una infección y, según Salud Pública, en las garrafas contaminadas se encontraron hasta 10.000 partículas por litro de dos tipos de norovirus diferentes, los mismos que también se encontraron en las heces de algunos pacientes afectados. “Hemos encontrado muestras positivas de cultivos positivos de heces y agua, lo que comprueba que hay una relación causal”, indicó Guix. El secretario de Salud Pública advirtió que es la primera vez en la historia que se describe la presencia de un virus en agua envasada.

A la espera de los resultados que lleguen de Andorra, Guix apuntó que la contaminación se produjo “en el origen, en el proceso de obtención o embotellamiento del agua, o en la higienización de las garrafas”. En lo que sí insistió el Departamento es que el norovirus sólo se transmite por vía oral o fecal y dudó de que el origen del brote esté en el mismo manantial porque “no hay constancia de otros brotes relacionados con otros productos”. Además, según el investigador Albert Bosch, que ha llevado a cabo el análisis de las muestras, “es difícil pensar que haya aguas fecales cerca del manantial”.

Con todo, el Departamento dio por finalizado el brote, que ha dejado 4.100 personas contaminadas de 381 empresas de Barcelona y Tarragona. Desde el pasado fin de semana no se ha notificado ningún caso nuevo por lo que el período de incubación del virus ha terminado. Sólo seis personas han tenido que ser hospitalizadas pero ya han sido dadas de alta.



## **EBioMedicine** Europa: El cambio climático expone a gran parte de la región a brotes de dengue

14 de abril de 2016 – Fuente: EBioMedicine

El aumento de las temperaturas por el calentamiento global incrementará la posible propagación de enfermedades transmitidas por mosquitos y expandirá las áreas geográficas en riesgo de epidemia de dengue en gran parte de Europa a finales de este siglo.

Así se desprende de un trabajo realizado por investigadores de la Unidad para la Salud Mundial de la Universidad de Umea (Suecia), quienes calcularon el riesgo de brotes de dengue en Europa a partir de diferentes predicciones sobre el cambio climático.

Las variaciones térmicas relacionadas con el cambio climático y temperaturas globales más cálidas tienen un profundo impacto en la capacidad de los vectores (*Aedes aegypti* y *Ae. albopictus*) de transmitir el dengue. Estos mosquitos, especialmente *Ae. aegypti*, están relacionados con la mayoría de las grandes epidemias de dengue.

“La expansión geográfica del virus Dengue y los mosquitos *Aedes* como vectores es un importante problema de salud global”, dijo Liu Jing-Helmersson, investigadora del Departamento de Salud Pública y Medicina Clínica de la Universidad de Umea y autora principal del estudio.

Jing-Helmersson añadió que, “ante el aumento de las temperaturas en el continente europeo y una serie de factores complejos, tales como el aumento de los viajes y del comercio, Europa se encuentra ahora en un riesgo elevado de epidemias transmitidas por mosquitos, como el dengue”.

Estudios anteriores demostraron que el aumento de las temperaturas puede favorecer la propagación geográfica de las enfermedades virales transmitidas por mosquitos tropicales y subtropicales en las zonas templadas, como Europa.

La investigación liderada por Jing-Helmersson es la primera en examinar la forma en que el aumento de las temperaturas medias y su variación diaria se vinculan a un incremento de la capacidad vectorial, es decir, la capacidad de un mosquito de transmitir la enfermedad entre los seres humanos.

### La infección viral más rápida

La capacidad vectorial depende de un número de parámetros. En general, las temperaturas más cálidas aumentan la reproducción del virus y la transmisión, y la velocidad a la que los mosquitos pican. En consecuencia, un clima más cálido en general amplía las probabilidades de que los mosquitos transmitan el dengue.

Para determinar el riesgo de epidemia de dengue para Europa, los investigadores estudiaron los efectos de la temperatura sobre la capacidad vectorial de los mosquitos *Aedes*. A partir de datos climáticos históricos y actuales, y de vigilancia de vectores, así como diversos escenarios de cambio, los científicos determinaron los riesgos de epidemia de dengue en Europa sobre una proyección importante de calentamiento climático.

El estudio concluye que las epidemias de dengue son posibles en verano en el sur de Europa con las capacidades vectoriales actuales, que el cambio climático intensificará la capacidad vectorial y ampliará las zonas de riesgo hacia el norte, y que los brotes estacionales de dengue podrían surgir en gran parte de Europa a fines de este siglo.

Además, los investigadores argumentan que los mosquitos *Aedes* podrían convertirse en un referente en Europa, ya que estaban presentes en muchos países del continente en la primera mitad del siglo XX. El principal vector (*Ae. aegypti*) ha sido documentado recientemente en Rusia y en Georgia, y un vector secundario del dengue (*Ae. albopictus*) ha sido observado en gran parte del sur de Europa y tan al norte como los Países Bajos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que el dengue es la infección viral de más rápida propagación en el mundo durante los últimos 20 años; se trata de una enfermedad endémica en cerca de 100 países, sobre todo en países del Sudeste Asiático y en América del Sur; hay 390 millones de nuevas infecciones cada año y 3.900 millones de personas están en riesgo de ser infectados, y supone una gran carga para la asistencia sanitaria en los países afectados.<sup>4</sup>



### Mozambique, Maputo: En el distrito de Magude se reducen en 92% los casos de malaria

24 de abril de 2016 – Fuente: Planeta Futuro (España)

Corren buenos tiempos para el ejército de epidemiólogos que luchan para erradicar la malaria en el mundo: la enfermedad puede tener los días contados en el sur de Mozambique, uno de los 10 países con mayor carga de la enfermedad en el mundo (la prevalencia oscila entre 3% y 50% de la población). La buena nueva se desprende de los resultados preliminares del proyecto llevado a cabo en el distrito de Magude por la Alianza Mozambiqueña para la Eliminación de la Malaria (MALTEM). El programa piloto de MALTEM ha logrado reducir alrededor de 80% los casos de malaria en la zona. Esta disminución llega incluso a 92% en los centros sanitarios de Magude, donde la cifra de infectados registrados en el primer trimestre del año pasó de 3.620 en 2015 a 286 en 2016. Aunque los datos recogidos hasta ahora son sólo “indicios” de lo que proyectarán los datos epidemiológicos reclutados sobre el terreno, los expertos ya avanzan unas “perspectivas excelentes” para un país donde, según los últimos datos que manejan las autoridades nacionales, se detectaron cuatro millones de casos nuevos en 2013.



A fuerza de campañas de sensibilización y fumigaciones sistemáticas en el campo de batalla, los investigadores del Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal), que coordina el proyecto, han dejado bajo mínimos la enfermedad. En Magude, un distrito de cerca de 60.000 habitantes ubicado en la provincia de Maputo, la prevalencia de la enfermedad ronda 10%. “Escogimos Mozambique porque es donde el ISGlobal ha estado trabajando desde hace años y una de las zonas donde más malaria hay hoy, sobre todo en el norte. Buscábamos una zona donde hubiese malaria pero tampoco niveles altísimos y encontramos que Magude era un buen sitio para testar el programa y demostrar que es posible eliminar la malaria en el contexto africano”, explicó Alfredo Mayor, uno de los investigadores del ISGlobal. El propósito de la Alianza es erradicar la malaria en la zona más meridional de Mozambique antes de 2020.

Con la colaboración del Ministerio de Salud de Mozambique, que lidera el proyecto MALTEM, los investigadores del ISGlobal intensificaron las medidas de control del mosquito que trasmite la enfermedad a través de fumigaciones dentro de las casas y ampliando la distribución de mosquiteros. Además, los equipos médicos administraron antimaláricos a toda la comunidad en dos ocasiones (noviembre de 2015 y enero de 2016). “Los antimaláricos curan la malaria en personas infectadas y ayudan a prevenir la infección”, explica Mayor. Aunque en los últimos 15 años la mortalidad por esta enfermedad ha caído 60% y se han evitado seis millones de muertes en el mundo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la malaria sigue dejando alrededor de 400.000 muertes cada año.

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

### Las cifras de la malaria

- La malaria provocó en 2015 unas 438.000 muertes en todo el mundo, según la OMS. De ellas, 305.000 fueron niños africanos menores de cinco años.
- El 89% de los casos de malaria se dan en África Subsahariana.
- En los últimos 15 años, la mortalidad por malaria se ha reducido 60% y se han evitado seis millones de muertes.
- En 2015 se produjeron en el mundo 214 millones de casos nuevos.
- La OMS calcula que la enfermedad se ha erradicado en 35 países.
- La comunidad internacional se ha propuesto reducir 90% los casos y muertes para 2030.

La iniciativa piloto de MALTEM, que cuenta también con el impulso de la Obra Social La Caixa, también ha implicado una fuerte campaña de sensibilización en la comunidad y la creación de un censo poblacional para registrar a todas las personas y casas del distrito de Magude. “Hay que saber cuántas personas hay en el distrito para asegurar la cobertura total del tratamiento masivo. Para administrar los antimaláricos fuimos casa por casa”, apostilla el investigador de ISGlobal.

Los expertos sospechan que las condiciones ambientales también han favorecido la reducción de la malaria en la zona. En este caso, la sequía ha jugado a favor del batallón de epidemiólogos. El despliegue del proyecto piloto coincidió con una temporada inusualmente seca que redujo la población de mosquitos. “Las campañas de antimaláricos deben hacerse en épocas secas, cuando hay menos mosquitos. Tenemos

que tener en cuenta los cambios asociados a la sequía y esperar a tener los análisis de los datos y las muestras recogidas para saber hasta qué punto la reducción de la malaria ha sido causa del programa MALTEM y hasta qué punto ha influido la sequía”, apunta Mayor.

En cualquier caso, los resultados son “esperanzadores” y aportan, en palabras del investigador del ISGlobal, “una nota de optimismo”. Mayor asegura que el fin del proyecto es “subir al norte” y expandir las actividades de erradicación de la enfermedad por todo el país. Pero, por ahora, el siguiente paso es “mantener lo que se ha conseguido” y, para ello, los investigadores apuestan por fortalecer los sistemas de salud de la zona para que puedan responder con rapidez si detectan algún caso. “Estos datos dan esperanza para decir que es posible eliminar la malaria en África. Según la OMS, se ha erradicado la malaria en 35 países y nosotros queremos demostrar que los países de África también pueden entrar en esta lista”, concluye el epidemiólogo.



### Yemen: Casi 500.000 mujeres embarazadas están en peligro

31 de marzo de 2016 – Fuente: Organización de Naciones Unidas

El primer año de conflicto en Yemen ha provocado que 21,2 millones de personas necesiten algún tipo de ayuda humanitaria, casi la mitad de ellas mujeres y niñas, y que las vidas de 3,4 millones de mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años) estén en riesgo, entre ellas casi 500.000 embarazadas que deben dar a luz en los próximos nueve meses, según señaló el 31 de marzo el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

La guerra en Yemen ha cumplido su primer aniversario después que una coalición internacional liderada por Arabia Saudí lanzara el 25 de marzo de 2015 los primeros bombardeos contra los rebeldes hutíes (chiíes aliados de Irán y partidarios del expresidente Ali Abdullah Saleh).

El UNFPA destacó que esta situación ha dado lugar a la interrupción de los servicios de salud, con una grave escasez de personal médico cualificado y suministros de salud reproductiva que salvan vidas, de manera que alrededor de 15,2 millones de yemeníes están en necesidad de asistencia sanitaria, incluido el acceso a servicios de salud reproductiva.

La falta de esos servicios y suministros puede suponer cerca de 1.000 muertes maternas entre unas 68.000 mujeres embarazadas que están en riesgo de complicaciones potencialmente mortales durante el parto, según el UNFPA.

“La situación de las mujeres y niñas ya era débil en Yemen antes del conflicto. El 92% las mujeres informaron que la violencia contra ellas se produce comúnmente en el hogar. Y hoy son aún más vulnerables, expuestas al abuso y a la explotación. Las mujeres y las niñas no tienen acceso a la ayuda humanitaria, incluidos los servicios de salud reproductiva, y están, por tanto, aún más en riesgo de embarazos no deseados, que, a su vez, pueden poner en riesgo sus vidas”, dijo Lene Christiansen, representante del UNFPA en Yemen.

### Kits de dignidad

A pesar de la seguridad y de los problemas logísticos, el UNFPA indicó que continúa sus esfuerzos para satisfacer las necesidades de las mujeres y niñas en el campo de la salud reproductiva, y para ayudar a protegerlas de la violencia de género.

Hasta la fecha, el Fondo ha apoyado 38 hospitales de todo el país con el equipo de salud reproductiva para salvar vidas, medicinas y materiales de construcción, así como con equipos de salud reproductiva que contienen suministros médicos y quirúrgicos para garantizar partos seguros, incluso en casa. Estos servicios han beneficiado a unas 453.000 mujeres y niñas en edad reproductiva.

Además, el UNFPA ha proporcionado más de 100.000 ‘kits de dignidad’ a las mujeres y niñas más vulnerables en 19 gobernaciones en Yemen para mantener su higiene personal y menstrual.



Más de 6.000 supervivientes de la violencia machista han tenido acceso a servicios que incluyen apoyo psicosocial, asistencia jurídica, acceso a casas de seguridad y sesiones de sensibilización continua con la participación de los hombres y los niños.

El UNFPA ha realizado un llamamiento humanitario para Yemen por valor de 15,6 millones de dólares este año con el fin de garantizar la continuidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, y para prevenir y responder a la violencia de género.

## **europa** **Los agentes sociales piden a la ONU más financiación para la lucha contra el sida** **press** 7 de abril de 2016 – Fuente: Europa Press

Diferentes organizaciones de la sociedad civil han pedido a todos los Estados Miembros de la Organización de Naciones Unidas (ONU) y sus asociados que garanticen que sus programas para la lucha contra el VIH cuentan con financiación suficiente e incluso se incrementen en los próximos años, ya que es clave para conseguir el objetivo de acabar con la epidemia del sida en el año 2030.

En una audiencia celebrada en la sede de la ONU en New York (Estados Unidos) para preparar la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre la Erradicación del Sida, que se celebrará del 8 al 10 de junio, estas entidades han pedido que se comprometan a que para el año 2020 al menos 30 millones de afectados tengan acceso al tratamiento que necesiten para así cumplir con el “ambicioso objetivo” que se han marcado.

“Estamos alineados en nuestros objetivos de poner fin a la epidemia de sida en 2030”, declaró Mogens Lykketoft, presidente de la Asamblea General de las Naciones Unidas, que insta a todos sus miembros a “trabajar juntos para asegurar una fuerte Declaración Política con unos objetivos claros que lleven al mundo a conseguirlo”.

Los participantes en esta audiencia hicieron hincapié en la necesidad de llegar a más afectados por el VIH, en especial a aquellos que todavía no tienen acceso a tratamientos y forman parte de los grupos de riesgo de esta enfermedad, como las personas relacionadas con la prostitución, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los transexuales y los usuarios de drogas inyectables. Asimismo, piden garantizar que el fin de la epidemia se aborde como algo inclusivo, basado en la evidencia y centrado en los afectados.

“Para poner fin a la epidemia del sida nadie puede quedarse atrás”, añadió Michel Sidibé, director ejecutivo del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), creado en 1994.

El trabajo de las organizaciones sociales ha sido clave para superar muchos de los retos más importantes en el abordaje del sida, prestando apoyo en el tratamiento y defendiendo los derechos de los afectados, que en muchos casos se han visto estigmatizados por la enfermedad.

El ONUSIDA calcula que se necesitarán 26.200 millones de dólares para mejorar el abordaje del sida en países de bajos y medianos ingresos en 2020, más de los 19.200 millones de que disponían en 2014.

Asimismo, calcula que la inversión para las organizaciones sociales deberá triplicarse hasta representar 3% de todos los recursos totales que tiene el VIH en esos países.



7° Curso on line  
**Urgencias Infectológicas 2016**

Curso a distancia del  
**Centro de Estudios Avanzados en Enfermedades Infecciosas y Patógenos Emergentes**  
Entidad sin fines de lucro dedicada a la difusión del conocimiento en Infectología

**Temario**

- Módulo 1: Meningitis aguda bacteriana.
- Módulo 2: Tétanos.
- Módulo 3: Botulismo.
- Módulo 4: Artritis séptica.
- Módulo 5: Infecciones severas de piel y partes blandas.
- Módulo 6: Neumonías agudas de la comunidad.
- Módulo 7: Síndrome urémico hemolítico.
- Módulo 8: Infecciones en el huésped neutropénico febril.
- Módulo 9: Parálisis agudas infecciosas.
- Módulo 10: Infecciones en el huésped esplenectomizado.
- Módulo 11: Endocarditis bacteriana.

**Dirección científica del Curso:** Antonio Montero MD, PhD

Centro de Medicina Tropical y Enfermedades Infecciosas Emergentes – Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario.  
Doctor en Medicina (Universidad de Buenos Aires). Especialista registrado en Infectología. Especialista registrado en Medicina Interna.  
Investigador Independiente – Consejo de Investigaciones de la Universidad de Rosario (CIUNR).

**Metodología**

Fecha de cursado: 10 de junio al 19 de agosto de 2016.

Material reescrito y actualizado en profundidad.

Módulos semanales consistentes en: Material de estudio + Cuestionario de autoevaluación.

60 horas con evaluación final – Modalidad: Autoevaluación.

Enteramente dictado por Internet.

El curso está orientado a brindar conocimientos básicos acerca de la etiología, epidemiología, clínica, diagnóstico y tratamiento de enfermedades infecciosas consideradas Urgencias Infectológicas.

Permite una extrema flexibilidad de horarios y brinda material de estudio que puede consultarse posteriormente, así como una bibliografía actualizada.

El diseño y la metodología del curso permiten que médicos de reciente graduación o colegas que no conocen el tema en profundidad puedan adquirir los conocimientos teóricos necesarios para diagnosticar y tomar a cargo la atención de las patologías estudiadas. Asimismo brindan una excelente oportunidad de actualización a los colegas experimentados o especialistas en la materia. El marco teórico tratado es eminentemente clínico y orientado a la practicidad y aplicabilidad de los conocimientos.

Durante el cursado se ofrecerá la posibilidad de discutir dudas y comentarios con un tutor especializado capaz de orientar y discutir los aspectos teóricos y prácticos de cada enfermedad mediante correo-e.

Al finalizar cada semana, los inscriptos recibirán un cuestionario de autoevaluación dedicado al tema tratado en la semana en curso, el cual deberán llenar y devolver por correo-e para obtener el certificado de aprobación final. El certificado de cursado será enviado por correo electrónico a la dirección provista por cada uno de los participantes.

Informes y pre-inscripción  
[amontero@sede.unr.edu.ar](mailto:amontero@sede.unr.edu.ar)



## SWEET KILLS

UNCONTROLLED DIABETES  
CAUSE WOUND TO HEAL SLOWER.  
FOR MORE INFORMATION [WWW.DIABASSOTHAI.ORG](http://WWW.DIABASSOTHAI.ORG)



Asociación de Diabetes de Tailandia (2015)

Detalles de la ilustración



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](mailto:reporteepidemiologicocba@gmail.com), aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.