



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina

www.reporteepidemiologico.com



Número 1.768

23 de mayo 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.)

Salvador García Jiménez (Gua.)

Ángela Gentile (Arg.)

Ezequiel Klimovsky (Arg.)

Gabriel Levy Hara (Arg.)

Susana Lloveras (Arg.)

Gustavo Lopardo (Arg.)

Eduardo López (Arg.)

Tomás Orduna (Arg.)

Dominique Peyramond (Fra.)

Daniel Pryluka (Arg.)

Charlotte Russ (Arg.)

Horacio Salomón (Arg.)

Eduardo Savio (Uru.)

Daniel Stecher (Arg.)

Noticias

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

Córdoba

- Presentaron el Plan de Contingencia Invernal

Argentina

- Vigilancia de infecciones por *Ureaplasma sp.* en mujeres

- Descifran el genoma de la superbacteria *Acinetobacter bereziniae* HPC299

- La Pampa, Telén: Reportan un murciélago con rabia

América

- Estados Unidos: Cierran miles de piscinas y jacuzzis públicos por agua mal tratada

- Panamá: El hongo *Aspergillus* causa el cierre de un hospital

- República Dominicana: Seis muertes relacionadas con la fiebre zika y 24 causadas por el dengue

El mundo

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

- Cabo Verde: La cepa del virus Zika que circula en el país fue importada de América

- España, Catalunya: Aumentan a 60 los afectados por el enterovirus

- Sudán del Sur: Brote de síndrome de fiebre hemorrágica

- Una prueba de orina simplificaría la detección del virus Zika

- La creciente amenaza de la enfermedad de Lyme

- Ponen en marcha un mecanismo de financiamiento para proteger a los países más pobres contra las pandemias

Adhieren:

SLAMVI

Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/



www.circulomedicocba.org/



www.consejomedico.org.ar/



Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas

Universidad Nacional de Córdoba

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



www.said.org.ar/

Comité Nacional de Infectología

Sociedad Argentina de Pediatría

www.sap.org.ar/



www.apinfectologia.org/



www.sadip.net/



www.apargentina.org.ar/

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, que 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 tienen carácter temporario y serán actualizadas con la nueva información.

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

Córdoba

Presentaron el Plan de Contingencia Invernal

19 de mayo de 2016 – Fuente: Ministerio de Salud – Provincia de Córdoba (Argentina)

El Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, a través de la Dirección de Maternidad e Infancia, presentó formalmente el plan de contingencia para infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB) en niños de 0 a 5 años. Las IRAB son la primera causa de consulta de niños menores de 2 años (60%), constituyen más de 40% de las internaciones en los meses invernales y aumentan fuertemente la demanda de consultas e internaciones en el sistema de salud.

Este plan, que se sostiene en cada temporada invernal desde el año 2002, incluye estrategias para optimizar y ampliar el acceso de la población pediátrica al sistema sanitario. Los objetivos principales son reducir las muertes específicas por IRAB en niños –lo que contribuye a reducir la mortalidad infantil– y disminuir la incidencia de internaciones, complicaciones y secuelas por esta causa.

Al respecto, el ministro de Salud, Francisco José Fortuna, recordó: “En la provincia de Córdoba hemos cumplido con los Objetivos de Desarrollo del Milenio en lo que respecta a la baja de la mortalidad infantil, y las IRAB ya no figuran desde hace varios años entre las 10 principales causas de muerte en niños menores de 1 año”.

Este año, el plan de contingencia para IRAB incluye una inversión en equipamiento de 5,2 millones de pesos y la incorporación de 150 profesionales. La distribución de los profesionales es la siguiente: 109 corresponden a hospitales de Capital (de Niños, Pediátrico, Materno Neonatal, Maternidad Provincial, Misericordia, Florencio Díaz), cinco médicos para los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), dos profesionales para el Laboratorio y 40 corresponden al interior.

En lo que respecta a internación, se cuenta este año con 321 camas críticas pediátricas y neonatales, lo cual representa 11% más que el año pasado (eran 288). “Esto significa un salto de calidad muy importante en la capacidad operativa del sistema; tengamos en cuenta que partimos de 106 camas en 2014. El esfuerzo que se ha sostenido e incrementado cada año”, expresó Fortuna. Asimismo, se cuenta con 209 unidades de internación pediátrica básicas en Capital y 280 en el interior.

Además, como en las contingencias anteriores, se provee de insumos y medicamentos para los hospitales provinciales; se refuerza la vigilancia y monitoreo epidemiológico en todos los niveles de atención; y se distribuye material informativo, tanto para la comunidad como para los equipos de salud. También se ajusta la organización del sistema de referencia y contrarreferencia, sobre todo al alta de una internación en cama crítica.

Cabe aclarar que las reuniones de la sala de situación, en las que se evalúa la contingencia, comenzaron la semana pasada y el sistema ya se encuentra dando respuesta a la demanda. El plan se implementará, en principio, hasta el 10 de agosto, con la posibilidad de extenderlo de acuerdo a la evaluación de los indicadores epidemiológicos y de la demanda de atención que se hace semanalmente.

Durante la presentación, la directora de Maternidad e Infancia expuso las cifras de la situación de las enfermedades respiratorias de los niños y valoró la disminución en la mortalidad por esta causa, tanto en el país como en la provincia. Al respecto, precisó: “Córdoba es la segunda provincia con menor riesgo de muerte por enfermedad respiratoria en los primeros cinco años de vida y la tasa de mortalidad por esta causa es tres veces menor a la media nacional”.

Recomendaciones para la población

Las infecciones del sistema respiratorio son la razón más frecuente de enfermedad durante los primeros años de vida. La mayoría corresponde a episodios de las vías respiratorias superiores que no revisten gravedad, pero las infecciones en vías respiratorias inferiores pueden ser graves. Para el sistema de salud, el desafío es identificar esos casos con mayor riesgo de complicaciones.

En el caso de las familias, es importante recordar que en los niños menores de cinco años, la tos o el resfrío pueden convertirse en bronquiolitis o neumonía y, por eso, es fundamental prestar atención a esos síntomas, así como



también al dolor de garganta, la congestión nasal y la fiebre. Los signos de alerta ante los cuales hay que concurrir inmediatamente al centro de salud son: respiración agitada o con ruidos, pecho hundido, irritabilidad, y el rechazo de alimentos y líquidos.

Algunas medidas de prevención para implementar en casa son:

- Controlar que los niños tengan todas las vacunas.
- Evitar que estén con personas enfermas.
- Amamantar a los bebés hasta los 6 meses y continuar la lactancia hasta los 2 años, aunque ya coman otros alimentos.
- Cuidarlos del frío.
- Limpiar y ventilar el hogar todos los días, preferentemente con trapo húmedo para no levantar polvillo.
- No fumar adentro de los hogares.
- No usar estufas, braseros ni cocinas a leña en el lugar donde duermen los niños.

Argentina



Vigilancia de infecciones por *Ureaplasma sp.* en mujeres

14 de mayo de 2016 – Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

Tabla 1. Casos notificados y tasa de notificación cada 100.000 habitantes, según provincia y región. Argentina. Años 2015/2016, hasta semana epidemiológica 14. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.

Provincia/Región	2015		2016	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	11	0,38	7	0,24
Buenos Aires	1	0,01	10	0,06
Córdoba	1	0,03	—	—
Entre Ríos	—	—	—	—
Santa Fe	—	—	—	—
Centro	13	0,05	17	0,06
Mendoza	—	—	3	0,17
San Juan	—	—	—	—
San Luis	1	0,23	—	—
Cuyo	1	0,04	3	0,11
Corrientes	—	—	—	—
Chaco	9	0,85	28	2,65
Formosa	—	—	—	—
Misiones	2	0,18	—	—
NEA	11	0,30	28	0,76
Catamarca	—	—	—	—
Jujuy	—	—	—	—
La Rioja	—	—	—	—
Salta	1	0,08	1	0,08
Santiago del Estero	—	—	—	—
Tucumán	24	1,66	19	1,31
NOA	25	0,51	20	0,41
Chubut	12	2,36	13	2,55
La Pampa	3	0,94	—	—
Neuquén	—	—	—	—
Río Negro	1	0,16	2	0,31
Santa Cruz	—	—	16	5,84
Tierra del Fuego	—	—	—	—
Sur	16	0,66	31	1,28
Total Argentina	66	0,16	99	0,25



Descifran el genoma de la superbacteria *Acinetobacter bereziniae* HPC299

10 de marzo de 2016 – Fuente: *Genome Announcements*

Investigadores de Rosario presentaron la 'radiografía' genética de una bacteria que transporta y quizás distribuye a otras especies microbianas una inquietante arma para resistir el embate de múltiples antibióticos.

Se trata de la bacteria *Acinetobacter bereziniae* HPC299, que resulta resistente al ataque de los antibióticos más importantes. El microorganismo fue aislado de una paciente con leucemia internada en un hospital público de Rosario. Y en 2014, se anunció que era portador de NDM-1 (Nueva Delhi metalo-beta-lactamasa): un gen que funciona como 'escudo' de resistencia antimicrobiana y cuya expansión global preocupa a las autoridades sanitarias.



Ahora, los mismos científicos, del Instituto de Biología Molecular y Celular de Rosario (IBR), que depende del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y de la Universidad Nacional de Rosario (UNR), publicaron la secuencia genética de ese patógeno y comprobaron que se trata de un clon distinto a otro previamente descrito en India.

Según los investigadores, liderados por la Dra. Adriana Limansky, del IBR, es posible que la bacteria estudiada funcione como un 'reservorio' de NMD-1 y otros genes de resistencia que podría intercambiar con distintas especies de microorganismos de importancia clínica.

Descrito por primera vez en Suecia en 2009 en otro tipo de bacteria de un paciente previamente hospitalizado en India, el gen NDM-1 confiere resistencia a los llamados antibióticos beta-lactámicos, que incluyen a las penicilinas, las cefalosporinas y los carbapenemes. En 2010, se reportó por primera vez su presencia en Estados Unidos. En 2013, se lo aisló de un paciente en Argentina.

"La diseminación del gen ha sido continua, ocasionando un problema importante y alerta en la salud pública mundial", indicó Limansky, quien también es profesora de Bacteriología de la Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas de la UNR.¹



La Pampa, Telén: Reportan un murciélago con rabia

21 de mayo de 2016 – Fuente: La Arena (Argentina)

El 15 de mayo fue capturado un murciélago en el predio de la Escuela Albergue de Telén, que está ubicada a unos 8 kilómetros del casco urbano. La notificación se mandó a Santa Rosa, la capital provincial, el día 16 y el 20 de mayo el Instituto 'Dr. Louis Pasteur' confirmó que se trató de un caso de rabia.

Por ello, personal de la Dirección de Epidemiología viajó a Telén y en conjunto con el municipio local se llevaron a cabo las acciones de bloqueo correspondientes, establecidas en el Manual de Normas y Procedimientos para la Prevención y Control de la Rabia.

Roberto Oscar Bigorito, del Departamento de Zoonosis de Medio Ambiente provincial, explicó que se realizará una vacunación canina y felina de la localidad. "Nos reunimos con maestros, veterinarios locales y de la zona, para realizar acciones conjuntas. Contamos con la voluntad del intendente local, Emiliano Saúl Echeveste, para llevar adelante el bloqueo. Próximamente recibirán las vacunas", sostuvo.

"Estamos acostumbrados a encontrarnos con casos positivos en las ciudades, porque en el interior no se mandan a analizar. Hay que crear conciencia en la gente de que la rabia está y que hay que tener la precaución cuando estamos frente a un caso positivo. No tenemos el hábito de ver merodear un murciélago y atraparlo para su análisis correspondiente", aclaró Bigorito.²

América



Estados Unidos: Cierran miles de piscinas y jacuzzis públicos por agua mal tratada

20 de mayo de 2016 – Fuente: *Morbidity and Mortality Weekly Report*

Las personas que acuden a las piscinas para combatir el calor del verano quizá estén nadando en agua mal tratada, advirtieron el 19 de mayo las autoridades sanitarias de Estados Unidos.

Cada año, graves infracciones de salud y seguridad obligan a cerrar miles de piscinas, jacuzzis y parques acuáticos públicos, según un nuevo estudio de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos.

"Hace falta un largo recorrido para reducir la cantidad de lugares acuáticos públicos con infracciones graves de salud y seguridad. Debemos proteger al público", apuntó Michael Beach, director asociado de aguas saludables de los CDC.

Una revisión de informes de inspección de cinco estados donde se ubica 40% de los lugares acuáticos del país encontró que:

- Casi 80% de las inspecciones encontraron al menos una infracción.
- Una de cada ocho inspecciones provocaron el cierre inmediato debido a infracciones graves de salud y seguridad.
- Las piscinas para niños tenían el mayor nivel de problemas, ya que una de cada cinco se cerró debido a infracciones.

"Los niños pequeños todavía están aprendiendo a controlar los esfínteres, y son más propensos a contaminar el agua. Es más probable que traguen agua. Ambas cosas pueden conducir a brotes de diarrea", advirtió Beach.



¹ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

² Telén es una localidad de la provincia de La Pampa, en el departamento Loventué. Se encuentra a 800 km de la ciudad de Buenos Aires y a 158 km de Santa Rosa, capital de la provincia. En 2010, contaba con una población de 1.240 habitantes.

Las notificaciones más comunes para las piscinas públicas fueron por un pH inadecuado (15%), la falta de equipamiento de seguridad apropiado (13%) y unos niveles inadecuados de desinfectante (12%).

Beach apuntó que “el pH es esencial porque determina la efectividad del desinfectante para matar a los gérmenes”.

“La contaminación más común de las piscinas y jacuzzis públicos resulta de personas que nadan mientras sufren de diarrea. Alguien con este problema sufre una pérdida en la piscina, y tragar agua mientras se nada en la piscina es muy común”, apuntó Beach.

Los padres pueden mantener una piscina limpia revisando los pañales y sacando a los niños para que vayan al baño una vez cada hora. Los pañales se deben cambiar en un baño o en un área de cambio, no al lado de la piscina, recomiendan los CDC.

Los adultos no deben nadar mientras se recuperan de un brote de diarrea, y deben ducharse antes de entrar al agua.

“Una cuarta parte de los brotes de diarrea en las piscinas se asocian con bacterias como *Shigella*, *Campylobacter* y *Escherichia coli*, que los desinfectantes de piscina deberían haber eliminado”, apuntó Beach.

“Se trata de una muy mala operación de una piscina: no tiene cloro, o el pH está mal”, lamentó.

“Las otras tres cuartas partes de los brotes de diarrea en las piscinas se relacionan con la criptosporidiosis, una enfermedad provocada por un parásito que es resistente o muy tolerante al cloro, así que evade la principal barrera que tenemos en las piscinas”, comentó Beach.

“El nuevo Código Modelo de Salud Acuática de los CDC recomienda que las piscinas públicas instalen sistemas secundarios de desinfección para protegerse del parásito *Cryptosporidium*”, comentó.

Las personas que acuden a la piscina también pueden sufrir irritaciones oculares y respiratorias debido a unos productos secundarios volátiles de la desinfección llamados cloraminas, que se forman cuando el cloro de la piscina interactúa con productos de desecho humanos, como el sudor o la orina. El suceso más grande de ese tipo ocurrió en Ohio en 2007, y afectó a al menos 665 personas, según el informe de los CDC.

“Tenemos que hacer un mejor trabajo de proteger las piscinas y todos los centros acuáticos, para prevenir brotes de diarrea, infecciones de la piel y de los tejidos blandos, y otras enfermedades contagiosas”, señaló el Dr. Robert Glatter, médico de emergencias del Hospital Lenox Hill, en la ciudad de New York.

Para el informe, los investigadores de los CDC recolectaron datos de inspecciones de 2013 de Arizona, California, Florida, New York y Texas, que en conjunto representan casi 40% de las piscinas, jacuzzis y parques acuáticos públicos del país. Los datos cubrían más de 84.000 inspecciones de rutina de casi 49.000 lugares públicos donde las personas nadan en aguas tratadas.

Dos tercios de las inspecciones fueron en piscinas públicas, y alrededor de 12% provocaron el cierre inmediato debido a infracciones de salud o de seguridad.

Más o menos una cuarta parte de las inspecciones fueron de jacuzzis o balnearios públicos, y 15% resultaron en el cierre inmediato, según el informe.

Los CDC animan a las personas a evaluar el agua ellas mismas antes de entrar, usando tiras reactivas para la piscina, disponibles en la mayoría de hipermercados o tiendas de suministros para piscinas.

La semana de natación saludable y segura comienza el 23 de mayo, y los CDC enfatizan que un agua adecuadamente tratada debe tener:

- una concentración de cloro libre de al menos 1 ppm en las piscinas, y de al menos 3 ppm en los jacuzzis y balnearios.
- una concentración de bromo libre de al menos 3 ppm en las piscinas, y de al menos 4 ppm en los jacuzzis y balnearios.
- un valor de pH de entre 7,2 y 7,8.

Los nadadores también deben asegurarse de que el agua sea suficientemente clara como para ver el fondo en el lado profundo, revisar que las tapas de drenaje estén cerradas y en buenas condiciones, y asegurarse de que haya un salvavidas o equipamiento de seguridad a mano.

“Si hay problemas, no entre en el agua. En lugar de ello, informe a un responsable para que pueda solucionar los problemas”, aconsejó Beach.³



Panamá: El hongo *Aspergillus* causa el cierre de un hospital

19 de mayo de 2016 – Fuente: EFE

Un hospital de la periferia este de Ciudad de Panamá suspenderá indefinidamente sus servicios por la presencia del hongo *Aspergillus* en los ductos de aire acondicionado, informó hoy la Caja del Seguro Social (CSS) panameña.

“*Aspergillus* no afecta a las personas sanas, pero sí puede causar complicaciones respiratorias a quienes tengan bajas sus defensas”, dijo el director ejecutivo nacional de Servicios y Prestaciones en Salud de la CSS, Luis Alberto Mendieta Rivera.

³ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

Pacientes y personal del Hospital 'Irma De Lourdes Tzanetatos', de unas 147 camas, habían tenido reacciones alérgicas y problemas respiratorios, lo que obligó a una evacuación y cierre temporal del hospital el 22 de abril.

El 19 de mayo, Mendieta anunció trabajos especializados para eliminar el hongo de las instalaciones, lo que se tomará un tiempo aún indefinido.

"Estos trabajos durarán el tiempo que tengan que durar. Nuestra obligación es resguardar la salud de las personas y responsablemente mantendremos cerrada la instalación hasta que podamos garantizar la seguridad de los colaboradores, pacientes y visitas a este hospital", destacó.

Hasta el 18 de mayo, el ministro de Salud, Francisco Javier Terrientes Mojica, y el presidente de Panamá, Juan Carlos Varela Rodríguez, habían descartado la posibilidad del hongo y mantuvieron la versión que hasta el momento se conocía, que un derrame de químicos dentro del hospital había causado las reacciones alérgicas en los trabajadores y pacientes.

La CSS informó el 19 de mayo la presencia del hongo después de realizar análisis al sistema de ductos del hospital, que atiende a asegurados y no asegurados al Seguro Social.

Para mitigar los efectos de la suspensión de actividades, la atención de este centro será prestada en otros hospitales de la ciudad, como el Hospital 'Dra. Susana Jones Cano', la Policlínica 'Joaquín José Vallarino', el Policentro de Salud 'Dr. Heraclio Barletta' de Juan Díaz, el Complejo Hospitalario Metropolitano 'Dr. Arnulfo Arias Madrid', el Hospital Integrado 'San Miguel Arcángel' y el Hospital 'Santo Tomás', anunció el organismo de salud.

Listín Diario República Dominicana: Seis muertes relacionadas con la fiebre zika y 24 causadas por el dengue

19 de mayo de 2016 – Fuente: Listín Diario (República Dominicana)

Se han registrado seis muertes de personas con el síndrome de Guillain Barré, asociado al virus Zika, en República Dominicana en lo que va del año. En tanto, las muertes por dengue se elevaron de 18 a 24 durante las últimas semanas, nueve más que las registradas el año pasado a la fecha, cuando el sistema había registrado 15 fallecimientos. El número de casos sospechosos en lo que va de año es de 4.174.

El boletín correspondiente a la semana epidemiológica 17, que recoge los registros hasta el 30 de abril, indica que en los primeros cuatro meses del año se han notificado 2.443 casos sospechosos de fiebre zika, entre ellos 243 embarazadas que presentaron síntomas sospechosos en el primer semestre de gestación y 100 casos de síndrome de Guillain-Barré (SGB) asociados a la infección por este virus.

El Distrito Nacional y las provincias Santo Domingo, Azua e Independencia son las que mayor cantidad de casos de fiebre zika registran. De los casos de embarazadas, 49% reside en Santo Domingo, 14% en Azua y 11% en el Distrito Nacional.

Mientras que de los 100 casos de SGB asociados a la infección por este virus, 42% reside en Santo Domingo, 25% en el Distrito Nacional, 10% en Barahona y 7% en Azua. De las muertes por SGB asociadas a la sospecha de la enfermedad, tres eran personas residentes en el Distrito Nacional; una en Azua, otra en Barahona y una en Valverde.

El informe también indica que los municipios con mayor número de casos de dengue en las últimas cuatro semanas son: Santo Domingo Este, Santiago, Distrito Nacional, San Francisco de Macorís, Santo Domingo Norte, Cotuí, La Vega, Los Alcarrizos, San Ignacio de Sabaneta y Jarabacoa.

El mundo



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

16 de mayo de 2016 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

Entre el 30 de abril y el 5 de mayo 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) cuatro nuevos casos confirmados por laboratorio de infección por el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS-CoV), incluyendo una muerte.

Los casos se produjeron en las localidades de Al-Hufuf, Al-Riyadh (2) y Ha'il. Los cuatro casos son varones. Tres de los casos presenta comorbilidades. Los casos tenían 39, 40, 55 y 70 años de edad.

Un caso tiene antecedentes de contacto frecuente con dromedarios (*Camelus dromedarius*) y consumo de su leche sin pasteurizar. Un caso es contacto de un caso de MERS previamente confirmado por laboratorio. En dos casos aún se está investigando el historial de exposición a los factores de riesgo conocidos en los 14 días previos al inicio de los síntomas.

Dos casos se encuentran en estado crítico, ingresados en unidades de terapia intensiva, uno de ellos con asistencia respiratoria. Un paciente se encuentra asintomático, en aislamiento domiciliario. El paciente de 55 años falleció.

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 tres casos de infección por el MERS-CoV previamente reportados.

A nivel mundial, la OMS ha sido notificada desde septiembre de 2012 de 1.733 casos confirmados por laboratorio de infección por el MERS-CoV, incluyendo al menos 628 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 sin pasteurizar 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: La cepa del virus Zika que circula en el país fue importada de América

20 de mayo de 2016 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

Mediante la secuenciación del virus, el Instituto Pasteur de Dakar confirmó que el virus Zika que circula actualmente en Cabo Verde es el mismo que el que circula en las Américas —el tipo asiático— y lo más probable es que haya sido importada desde Brasil. Esta es la primera vez que la cepa del virus Zika responsable de los brotes vinculados a trastornos neurológicos y microcefalia ha sido detectada en África.

“Los resultados son motivo de preocupación, ya que es una prueba más de que el brote se está extendiendo más allá de América del Sur y está a las puertas de África. Esta información ayudará a los países africanos a re-evaluar su nivel de riesgo y adaptarse y aumentar sus niveles de preparación”, dijo la Dra. Matshidiso Moeti, Directora Regional de la OMS para África.

Como primer paso, estos países deberían aumentar la comunicación de riesgos a las mujeres embarazadas para dar a conocer las complicaciones asociadas con la cepa asiática del virus Zika y promover medidas de protección para evitar las picaduras de mosquitos, así como la transmisión sexual. Además, los países deberían reforzar la vigilancia de la transmisión del virus Zika y de las malformaciones congénitas, tales como microcefalia, así como el síndrome de Guillain-Barré.

El Sistema de Gestión del Incidente de la Enfermedad por el virus Zika de la OMS, activado desde febrero de 2016 en Brazzaville y en los Cuarteles Generales, seguirá revisando las evaluaciones de riesgo existentes, aumentando la vigilancia, evaluando las capacidades de laboratorio para análisis y apoyando el compromiso de la comunidad y la comunicación de riesgos en los países prioritarios. Además, la OMS y sus asociados apoyarán a los países de la región de África para intensificar los esfuerzos de preparación para la detección precoz, la confirmación y la gestión de las posibles complicaciones relacionadas con la infección por el virus Zika. La respuesta se basará en inversiones en los sistemas reforzados durante la emergencia de la enfermedad por el virus del Ébola en África Occidental.

Hasta el 8 de mayo de 2016, se han registrado 7.557 casos sospechosos de fiebre zika en Cabo Verde. Se han registrado tres casos de microcefalia en el país, con un caso reportado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, después que el parto ocurriera en ese estado americano. Hasta el momento no se han informado casos de síndrome de Guillain-Barré en Cabo Verde.

Los 60 casos de enterovirus reconocidos por el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya y la gravedad de algunos de los cuadros –29 menores están hospitalizados con afectaciones neurológicas y cuatro de ellos en la unidad de cuidados intensivos (UCI), según el último balance difundido por la Generalitat–, han disparado las visitas a las urgencias pediátricas de los hospitales.

Uno de los casos que más ha llamado la atención es el de una niña de tres años, ingresada en febrero, con un cuadro de tetraplejía.

El Hospital Vall d'Hebron de Barcelona ha registrado un aumento de 100% de las urgencias pediátricas la última semana tras la alerta.

Según el jefe del Servicio de Pediatría del Hospital, Carlos Rodrigo Gonzalo-de-Liria, si normalmente llegan 90 urgencias diarias al hospital materno-infantil, ahora se atienden 180.

“No es que crezca el número de casos, sino que aumenta la preocupación”, aclaró el pediatra, que subrayó que la gran mayoría de casos son leves y evolucionan favorablemente. Pronosticó la existencia de más casos, si bien la “gran mayoría serán leves”, y probablemente se extenderán hasta el fin del verano o principios de otoño, aunque nadie puede hacer un pronóstico de la epidemia.

Rodrigo explicó también que en el Hospital Universitari ‘Germans Trias i Pujol’ de Badalona, se atienden entre 50 y 60% más de urgencias diarias.

Por su lado, el Hospital ‘Sant Joan de Déu’, en Esplugues de Llobregat y de referencia en el ámbito infantil, las urgencias han ascendido 30% respecto a los días ordinarios, en que llegan 200 casos diarios.

El presidente de la Societat Catalana de Pediatria (SCP), Ferran Alfons Moraga Llop, también reconoció el aumento de consultas telefónicas pediátricas generadas a raíz de la detección de los casos diagnosticados por primera vez en Catalunya.

Las peticiones más habituales son la sintomatología, las medidas preventivas y los mecanismos de contagio de esta tipología de virus, según datos de Salut, que ha reforzado el equipo de atención telefónica con médicos y enfermeras para dar una mejor respuesta. En paralelo se ha activado una comisión de seguimiento formada por expertos pediatras y microbiólogos y se ha fijado un protocolo de detección y tratamiento precoz de los cuadros con afectación neurológica más grave, que se ha enviado al conjunto de la red asistencial.



Entre fines de diciembre de 2015 y principios de mayo de 2016, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Sudán del Sur notificó a la OMS de brote de síndrome de fiebre hemorrágica.

Hasta el 9 de mayo, un total de 51 casos sospechosos, incluyendo 10 muertes, había sido informado por los condados de Aweil (45 casos, incluyendo 10 muertes) y Aweil West (6 casos). No se han reportado trabajadores de la salud entre los casos. La mayoría de los casos sospechosos (38, 74,5%) tienen menos de 20 años de edad. La última muerte se registró el 28 de febrero.

Los síntomas más frecuentes incluyen sangrado inexplicable, fiebre, fatiga, dolor de cabeza y vómitos. Los síntomas no parecen ser severos y se resuelven rápidamente después de un tratamiento de apoyo. Actualmente, no hay evidencia de transmisión de persona a persona de la enfermedad.

Las muestras de 33 pacientes fueron enviadas a los centros colaboradores de la OMS en Uganda (Uganda Virus Research Institute), Senegal (Instituto Pasteur de Dakar) y Sudáfrica (Instituto Nacional de Enfermedades Transmisibles). Las muestras se analizaron mediante la prueba de neutralización por reducción de placas, la reacción en cadena de la polimerasa o el ensayo de inmunoabsorción ligado a enzimas. Todas las muestras fueron negativas para fiebre hemorrágica de Crimea-Congo, enfermedad por el virus del Ébola, enfermedad por el virus de Marburg, fiebre del Valle del Rift, fiebre amarilla, virus del Nilo Occidental y virus Zika; cinco muestras dieron positivo para el virus de Onyong-Nyong; tres muestras fueron positivas para virus Chikungunya; y una muestra dio positiva para el virus Dengue.

Más pruebas de laboratorio están en curso para poder confirmar el agente causal. Otras causas que se investigan son las enfermedades bacterianas (por ejemplo, leptospirosis) y la intoxicación por alimentos (micotoxinas). Fueron identificados factores de riesgo ecológico para transmisión de enfermedades por arbovirus en las zonas afectadas.

Respuesta de salud pública

Con el apoyo de la OMS, las autoridades nacionales han llevado a cabo una serie de actividades de salud pública, incluyendo la investigación y el manejo de todos los casos sospechosos reportados recientemente, el fortalecimiento de la prevención y control de infecciones, así como la mejora de la vigilancia de enfermedades. Por otra parte, se

han realizado reuniones con la comunidad para concienciar a la población acerca de la fiebre hemorrágica. Por último, en respuesta a una solicitud de la Oficina de la OMS en Sudán del Sur, la Oficina Regional de la OMS para África ha movilizado suministros de laboratorio.

Evaluación de riesgos de la OMS

Los resultados de laboratorio recibidos hasta el momento no explican la sintomatología (sangrado inexplicable) de los casos notificados, ni la elevada tasa de letalidad. Puesto que la causa subyacente de este evento de salud pública sigue siendo desconocida, son necesarias una estrecha vigilancia y una mayor investigación epidemiológica.

La zona donde este brote está ocurriendo limita con Darfur en Sudán, donde se registraron entre agosto y noviembre de 2015 al menos 469 casos de fiebre hemorrágica viral sin diagnosticar, incluyendo 120 muertes. Debido al frecuente desplazamiento transfronterizo de la población entre Sudán y Sudán del Sur, el riesgo de propagación internacional de la enfermedad no se puede descartar. La OMS continúa monitoreando la situación epidemiológica y evaluando el riesgo con base en la última información disponible.

Advertencia de la OMS

La OMS no recomienda ninguna restricción a los viajes y el comercio con Sudán del Sur con base en la información disponible.

AP

Una prueba de orina simplificaría la detección del virus Zika

10 de mayo de 2016 – Fuente: The Associated Press

Un análisis de orina ha resultado ser más efectivo para detectar la presencia del virus Zika que la prueba de sangre para muchos pacientes, dijeron expertos.

El análisis podría ayudar en los esfuerzos para controlar la fiebre zika, que es transmitido principalmente por mosquitos y se espera se disemine más hacia el norte en Estados Unidos en los próximos meses.

“El momento es excelente”, dijo el Dr. William Schaffner, experto en enfermedades infecciosas en la Universidad Vanderbilt. Los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) emitieron nuevas directrices el 10 de mayo, en las que dicen que partículas del virus pueden ser detectadas a niveles más altos y por más tiempo en orina que en sangre.

Las directrices facilitarán realizar pruebas más personas. Hasta esta semana, funcionarios de los CDC habían dicho que la mejor forma de detectar el virus era con análisis de sangre. La sangre es analizada con una sofisticada técnica de laboratorio que detecta el material genético de un germen.

Pero autoridades de salud reportaron sus resultados el 10 de mayo sobre un análisis a 66 personas en Florida a quienes se hicieron pruebas usando el mismo sistema de detección, tanto con sangre como con orina. Aproximadamente el doble de las muestras de orina arrojaron positivo, comparado con las de sangre.

Además, el análisis de orina detectó el virus dos semanas después del comienzo de los síntomas. La prueba de sangre logró lo mismo por apenas una semana. “Eso es importante. Existe un mayor período para detectar el virus”, dijo Schaffner.

Aun así, los CDC recomiendan realizar análisis de sangre y orina en la primera semana. Y recomienda un tipo diferente de análisis de sangre, que detecta la respuesta inmunológica de la persona en lugar del virus, si han pasado más de dos semanas desde el comienzo de los síntomas.

“No estamos recomendando remplazar el análisis de sangre. Recomendamos hacer los dos”, dijo el Dr. Marc Fischer, epidemiólogo de los CDC que ayudó a escribir las directrices.

Se confirmó mediante pruebas la presencia del virus Zika en un total de 472 personas en Estados Unidos. Todas las infecciones están relacionadas con viajes a países que sufren del brote, de acuerdo con los CDC.



BBC

La creciente amenaza de la enfermedad de Lyme

20 de mayo de 2016 – Fuente: British Broadcasting Corporation (Gran Bretaña)

Si se hiciera una lista de enfermedades terribles transmitidas por insectos y arácnidos, la enfermedad de Lyme tendría que colocarse entre los primeros puestos.

Es una enfermedad infecciosa que afecta todos los órganos del ser humano. Es causada por la bacteria *Borrelia burgdorferi*, que es transmitida sobre todo por la garrapata *Ixodes ricinus*, una de las más de 800 especies de este arácnido.

Se estima que más de 300.000 personas son diagnosticadas cada año en Estados Unidos y 65.000 en Europa, pero la enfermedad se está extendiendo rápidamente por todo el mundo, según dijo Kenneth B. Liegner, experto y autor del libro *In the Crucible of Chronic Lyme Disease*.

Además, probablemente el número de personas afectadas es subestimado debido al bajo índice de informes y limitaciones de las pruebas de diagnóstico actuales.



La típica escarapela roja que aparece alrededor de la picadura de la garrapata.

El nombre se debe a que la enfermedad fue reconocida oficialmente por primera vez en los pacientes de la localidad de Lyme, en Connecticut, en la década de 1970, aunque hubo casos antes que se conocían por otro nombre.

Imitadora

La enfermedad es causada por la bacteria *B. burgdorferi*, que puede reproducirse dentro de la garrapata y pasar de su intestino a sus glándulas salivales. De esta manera, cuando la garrapata pica a una persona, la bacteria penetra la piel y se difunde a través de la sangre hacia otros tejidos.

Uno de los problemas de esta enfermedad es que imita los síntomas de otros males. "Los síntomas de la enfermedad son comunes a muchas otras. Por algo *B. burgdorferi* es conocida como la gran imitadora de otras enfermedades", dijo Pedro Anda, del Centro Nacional de Microbiología.

El cuadro de síntomas incluye dolores musculares y articulares, fatiga, fiebre, afectación visual, mareos, náuseas, problemas motrices, migrañas y un largo etcétera de males que dificultan seriamente el día a día de los afectados.

De hecho, según Anda, lo único "típico y exclusivo" que puede dar pistas de que se trata de la enfermedad de Lyme es la escarapela roja que aparece alrededor de la picadura de la garrapata. El problema es que no todos los afectados desarrollan esta erupción con forma de escarapela.

Difícil diagnóstico

La clave para que la bacteria no se vuelva crónica es un diagnóstico temprano y un tratamiento con antibióticos. "Pero en la mayoría de los casos la picadura pasa desapercibida y, ante la aparición de las complicaciones, muchos pacientes no trasladan esta información al médico porque no la relacionan con lo que les sucede", explicó Liegner.

Muchos afectados por la enfermedad de Lyme deben enfrentarse a diagnósticos erróneos como fatiga crónica (es el caso de la cantante Avril Lavinge que tuvo que dejar los escenarios durante un año por los síntomas de la enfermedad), esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson o incluso enfermedad mental.

"Hay personas que tienen esta enfermedad y pasan días, semanas, meses, años e incluso décadas antes de que se les diagnostique y sufriendo un amplio rango de síntomas que son tratados con tratamientos sintomáticos que no atajan el problema o simplemente el diagnóstico que reciben es erróneo", dijo Liegner.

La cantante internacional de origen mexicano Thalía también padeció esta enfermedad y estuvo al borde de la muerte por la misma en 2008. Se recuperó en 2012, pero este año anunció una recaída.

"Es una enfermedad compleja que no es siempre predecible y puede tener graves consecuencias para la salud", dijo Liegner.

"El hombre está empezando ahora a entender un poco más sobre esta enfermedad". Pero según el experto todavía queda mucho camino por recorrer.



Ponen en marcha un mecanismo de financiamiento para proteger a los países más pobres contra las pandemias

21 de mayo de 2016 – Fuente: Banco Mundial

El Grupo Banco Mundial lanzó el 21 de mayo el Mecanismo de Financiamiento de Emergencia para Casos de Pandemia (MFEP), un innovador instrumento de financiamiento internacional de rápido desembolso diseñado para proteger al mundo contra pandemias letales, a través del cual se creará el primer mercado de seguros contra el riesgo de pandemia. Japón, que ejerce la presidencia del Grupo de los Siete (G-7), comprometió el primer monto de financiamiento para la nueva iniciativa por valor de 50 millones de dólares.

"Las pandemias representan una de las principales amenazas a la vida de las personas y a la economía, y por primera vez contaremos con un sistema a través del cual se podrá hacer llegar financiamiento y equipos de expertos a los sitios donde se producen los brotes antes que se salgan de control. De este modo se abordan las fallas colectivas y de larga data en el tratamiento de las pandemias. La crisis de la enfermedad por el virus del Ébola en Guinea, Liberia y Sierra Leona nos enseñó que debemos estar mucho más atentos a los brotes y responder de inmediato para salvar vidas y también para proteger el crecimiento económico", afirmó Jim Yong Kim, presidente del Grupo Banco Mundial.

El anuncio se produjo una semana antes de la Cumbre del G-7, que se llevará a cabo el 26 y 27 de mayo en Ise-Shima, Japón. Los líderes del G-7 habían urgido al Grupo Banco Mundial a desarrollar la iniciativa durante la cumbre celebrada en mayo de 2015 en Schloss-Elm, Alemania.

"Japón se enorgullece en respaldar el MFEP, que evita que las pandemias socaven importantes logros en el ámbito del desarrollo. El financiamiento innovador para las respuestas ante las crisis que brinda este mecanismo, así como el financiamiento para la preparación y la prevención en tiempos de paz, por ejemplo a través de la Asociación



Internacional de Fomento, son importantes para mitigar las pérdidas humanas y sociales y para ayudar a una rápida recuperación en caso de que se produzca una crisis. Se trata de medidas eficaces en función de los costos y se les debe prestar especial atención en todas las etapas del desarrollo económico”, sostuvo el vice primer ministro y ministro de Finanzas de Japón, Tarō Asō.

El nuevo mecanismo permitirá acelerar tanto las respuestas de los países como la de la comunidad internacional ante futuros brotes de enfermedades que podrían llegar a convertirse en pandemias. Fue diseñado y formulado en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el sector privado, e incorporará un nuevo nivel de rigor tanto en el financiamiento como en la respuesta.

“En los últimos años se ha observado un notable resurgimiento de la amenaza asociada a la aparición o reaparición de enfermedades infecciosas. La OMS respalda el MFEP como una contribución esencial a la seguridad sanitaria mundial y una línea de defensa crucial contra los patógenos de alto riesgo”, señaló Margaret Chan Fung Fu-chun, directora general de la OMS.

El MFEP consta de un servicio de seguros que combina financiamiento de los mercados de reaseguros con fondos obtenidos por los bonos para pandemias (catástrofes) emitidos por el Banco Mundial, y de un servicio complementario de efectivo. Esta será la primera vez que se empleen los bonos para catástrofes con el fin de combatir enfermedades infecciosas. En caso de que se produzca un brote, a través del MFEP se entregarán rápidamente fondos a los países y a los organismos internacionales de respuesta calificados.

El servicio de seguros ofrecerá una cobertura de hasta 500 millones de dólares durante un período inicial de tres años en caso de que se produzcan brotes de enfermedades infecciosas con altas probabilidades de generar epidemias importantes, entre las que figuran los nuevos *Orthomyxovirus* (por ejemplo, nuevos virus de influenza pandémica A, B y C), *Coronaviridae* (por ejemplo, síndrome respiratorio agudo severo [SARS], síndrome respiratorio de Medio Oriente [MERS]), *Filoviridae* (por ejemplo, virus del Ébola y de Marburg) y otras enfermedades zoonóticas (por ejemplo, fiebre hemorrágica de Crimea-Congo, fiebre del Valle de Rift y fiebre de Lassa). Diversos factores paramétricos diseñados a partir de datos de acceso público determinarán el momento en que se entregarán los fondos, según la magnitud, la gravedad y la difusión del brote.

Mediante el servicio complementario de efectivo se brindará financiamiento en condiciones más flexibles para hacer frente a un conjunto más amplio de nuevos agentes patógenos, que quizás aún no cumplan con los criterios de activación del componente de seguro.

Los 77 países que reúnen las condiciones para recibir financiamiento de la Asociación Internacional de Fomento, el fondo del Grupo Banco Mundial para los países más pobres, serán los que podrán recibir cobertura del MFEP. Se espera poner en funcionamiento este mecanismo en el curso de este año.

Según un análisis económico reciente, el costo anual de pandemias entre moderadamente graves y graves en todo el mundo asciende a unos 570.000 millones de dólares, esto es 0,7% del producto interno bruto (PIB) mundial. Una pandemia de extrema gravedad, como la de la gripe española de 1918, podría costar hasta 5% del PIB mundial, es decir, casi 4 billones de dólares.

Tan solo durante los últimos dos años se han registrado amenazas de pandemia tales como la devastadora crisis de la enfermedad por el virus del Ébola en África Occidental –que paralizó las economías de Guinea, Liberia y Sierra Leona y significó una pérdida estimada de 2.800 millones de dólares en el PIB (600 millones en Guinea, 300 millones en Liberia y 1.900 millones en Sierra Leona)–, el brote de MERS, que perjudicó la economía de República de Corea, y el de virus Zika, que se expande en América y pone en riesgo a miles de niños aún no nacidos.

Tras la crisis de la enfermedad por el virus del Ébola, durante el último año se organizaron cuatro paneles de expertos internacionales en los que se concluyó que el mundo debía ampliar urgentemente su capacidad para generar una respuesta rápida frente a los brotes antes de que se conviertan en pandemias más letales y costosas.


El MFEP dará lugar a una serie de medidas importantes para evitar una nueva crisis como la de la enfermedad por el virus del Ébola:

- Permitirá a los países más pobres del mundo asegurarse contra las amenazas de pandemias.
- En caso de que surja un brote grave de enfermedades infecciosas, se otorgarán rápidamente fondos a los países o a los organismos internacionales pertinentes para acelerar la respuesta, lo que salvará vidas y reducirá el sufrimiento de las personas.
- Al movilizar una respuesta temprana, más rápida, mejor coordinada y planificada, se reducirán los costos que deberán afrontar los países y su población en la respuesta y la recuperación posterior.
- Se promoverán mayores inversiones nacionales e internacionales para la preparación frente a futuros brotes y el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud.
- Se combinarán recursos públicos y privados para promover la seguridad sanitaria mundial y se creará un nuevo mercado de seguros para gestionar el riesgo de pandemias.

El Grupo Banco Mundial estima que, si el MFEP hubiera estado en funcionamiento a mediados de 2014, cuando el brote de la enfermedad por el virus del Ébola se propagaba rápidamente en África Occidental, podría haber movilizad un monto inicial de 100 millones de dólares ya en julio, lo que habría permitido limitar drásticamente la difusión y la gravedad de la epidemia. En la realidad, no se recibieron montos de esa envergadura sino hasta tres meses después. Durante ese período de tres meses, el número de casos de la enfermedad se decuplicó. Hasta la fecha, esta epidemia se ha cobrado más de 11.300 vidas y ha costado al menos 10.000 millones de dólares. La asistencia internacional destinada a la respuesta a la crisis de la enfermedad por el virus del Ébola y la recuperación posterior ha superado, en total, los 7.000 millones de dólares.

Talk About AIDS

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



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

Why do you say that?

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

You're sure?

Rob: Yes.

Just suppose one of them did.

Rob: I would be really upset.

Would you still be friends?

Rob: Yes.

You would still invite him to dinner?

Rob: Yes.

Would you hug him?

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

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

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

Centers for Disease Control and Prevention (1988. Atlanta, Georgia, Estados Unidos).

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

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

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