



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente

www.reporteepidemiologicocordoba.com

Distinguido por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

1.995
29 de noviembre de 2017

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.)

Fanch Dubois (Fra.)

Milagros Ferreyra (Fra.)

Salvador García Jiménez (Gua.)

Ángela Gentile (Arg.)

Ezequiel Klimovsky (Arg.)

Susana Lloveras (Arg.)

Gustavo Lopardo (Arg.)

Eduardo López (Arg.)

Tomás Orduna (Arg.)

Dominique Peyramond (Fra.)

Daniel Pryluka (Arg.)

Fernando Riera (Arg.)

Charlotte Russ (Arg.)

Horacio Salomón (Arg.)

Eduardo Savio (Uru.)

Daniel Stecher (Arg.)

Carla Vizzotti (Arg.)

Publicación de:
Servicio de Infectología
Hospital Misericordia
Ciudad de Córdoba
República Argentina

Noticias

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

Argentina

- **Vigilancia de rabia animal** (en murciélagos)
- **Chaco, Resistencia:** Detectaron dos casos de leishmaniosis visceral canina
- **Santa Fe:** Está grave un niño que fue picado por un alacrán

América

- **Estados Unidos, Oregon:** Quinto caso de enfermedad meningocócica en la universidad estatal en el último año
- **Perú:** Reportan seis muertes por varicela en lo que va de 2017
- **República Dominicana:** El 47,83% de los nuevos infectados por el VIH es haitiano
- **Venezuela:** Prisiones asediadas por la tuberculosis

El mundo

- **España, Catalunya:** En Barcelona, los días de mayor contaminación se producen más infartos graves
- **Europa:** Elevada incidencia de VIH entre HSH que adquieren la infección fuera de la pareja principal
- **Gran Bretaña:** Alerta por dos brotes de sarampión
- **Madagascar:** Actualización sobre el brote de peste
- **Portugal:** Dan por finalizado el brote de legionelosis
- **Los recortes de los fondos que destina Estados Unidos a combatir la malaria** harían resurgir la enfermedad en el mundo
- **Casi un millón de niños mueren de neumonía en el mundo cada año**

Adhieren:

SLAMVI

Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/

CIRCULO MÉDICO DE CÓRDOBA

www.circulomedicocba.org/

Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba

www.consejomedico.org.ar/



Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas

Universidad Nacional de Córdoba

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



S.A.D.I.

www.said.org.ar/

Comité Nacional de Infectología

Sociedad Argentina de Pediatría

www.sap.org.ar/



www.apinfectologia.org/

Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica

www.sadip.net/

Asociación Parasitológica Argentina

www.apargentina.org.ar/

Aclaración

Respecto del artículo 'Estados Unidos: Investigan la relación entre la fasciolosis y el colangiocarcinoma en veteranos de Vietnam'

Nos escribió la Dra. María Victoria Periago, Coordinadora Científica de la Fundación Mundo Sano e investigadora adjunta del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, haciendo notar lo siguiente, respecto del artículo en cuestión:

"Les escribo porque me llamó la atención en la noticia mencionada. Me parece que hubo un error en la traducción o interpretación, ya que hay varios trematodos que infectan el hígado, y la relación con el colangiocarcinoma ya fue comprobado con dos duelas del hígado que son prevalentes en Asia: *Clonorchis sinensis* y *Opisthorchis viverrini*. La fasciolosis no se transmite por el consumo de pescado, las otras dos sí.

La publicación en inglés no menciona la especie involucrada, sólo habla de *liver fluke*.

Aquí seleccioné dos publicaciones sobre las *liver flukes* transmitidas a través de la ingesta de pescado y su asociación con el colangiocarcinoma, una de [The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene](#), y la otra de [Acta Tropica](#).

Saludos cordiales."

Agradecemos la oportuna corrección, y pedimos disculpas por el error.

Argentina



Vigilancia de rabia animal (en murciélagos)

17 de noviembre de 2017 – Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

Tabla 1. Casos notificados y confirmados, según provincia y región. Argentina. Años 2016/2017, hasta semana epidemiológica 42. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.¹

Provincia/Región	2016		2017	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	4	4	6	6
Buenos Aires	21	11	17	6
Córdoba	41	—	41	—
Entre Ríos	2	1	7	—
Santa Fe	58	1	80	6
Centro	126	17	151	18
Mendoza	—	—	—	—
San Juan	—	—	—	—
San Luis	1	—	—	—
Cuyo	1	—	—	—
Corrientes	—	—	—	—
Chaco	—	—	—	—
Formosa	—	—	—	—
Misiones	—	—	—	—
NEA	—	—	—	—
Catamarca	—	—	—	—
Jujuy	2	2	1	—
La Rioja	—	—	—	—
Salta	—	—	—	—
Santiago del Estero	—	—	—	—
Tucumán	7	—	20	—
NOA	9	2	21	—
Chubut	10	—	17	2
La Pampa	46	3	48	4
Neuquén	2	1	1	1
Río Negro	9	1	7	—
Santa Cruz	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—
Sur	67	5	73	7
Total Argentina	203	24	245	25



Chaco, Resistencia: Detectaron dos casos de leishmaniosis visceral canina

27 de noviembre de 2017 – Fuente: Norte (Argentina)

El Ministerio de Salud de Chaco informó que a través del Centro Antirrábico se notificaron dos casos de leishmaniosis visceral canina, ambos ubicados en el sector noreste de la ciudad de Resistencia.

La directora de Epidemiología, Mariela Fabiani, precisó que ante un caso positivo de leishmaniosis en un lugar, inmediatamente se procede al control de foco, eliminación de criaderos, la extracción de sangre a perros para reali-

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



zar el análisis y a la sensibilización de los vecinos para mitigar la situación y prevenir riesgos. "Las principales medidas de prevención son mantener la limpieza del hogar y evitar el traslado de perros sanos o infectados desde y hacia zonas donde circula la enfermedad", aconsejó.

La leishmaniosis visceral es una enfermedad grave que afecta a personas y perros; se transmite a través de la picadura de un insecto flebótomo muy pequeño (2 a 4 mm), conocido como *carachai*. No se transmite de persona a persona ni por contacto directo con los perros. Desde la cartera se aconseja evitar la reproducción del vector con la limpieza del hogar y alrededores, eliminar malezas y corrales; desechar basura, hojas; limpiar los sitios donde habitan los perros y evitar viajar con mascotas a lugares donde esta enfermedad es endémica.

Finalmente la especialista recordó que la leishmaniosis visceral en las personas afecta al bazo, hígado, médula ósea y otros órganos. Los síntomas que produce son fiebre prolongada, aumento de tamaño del abdomen, pérdida de apetito, disminución de peso, tos seca, diarrea y vómitos. En los perros los síntomas que produce son decaimiento, falta de apetito, falta de pelo y descamación especialmente alrededor de los ojos y en el hocico, crecimiento exagerado de las uñas, úlceras en la piel y hemorragia nasal.



DOCSALUD

Santa Fe: Está grave un niño que fue picado por un alacrán

27 de noviembre de 2017 – Fuente: Docsalud (Argentina)

Un niño de ocho años continuaba hoy internado en la terapia intensiva del Hospital de Niños 'Dr. Orlando Alassia' de Santa Fe a raíz de la picadura de un alacrán ocurrida el 19 de noviembre, que le provocó una falla cardíaca, entre otros trastornos. El niño fue picado cuando se puso una gorra en la que estaba oculto el animal.

Según el director del hospital, Osvaldo González Carrillo, "va a permanecer en terapia durante unos días, ya que se encuentra en estado reservado".

El médico dijo que el veneno del alacrán le provocó al niño "un fallo cardíaco", que pudo superar, y que se encuentra inconsciente.

Este no es el único caso ocurrido en los últimos días, aunque sí el que reviste mayor gravedad, por lo que las autoridades del Ministerio de Salud de la provincia difundieron una serie de recomendaciones ante la presencia de alacranes en los meses de mayor temperatura.

Desde el Programa Provincial de Control de Zoonosis y Vectores recomendaron mantener el hogar y sus alrededores libres de escombros, ladrillos, tejas, leña y maderas; tapar las grietas u orificios de los revoques de las paredes, sobre todo si son de ladrillo hueco; y sellar las cámaras de las cloacas.

También colocar malla metálica en las rejillas de las casas, utilizar insecticidas que sean inocuos para los humanos, animales y plantas; si se encontró uno en la casa, revisar la cama antes de acostarse; no dejar ropa en el suelo y si ello sucede sacudirla antes de utilizarla; y revisar los zapatos, sobre todo de los niños antes de colocárselos.

Tityus trivittatus es la especie que con más frecuencia se encuentra en la región y la más peligrosa. Presenta una cola con aguijón y púa, pinzas alargadas y el dorso con tres rayas longitudinales oscuras. Es un animal de hábitos nocturnos que permanece oculto durante el día en el suelo o entre las cortezas de los árboles.

Son síntomas el dolor en el sitio de la picadura, que en general es intenso, y una variedad de signos locales y generales que se expresan con diferentes grados de severidad, entre ellos: palidez, náuseas, vómitos, salivación excesiva, piel de gallina y palpitaciones.

Ante una picadura se recomienda concurrir rápidamente al centro más cercano para su atención y tratamiento, y se puede colocar hielo en el sitio afectado para aliviar las molestias mientras se transporta a la persona.



América

KGW

Estados Unidos, Oregon: Quinto caso de enfermedad meningocócica en la universidad estatal en el último año

26 de noviembre de 2017 – Fuente: KGW (Estados Unidos)

Los estudiantes de la Universidad Estatal de Oregon (OSU), en Corvallis, condado de Benton, recibieron un correo electrónico urgente durante el fin de semana, advirtiéndoles sobre un nuevo caso de enfermedad meningocócica en la institución.

"Este es el quinto estudiante de la OSU que debe ser tratado por enfermedad meningocócica en el último año", se lee en el correo electrónico. "Es importante estés al tanto de este último caso".

Tres o más casos de la enfermedad en un año califican como un brote.

Los administradores dijeron el 26 de noviembre que aún no saben qué cepa de la enfermedad afectó a este último alumno. Los cuatro casos anteriores presentaron enfermedad meningocócica por el serogrupo B, y todos fueron tratados y se recuperaron.

El caso fue diagnosticado el 24 de noviembre, después que su familia se dio cuenta de que sus síntomas se asemejaban a los de la enfermedad meningocócica. El estudiante fue hospitalizado ese día y, hasta la tarde del 26 de noviembre, estaba en buenas condiciones de salud.

Los administradores están ofreciendo vacunas en el campus, aunque se necesitan al menos dos dosis.

La alerta llega a poco más de una semana de que comiencen los exámenes finales en el campus, el 4 de diciembre.

Chimbotenlinea Perú: Reportan seis muertes por varicela en lo que va de 2017

25 de noviembre de 2017 – Fuente: Chimbote en Línea (Perú)

La varicela sigue reportando víctimas en Perú. En lo que va del año, seis niños menores de 10 años han muerto a causa de la enfermedad, cifra superior a la reportada el año anterior.

Según el médico Pedro Díaz Camacho, del Hospital 'Belén' de Trujillo, de todos los casos de varicela, aproximadamente 40% sufre complicaciones con infección bacteriana, lo cual dificulta el manejo del paciente y lo expone peligrosamente a la muerte.

"Solo en la región La Libertad se han reportado 115 casos, de los cuales 45 se complicaron hasta desencadenar tres fallecimientos", precisó el médico.

El experto hizo un llamado a declarar en emergencia a La Libertad. "El año pasado, con menos muertos por varicela, el Ministerio de Salud decretó una alerta epidemiológica. Paradójicamente, este año, en que hay más muertos por varicela, no se ha decretado alerta alguna y eso nos preocupa", manifestó Díaz Camacho.

Lo que es peor aún, hace unos días el Ministerio de Salud descartó brotes de varicela en el país a pesar de las seis muertes reportadas. Sin embargo, las propias estadísticas del ministerio llaman la atención: durante todo 2016 se reportaron cinco muertes. Este 2017, solo hasta octubre, se han reportado seis muertes. Es decir, hay más muertes y no se está tomando medida alguna.

Las muertes de niños por varicela se vienen produciendo año a año y a muy pocos parece importar. Si bien se declaró una alerta epidemiológica, no se incluyó en esta la aplicación de la vacuna para los sectores más necesitados.



República Dominicana: El 47,83% de los nuevos infectados por el VIH es haitiano

26 de noviembre de 2017 – Fuente: EFE

El 47,83% de los nuevos infectados de VIH en República Dominicana es inmigrante haitiano, afirmó hoy el director ejecutivo del Consejo Nacional para el VIH y el Sida (CONAVIHSIDA), Víctor Manuel Terrero.

Los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y las personas trans representan 29,94% de los nuevos casos, mientras que las trabajadoras sexuales son el 10,69%, según el funcionario, que citó datos del *Informe de estimaciones y proyecciones de prevalencia de VIH y carga de enfermedad 2016*, de la Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y Sida (DIGECI-TSS).

Terrero, quien no precisó el número total de infectados, dijo que hay una relación directa entre el VIH y la situación de vulnerabilidad social de algunos grupos y poblaciones.

"Esos datos reflejan una profunda desigualdad en las políticas públicas y plantean cada día grandes retos al país, de cara al logro de las metas previstas en la lucha contra la epidemia", señaló.

"La epidemia del VIH lo que ha hecho es mostrar a la sociedad dominicana donde están alojadas sus peores miserias", apuntó. Terrero afirmó que la meta del país para 2030 es erradicar la enfermedad, por lo que ha adoptado las metas 90-90-90 que impulsa el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida para reducir el avance de la enfermedad.

Esto implica que 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico, que 90% de las personas diagnosticadas reciban tratamiento antirretroviral continuado y que 90% de las personas tratadas alcancen la supresión viral.

Para lograrlo, señaló, es necesario fortalecer y ampliar los programas de prevención con énfasis en las poblaciones clave, especialmente los HSH, personas trans, trabajadoras sexuales, migrantes y poblaciones de los bateyes (poblaciones de trabajadores agrícolas dedicados al corte de caña de azúcar).

Según datos oficiales, en República Dominicana hay unas 69.000 personas que viven con el virus.

En el comunicado, el director de CONAVIHSIDA resaltó la necesidad de enfrentar la discriminación que afecta a las personas con VIH.

En ese sentido, citó la *Investigación diagnóstica de la situación de estigma y discriminación*, realizada recientemente en 15 hospitales del país y que reveló que 56% del personal prefiere no tocar a los pacientes con el virus.

"Que un médico actúe de esa manera y se convierta en parte del problema, en vez de la solución, nos está indicando que estamos ante la necesidad de producir cambios inaplazables en los parámetros de atención en salud".



La población carcelaria en Venezuela es la más afectada por la tuberculosis, debido a las condiciones de hacinamiento, malnutrición y deficiencias en el sistema sanitario.

Desde 2015, los casos de tuberculosis se han incrementado debido a la escasez de medicamentos y al mal funcionamiento del sistema de salud pública por parte del Estado venezolano. La patología se ha propagado en diferentes entidades del país, donde se han presentado fallecidos por no contar con las medicinas o por no ser diagnosticados a tiempo.

El Observatorio Venezolano de la Salud (OVS) reconoció un incremento entre las personas afectadas: en 2010 se reportaron 2.190 casos, mientras que en 2015 se elevaron a 7.278. Ello se traduce en que la incidencia pasó de 21,9 casos cada 100.000 habitantes a 23,5 cada 100.000 habitantes.

“Mientras las cifras oficiales del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) revelan un ligero aumento de casos, los registros alternativos advierten que la enfermedad se ha duplicado silenciosamente”, afirman desde la OVS.

Una persona con tuberculosis puede contagiar en un lapso de un año a entre 10 a 15 contactos, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).



Bacteria tras las rejas

Un brote de tuberculosis contagió a 14 presos en el Centro de Arrestos y Detenciones Preventivas ‘El Marite’, estado Zulia, de los cuales 11 murieron debido a la enfermedad, que se propagó a causa de las condiciones de hacinamiento, malnutrición y falta de prevención.

En 2016 la situación se mantuvo y otros diez reclusos fallecieron por la misma patología en la Penitenciaría General de Venezuela (Guárico) por falta de medicamentos.

En agosto de 2017, en el Centro de Arrestos y Detenciones Preventivas en la Costa Oriental del Lago, estado Zulia, una mujer de 19 años perdió la vida en su celda luego de agonizar durante tres meses. En octubre, otra mujer de 27 años murió tras contraer tuberculosis pulmonar y neumonía avanzada, lo que le causó una insuficiencia respiratoria.

En el mismo mes, el director de la policía del estado Miranda, Elisio Guzmán, denunció que varios detenidos presentaban la afección, puesto que Polimiranda no cuenta con las condiciones sanitarias correctas para mantener reclusos en ese estado.

“Para impedir que presos se contagien, las personas diagnosticadas con tuberculosis deben permanecer por un lapso de 15 días aisladas mientras reciben el tratamiento con los antibióticos correspondientes”, explicó la Dra. Ana Marcano, coordinadora del Programa de Salud Respiratoria del Distrito Sanitario N° 7 de La Urbina.

En el caso de las cárceles venezolanas, debido a la sobrepoblación que presentan los recintos, es complicado mantener en aislamiento completo a los infectados con tuberculosis, por lo que se facilita que la enfermedad proliferé rápida y silenciosamente.

El investigador Jorge Díaz Polanco, especialista en Desarrollo, Planificación y Políticas de Salud e integrante de la OVS, reveló que la comunidad penitenciaria del país es la más vulnerable a contraer este tipo de infección respiratoria.

“Una de las poblaciones sometidas a riesgo o a mayor riesgo, son las poblaciones carcelarias. En los estados donde tienes cárceles y hacinamiento hay tuberculosis”, aseveró Díaz Polanco.

Pobreza, hambre y hacinamiento

“En Anzoátegui, hasta octubre de 2017, han muerto 37 personas por tuberculosis debido al abandono que presenta el sistema de salud en la entidad”, explicó Humberto Omaña, secretario de organizaciones del Colegio de Médicos de Anzoátegui.

En Vargas, el Hospital Periférico ‘Dr. Rafael Medina Jiménez’ de Pariata, y el Hospital ‘Dr. José María Vargas’ de La Guaira, han tenido hasta cinco pacientes hospitalizados en la sala de aislamiento. Las parroquias con mayor incidencia de la enfermedad son Catia La Mar, Maiquetía, Carayaca y Carlos Soublette.

“El factor de riesgo que resalta es la pobreza porque está vinculada con el hacinamiento y la malnutrición”, explicó Díaz Polanco.

En Venezuela, el MPPS creó el Programa Nacional Integrado de Control de la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, que tiene como fin detectar, tratar y proteger a los grupos de alto riesgo de contraer la infección.

“Según el MPPS, se cumple el programa, pero si se contrasta la realidad se sabe que no es cierto. Si la gente estuviera vacunada contra la tuberculosis, no tendríamos tantos casos como está ocurriendo ahora”, señaló el especialista de la OVS.

En el Distrito Sanitario N° 7 de La Urbina atienden aproximadamente entre 40 y 60 pacientes con sospecha de tuberculosis. A los infectados por esta patología se les receta el tratamiento preventivo con los antibióticos etambutol, isoniacida, eifampicina y pirazinamida, aseguró Marcano.

La especialista agregó que el tratamiento se suministra de forma gratuita, y los medicamentos deben buscarse todos los días. Sin embargo, los pacientes acuden cada tres días porque generalmente son personas de bajos recursos y el costo de traslado representa un gasto significativo para ellos.

El mundo



España, Catalunya: En Barcelona, los días de mayor contaminación se producen más infartos graves

27 de noviembre de 2017 – Fuente: *International Journal of Cardiology*

¿Por qué una persona se infarta un día y no otro? La ciencia ha estudiado de forma exhaustiva el papel que desempeñan factores de riesgo como la hipertensión o el colesterol en las enfermedades cardiovasculares. Pero, en el caso de los ataques de corazón, ¿cuál es el gatillo que provoca que un día en concreto se forme un coágulo que tapone la arteria?

Expertos del Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV) y del Vall d'Hebron Barcelona Campus Hospitalari han realizado un estudio que demuestra que los días en que los niveles de contaminación atmosférica son más elevados en el área metropolitana de Barcelona se producen más ataques de corazón. Por tanto, en las personas que presentan factores de riesgo, los picos de contaminación podrían ser el desencadenante que aumenta la probabilidad de sufrir un infarto.



Para realizar su trabajo, los expertos emplearon los datos del registro Codi IAM (Código Infarto de Miocardio), que recoge datos de los pacientes que sufren un ataque de corazón en Cataluña. En concreto, incluyeron en el trabajo los datos de pacientes que sufrieron un infarto entre enero de 2010 y diciembre de 2011. Asimismo, cruzaron estos datos con los registros meteorológicos y de contaminación atmosférica proporcionados por el Servei Meteorològic y el Servei de Territori i Sostenibilitat de la Generalitat de Catalunya durante ese mismo periodo de tiempo.

Los resultados indican que la contaminación causa un aumento de infartos de miocardio con una obstrucción total de la arteria coronaria, que son los más graves. Asimismo, los infartos de este tipo que se producen los días de más polución presentan un mayor índice de mortalidad, sobre todo en las primeras 24 horas tras el evento, y un mayor índice de fibrilación ventricular.

Hasta ahora, se habían llevado a cabo muy pocos estudios sobre la relación entre contaminación atmosférica y el riesgo de infartos graves, con resultados dispares y controvertidos. Este es el primer estudio que demuestra que la contaminación participa en la mortalidad en las primeras 24 horas tras un infarto grave y el primero que relaciona la contaminación con una mayor incidencia de fibrilación ventricular.

Los datos de la polución del aire incluyeron la medida de sustancias, entre otras, como PM10 (sustancias menores de 10 micras de diámetro), PM2,5 (menores de 2,5 micras de diámetro), óxido nítrico y plomo. La sustancia más directamente relacionada con los infartos es PM2,5, emitida sobre todo por los tubos de escape de los motores diésel de los coches.

Las políticas ambientales que favorecen la reducción de la contaminación tendrían un impacto muy positivo en la salud del corazón de los ciudadanos. En los años 2010 y 2011, la concentración media de PM2,5 en las zonas de Barcelona con más contaminación fue de 20,1 microgramos por metro cúbico ($\mu\text{g}/\text{m}^3$). El presente estudio muestra que si se redujeran 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ la concentración de PM2,5, se podrían evitar al menos 7,67% de las muertes que se producen en las primeras 24 horas de un infarto grave en Barcelona, lo que supondría como mínimo una reducción de cinco muertes al año.

Esta cifra es probablemente superior, ya que en el estudio no se han tenido en cuenta los fallecimientos por infarto de miocardio antes de ser atendidos. Asimismo, aunque los datos incluidos en el estudio corresponden a los años 2010-2011, los niveles de contaminación no han variado desde entonces.²



Europa: Elevada incidencia de VIH entre HSH que adquieren la infección fuera de la pareja principal

23 de noviembre de 2017 – Fuente: 16th European AIDS Conference

La incidencia del VIH entre los hombres que practican sexo con hombres (HSH) seronegativos al inicio de los estudios PARTNER 1 y 2 fue elevada. Las infecciones se produjeron fuera de la pareja principal. Incluso podría considerarse una incidencia muy elevada en el caso de hombres que declararon haber mantenido relaciones sexuales anales sin preservativo con personas distintas a su pareja principal.

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

El estudio observacional PARTNER se puso en marcha para evaluar la tasa de transmisiones del VIH dentro de parejas serodiscordantes (tanto heterosexuales como gays) donde el miembro con el VIH recibía tratamiento y tenía la carga viral indetectable. El estudio se llevó a cabo en 75 clínicas de 14 países europeos y contó con la participación de 1.166 parejas serodiscordantes.

El estudio PARTNER copó los titulares cuando en 2014 y, de nuevo en 2016, se confirmó que no se había producido ninguna transmisión del VIH hasta el año 2016 tras haberse producido al menos 58.113 relaciones sexuales con penetración sin usar preservativo cuando la persona seropositiva estaba en tratamiento antirretroviral y tenía carga viral indetectable. Estos datos permitieron al equipo de investigadores establecer la máxima probabilidad posible de transmisión y anunciar que, de forma muy probable, la posibilidad de que una persona con el VIH y una carga viral controlada por debajo de 200 copias/mL transmita la infección sea cero o estadísticamente indistinguible de cero.

El estudio PARTNER, junto con otros como Opposites Attract y HPTN 052, han proporcionado la evidencia que respalda el enfoque de 'Tratamiento como prevención' y la campaña I=I (Indetectable es igual a Intransmisible, en inglés: *U=U, Undetectable=Untransmittable*).

Sin embargo, sí se produjeron infecciones por el VIH durante el estudio PARTNER: once casos hasta 2016, diez de ellos en HSH. No obstante, en todas las ocasiones, las pruebas filogenéticas mostraron que el virus provenía de otra persona diferente de la pareja principal inscrita en el estudio. Ocho de las once personas que se infectaron declararon haber tenido relaciones sexuales sin preservativo con otras personas que no eran la pareja principal y es de suponer que las otras tres también.

Los investigadores del estudio PARTNER llegaron a la conclusión de que el hecho de que la pareja principal con el VIH tenga la carga viral indetectable no protege del VIH a la pareja seronegativa si esta tiene relaciones sexuales sin protección con otras parejas. En estos casos, el uso de la profilaxis preexposición (PrEP) o la profilaxis postexposición (PPE) al VIH podrían ser buenas estrategias preventivas para el miembro seronegativo de la pareja.

Con el fin de conocer cuántas personas estaban utilizando alguna de estas estrategias, el equipo de investigadores encuestó a 737 parejas seronegativas a través de un cuestionario sobre conducta sexual que administraron en la visita inicial y en, al menos, otra visita de seguimiento.

En promedio, las parejas seronegativas participaron en el estudio durante 1,6 años y llevaban de media un año practicando la penetración anal con sus parejas seropositivas sin utilizar preservativo. Del total, 35% declaró haber realizado sexo anal desprotegido con otras parejas y 22% fue diagnosticado de una infección de transmisión sexual distinta al VIH. Los investigadores estimaron que, en promedio, se dieron 35 (rango intercuartil: 14-67) encuentros de sexo anal desprotegido por año con otras parejas sexuales. Se estimó un número total de 69.098 actos sexuales anales sin preservativo.

En el momento de la inscripción de los participantes (n=960), se halló que más de uno de cada 6 hombres (17,5% en el PARTNER 1 y 17,9% en el PARTNER 2) habían tomado PPE alguna vez. Sin embargo, una cantidad mucho menor había utilizado la PrEP: sólo 1,5% en el estudio PARTNER 1 y 3,9%, en PARTNER 2.

Durante el seguimiento de los ensayos (n=730), un 3% adicional en PARTNER 1 y un 4,6% en PARTNER 2 utilizaron PPE y un 2,2% y un 5% más, respectivamente, PrEP. Esto significa que en el PARTNER 2 un 8,2% de las parejas seronegativas habían utilizado PPE y/o PrEP.

Sin embargo, cuando el análisis se delimitó a los miembros que en el cuestionario de seguimiento admitieron tener relaciones anales sin protección con otros hombres (n=254), se halló que estos tenían el doble de probabilidades de haber usado PPE (8,7%) y 3 veces más de tomar PrEP (10,3%). Esto significa que en el PARTNER 2 casi 16% de los hombres que habían mantenido sexo anal sin preservativo fuera de la pareja principal había utilizado alguna vez PPE y/o PrEP.

El 10,3% que utilizó PrEP representaba a 253 hombres donde una alta proporción (58%) eran de Gran Bretaña y una representación menor de otros países (11% Francia, 11% Suiza, 8% Alemania, 8% Países Bajos y 4% España).

La PPE y/o la PrEP solo se utilizó en 12% de las 1.679 pareja-años de seguimiento en las que el miembro sin VIH mantuvo relaciones sexuales anales sin protección fuera de la pareja principal y en 1,5% de las veces en las que el miembro seronegativo no mantuvo relaciones sexuales anales sin protección fuera de la pareja principal.

La incidencia de VIH en los hombres que mantuvieron sexo sin preservativo con una pareja estable serodiscordante con carga viral indetectable y, a la vez, con otros hombres fuera de la pareja fue de 7,2/100 pareja-años de seguimiento.

Según los expertos, resulta preocupante tanto el bajo nivel de empleo de PEP y PrEP como la alta incidencia del VIH observada fuera de la relación principal. También hicieron hincapié en que las discusiones sobre la elegibilidad de los HSH sin el VIH para recibir PrEP deberían servir para asegurar que se tengan en cuenta los riesgos de todos los contactos sexuales, y se comenten qué rutas deben implementarse para garantizar la PrEP.



Gran Bretaña: Alerta por dos brotes de sarampión

28 de noviembre de 2017 – Fuente: Agence France-Presse (Francia)

Las autoridades sanitarias británicas han pedido a los ciudadanos que, si sospechan que pueden sufrir el sarampión, se queden en casa y se pongan inmediatamente en contacto con su médico de cabecera. La alerta se ha declarado tras registrarse dos brotes independientes de la enfermedad en Leeds y Liverpool, con una treintena de casos entre niños y jóvenes no vacunados. El virus habría llegado desde el continente, según Salud Pública de Inglaterra.



La alarma salta dos meses después del anuncio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de la eliminación del sarampión en Gran Bretaña, al no registrarse ningún caso autóctono en tres años. A fines de septiembre, los expertos ya advirtieron de que no había que echar las campanas al vuelo y, si la cobertura vacunal caía, podían darse brotes por importación del virus desde el continente. En Europa, desde enero de 2016, Rumania registra 8.937 casos de la enfermedad, debido a la caída de la tasa de inmunización por las deficiencias del sistema sanitario y el avance del movimiento antivacunas. En lo que va del año, el sarampión se ha cobrado en ese país 21 vidas y también ha habido muertes en Italia (3), Alemania (1), Bulgaria (1), Francia (1) y Portugal (1).

Enfermedad grave

El sarampión es una enfermedad muy contagiosa que puede causar, entre otras complicaciones, ceguera, encefalitis, sordera, neumonía y, en embarazadas, abortos. Con uno o dos fallecidos por cada mil niños infectados, es una de las principales causas de mortalidad infantil a pesar de existir desde hace décadas una vacuna eficaz. Según la OMS, el año pasado hubo 89.780 muertes por sarampión en todo el mundo cuando antes de que se generalizara la vacuna en la década de 1980 se registraban 2,6 millones al año.

Los cerca de treinta de casos de sarampión de Leeds y Liverpool se han dado, todos, entre no vacunados. "Esto es un importante recordatorio para que los padres acepten la oferta de poner la vacuna triple viral a sus hijos al cumplir un año y como refuerzo a los 3 años y 4 meses", dijo Mary Ramsey, directora de inmunización de Salud Pública de Inglaterra. Si se cumple ese calendario, la protección es prácticamente total. Pero, si la cobertura vacunal cae por debajo de 95%, existe el peligro de que la enfermedad se extienda, y el año pasado en Gran Bretaña solo recibió la inyección contra el sarampión 91,8% de los niños en edad de hacerlo.

Los medios británicos llevan días explicando cuáles son los síntomas de la enfermedad, y las autoridades animando a los padres a que vacunen a sus hijos si no lo han hecho. Una simple inyección frena el virus y salva vidas.



Madagascar: Actualización sobre el brote de peste

27 de noviembre de 2017 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

Entre el 1 de agosto y el 23 de noviembre de 2017, el Ministerio de Salud de Madagascar notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un total de 2.348 casos confirmados, probables y sospechosos de peste, incluidos 202 fallecimientos (tasa de letalidad: 8,6%). Del total, 1.791 son casos de peste neumónica, de los cuales 22% son confirmados, 34% probables y 44% sospechosos. Además de los casos neumónicos, hubo informes de 341 casos de peste bubónica, un caso de peste septicémica y 215 casos de tipo no especificado (ver Gráfico 1). Ochenta y un trabajadores de la salud han presentado una enfermedad compatible con la peste, ninguno de los cuales ha fallecido.

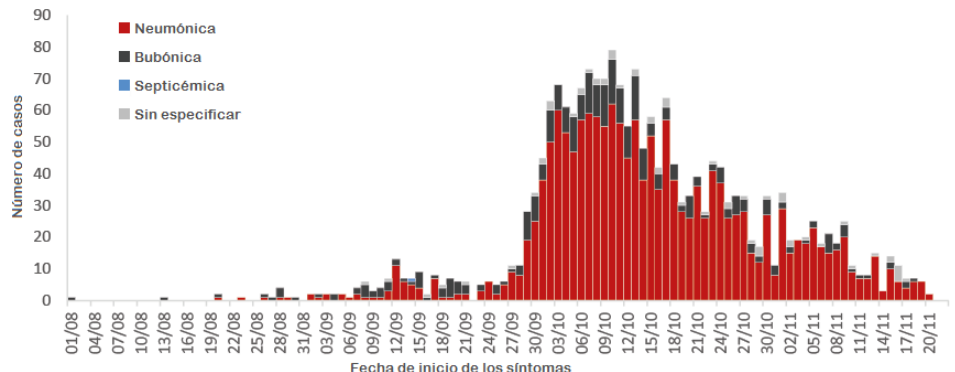


Gráfico 1. Casos notificados de peste, según clasificación clínica y fecha de inicio de la enfermedad. Madagascar. Del 1 de agosto al 22 de noviembre de 2017. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Desde el comienzo del brote, se han detectado casos de peste neumónica y bubónica en 55 de los 114 distritos (48%), incluidas áreas no endémicas y ciudades importantes. La región de Analamanga ha sido la más afectada, con 68% de los casos reportados (ver Mapas 1 y 2).

Todos los contactos identificados (7.289) durante este brote han completado su ciclo de antibióticos profilácticos. Once contactos desarrollaron síntomas compatibles con la peste y fueron clasificados como casos sospechosos. Todos los contactos han completado su seguimiento.

El Instituto 'Dr. Louis Pasteur' de Madagascar ha cultivado 33 aislamientos de *Yersinia pestis*, todos sensibles a los antibióticos recomendados por el Programa Nacional para el Control de la Peste.

La peste es endémica en algunas áreas de Madagascar, por lo que pueden presentarse nuevos casos, al menos hasta el final de la temporada de peste en abril de 2018. Por lo tanto, es importante que las medidas de control continúen hasta el final de la temporada de la peste.

Respuesta de salud pública

El Ministerio de Salud Pública de Madagascar está coordinando la respuesta, con el apoyo de la OMS, el Instituto 'Dr. Louis Pasteur' de Madagascar y otros organismos, partes interesadas y asociados.

El Ministerio de Salud Pública de Madagascar ha activado unidades de crisis en Antananarivo y Toamasina, para coordinar los esfuerzos de respuesta al brote.

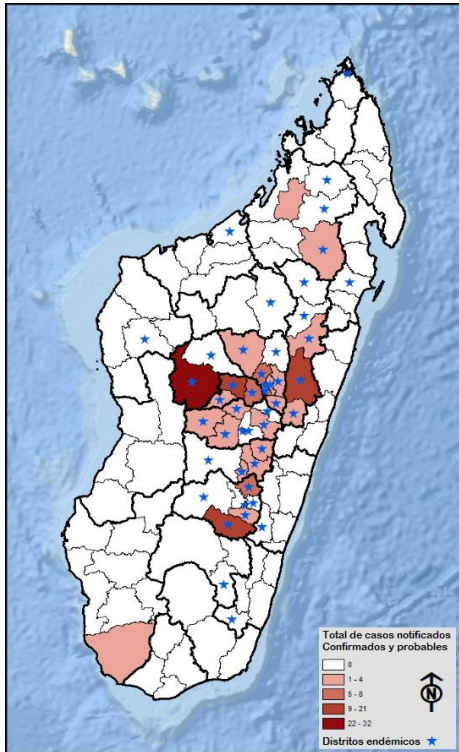
Todos los casos y contactos han recibido tratamiento o antibióticos profilácticos gratuitos.

Las medidas de respuesta de salud pública consistentes incluyen:

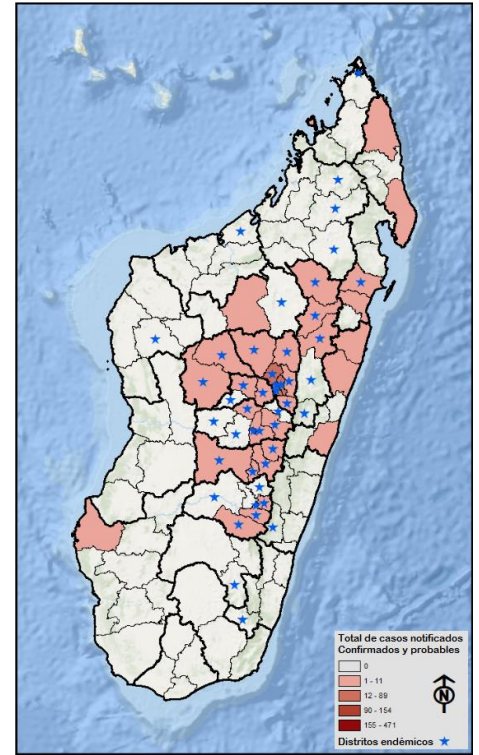
- Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica en todos los distritos afectados e intensificación de la búsqueda de casos.
- Rápida investigación de los nuevos casos.
- Toma de muestras, para su envío y análisis.
- Aislamiento y tratamiento de todos los casos de peste neumónica, como así también tratamiento de los casos de peste bubónica.
- Búsqueda, rastreo y monitoreo activo de los contactos y administración de quimioprofilaxis gratuita.
- Desinsectación, incluyendo control de roedores y vectores.
- Sensibilización de la población sobre la prevención de la peste bubónica y la neumónica.
- Sensibilización del personal sanitario e información para mejorar la detección de los casos y las medidas de control y protección de la infección.
- Información sobre las medidas de control de la infección durante los entierros.

La OMS ha coordinado y movilizado a los asociados regionales y mundiales en la Red Mundial de Alerta y Respuesta a Brotes (GOARN) para apoyar la respuesta al brote, y continuará trabajando con los asociados para garantizar un mayor apoyo a la respuesta rápida, según sea necesario.

Trabajando juntos, el Ministerio de Salud, la OMS, la GOARN y otros asociados han capacitado a más de 1.800 agentes de salud comunitarios para el rastreo de contactos, a alrededor de 300 médicos como supervisores en el rastreo de contactos, y han establecido equipos de respuesta rápida para la investigación de casos. La Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional han apoyado el manejo de casos, incluyendo la implementación de centros de tratamiento para la peste. El Instituto 'Dr. Louis Pasteur' de Madagascar (IPM) lleva a cabo la confirmación de laboratorio de los casos de peste. La OMS y el IPM establecieron un sistema para la recolección y derivación de muestras y desde las áreas periféricas al laboratorio del IPM para fortalecer la capacidad de laboratorio para la prueba y la confirmación.



Mapa 2. Distribución geográfica de casos confirmados y probables de peste bubónica, según distrito. Madagascar. Año 2017, del 1 de agosto al 22 de noviembre. Fuente: Organización Mundial de la Salud.



Mapa 1. Distribución geográfica de casos confirmados y probables de peste neumónica, según distrito. Madagascar. Año 2017, del 1 de agosto al 22 de noviembre. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Se fortalecieron las medidas para los chequeos a los viajeros que parten de los aeropuertos internacionales de Antananarivo y Nocibé, para evitar la propagación internacional de la peste neumónica. Estas medidas incluyen: llenar un formulario de partida especial en el aeropuerto (para identificar pasajeros en riesgo); monitoreo de temperatura de los pasajeros que parten, y derivación de aquellos con fiebre a los médicos del aeropuerto para consultas adicionales; los pasajeros con síntomas compatibles con peste neumónica son inmediatamente aislados en el aeropuerto, sometidos a una prueba de diagnóstico rápido y notificados de acuerdo con el protocolo de alerta de respuesta. A los pasajeros sintomáticos no se les permite viajar. Un equipo de la GOARN, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos y el Instituto de Vigilancia Sanitaria/Salud Pública de Francia están brindando asistencia técnica en el aeropuerto, para establecer un chequeo en la partida. La OMS y sus asociados apoyarán al Ministerio de Salud para volver a evaluar la necesidad de la continuidad del chequeo en la partida e implementarán las recomendaciones apropiadas.

Nueve países y territorios de ultramar en la Región Africana –Comoras, Etiopía, Kenya, Mauricio, Mozambique, La Reunión (Francia), Seychelles, Sudáfrica y Tanzania– han sido identificados como países prioritarios para la preparación para casos de peste en virtud de sus vínculos comerciales y de viaje con Madagascar. Estos países están implementando actividades de preparación, incluida una mayor conciencia pública sobre la peste, fortalecimiento de la vigilancia de la enfermedad, en especial en los puntos de entrada, y preposicionamiento de equipos y suministros. La OMS colaborará con estos países para integrar las actividades de preparación operacional para enfrentar la peste en sus funciones generales.

Evaluación del riesgo de la OMS

No se han notificado nuevos casos confirmados de peste bubónica desde el 8 de noviembre, ni de peste neumónica desde el 14 de noviembre de 2017. Todos los contactos han finalizado el seguimiento el 19 de noviembre. Sin embargo, la peste en Madagascar es estacional y la OMS espera que se repor-

ten casos adicionales. Por lo tanto, es importante que el Ministerio de Salud, la OMS y los asociados mantengan las actividades de prevención y respuesta hasta abril de 2018. Se necesitará una estrategia a más largo plazo para la prevención, la preparación y la respuesta a la peste.

Con base en la epidemiología y la capacidad de respuesta actuales, la OMS estima que el riesgo de peste a nivel nacional es moderado. El riesgo a nivel regional y global es bajo.

Advertencias de la OMS

Hasta la fecha, no hay casos reportados relacionados con viajes internacionales. La OMS desaconseja cualquier restricción en los viajes o el comercio en Madagascar. La OMS recomienda que se suspendan las medidas de viaje establecidas por los países vecinos en relación con este brote, dada la contención del brote de peste neumónica.

Los viajeros internacionales que arriben a Madagascar deben ser informados sobre el actual brote de peste y las medidas de protección necesarias. Los viajeros deben protegerse contra las picaduras de pulgas, evitar el contacto con animales muertos, tejidos o materiales infectados y evitar el contacto cercano con pacientes con peste neumónica. En caso de síntomas repentinos de fiebre, escalofríos, dolor e inflamación de los ganglios linfáticos, o dificultad para respirar con tos y/o esputo sanguinolento, los viajeros deben comunicarse inmediatamente con un servicio médico. Deben evitar la automedicación, incluso si se trata de profilaxis. El tratamiento profiláctico solo se recomienda a personas que han estado en contacto directo con casos o con otras exposiciones de alto riesgo (como picaduras de pulgas o contacto directo con fluidos corporales o tejidos de animales infectados). Al regreso de su viaje a Madagascar, los viajeros deben estar alertas por los síntomas anteriores. Si éstos aparecen, deben buscar atención médica e informar a su médico sobre su historial de viajes a Madagascar.

Tras la visita del Secretario General de la Organización Mundial del Turismo (OMT) el 3 de noviembre, el organismo expresó su confianza en el turismo en Madagascar y se hizo eco de los consejos de la OMS contra cualquier restricción de viaje o comercio contra Madagascar.



Portugal: Dan por finalizado el brote de legionelosis

27 de noviembre de 2017 – Fuente: Direção Geral da Saúde (Portugal)

El día 3 de noviembre de 2017, el Hospital 'São Francisco Xavier' informó a la Dirección General de Salud sobre el diagnóstico de tres casos de legionelosis. De inmediato se inició la investigación epidemiológica y ambiental con el objetivo de detectar las posibles fuentes de infección.

La interrupción de la transmisión ocurrió el 4 de noviembre, horas después de la identificación del brote y de las potenciales fuentes emisoras de aerosoles contaminados con la bacteria *Legionella*, cuando, por el principio de precaución en salud pública, se procedió a la clausura y tratamiento de esas fuentes. Los hospitales de la región de Lisboa demostraron respuestas asistenciales adecuadas, con diagnóstico y tratamiento de los afectados de acuerdo con las mejores prácticas clínicas.

De acuerdo con la literatura científica, el período de incubación es de 2 a 10 días en la mayoría de los casos; no se han descrito casos que superen los 20 días. Con la información disponible, se considera que este brote ha finalizado, una vez que todos los casos diagnosticados, independientemente de la fecha de inicio de los síntomas o de diagnóstico, tuvieron contacto con el hospital y contrajeron la infección antes de la clausura de la fuente de transmisión, el 4 de noviembre. En tanto, las autoridades sanitarias continúan atentas a la situación.

Hasta el 27 de noviembre, se confirmaron 56 casos de legionelosis vinculados con el Hospital 'São Francisco Xavier'; otros cinco casos aún están bajo investigación epidemiológica y de laboratorio.

De los 56 pacientes, la mayoría tenía 70 o más años de edad, enfermedad crónica subyacente y factores de riesgo. Recibieron el alta clínica 42 casos (75%). Siete pacientes (13%) están actualmente internados en sala común, y dos (4%) en unidades de cuidados intensivos. Las muertes registradas fueron cinco (9%).

La articulación intersectorial y la prontitud de intervenciones conjuntas concurren para la celeridad tanto de la investigación, como del control del brote. El análisis del riesgo y las intervenciones de salud pública fueron rápidas y efectivas, integrando a la Dirección General de Salud, el Instituto Nacional de Salud 'Dr. Ricardo Jorge', el Departamento de Salud Pública de la Administración Regional de Salud de Lisboa y Vale do Tejo, la Agrupación de Centros de Salud de Lisboa Occidental y Oeiras, el Centro Hospitalario de Lisboa Occidental, otros asociados y especialistas.

La comunicación con los ciudadanos fue clara, rigurosa y transparente, con conferencias de prensa, comunicados y boletines epidemiológicos diarios. El primer comunicado de la Directora General de la Salud fue emitido el 3 de noviembre, horas después de la alerta, tras la evaluación del riesgo y la caracterización de la situación.

Prosiguen los trabajos científicos de base epidemiológica y de laboratorio a la luz de las recomendaciones internacionales, así como el reencuadramiento normativo para reforzar la prevención y el control de la legionelosis.



21 de noviembre de 2017 – Fuente: *Public Library of Science – Medicine*

Si el recorte de 44% que propone el presidente Donald John Trump a los fondos estadounidenses para combatir la malaria, que representan una proporción importante del presupuesto mundial para controlar la enfermedad, la temible infección podría reaparecer.

Un nuevo estudio de modelado matemático estimó que las intervenciones que financia la Iniciativa del Presidente de Estados Unidos para la Malaria (PMI) previnieron 185 millones de casos de la enfermedad y salvó 940.049 vidas desde 2005, cuando la lanzó George Walker Bush.

Si se mantuviera el financiamiento de la PMI, se prevendrían 162 millones más casos de malaria y se salvarían 692.589 vidas entre 2017 y 2020. Pero si su presupuesto se reduce 44%, como propuso Trump a comienzos de año, habrían 67 millones más casos y 290.649 muertes en cuatro años.

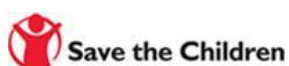
La enfermedad parasitaria, que transmite un mosquito infectado, es una de las enfermedades tropicales más comunes y graves. Los menores de 5 años son especialmente vulnerables y 70% de las muertes por malaria ocurren a esa edad.

Se modeló matemáticamente la transmisión de *Plasmodium falciparum*, el parásito que causa la malaria en los seres humanos. Además, se exploró el impacto de eliminar el presupuesto de la PMI, con un recorte de 20 y 44%.

La PMI entregó 5.000 millones de dólares a 19 países de África Subsahariana, la región más afectada del mundo, y la región asiática de Mekong. Se estimó que la PMI tuvo máximo efecto en Nigeria, que registra la carga más alta de malaria.

El fondo evitó unos 13,8 millones de casos y salvó 128.861 vidas. En África Subsahariana, el dinero de la PMI redujo 11,6% los casos de malaria y 18,3% las muertes en menores de 5 años.

Además, continuar con el financiamiento ahorraría 174 millones de dólares al sistema nacional de salud a través de la prevención de casos en el período 2017-2020.³



Casi un millón de niños mueren de neumonía en el mundo cada año

27 de noviembre de 2017 – Fuente: *Save the Children*

Cada minuto dos menores de cinco años mueren en el mundo por neumonía, una enfermedad que se lleva la vida cada año de casi un millón de niños pese a que se puede tratar con antibióticos, los cuales se pueden conseguir por tan solo 0,41 dólares.

Más de 80% de las víctimas son niños menores de dos años, muchos de ellos con sistemas inmunológicos ya debilitados por sufrir desnutrición o una lactancia insuficiente, por lo que no pueden combatir la infección.

El informe *Luchando por respirar*⁴ explica que la neumonía es la “enfermedad de la pobreza” y la principal causa de muerte infantil por patologías infecciosas, que se concentran en los países más desfavorecidos.

En esos países, son los niños más pobres los que tienen más riesgos de contraer la enfermedad, que mata más que la malaria, la diarrea y el sarampión juntos.

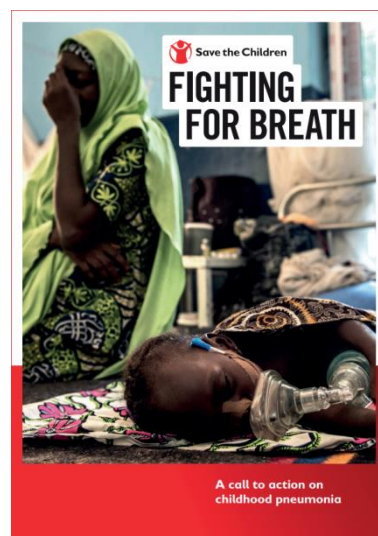
El informe, cuyo prólogo está escrito por el ex secretario general de la Organización de Naciones Unidas (ONU), Kofi Annan, muestra cómo unas políticas nacionales contundentes respaldadas por la cooperación internacional podrían salvar 5,3 millones de vidas hasta 2030.

Un suministro de amoxicilina cuesta 0,41 dólares, menos que una bolsa de dulces en un supermercado occidental, con el que se podría salvar a un niño con neumonía; sin embargo, el fármaco no está disponible en muchos centros de salud de los países más afectados como Tanzania o República Democrática del Congo.

El informe incluye otras cifras sobre esta realidad como que 170 millones de niños no están vacunados contra la neumonía o que las niñas con la enfermedad tienen 43% más riesgo de muerte en el sur de Asia que los niños.

El precio de estas vacunas en los países pobres puede llegar a 9,3 dólares, un monto demasiado elevado. Las compañías farmacéuticas, los gobiernos, los donantes de ayuda y las agencias de la ONU deben unirse para hacer que los precios de las vacunas sean más asequibles para poder salvar más vidas. Además, es necesario más inversión en inmunización y que se pueda vacunar a más de 166 millones de menores de dos años para prevenir la enfermedad.

Los gobiernos deben implementar planes de acción que aseguren la disponibilidad de antibióticos en todo el mundo e incluyan el acceso universal a centros de salud con trabajadores sanitarios capacitados para diagnosticar la enfermedad de manera temprana y precisa.



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

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

Es indispensable establecer alianzas público-privadas para ampliar las provisiones de oxígeno necesarias para ayudar a los niños que luchan por respirar, y tomar medidas para ayudar a los más de 400 millones de personas en todo el mundo que no tienen acceso a servicios sanitarios.

Publicidad relacionada con la salud

NEVER TOUCH A BAT BATS CAN HAVE RABIES



Photo credit: Lee Mackenzie



You can't tell by looking!

- Bats are shy animals that avoid human contact
- Any bat can have rabies, a deadly disease
- You could get rabies from a bat bite
- If you get bitten by a bat, wash the wound with soap and see a doctor

Keep bats out of your home:

- Ask your parents to bat proof your home
- If you find a bat in your home, call the health department

If you can touch a bat, don't!

- We need bats so don't hurt them
- A bat that lets you touch it may be sick
- If you see a bat, *do not touch it*
- Call an adult for help



www.rabiesalliance.org

Department of Health (Maryland, 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.