



# Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente

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

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

## # 2.129

5 de diciembre de 2018

### 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.)

Javier Casellas (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)

### América

- Situación epidemiológica del sarampión
- Bolivia, La Paz: Declaran estado de emergencia por epidemia de dengue en Caranavi
- Estados Unidos: Muchos casos de mielitis flácida aguda en niños podrían haber sido mal diagnosticados
- Estados Unidos, Florida: Cómo Miami se convirtió en el "punto más caliente" del VIH de todo el país
- México, Baja California: Detectan problemas de salud entre los migrantes de la caravana en Tijuana
- México, San Luis Potosí: Confirman brote de parotiditis en la Universidad Potosina
- República Dominicana: Preocupación ante casos de rabia

### El mundo

- España, Catalunya: Menor gravedad de la influenza en pacientes vacunados
- Filipinas, Palawan: Reemergencia de la malaria
- Gran Bretaña: Las pantallas táctiles de una cadena de comida rápida dieron positivo para bacterias fecales
- República Centroafricana: Brote de hepatitis E
- Sudán del Sur: La tragedia de la tuberculosis
- Ucrania: Se registraron más de 2.000 casos de sarampión en la última semana

### Reseña

- Estados Unidos: La enfermedad como medida de opresión

### Adhieren:

**SLAMVI**

Sociedad Latinoamericana  
de Medicina del Viajero

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

**CIRCULO  
MÉDICO DE  
CÓRDOBA**

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



Consejo de Médicos  
de la Provincia  
de Córdoba

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



Biblioteca de la Facultad  
de Ciencias Médicas

Universidad Nacional de Córdoba

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



S.A.D.I.

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

**Comité Nacional de  
Infectología**

Sociedad Argentina de Pediatría

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



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



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

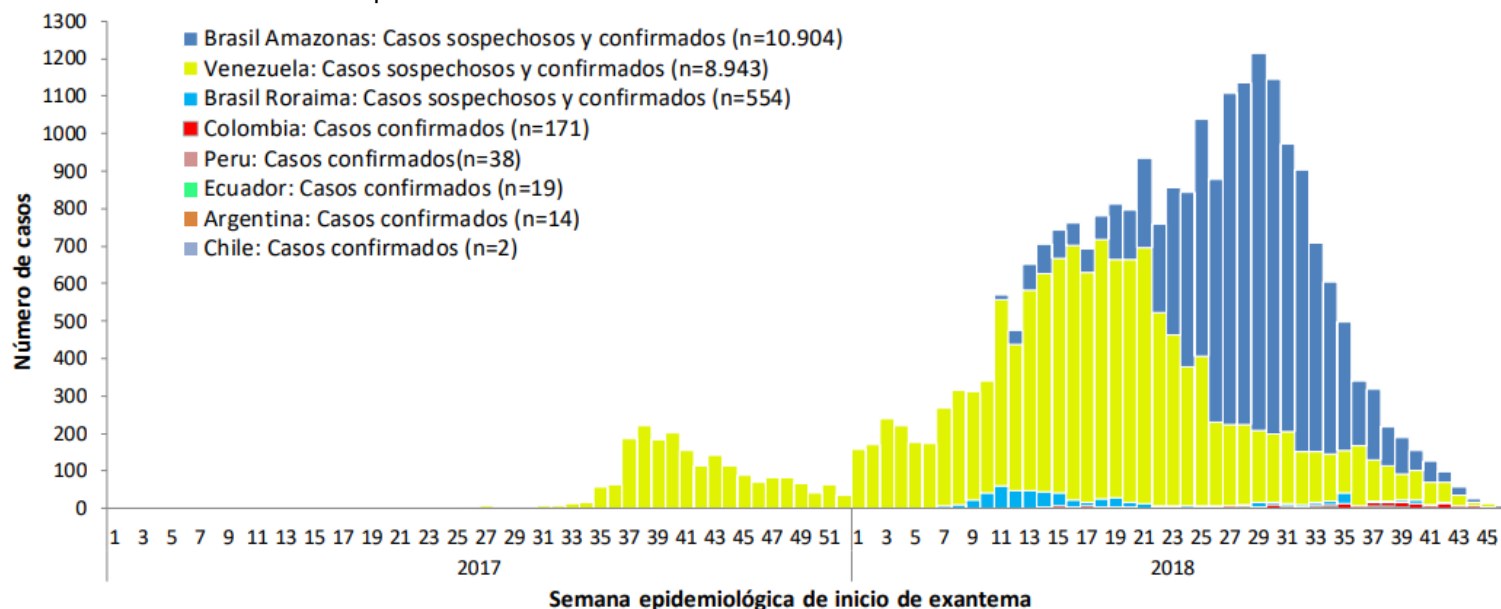


[www.apargentina.org.ar/](http://www.apargentina.org.ar/)

## Situación epidemiológica del sarampión

30 de noviembre de 2018 – Organización Panamericana de la Salud

Desde el inicio del año y hasta el 30 de noviembre de 2018 se han notificado 16.766 casos confirmados de sarampión, incluidas 86 defunciones, en 12 países de la Región de las Américas: Brasil (9.898 casos, incluidas 13 defunciones), Venezuela (6.370 casos, incluidas 73 defunciones), Estados Unidos (220 casos), Colombia (171 casos), Perú (38 casos), Canadá (27 casos), Ecuador (19 casos), Argentina (14 casos), México (5 casos), Chile (2 casos), Antigua y Barbuda (1 caso) y Guatemala (1 caso). Chile se ha sumado al listado de países que notificaron casos confirmados de sarampión durante 2018.



**Gráfico 1.** Casos notificados, según semana epidemiológica (SE) de inicio de exantema. Países seleccionados de América del Sur. Desde SE 1 de 2017 hasta SE 45 de 2018. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

Desde el 24 de octubre de 2018, se notificaron 8.675 casos confirmados adicionales de sarampión y una defunción en 6 países de la Región (Brasil 7.706 casos y 1 defunción, Canadá 2 casos, Chile 2 casos, Colombia 42 casos, Estados Unidos 78 casos y Venezuela 845 casos).

El genotipo D8, linaje MVi/HuluLangat.MYS/26.11, que inicialmente fuera identificado en los casos de Venezuela, posteriormente ha sido reportado en los casos confirmados por Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador y Perú.

Se presenta a continuación la situación en los países con brotes en curso.

**Argentina:** Desde el 24 de octubre de 2018 no se han confirmado nuevos casos de sarampión y se mantiene en 14 el total de casos confirmados entre las SE 11 y la SE 38 de 2018. La genotipificación realizada en muestras de 10 casos indicó que en uno de los casos notificado en marzo se identificó el genotipo D8, linaje Mvs/Osaka/JPN/29.15D8, mientras que, en 9 de 11 muestras de los casos identificados desde la SE 25 se identificó el genotipo D8, linaje MVi/HuluLangat.MYS/26.11.

**Brasil:** El brote se inició en la SE 6 de 2018 en el estado de Roraima y tres semanas después se extendió a Amazonas (ver Gráfico 2). Posteriormente se notificaron casos en 8 unidades federales: el Distrito Federal y los estados de Pará, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Rondônia, São Paulo y Sergipe. Se identificó el genotipo D8, con un linaje idéntico al de los casos de Venezuela (2017 y 2018), en las unidades federales de Amazonas, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Pará, Rondônia, Roraima, São Paulo y Sergipe.

Entre las SE 6 y 46 de 2018, se registraron 9.898 casos confirmados, incluidas 13 defunciones, en las unidades federales de Amazonas (9.447 casos, 6 defunciones), Distrito Federal (1 caso), Pará (26 casos, 3 defunciones), Pernambuco (4 casos), Rio Grande do Sul (45 casos), Rio de Janeiro (19 casos), Rondônia (2 casos), Roraima (347 casos, 4 defunciones), São Paulo (3 casos) y Sergipe (4 casos).

A continuación, una breve descripción de la situación epidemiológica en los estados de Amazonas y Roraima.

**Amazonas:** El brote que se inició en la SE 9 continúa activo y, hasta la SE 46 de 2018, se han notificado 10.904 casos sospechosos, incluidas 6 defunciones. Del total de casos sospechosos, 9.477 fueron confirmados, 1.418 descartados y 9 continúan en investigación. De los 62 municipios del estado, en 51 se han reportado casos confirmados. Sin embargo, 91,7% de los casos se concentra en los municipios de Manaus y Manacapuru.

Desde la SE 30, se observa una tendencia decreciente en la curva epidémica de casos (ver Gráfico 3), notificándose un promedio semanal de casos sospechosos y confirmados en las últimas ocho semanas (SE 39-46) de 2 casos y 30 casos respectivamente. La mayor proporción de los nuevos casos confirmados en las últimas 11 semanas (SE 36 a 46) se registraron en los municipios de Manaus, Manacapuru, Parintins, Coari, Iranduba, Itacoatiara, Tefé, Maués, Novo Airão, Juruá, Manaquiri y Careiro.

Desde el 24 de octubre de 2018, la tasa de incidencia de casos confirmados a nivel del estado aumentó de 49,5 a 263,9 cada 100.000 habitantes; de igual manera las tasas de incidencia de los menores de 1 año y el grupo de 1 a 4 años variaron de 555,7 a 2.080,9 cada 100.000 habitantes y de 100,6 a 338,6, respectivamente.

El último caso confirmado tuvo inicio de exantema en la SE 43 y los últimos casos en investigación en la SE 44.

**Roraima:** El brote se inició en la SE 6 y aunque a partir de la SE 19 se registró una disminución de casos sospechosos y confirmados, entre las SE 29 y la 35 se reportó un nuevo incremento de casos (ver Gráfico 4) a expensas de los municipios de Boa Vista y Amajari. Hasta la SE 46 de 2018 se notificaron 554 casos, incluidas 4 defunciones. De estos, 347 fueron confirmados, 157 descartados y 50 continúan en investigación. El promedio semanal de casos sospechosos en las últimas ocho semanas (SE 39 a SE 46), es de 1 caso, el más bajo desde el inicio del brote; y sólo se confirmaron 2 casos en el mismo periodo.

De los 15 municipios del estado, 13 han notificado casos sospechosos; aunque la mayoría de éstos (87%) y de los casos confirmados (86%) se concentran en los municipios de Amajari, Boa Vista y Pacaraima. La mayor proporción de los nuevos casos confirmados en las últimas 8 semanas corresponden a los municipios de Boa Vista, Rorainópolis y Cantá.

De manera similar a lo observado en Amazonas, aunque en menor proporción, desde el 24 de octubre de 2018, en el estado de Roraima la tasa de incidencia de casos confirmados a nivel del estado aumentó de 74,4 a 78,2 cada 100.000 habitantes; de igual manera las tasas de incidencia de los menores de 1 año y el grupo de 1 a 4 años variaron de 713,1 a 782,4 cada 100.000 habitantes y de 227,9 a 238,1, respectivamente.

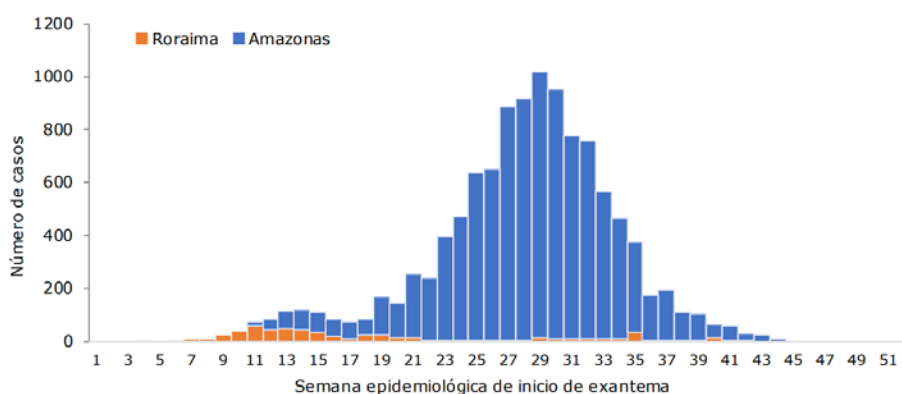
El último caso confirmado tuvo inicio de exantema en la SE 43 y los últimos casos en investigación en la SE 42.

**Chile:** Entre las SE 45 y 48 de 2018, el Instituto de Salud Pública de Chile (ISP) confirmó dos casos de sarampión importados.

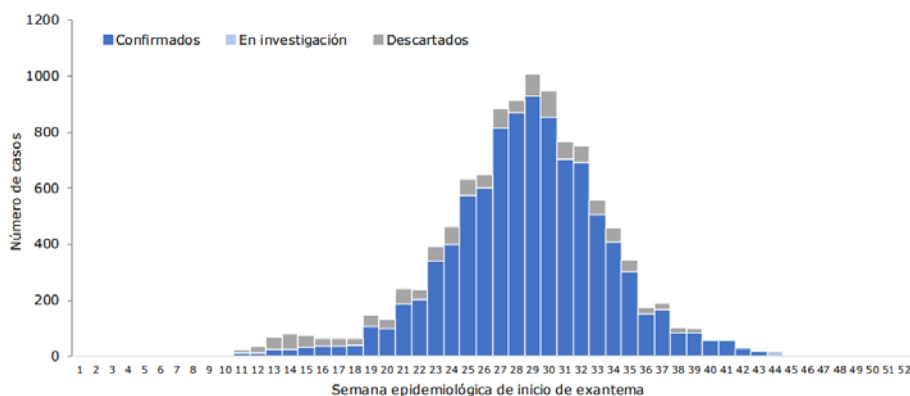
El primer caso corresponde a una mujer de 42 años de edad, de nacionalidad colombiana, con fecha de inicio de exantema el 8 de noviembre de 2018, residente en Chile desde hace más de 10 años. El lugar probable de infección podría ser Ecuador o Colombia, puesto que el caso permaneció en estos países los días previos al inicio de síntomas. No se han confirmado casos secundarios. La genotipificación realizada indicó que se trata del genotipo D8, los resultados del linaje están pendientes.

El segundo caso corresponde a un niño de 4 años de edad, de nacionalidad venezolana, con fecha de inicio de exantema el 23 de noviembre de 2018, que ingresó a Chile el 18 de noviembre de 2018 por vía terrestre proveniente de la ciudad de Maracaibo, estado de Zulia, Venezuela. El menor tuvo tránsito terrestre por Colombia, Ecuador y Perú, ingresando a Chile por la zona norte. No se han confirmado casos secundarios. La confirmación de laboratorio se realizó a través de pruebas serológicas y por reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa (RT-PCR) y la genotipificación realizada indicó que se trata del genotipo D8; los resultados del linaje están pendientes.

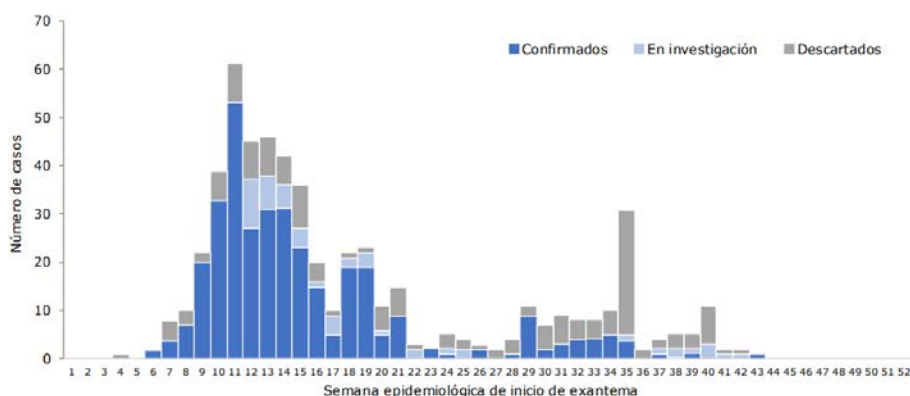
El último brote asociado a importación en Chile fue en el año 2015, con 9 casos confirmados y dos meses de duración (genotipo viral H1).



**Gráfico 2.** Casos notificados, según semana epidemiológica (SE) de inicio de exantema. Estados de Amazonas y Roraima, Brasil. Año 2018, desde SE 1 a 46. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.



**Gráfico 3.** Casos notificados, según semana epidemiológica (SE) de inicio de exantema. Estado de Amazonas, Brasil. Año 2018, desde SE 1 a 46. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.



**Gráfico 4.** Casos notificados, según semana epidemiológica (SE) de inicio de exantema. Estado de Roraima, Brasil. Año 2018, desde SE 1 a 46. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

**Colombia:** Entre las SE 11 y 47 de 2018 se notificaron 171 casos confirmados de sarampión (ver Gráfico 5) con edades comprendidas entre los 2 meses y los 49 años (mediana= 1 año), 74 de los cuales son del sexo femenino. El inicio de exantema de los casos se registró entre el 8 marzo y el 11 de noviembre de 2018. De los 171 casos confirmados, 50 son importados, 101 relacionados con la importación (27 casos de transmisión secundaria en personas procedentes de Venezuela y 74 casos relacionados con la importación en colombianos) y 20 casos de fuente de infección en investigación. No se registraron fallecidos.

Los casos fueron notificados en los departamentos de Antioquia, Arauca, Atlántico, Bolívar, Cauca, Cesar, Cundinamarca, La Guajira, Magdalena, Norte de Santander, Risaralda, Sucre; y en los Distritos de Barranquilla, Bogotá, Cartagena y Santa Marta. El distrito de Cartagena, Barranquilla y el Departamento Norte de Santander concentran 71% del total de casos confirmados. Las mayores tasas de incidencia se registran en las siguientes entidades territoriales: Cartagena (5,3 casos cada 100.000 habitantes), Bolívar (0,8 casos) y Barranquilla (0,6 casos). En relación con los grupos de edad, la mayor tasa de incidencia entre los casos asociados a importación o transmisión secundaria en colombianos se observa en el grupo de menores de un año de edad (4,3 cada 100.000 habitantes), seguido del grupo de 1 a 4 años de edad (0,37).

La confirmación por laboratorio de todos los casos fue realizada por el Instituto Nacional de Salud a través de la detección de anticuerpos anti-sarampión IgM en suero y por RTPCR en hisopado faríngeo y en muestra de orina. La genotipificación en muestras de 43 casos indicó que se trata del genotipo D8, linaje MVi/HuluLangat.MYS/26.11.

**Ecuador:** Desde el 24 de octubre de 2018 no se han confirmado nuevos casos de sarampión y se mantiene en 19 el total de casos confirmados entre las SE 13 y 33 de 2018. La genotipificación realizada en muestras de 16 casos indicó que se trata del genotipo D8, linaje MVi/HuluLangat.MYS/26.11.

**Estados Unidos:** Entre el 1 de enero y el 3 de noviembre se confirmaron 220 casos de sarampión en 26 estados y el Distrito de Columbia.

**Perú:** Desde el 24 de octubre de 2018 no se han confirmado nuevos casos de sarampión y se mantiene en 38 el total de casos confirmados entre las SE 8 y 41 de 2018. La genotipificación realizada indicó que se trata del genotipo D8, linaje MVi/HuluLangat.MYS/26.11.

**Venezuela:** Desde la confirmación del primer caso de sarampión en la SE 26 de 2017 y hasta la SE 46 de 2018, se notificaron 8.943 casos sospechosos, de los cuales 6.370 fueron confirmados (727 en 2017 y 5.643 en 2018) (Figura 6). Los casos de 2018 fueron confirmados por los siguientes criterios: de laboratorio (2.006), clínico (3.113) y nexa epidemiológico (524). El promedio semanal de casos sospechosos y confirmados en las últimas ocho semanas (SE 39 a 46) es de 27 y 12 casos respectivamente.

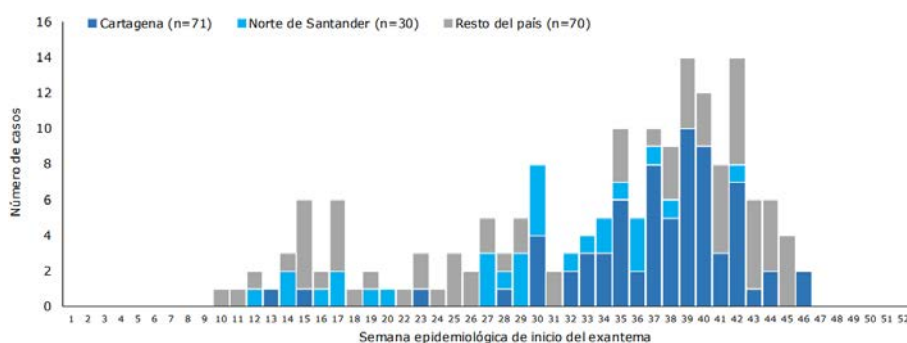
La tasa de incidencia a nivel nacional es de 17,7 cada 100.000 habitantes, siendo los estados con mayor tasa de incidencia Delta Amacuro (206,8 cada 100.000 habitantes), Distrito Capital (124,7) Amazonas (84,0) y Vargas (50,5). Se registraron 75 defunciones, 2 en 2017 en Bolívar y 73 en 2018 (37 en Delta Amacuro, 27 en Amazonas, 6 en Miranda y 3 en el Distrito Capital).

Las autoridades de salud de Venezuela han implementado una serie de estrategias de vacunación orientadas a interrumpir la circulación del virus, entre ellas, la vacunación indiscriminada de niños de 6 meses a 15 años con vacuna sarampión-rubéola (SR) y a los contactos de los casos sospechosos y confirmados en forma selectiva hasta los 39 años.

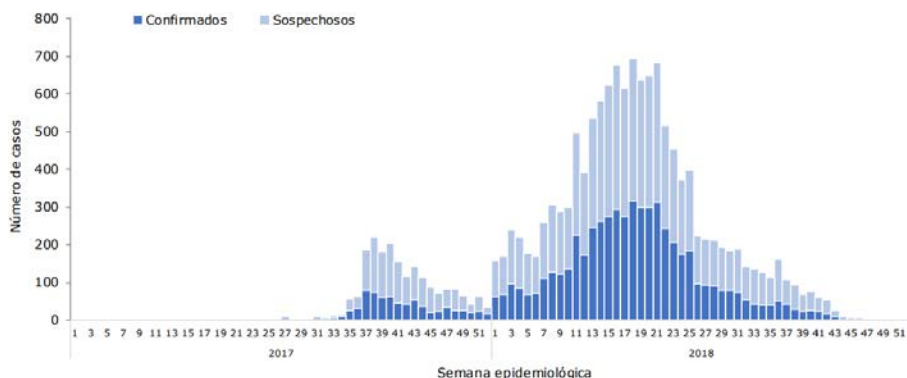
## Sarampión en comunidades indígenas

**Brasil:** Se notificaron 183 casos sospechosos en indígenas de los cuales 145 fueron confirmados en el Estado de Roraima. La mayor parte de los casos corresponden al Distrito Indígena de Salud de Auaris que limita con Venezuela.

**Venezuela:** Los casos en comunidades indígenas se detectaron entre las SE 1 y 46 de 2018; se confirmaron 535 casos de sarampión en poblaciones indígenas de los estados Amazonas (170 casos, de los cuales 135 son de la etnia Sanema, 24 Yanomami, 2 Yekwana, 3 Baniva, 3 Piapoco, 1 Shaima y 1 Yeral), Delta Amacuro (341 casos, todos ellos de la etnia Warao), Monagas (22 casos, siendo 20 Warao, 1 Shaima y 1 Eñepa), y 2 casos en Zulia de la etnia



**Gráfico 5.** Casos confirmados, según semana epidemiológica (SE) de inicio de exantema. Colombia. Año 2018, desde SE 10 a 47. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.



**Gráfico 6.** Casos notificados, según semana epidemiológica (SE) de inicio de exantema. Venezuela. Desde la SE 1 de 2017 hasta la SE 46 de 2018. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.



Wayú. Adicionalmente, se registraron 644 defunciones de las cuales 37 son de Delta Amacuro (todas de la etnia Warao) y 27 son de Amazonas (16 de la etnia Sanema). Actualmente se encuentran en investigación otras muertes pertenecientes a estas comunidades indígenas.

### Orientaciones para las autoridades nacionales

Ante las continuas importaciones del virus desde otras regiones del mundo y los brotes en curso en las Américas, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) insta a todos los Estados Miembros a:

- Vacunar para mantener coberturas homogéneas de 95% con la primera y segunda dosis de la vacuna triple viral (sarampión, rubéola y parotiditis), en todos los municipios.
- Vacunar a poblaciones en riesgo, sin prueba de vacunación o inmunidad contra el sarampión y la rubéola, tales como personal de salud, personas que trabajan en turismo y transporte (hotelería, aeropuerto, taxis y otros) y viajeros internacionales.
- Mantener una reserva de vacuna doble viral (sarampión, rubéola) y/o triple viral y jeringas para acciones de control de casos importados en cada país de la Región.
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica del sarampión para lograr la detección oportuna de todos los casos sospechosos en los servicios de salud públicos y privados, y asegurar de que las muestras se reciban en el laboratorio en el plazo de 5 días después de haberse tomado y que los resultados de laboratorio estén disponibles en un periodo de no más de 4 días.
- Brindar una respuesta rápida frente a los casos importados de sarampión para evitar el restablecimiento de la transmisión endémica, a través de la activación de los grupos de respuesta rápida entrenados con este fin e implementando protocolos nacionales de respuesta rápida frente a los casos importados. Una vez que se active el equipo de respuesta rápida, se deberá asegurar una coordinación permanente entre el nivel nacional y local con canales de comunicación permanentes y fluidos entre todos los niveles (nacional, subnacional y local).
- Identificar los flujos migratorios externos (llegada de personas extranjeras) e internos (desplazamientos de grupos poblacionales) en cada país, incluyendo las poblaciones indígenas, para facilitar el acceso a los servicios de vacunación, según el esquema nacional.
- Incrementar las coberturas vacunales y fortalecer la vigilancia epidemiológica en áreas de fronteras a fin incrementar la inmunidad poblacional y detectar/responder rápidamente frente a casos altamente sospechosos de sarampión.
- En situación de brote, se debe establecer el adecuado manejo intrahospitalario de casos para evitar la transmisión nosocomial, con un adecuado flujo de referencia de pacientes a salas de aislamiento (en cualquier nivel de atención) evitando el contacto con otros pacientes en salas de espera y/o salas de hospitalización por otras causas.

Adicionalmente, la OPS/OMS recomienda a los Estados Miembros que se aconseje a todo viajero de 6 meses de edad<sup>1</sup> en adelante que no pueda mostrar prueba de vacunación o inmunidad, que reciba la vacuna doble viral, preferiblemente la triple viral, al menos dos semanas antes de viajar a áreas donde se ha documentado la transmisión de sarampión.<sup>2</sup>



### **Bolivia, La Paz: Declaran estado de emergencia por epidemia de dengue en Caranavi**

3 de diciembre de 2018 – Fuente: Ministerio de Salud (Bolivia)

El director de la Unidad de Epidemiología del Ministerio de Salud de Bolivia, Vicente González Aramayo, informó que en el municipio de Caranavi, La Paz, se declaró en estado de emergencia tras registrarse la muerte de dos personas, un menor de 5 años y una mujer de 22, a causa del dengue.

González Aramayo, informó que, ante la ausencia de acciones a cargo de las autoridades departamentales, el Ministerio de Salud desplazó un contingente de médicos y personal técnico al municipio de Caranavi, para su intervención en la lucha contra el dengue que afecta a esa región.

“Se desplazó un número de 35 profesionales especializados, algunos traídos desde Santa Cruz, y se dio inicio al soporte de fumigación de más de 400 manzanas del municipio y el manejo de pacientes con dengue”, explicó.

Indicó que hasta la semana epidemiológica 48 se tienen reportados 209 casos sospechosos de dengue en el municipio de Caranavi, de los cuales 74 fueron confirmados por laboratorio.



<sup>1</sup> La dosis de vacuna SRP o SR administrada en niños de 6 a 11 meses de edad no sustituye la primera dosis del esquema recomendado a los 12 meses de edad.

<sup>2</sup> Puede consultar el documento completo haciendo clic [aquí](#).

Complementó que siete personas fueron hospitalizadas, de las que cuatro fueron dadas de alta y tres se encuentran en observación.

“Ante este número elevado de casos de dengue el Ministerio de Salud ha logrado que se habilite el Centro de Operaciones de Emergencia en Caranavi”, remarcó.

Hay muchas probabilidades de que algunos casos de la misteriosa enfermedad parecida a la poliomielitis observada recientemente en niños de Estados Unidos podrían haber sido mal diagnosticados.

La mielitis flácida aguda (MFA), que provoca una parálisis potencialmente letal y que ataca sobre todo a los niños, ha recurrido en olas bienales en Estados Unidos desde 2014.

Pero es probable que algunos niños diagnosticados con MFA en realidad sufran otro trastorno neurológico. Y hay probabilidades igualmente altas de que algunos casos reales de MFA se estén obviando, ya que se trata de un diagnóstico difícil, que se solapa con otras enfermedades.

Se revisaron 45 niños que cumplían la amplia definición federal de MFA, y se encontró que 11 en realidad sufrían de otras enfermedades neurológicas.

El estudio ha identificado unos síntomas específicos que indican la MFA con una mayor claridad, basándose en el grupo de niños estudiado.

Es importante crear una definición más precisa, porque la MFA es un importante problema de salud pública. Hasta ahora en lo que va de 2018, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos han confirmado 116 casos de MFA, de un total de 286 reportes bajo investigación. Esos casos han ocurrido en 31 estados del país.

Esta es la tercera ola de MFA en Estados Unidos, y se prevé que sea la más grande registrada.

La MFA apareció por primera vez en 2014, cuando 120 niños de 34 estados fueron víctimas de una misteriosa debilidad muscular. En 2016 atacó otra oleada, y hubo 149 pacientes afectados en 39 estados.

Durante el primer brote, en 2014, se esperaba que se tratara de un hecho curioso, que sucediera por única vez, pero actualmente presenta ya un patrón establecido, que se repitió en 2016 y 2018, con una mayor cantidad de casos cada vez. Existen muchos motivos de preocupación de que podría haber otro brote en 2020 y más en el futuro.

El nuevo estudio encontró que los niños con MFA definitiva comparten varias características:

- Todos los niños con la MFA definida de forma más restrictiva tuvieron una infección viral que precedió a su debilidad.
- Todos los niños tuvieron resultados similares en las imágenes de resonancia magnética (IRM), pruebas del líquido cefalorraquídeo y electromiografías.
- Todos los niños tenían un patrón de debilidad muscular que indicaba daño en las neuronas motoras inferiores, que son células nerviosas de la médula espinal que inician la contracción muscular.

No solo estaban débiles, sino que su tono muscular se había reducido y sus reflejos se habían reducido o desaparecido.

Otro par de síntomas podrían indicar MFA, pero no son concluyentes.

Casi todos los casos de MFA comienzan de forma asimétrica, es decir, con un lado del cuerpo más afectado que el otro. Pero eso no puede usarse para descartar la MFA en un niño con una debilidad simétrica.

La cronología también podría ser importante. Los síntomas aparecen relativamente de repente, y entonces avanzan de forma gradual a lo largo de horas o días, mientras que algunos otros casos tienen un inicio realmente rápido.

Por otra parte, hay síntomas que deben llevar a los médicos a considerar un diagnóstico aparte de la MFA. Por ejemplo, los niños con MFA por lo general no pierden la sensación con la parálisis. Tienden a estar despiertos y alertas, y las IRM no muestran ninguna señal de lesiones ni daño en el cerebro.

No se puede afirmar de forma tajante que un niño que no cumpla esos criterios en el hospital sin duda no tiene MFA, pero al menos deben considerarse diagnósticos alternativos.

Los CDC fijaron una definición amplia de los casos de MFA para que los epidemiólogos de la agencia pudieran reunir la mayor cantidad posible de casos potenciales para la evaluación. De esos, una cantidad más baja serán confirmados.

Pero para encontrar un tratamiento o cura para la MFA, se debe ser mucho más preciso al elegir a los pacientes a estudiar. De esa forma, se sabrá que se está trabajando con alguien que en realidad sufre de la enfermedad.

Este es un paso adelante en la forma de definir a los pacientes en un ámbito de investigación, pero también ofrece cierta orientación en el ámbito clínico. De hecho es muy posible que algunos casos de MFA se estén diagnosticando mal.

A veces las presentaciones en los niños pueden solaparse. Varios tipos distintos de afecciones pueden provocar lesiones en la médula espinal.

Uno de los casos, un niño de 8 años que desarrolló MFA durante la primera ola en 2014, compartió las características identificadas por el equipo de investigación.

El pequeño enfermó con un virus que se propagó por su casa y su escuela, y se recuperó. Pero unos 10 días después se despertó, y su cabeza no se sostenía, dijo que estaba mareado y no podía sentarse derecho. A lo largo del día, su cuello y su brazo derecho se paralizaron.

Empeoró más durante la semana siguiente, perdiendo toda la función muscular de la cara hacia abajo. En un momento, la parálisis empeoró tanto que necesitó asistencia para respirar y comer.

Salió de rehabilitación muy flácido y débil, dos meses después, y todavía tiene una debilidad desigual en la mayoría de las partes del cuerpo, sobre todo el brazo derecho, el cuello y el hombro. Tuvo que aprender a escribir con la mano izquierda. Tiene esa clásica extremidad flácida, delgada, corta y pequeña que se ve en la poliomielitis.

Aun así, los padres preocupados deben ser conscientes de que se trata de algo extremadamente poco común. Pero como es una afección poco común, los padres deben estar preparados para presionar mucho a los médicos si su hijo desarrolla una debilidad muscular tras una infección viral.<sup>3</sup>



## Estados Unidos, Florida: Cómo Miami se convirtió en el “punto más caliente” del VIH de todo el país

30 de noviembre de 2018 – Fuente: British Broadcasting Corporation (Gran Bretaña)

“Pensé que iba a morir. Pensé en morirme; quería morirme. No veía un futuro para mí”. Hace unos años, a Daniel<sup>4</sup> se le vino abajo su sueño americano.

Había llegado a Estados Unidos desde su país caribeño persiguiendo la vida que se imaginó desde niño y, de pronto, se topó con un problema para el que creía estar protegido: el VIH.

“Soy homosexual, siempre lo supe y siempre me protegía. Fue una sorpresa grande”, explicó, recordando el momento en el que le diagnosticaron el virus.

Daniel habló resguardándose en el anonimato por el estigma que aún pesa sobre aquellos que viven con VIH, en pleno siglo XXI. Su familia no conoce su situación y tampoco muchos de los que le rodean en Florida, donde reside desde hace 13 años. Por eso pidió mantener ocultos algunos detalles que puedan identificarle.

Este latino de mediana edad, dedicado al sector de la aviación, aseguró que se contagió en Miami, la turística urbe en el sureste del país conocida mundialmente por sus kilométricas playas y su mezcla de culturas.

Su caso arroja luz sobre una cara oculta de la ciudad: su grave problema de VIH.

“Miami no es solo el epicentro de esta epidemia de VIH/sida en Estados Unidos: es el epicentro del epicentro”, advirtió Mario Stevenson, líder en investigación en este campo en Estados Unidos y director de la división de enfermedades infecciosas de la Escuela de Medicina Miller de la Universidad de Miami.

El área metropolitana de Miami (que además de Miami incluye Fort Lauderdale y West Palm Beach) lidera el ranking de nuevos diagnósticos de VIH en comparación con otras zonas similares del país, según el último estudio realizado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), con datos preliminares de 2017.

Tiene un promedio de 35,3 casos cada 100.000 habitantes, lo que duplica o casi triplica a otras grandes áreas metropolitanas de Estados Unidos como New York o Los Ángeles.

Alrededor de 45% de los nuevos diagnósticos que se registraron en el área metropolitana de Miami en 2016 fueron de hispanos/latinos, lo que no es de extrañar ya que alrededor de 45% de la población del área pertenece a esa comunidad (y ese porcentaje supera 70% en lo que es solo la ciudad de Miami).

“Existe la percepción de que el VIH es algo que está bajo control. ‘No hay más riesgo, todo el mundo está en tratamiento, esto es Estados Unidos’... Nada más alejado de la realidad”, sentenció Stevenson, quien trasladó su investigación sobre una vacuna para el virus de Massachusetts a Miami para trabajar desde la zona más afectada.

Los expertos no coinciden en una sola razón para explicar esta situación y apuntan a un cúmulo de circunstancias. Por un lado, el flujo de turistas. “Muchos de ellos no conocen el riesgo en términos de VIH, así que la gente viene de vacaciones, quiere pasárselo bien, y son vulnerables, no se protegen y se exponen a ser contagiados”, explicó el especialista de la Universidad de Miami.

“Luego, en términos de población, tenemos una alta incidencia de personas sin techo, problemas mentales, abusos de sustancias; y luego están las tremendas disparidades étnicas, por lo que los mensajes que damos para educar a la población o para que se protejan a veces no llegan bien en todos los idiomas”, resume.

“Pese a que actualmente existe un tratamiento para el VIH, el llamado tratamiento antirretroviral, que puede convertir el virus en indetectable e impedir que se transmita, el problema en Florida es que hasta 20% de las personas que viven con el virus no lo saben”, destacó Stevenson.



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

<sup>4</sup> Nombre ficticio.

En 2016, el gobierno impulsó un plan para frenar los contagios y reducir el número de muertes relacionadas con el sida, que se hizo eco de algunas de las recomendaciones del equipo de este médico.

La estrategia gubernamental se centra en expandir las pruebas, dar acceso fácil a tratamiento y a métodos de prevención como la profilaxis preexposición (PrEP) –un fármaco que previene el contagio por VIH– y aumentar la concienciación, especificó el Departamento de Salud de Florida en un comunicado.

### Tests rápidos y venta de ropa

Dando una vuelta por el barrio hipster de Wynwood, uno de las zonas más de moda de la ciudad, hay carteles que asustan.

“Alerta de gonorrea”, se puede leer en letras de gran tamaño en algunas paradas de autobús. La campaña es muy común en otras partes de Miami, pero cuesta más encontrar algún signo que haga referencia al VIH.

Tras uno de esos carteles, se encuentra *Out of the Closet*, a primera vista una tienda de ropa hippie de segunda mano, con una farmacia en su interior.

Entre perchas y sillones retro, aparecen al fondo varias puertas blancas, una caja con preservativos gratis y un computador: allí se ofrecen pruebas de VIH y de otras infecciones de transmisión sexual.



*Out of the Closet* tiene tiendas en otras partes de Estados Unidos, como en Los Ángeles (que aparece en la fotografía).

“Hay una cosa que se repite: el estigma. Por eso el concepto es este: tu no entras a una clínica, entras a una tienda a comprar cosas y, de paso, te haces el examen”, explicó Oscar Medina, un trabajador social que lleva tres años en esta cadena sin fines de lucro.

“Es gratis. Lo único que tienen que hacer es registrarse en la computadora, de forma confidencial. Una vez que termina, no compartimos la información con nadie, solo con el Departamento de Salud, pero el único caso en que el departamento te va a seguir hasta debajo de la cama es si saliste positivo y no vas a tu cita médica”.

En un corto período de tiempo visitaron la tienda seis personas: cuatro afroestadounidenses, un hombre latino de mediana edad y una joven colombiana de 22 años, llamada Tatiana.

“Me hago la prueba del VIH cada seis meses. Para mí, es muy grave. Para los grupos gays, es muy normal. Hablan de ello como si tuvieran gripe”, dijo tras salir de la prueba, que dura unos 15 minutos y, en su caso, dio negativo.

Un pariente cercano vive con el virus y por eso Tatiana aseguró estar más alerta.

Desde su consulta, decorada con una enorme y sugerente fotografía de Marilyn Monroe, Oscar Medina cree que la gente joven ahora está mucho más abierta a hablar de su vida sexual, lo que facilita su trabajo, pero destaca que entre la comunidad latina y haitiana, de las más afectadas por el VIH en la ciudad, sigue habiendo un enorme tabú.

“Los latinos no hablamos tanto de sexo en la casa; los haitianos mucho menos”.

Según los datos de los CDC, la mayoría de los contagios de VIH se producen entre hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres.

### “¿Qué diablos pasa?”

En otro punto de la ciudad, en una zona más humilde, otro equipo ofrece un servicio similar: pero, en su caso, las instalaciones tienen cuatro ruedas.

Se trata de una furgoneta que recorre cada día determinados puntos de la urbe para hacer pruebas de este tipo e intercambiar jeringas nuevas por otras usadas.

Este tipo de programa de prevención lleva poniéndose en práctica desde fines de la década de 1980 en otras ciudades del país y del mundo, pero en Miami solo empezó a funcionar hace dos años.

Antes, no era legal.

“Vengo de Boston, Massachusetts, y allí tenían este programa, y cuando vine aquí, como estaba tomando drogas, busqué algo similar... y no encontré nada. Pensé ‘¿qué diablos pasa?’ Es una locura”, recordó Meghan Machud, originaria de Brasil.

Apoyada sobre su bicicleta, Machud habló tras salir de la consulta del Dr. Hansel Tookes, impulsor de la primera iniciativa de intercambio de jeringas en Florida (IDEA Exchange), quien le ha estado tratando desde que se contagiara con el virus en Miami por una jeringa “sucio”.

“La gente siempre pregunta por qué Miami tiene la razón más alta de VIH en el país, y es porque no usamos métodos probados de prevención del VIH”, comentó Tookes. “Es inaceptable”.

En su lista de pacientes, hay una gran cantidad de personas sin techo, pero también gente que vive en los barrios más exclusivos de la ciudad, casados y con hijos.

El programa se enmarca en el sistema sanitario de la Universidad de Miami y funciona en coordinación con el Departamento de Salud de Florida para que la gente que lo necesita acceda a tratamiento.



La furgoneta de IDEA Exchange sale cada día para ofrecer pruebas y jeringas nuevas.



Ahora es relativamente fácil ese paso: “en el mismo día que se da el diagnóstico, la persona puede ver a un especialista e irse de la consulta con medicina para 30 días”, comentó Tookes. Pero eso es algo que acaban de empezar a hacer.

### ¿PrEP o no PrEP?

Otro de los métodos de prevención que se ha convertido en prioritario para las autoridades es el uso de la PrEP, un medicamento diario que protege contra el virus y que fue aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos en 2012.

El venezolano Marco Torrealba, de la organización Prevention 305, se dedica a promoverlo entre la comunidad latina y lo hace por “la calle de en medio”: a través de aplicaciones de citas como Grindr.

“La PrEP comenzó a verse desde la comunidad latina como ‘algo que no conozco, algo para las prostitutas, para quien quiera tener sexo todo el rato’ y no es cierto. Tiene un ángulo totalmente diferente: que quieres cuidar tu salud”, defendió Torrealba.



La PrEP es un fármaco que aprobaron las autoridades estadounidenses en 2012.

Los críticos aseguran que la PrEP hace que se deje de usar el preservativo y, por ende, que aumenten otras infecciones de transmisión sexual ya que, a su juicio, acaba con el temor de contraer el VIH si se mantienen relaciones sexuales sin condón.

Torrealba lo pone en duda. “Yo en mi caso tomo la PrEP y utilizo condón. El hecho de que yo esté en la PrEP no quiere decir que me vuelva temerario en cuanto a adquirir el VIH. ¿Qué hago yo? Yo me sigo protegiendo con condones, porque sé cuál es mi ritmo de tomarme el PrEP, porque una infección de transmisión sexual duele”.

Entre los planes del gobierno para este año está ofrecer la PrEP sin costo alguno en Florida.

“Aquí el Departamento de Salud tiene un problema: nadie está al tanto. Preguntas a cualquier persona, y nadie sabe. No hay una campaña publicitaria que lo diga”, advirtió Alejandro Acosta, un puertorriqueño dedicado a educar sobre el VIH y ligado a la organización Equality Florida.

Acosta, que vive con VIH y trata de “ser un ejemplo” para otros, se muestra muy crítico con las autoridades y considera que están fallando.

“Los CDC anunciaron que personas con VIH en tratamiento no contagian a nadie, pero preguntas a cualquier persona en la calle ‘¿tú sabes que una persona que está en tratamiento no contagia el VIH?’ Y no, no lo sabe”.

El Departamento de Salud de Florida envió un comunicado sobre sus planes para combatir las tasas de VIH/sida, en el que destacan su compromiso por eliminar los nuevos contagios y garantizar el cuidado de aquellos que viven con VIH o sida, pero rechazaron conceder una entrevista.

### Luz al final del túnel

Según las cifras publicadas por los CDC, el número de casos diagnosticados de VIH cayó alrededor de 7% en el área metropolitana de Miami en 2017, en comparación con el año anterior.

En cuanto a los datos que envió el Departamento de Salud, el número de casos diagnosticados de VIH cayó 5,4% en el condado de Miami-Dade en 2017, el más afectado de toda el área metropolitana.

Para llegar a “cero”, las personas que están primera línea de “batalla” consideran que uno de los mayores obstáculos es encontrar el mejor mensaje para una sociedad tan diversa como la que reside en esta zona del sur de Florida.

Esa es una de las principales preocupaciones en todas las conversaciones y se repite también en la clínica de VIH del hospital público de referencia en la ciudad, el Jackson Memorial.



La diversidad de culturas que confluye en Miami es uno de los desafíos para aquellos que están en primera línea de la batalla contra el virus.



En el Hospital Jackson Memorial, se encuentra una de las clínicas más destacadas de VIH en Miami.

“Tenemos un grupo minoritario muy diverso, así que es un desafío”, reconoció Michael Kolber, director de este centro, que trata de ofrecer todo tipo de atención a los pacientes que llegan: desde psicológica hasta en términos de educación o información sobre seguros médicos.

Los años de recortes de presupuesto o la falta de expansión en Florida de Medicaid, el programa de seguros de salud para las personas con menos recursos impulsado por el expresidente Barack Hussein Obama II, dificultan el camino.

“La realidad es que hay mucho que podríamos estar haciendo, pero ¿de dónde se sacan los recursos? Es la pregunta. Porque nada nunca es una panacea”, considera el doctor.

No obstante, Kolber se muestra optimista con los esfuerzos que se han empezado a realizar estos dos últimos años, como, por ejemplo, el intercambio de jeringas.

“Creo que el hecho de que empezara es algo muy positivo. No es de ninguna ayuda para mí pensar lo lentos que han sido. Lo que sirve es pensar en lo que se ha hecho, y que es un gran éxito”.

La tarea más urgente ahora, a su juicio, es “entender y aprender cómo llegar a esas poblaciones que no están escuchando. Si llegamos a ellas, podemos hacerles pruebas y tratarlas”.

Para Daniel, el caribeño que vino a Estados Unidos en busca de su sueño, el mensaje debería ser claro y conciso: “Te puede pasar a ti”.

**agencia**reforma  
TODA LA INFORMACIÓN EN UN SOLO LUGAR

## México, Baja California: Detectan problemas de salud entre los migrantes de la caravana en Tijuana

3 de diciembre de 2018 – Fuente: Agencia Reforma (México)

La Secretaría de Salud del Estado de Baja California continúa otorgando atenciones de salud a los integrantes de la Caravana Migrante que se encuentran en los albergues de las ciudades de Tijuana y Mexicali.

El titular de la dependencia del gobierno bajacaliforniano, Guillermo Trejo Dozal, comentó que hasta el día de hoy se cuenta con un registro de 5.231 consultas médicas otorgadas a esta población. De éstas, corresponden 3.575 a Tijuana y 1.656 a Mexicali.

Estas atenciones se otorgan a través de las unidades móviles del Programa Estatal de Extensión de Cobertura, “que han estado pendientes de sus condiciones de salud”.

Indicó que se tiene un registro de 45 embarazadas en Tijuana y dos en Mexicali; en relación a las atenciones por infecciones respiratorias agudas se han brindado 3.189, y por enfermedades diarreicas agudas han sido 139 consultas.

Además, se han proporcionado consultas dentales, vacunas, sesiones de autocuidado, entrega de sueros vida oral, frascos de ácido fólico, preservativos, tratamientos de albendazol para prevenir enfermedades diarreicas, entre otras acciones de salud. Precisó que se tiene el reporte de siete personas positivas para varicela en Tijuana, de los cuales cuatro son hombres y tres mujeres, por lo se han intensificado las acciones de vacunación en la población de los albergues en la entidad.

Recordó que este fin de semana falleció un paciente de 42 años de nacionalidad haitiana, que fue herido por arma blanca y quien se encontraba internado en el Hospital General de Tijuana, desde el 22 de noviembre.

### Cierran un albergue

El gobierno de la ciudad de Tijuana anunció el 1 de diciembre que cerró el albergue para migrantes en un complejo deportivo cercano a la frontera con Estados Unidos, el cual llegó a tener hasta 6.000 centroamericanos que pretenden ingresar a territorio estadounidense.

Los funcionarios dijeron que todos los migrantes fueron trasladados a un refugio instalado en un antiguo centro de eventos más distante de la frontera. La ciudad indicó a través de un comunicado que el albergue en la Unidad Deportiva ‘Benito Juárez’ fue clausurado debido a las malas condiciones sanitarias.

Los peritos habían manifestado su preocupación por las condiciones insalubres en el complejo deportivo que está parcialmente inundado, donde los migrantes atestaban un espacio con capacidad para apenas la mitad de su número. Lodo, piojos e infecciones proliferaban en el lugar.



**El Sol de San Luis**

## México, San Luis Potosí: Confirman brote de parotiditis en la Universidad Potosina

3 de diciembre de 2018 – Fuente: El Sol de San Luis (México)

El Subdirector de Epidemiología de la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de San Luis Potosí, Gerardo Arteaga Domínguez, confirmó la existencia de un brote de parotiditis en la Universidad Potosina.

Los Servicios Estatales de Salud ya realizaron las acciones correspondientes y señalaron que se detectaron entre ocho y diez jóvenes afectados con esta enfermedad, que se puede prevenir fácilmente con una vacuna.

También refirió que fue afortunado que ninguno de los alumnos tuvo una consecuencia grave, ya que fueron atendidos de manera oportuna, recibiendo atención médica del personal de la institución educativa y de la Jurisdicción Sanitaria N° 1.

Existe preocupación entre los padres de los alumnos que confían en esta casa editora para dar a conocer lo que ocurría.

Se emitieron las acciones específicas de aislamiento y orientación en cuanto a la prevención, según refirió el funcionario estatal, quien argumentó que ya no se han referido más casos, por lo que el brote “está controlado”.



Las recomendaciones para la prevención de un contagio tienen que ver con el aislamiento y con evitar aglomeraciones y ventilación de áreas comunes, y aunque en el ámbito educativo es difícil el último punto, destacó que se puede participar con sanitización y ventilación. "El agente patológico que causa la parotiditis es viral, por lo que se puede contagiar de una persona a otra, y es un virus que se presenta de manera cíclica en el año, sin embargo, no causa mayor problema si se detecta de manera oportuna".



## República Dominicana: Preocupación ante casos de rabia

4 de diciembre de 2018 – Fuente: Sociedad Dominicana de Infectología (República Dominicana)

La Sociedad Dominicana de Infectología, expresó hoy en Santo Domingo su preocupación por los casos de rabia registrados este año en el país.

Los especialistas consideran que es prioritario que las autoridades de Salud Pública refuercen las medidas de prevención, sobre todo, vacunen a los perros callejeros y eduquen a la población acerca de la importancia de hacer lo mismo con sus mascotas pues la rabia es una enfermedad mortal.

La Sociedad pidió a las autoridades que se informe a los ciudadanos dónde están los centros de salud con disponibilidad de la vacuna contra esa enfermedad, incluida dentro del Programa Ampliado de Inmunizaciones.

En lo que va del año se registraron dos muertes por esa causa y en estos momentos está ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos del capitalino Hospital Infantil 'Dr. Robert Reid Cabral', un niño de seis años el cual fue mordido por un perro y no se le aplicó la vacuna ni fue atendido como lo establece el protocolo.

### Prosigue control de los contactos

La Dirección Provincial de Salud de Pedernales prosigue con las labores de control y evaluación de las personas involucradas en el caso registrado hace ya ocho meses, incluyendo amigos, familiares y el personal de salud de los centros sanitarios al que fue llevado el menor, en los cuales, aparentemente, solo recibió atenciones de limpieza de la herida causada por el perro infectado que lo agredió, pero no la vacuna.

Según relato de la madre del niño, ingresado por presentar antecedentes de fiebre, hidrofobia, espasmos musculares, dolor en el pecho y en la pierna donde fue mordido, entre otras dolencias, tras el ataque sus vecinos mataron al perro, que presentaba agresividad y sialorrea.

Según un comunicado oficial, cuatro meses después de este caso comenzó en Pedernales una jornada bimensual de vacunación de perros y gatos que inmunizó a 4.708 animales, de una población total estimada en 5.000 (cobertura de 94,16%).

De acuerdo con datos oficiales de la Dirección Nacional de Epidemiología, en lo que va del año en el país han muerto dos personas a causa de rabia.

Sobre la suficiente existencia de vacunas, el viceministro de Salud Colectiva, Hector Maceo Quezada Ariza, informó que, debido a que la estructura física del Centro Antirrábico Nacional se encuentra sometida a tareas de remodelación, las vacunas están disponibles en todos los centros de salud para ser aplicada a quienes hayan sido heridos por mordida o rasguño de algún animal sospechoso de portar el virus de la rabia.

## El mundo



## España, Catalunya: Menor gravedad de la influenza en pacientes vacunados

25 de octubre de 2018 – Fuente: Eurosurveillance

Cuando la vacunación antigripal es ineficaz para prevenir la influenza, todavía podría tener un efecto adicional disminuyendo la severidad de la enfermedad, según un reciente estudio.

Cada año, entre 5 y 20% de la población mundial se contagia del virus de la influenza, que produce entre 3 y 5 millones de casos graves y entre 300.000 y 500.000 muertes en todo el mundo. El nuevo trabajo analizó la efectividad de la vacunación antigripal para reducir los efectos más graves de la influenza: el ingreso en unidades de cuidados intensivos (UCI) o la muerte de los pacientes en los que la vacuna no había evitado la infección.

Para ello se estudiaron todos los casos graves de influenza ingresados en doce hospitales de Catalunya (España) entre las temporadas gripales de 2010-2011 y 2015-2016, un periodo en el que fueron hospitalizados 1.727 pacientes mayores de dieciocho años, de los cuales 591 ingresaron en UCI y 223 murieron.

### Sintomatología más benigna

Los resultados muestran que, entre los que requirieron ingreso en UCI o fallecieron, la vacunación fue menos frecuente (21,2% de los casos) que en el resto de pacientes con sintomatología más benigna, de los que se había vacunado (29,7%). De esta forma, la efectividad de la vacunación para prevenir el ingreso en UCI o la muerte del total de los hospitalizados con influenza fue de 23% y, en concreto, en el grupo de los mayores de 65, de 44%.





A estos porcentajes habría que añadir la efectividad de la vacuna para prevenir la influenza. Estos datos refuerzan la necesidad de vacunación antigripal cada temporada para todas aquellas personas que tienen mayor probabilidad de presentar formas graves de influenza, como son las personas de 65 años o más, y en personas con otras enfermedades subyacentes, en quienes la vacuna a menudo no es suficiente para prevenir la infección.

Una posible explicación de los resultados sería el papel que desempeña el sistema inmunitario. Las personas previamente infectadas por el virus o que recibieron vacunas antigripales podrían obtener beneficios, al menos en parte, de la memoria cruzada preexistente de los linfocitos T citotóxicos, que reduciría la gravedad de la infección, incluso en ausencia de anticuerpos protectores.<sup>5</sup>



## Filipinas, Palawan: Reemergencia de la malaria

24 de noviembre de 2018 – Fuente: Palawan News (Filipinas)

La erradicación de la malaria en Palawan es crucial para que Filipinas sea declarada “zona libre” de esta enfermedad transmitida por mosquitos, según un funcionario del Departamento de Salud.

El subsecretario del Departamento de Salud, Gerardo Vargas Bayugo, dijo que Palawan contribuye con 90% del número total de casos de malaria en el país.

“Es muy importante el papel de Palawan en la eventual declaración de Filipinas como territorio libre de malaria, debido a que contribuye con más de 90% de los casos del país. En este momento, ya suman más de 4.000 los casos en Palawan”, dijo Bayugo.

Los datos del Departamento de Salud muestran que, de enero a noviembre de este año, aproximadamente 4.124 personas contrajeron la enfermedad en Palawan, con una muerte registrada.

Esto significa 300 casos más de los 3.824 que contrajeron malaria en el mismo período del año pasado, aunque se registraron dos muertes.

En Palawan, el mayor número de casos de malaria se registró en la ciudad de Rizal (2.718), seguida de Bataraza (374), Balabac (329), Quezon (219) y Brooke’s Point (217), todas en la zona sur.

“Si todos trabajamos juntos contra la malaria, podremos lograr nuestro objetivo”, dijo Bayugo.

En Mimaropa, solo Palawan y Occidental Mindoro permanecen con prevalencia de malaria.

Para toda la región, los casos totalizaron 4.128, con solo cuatro casos aportados por Occidental Mindoro. La única muerte en el registro es de Palawan.

Señaló que si la erradicación se logra en los próximos cuatro años, Filipinas tiene la posibilidad de ser declarada libre de malaria, no solo en Asia sino en el mundo.

Bayugo dijo que el programa de erradicación de la malaria de Palawan ha recorrido un largo camino con la ayuda de socios como Pilipinas Shell Foundation, Inc. (PSFI), y si los esfuerzos se centran más, “ya no será difícil cumplir el objetivo en Mimaropa”.

“El papel de Palawan es muy importante para la erradicación de la malaria, y espero que los funcionarios del gobierno local hagan todo lo posible para ayudar en esto”, agregó.

Bayugo señaló que en Palawan, los casos de malaria parecen haberse concentrado en zonas altas, donde viven los Pueblos Indígenas.

Dijo que estas áreas deben ser alcanzadas y los Pueblos Indígenas deben ser asistidos en el tratamiento contra la malaria, para prevenir muertes y recurrencias.

Mario Silvero Baquilod, Director a cargo del Departamento de Salud, dijo además que la contribución de Palawan al número total de casos de malaria en el país puede llegar a 97%.

Sin embargo, con los esfuerzos de todos los sectores, la provincia ya está cumpliendo su propio objetivo ya que la enfermedad transmitida por mosquitos ya no está en las áreas urbanas de la ciudad de Puerto Princesa.

“El objetivo del programa nacional de malaria es que en cinco años no haya más casos de malaria autóctona. Ese es nuestro principal requisito. En el caso de Oriental Mindoro, ya revalidaremos sus cero casos desde 2012 para declararlo libre de malaria”, dijo Baquilod.



Continuamente se distribuyen mosquiteros a los pueblos indígenas en Palawan, para mantenerlos a salvo de la picadura de los mosquitos *Anopheles*, portadores del parásito de la malaria.



## Gran Bretaña: Las pantallas táctiles de una cadena de comida rápida dieron positivo para bacterias fecales

28 de noviembre de 2018 – Fuente: Metro (Gran Bretaña)

Las pantallas táctiles instaladas en las sucursales de la cadena de comida rápida McDonald’s han dado resultados positivos para la presencia de materia fecal, de acuerdo con una reciente investigación.

<sup>5</sup> Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).



Las muestras fueron tomadas por expertos de máquinas de ocho restaurantes, incluyendo a seis locales en Londres y dos en Birmingham.

Los clientes utilizan las citadas pantallas táctiles para elegir su comida y pagarla; y luego recogen sus pedidos en la ventanilla.

La cantidad de bacterias intestinales y fecales presentes en las pantallas de las máquinas indica que muchas personas no se lavan las manos antes de usar tales aparatos.

Entre los microorganismos hallados se encontraron bacterias del género *Staphylococcus*, las cuales pueden causar septicemia y síndrome de shock tóxico, así como *Enterococcus faecalis*, la cual es notoria en los hospitales por ser causante de infecciones nosocomiales.

Encontrar *Staphylococcus* en estas máquinas es preocupante debido a que son bacterias muy contagiosas.

Todo comienza en la nariz de una persona: si toca su nariz con sus dedos y luego transfiere los microorganismos a la pantalla táctil, entonces el siguiente cliente literalmente recogerá las bacterias; y si tuviera una herida abierta por la cual el microorganismo pudiera ingresar al organismo, entonces la situación se torna peligrosa.

En dos locales de la cadena en Londres también se hallaron bacterias *Listeria*, otra bacteria rara que sorprendió hallarla en estas máquinas con pantallas táctiles, siendo un microorganismo contagioso y que puede causar problemas en las personas con un sistema inmune debilitado.

La tecnología de pantallas táctiles está siendo utilizada cada vez más en la vida diaria, pero estos resultados demuestran que las personas no deben ingerir sus alimentos justo después de utilizar estos dispositivos, puesto que no están limpios y pueden ayudar a diseminar diversas enfermedades.

La cadena McDonald's declaró que las pantallas son lavadas regularmente con desinfectantes. "Nuestras pantallas para ordenar los pedidos son limpiadas con frecuencia a lo largo del día con una solución desinfectante. La totalidad de nuestros restaurantes también proporciona facilidades a fin que los clientes se laven las manos antes de comer", manifestó un vocero de la compañía.

Los locales evaluados en Londres están localizados en Oxford Circus, Holloway Road, Oxford Street, Kensington High Street, Seven Sisters Road y Bethnal Green en Londres. En Birmingham, están localizados en Ramp y Pigeon Park.

Solamente ocho restaurantes han sido evaluados, de un total de 1.300 locales de la cadena McDonald's en Gran Bretaña, de manera tal que los resultados no necesariamente representan a toda la entidad.



### República Centroafricana: Brote de hepatitis E

3 de diciembre de 2018 – Fuente: Ministère de la Santé et de la Population (República Centroafricana)

Desde fines de octubre, se han notificado en el distrito de salud de Bocaranga-Koui, República Centroafricana, 67 casos nuevos de síndrome de ictericia aguda, de los cuales 51 se confirmaron con infección por el virus de la hepatitis E.

Hasta el 23 de noviembre de 2018, se registró un total de 119 casos de síndrome de ictericia aguda, incluidas dos muertes (índice de letalidad de 1,7%). De los 119 casos, 80 (67%) han sido confirmados como positivos para la infección por el virus de la hepatitis E por el Instituto 'Dr. Louis Pasteur' de Bangui.

El brote se localiza en gran parte en la ciudad de Bocaranga.

El Ministerio de Salud y Población declaró el brote de hepatitis E el 2 de octubre de 2018. La investigación epidemiológica reveló que los primeros casos sospechosos surgieron en julio.

Los funcionarios de salud reportan que se observa últimamente una tendencia creciente en el número de casos.



### Sudán del Sur: La tragedia de la tuberculosis

2 de diciembre de 2018 – Fuente: El Mundo (España)

Primero viene una tos seca, con mocos y sangre. Luego, las bacterias infectan los pulmones comiéndose los tejidos. Llegan los sudores nocturnos y la fiebre aumenta. Al cabo de los días, el cansancio es extremo y viene acompañado por falta de apetito y la consecuente pérdida de peso. Si no se trata, la tuberculosis pulmonar debilita gravemente a las personas, que terminan demacradas. Finalmente, los pulmones se llenan de líquido, causando insuficiencia respiratoria crónica. En esa etapa, el tratamiento es ya inútil. El paciente morirá.

En los campos de refugiados de Sudán del Sur, estos síntomas son reconocibles para la mayoría de las personas; saben que deben acudir a un médico tan pronto como aparezcan y se sientan enfermas.

En la sala de aislamiento del hospital de Médicos Sin Fronteras (MSF) en el Campo de Protección de Civiles de Malakal, hay un joven sentado junto a su cama: enjuto y con un traje sucio y mal ajustado. A su lado, su anciana madre se preocupa por su aspecto y, como todos los visitantes de la sala, lleva una máscara en la boca para prevenir la propagación de la tuberculosis.



A pesar de la insistencia de la mujer, que le dice que se está recuperando, el joven se ve frágil y apenas habla. Es tan delgado que se ata un trozo de cuerda alrededor de la cintura para sujetarse el pantalón. En el suelo, tiene un cuenco que usa como escupidera. La enfermedad ha avanzado, pero todavía existe la posibilidad de que se recupere, aunque solamente lo logrará con medicación y tratamiento adecuado.

MSF brinda tratamiento contra la tuberculosis tanto para los desplazados del Campo de Protección de Civiles como para los habitantes de la ciudad vecina. De una población de 20.440 personas potencialmente infectadas, se diagnosticaron 11.364 casos nuevos y murieron 3.510 personas en 2017, según cifras oficiales. Esto representa una cifra en Sudán del Sur aproximadamente 13 veces mayor que la media de la Unión Europea.

Sin embargo, es casi imposible encontrar cifras precisas sobre casos de tuberculosis debido al constante movimiento de la población que huye de la violencia y a la falta de instalaciones médicas en las zonas inestables. Así que el número de casos podría ser aún mayor.

La tragedia de la nación más joven de África es que la tuberculosis se puede tratar, incluso en sus etapas avanzadas, “pero en un campo de refugiados, donde las personas se amontonan en chozas, viviendo unas encima de otras, la enfermedad se transmite fácilmente. La tuberculosis es principalmente una enfermedad de los vulnerables”, explicó Harry Aichner, médico de MSF en Malakal.



Un hombre enfermo de tuberculosis espera junto a su madre en la sala de aislamiento de Médicos Sin Fronteras.

Son las condiciones perfectas para la propagación de la tuberculosis pulmonar.

“Estaba teniendo fiebre, esta iba y venía. Creo que me contagié de un amigo. Me han dicho que estaré bajo cuidado durante tres semanas”, apunta un hombre de unos 30 años.

Muchas de estas personas han perdido sus hogares y han sido testigos de cómo el conflicto se cobraba la vida de amigos y familiares. Los hombres en edad de luchar en el frente tienen miedo de abandonar el campamento, que está protegido por la Organización de Naciones Unidas, por temor a ser reclutados en una de las milicias, o directamente asesinados.

### Resistencia a los medicamentos y tratamiento tóxico

La guerra civil en Sudán del Sur ha obligado a muchas personas a huir de sus hogares, alejándose de los centros de salud disponibles. Además, a medida que los fondos para el sistema de salud se evaporan, los hospitales y clínicas existentes antes de los combates tratan a duras penas de permanecer abiertos.

Se estima que una de cada tres personas está desplazada en este país o vive como refugiada fuera de este. En ambas circunstancias, conseguir diagnóstico y tratamiento para la tuberculosis es increíblemente difícil.

La mayoría de los pacientes en Malakal han debido desplazarse varias veces debido al conflicto. Cada vez que la línea del frente se acerca a una población, las familias toman lo que pueden y huyen hacia la zona boscosa. Para los pacientes con tuberculosis, esto puede significar perder la posibilidad de tener medicamentos vitales y asistencia médica.

Sin tratamiento, las bacterias de la tuberculosis pueden adaptarse, crecer, fortalecerse y desarrollar inmunidad a los medicamentos más comunes. Cuando esto ocurre, los equipos de MSF necesitan encontrar fármacos alternativos, que a veces pueden ser tóxicos, con lo que se requiere que estos casos se monitoricen de cerca. Con estas complicaciones añadidas, los pacientes tardan más en recuperarse.

El estrés que provoca vivir en una zona de guerra aboca a muchas personas al consumo de alcohol y otras sustancias. Para algunos de los habitantes del Campo de Protección de Civiles de Malakal, ese es el único modo de liberar las presiones del día a día de un conflicto. “El abuso de alcohol agrava los efectos de la tuberculosis, ya que debilita el sistema inmunológico, disminuido ya por la desnutrición”, dice Aichner. Además, el consumo excesivo de alcohol también puede afectar a la medicación y causar daño hepático.

Muchos de los pacientes que están en la sala de aislamiento del hospital de MSF admitieron que beben mucho y que gastan hasta seis dólares a la semana en alcohol. Esta es una suma colosal en un lugar donde hay pocos empleos y casi todos sobreviven gracias a la asistencia de organizaciones humanitarias. “Muchos bebedores terminan por vender sus raciones de comida para comprar *marisa*, el alcohol local”, añadió el médico.



Una madre y su pequeño en la carpa donde viven en Malakal.

Para muestra, el relato de un joven de 27 años que vive desplazado en el Campo de Protección de Civiles de Malakal: "Bebía alrededor de medio litro de *marisa* todos los días. Empecé a sentirme mal y a toser. Perdí el apetito y he adelgazado. En total, he pasado tres semanas en el hospital".

### Huir hacia Sudán

La tuberculosis se ha extendido hacia el norte y cruzado la frontera hacia los campamentos de refugiados en el estado de An Nil al-Abyad (en Sudán) por medio de los refugiados que huyen de la violencia. Solo en 2017, 53.000 personas buscaron refugio en estos asentamientos. A algunos de ellos les llevó tres semanas hacer el viaje a través de la frontera hasta el mega campo de Khor al-Wharal, al que llegaron débiles y desnutridos.

MSF brinda atención en ambos lados de la frontera a lo largo de la ruta principal de migración. Los equipos trabajan arduamente para cubrir las necesidades médicas de la población, muy cambiantes debido al gran flujo de refugiados. El programa de tuberculosis se desarrolla en el lado sudanés de la frontera en los campos de refugiados de Khor al-Wharal y Al-Kashafa.

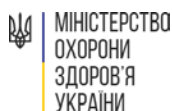
La mayoría de los refugiados viven con una dieta basada casi exclusivamente en el sorgo. La mala nutrición puede llevar a un paciente recuperado de tuberculosis a una recaída, ya que su sistema inmunológico permanece debilitado. Este círculo vicioso puede repetirse una y otra vez.

"El tratamiento puede ser difícil, especialmente para los refugiados que no tienen acceso a una buena alimentación", explicó Yumo Arop, auxiliar clínico de MSF en Khor al-Wharal. "Cuando alguien comienza a tomar sus medicamentos, su apetito aumenta repentinamente. Pero si no tienen qué comer, el hambre puede provocar terribles dolores, con lo que muchos pacientes dejan de tomar sus medicamentos por completo".

En 2016, MSF desarrolló un programa especializado de tratamiento y capacitación en tuberculosis para el Ministerio de Salud. Los logros fueron inmediatos en 2017: de los 190 pacientes en tratamiento de tuberculosis en el campamento de refugiados de Khor al-Wharal, 66% se recuperó completamente.

Si bien la tasa de infección por tuberculosis es definitivamente mayor en la población de refugiados, la comunidad local de acogida también se está beneficiando del tratamiento avanzado que ofrece MSF. Hameia Hamed Kameh, una anciana sudanesa, ha visto cómo ha cambiado su vida después de haber dejado la cama donde la tenía postrada la tuberculosis que afecta a su columna vertebral. "Con la ayuda de mis amigos y familiares, fui al hospital de MSF. Otros médicos cobran mucho dinero por la atención, y además me diagnosticaron mal. El tratamiento de MSF es gratuito", dice.

La guerra en Sudán del Sur ha tenido un costo enorme para su gente y ha convertido una enfermedad tratable como la tuberculosis en un desastre mortal para la salud pública. La comunidad internacional debe hacer más para apoyar los sistemas de salud en Sudán del Sur, especialmente en lugares como el estado de A'aly an-Nyl. La inversión en atención médica (personal sanitario, instalaciones y suministros) puede traer un cambio real a la vida de estas personas, incluso en los momentos más sombríos.



### **Ucrania: Se registraron más de 2.000 casos de sarampión en la última semana**

27 de noviembre de 2018 – Fuente: Міністерство охорони здоров'я України (Ucrania)

Los funcionarios de salud ucranianos reportaron 2.138 nuevos casos de sarampión en la última semana, 15% más que en la semana anterior.

Durante la semana que terminó el 24 de noviembre, 729 adultos y 1.409 niños dieron positivo para el sarampión.

Desde principios de 2018, el Centro de Salud Pública del Ministerio de Salud de Ucrania notificó 42.040 casos de sarampión (15.864 adultos y 26.176 niños). De este total, 15 personas han muerto.

Lviv ha reportado la mayoría de los casos (8.835), seguido por Ivano-Frankivsk (4.297), Transcarpathia (3.979) y la región de Odessa (2.623). En la capital, Kyiv, se reportaron 2.556 casos.

Los funcionarios de salud siguen fomentando la inmunización; de hecho, lo llaman un asunto de seguridad nacional, ya que la salud de los ucranianos, en general y en particular, depende del nivel de cobertura de vacunación en el país.

A partir del 1 de noviembre, el número de niños que recibieron la primera dosis de la vacuna triple viral a tiempo fue de 76,1%, y dos dosis de 77,5%.

En cada región de Ucrania hay vacunas suficientemente eficaces y de alta calidad para la inmunización planificada y fortalecida.

## Reseña



### **Estados Unidos: La enfermedad como medida de opresión**

27 de noviembre de 2018 – Fuente: Cable News Network (Estados Unidos) – Autor: Dra. Leana Wen<sup>6</sup>

En mi vida como inmigrante en comunidades de bajos ingresos, como médico de emergencias y como promotora de la salud pública, he visto más muertes prevenibles de las puedo o quiero recordar.

<sup>6</sup> La Dra. Leana Wen es presidenta de Planned Parenthood Federation of America. Anteriormente, fue la comisionada de salud para la ciudad de Baltimore.





Cuando tenía 10 años, mi vecino murió frente a mí de un ataque de asma, porque él y su familia eran inmigrantes indocumentados y su abuela tenía miedo de lo que pudiera suceder si pedían una ambulancia. Vi a otros vecinos partir por la mitad sus pastillas para la presión y racionar su insulina para luego sucumbir a las consecuencias de un tratamiento deficiente de la hipertensión y diabetes. Todo por no tener acceso a la asistencia sanitaria.

Luego, como médico de emergencias, traté a una joven que fue traída de urgencia a la sala de emergencias por los paramédicos. Yacía en la camilla sobre un charco de sangre. Cuando llegó a nosotros, no tenía pulso y estaba inconsciente. Resultó ser que no tenía cobertura de salud, así que le pidió a

su cuñado que tratara de practicarle un aborto en su casa. Hicimos lo que pudimos para resucitarla, pero murió.

Una y otra vez he visto cómo nuestro sistema sanitario le falla a las mujeres debido a políticas discriminatorias. Una de mis pacientes, madre de tres hijos, esperó un año antes hacer una cita para que le examinaran una masa en el pecho. Cuando la vi, el cáncer se había propagado a todo su cuerpo. Esperó a hacerse ver por un médico porque carecía de cobertura de salud y tenía mucho miedo de ir al médico. Pero ese miedo tuvo un costo: su vida. Si su cáncer hubiera sido detectado y tratado antes, quizás hubiera sobrevivido.

También sé –por mis experiencias cuando era una niña a los 8 años recién llegada a este país, y por mis años como comisionada de Salud de Baltimore– que nadie debería tener miedo de buscar tratamiento médico por su estatus migratorio, su identidad de género, sus ingresos, su orientación sexual, su raza o su religión. En el último siglo, Planned Parenthood ha hecho mucho para brindarle cuidado sanitario a millones de personas.

Todo lo que aprendí como líder de salud pública me ha llevado a esta conclusión: la amenaza a la salud femenina es la mayor catástrofe de salud pública de nuestros tiempos. El trabajo de Planned Parenthood –darle cuidados de salud accesibles a la mayor cantidad de mujeres (y hombres... a todas las personas) posibles– no solo es lo correcto. Es algo urgente.

Mantener enferma a la gente es una herramienta de opresión. Las personas enfermas no pueden participar plenamente de la economía. Se topan con obstáculos para cuidar a su familia. En ocasiones, no pueden completar su educación. El gobierno de Donald John Trump sabe todo esto y promulgó muchas políticas para quitarles la atención sanitaria –y el poder– a las mujeres y a las comunidades LGTBI, a las comunidades de color, a la gente de bajos ingresos y a los inmigrantes.

Actualmente, una de cada cinco mujeres en Estados Unidos ha ido alguna vez a Planned Parenthood para pedir atención médica. Me enorgullece ser una de ellas. Como muchos jóvenes, sabía que podía contar con esta institución para recibir atención de salud reproductiva con compasión, respeto y con un interés genuino. Como presidenta, planeo seguir construyendo ese legado. Nuestra misión –brindar atención médica pase lo que pase– es ahora más importante que nunca.

Si necesita pruebas, mire la reacción del gobierno de Trump a las elecciones intermedias. Luego de meses de organización, liderada principalmente por mujeres, y en particular por mujeres de color, la gente eligió a una cantidad récord de mujeres y a una ola de defensoras de la atención sanitaria para el Congreso de Estados Unidos. Sin embargo, menos de veinticuatro horas después, el gobierno de Trump finalizó una reglamentación que les permitirá a los empleadores negar métodos anticonceptivos a sus empleados aduciendo objeciones religiosas. ¡Estamos en 2018 y seguimos debatiendo sobre el control de la natalidad! Nueve de cada 10 mujeres usan anticonceptivos en algún momento de su vida. Son cuidados de salud estándar. Como los exámenes de los senos. Como los exámenes de salud femenina. Como el aborto, que como el anticonceptivo, es reconocido en la medicina como parte de toda la gama de opciones dentro de la atención de la salud reproductiva.

El ataque del gobierno de Trump contra el control de la natalidad es solo el último de un cúmulo de embates, que incluyen las restricciones y otros cambios al Título X, el único programa nacional de anticonceptivos asequibles y otros cuidados de la salud reproductiva; cambios al Programa de Prevención del Embarazo Juvenil, contra el que peleamos (y ganamos) en Baltimore; y los esfuerzos por impedir que la gente que depende de Medicaid busque cuidados de salud preventivos en Planned Parenthood, incluidos los métodos anticonceptivos.

Mientras tanto, con la confirmación de Brett Michael Kavanaugh a la Corte Suprema, el derecho al aborto legal y seguro peligra como nunca antes. Actualmente ya hay obstáculos significativos para acceder al aborto. En los últimos siete años, se promulgaron más de 400 leyes que restringen directamente los abortos. Aduciendo que intentan “proteger a las mujeres”, estados como Missouri y North Carolina han promulgado períodos de espera de 72 horas y otros, como Iowa y pronto Ohio, están aprobando leyes que directamente prohíben los abortos después de las seis semanas, cuando muchas mujeres no saben siquiera que están embarazadas. Si se revierte o se sigue erosionando *Roe vs. Wade*<sup>7</sup>, Planned Parenthood estima que 25 millones de mujeres, 1 de cada 3 mujeres en edad reproductiva en este país, estarían viviendo en estados en que el aborto es ilegal o es incluso considerado un acto criminal.

<sup>7</sup> El caso *Roe contra Wade* o *Roe vs. Wade* es el nombre del caso judicial de 1973, por el cual la Corte Suprema de Estados Unidos despenalizó –por fallo dividido de 7 contra 2– el aborto inducido en ese país.

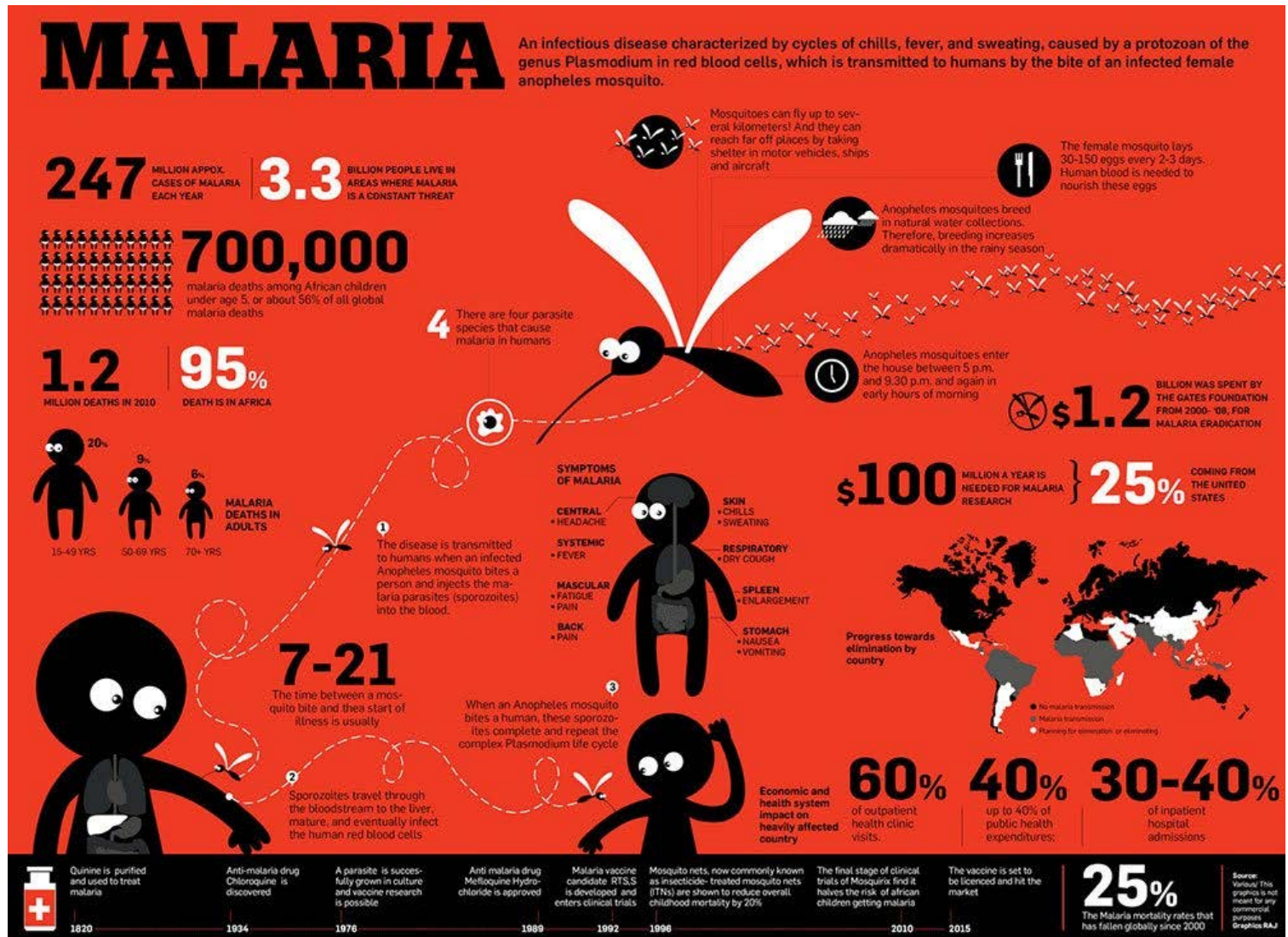


El nuevo Congreso, los nuevos gobernadores y legislaturas estatales que se preparan para trabajar por el pueblo tienen la obligación –que emana de las mujeres, las personas LGBTI, los inmigrantes, las personas de color y todos los que creen que la salud es un derecho humano– de luchar para que la salud reproductiva y la salud de la mujer sean tratadas como lo que son: atención estándar. La nueva realidad política significa que tenemos la oportunidad de expandir el acceso a la salud y que nos hemos comprometido a cumplir con ese reto.

Nuestros 600 centros de salud seguirán brindando a nuestros pacientes de todo el país la atención de salud que salva y cambia vidas, y seguiremos luchando por defender el acceso a esta atención de salud, incluido el derecho a un aborto seguro y legal. Como presidenta, también buscaré expandir nuestra atención, nuestros servicios y nuestro impacto. Nos concentraremos en reducir las disparidades de salud y en cubrir las necesidades de las mujeres, las familias y las comunidades.

Hay batallas por delante. Pero también incontables oportunidades de construir un mundo más sano y más equitativo. En Planned Parenthood, nunca hemos estado más preparados para hacer realidad ese mundo.

Publicidad relacionada con la salud



Irvine True & Frank Carson Philippines, Inc. (2017. Filipinas).

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

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

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