

CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES (EE. UU.)

Moderadora: Stephanie Nguyen

12 de mayo de 2015

1:00 p.m., hora del centro

Coordinador: Bienvenidos y gracias por su atención. En este momento, los participantes se encuentran en el modo escucha solamente, el cual terminará cuando comience la sesión de preguntas y respuestas.

Para hacer alguna pregunta durante la sesión, presionen Asterisco 1. La conferencia de hoy se está grabando. Si tiene alguna objeción puede desconectarse ahora.

Y ahora, le cedo la palabra a Stephanie Nguyen. Puede comenzar.

Stephanie Nguyen: Buenas tardes a todos desde Atlanta, Georgia. Mi nombre es Stephanie Nguyen y trabajo con el equipo de Asistencia Social en el Centro de Operaciones de Emergencia de CDC.

Es un placer darles la bienvenida a la conferencia de hoy, que será la última de esta serie. Esperamos que al tratar temas como la estigmatización, la reapertura de escuelas, los viajes y visitas a amigos y familiares, y los estudios sobre las vacunas para evitar la enfermedad del Ébola, esta serie haya proporcionado información relevante y útil para ustedes, nuestros socios de la comunidad de África Occidental en los Estados Unidos.

Antes de adentrarnos en el tema de hoy, quisiera tomar unos segundos para agradecerles a todos por participar junto a los CDC en la respuesta al brote de la enfermedad del Ébola más grande de la historia.

La enfermedad del Ébola, como sabemos, es terrible y atemorizante, especialmente para quienes tenemos seres queridos, amigos y familiares en los países afectados de África Occidental.

Pero una de las formas más eficaces de ayudar es conociendo acerca de la enfermedad del Ébola y compartiendo esta información con familiares, amigos y colegas.

Desde su aparición, los CDC trabajaron para combatir el brote de la enfermedad del Ébola, tanto en África Occidental como en los EE. UU.

Nos interesaron mucho estas conferencias porque fueron una oportunidad para conocer sus preguntas e inquietudes, y para garantizar que podemos atenderlas en los CDC.

Sus comentarios son siempre bien recibidos y los agradecemos infinitamente.

Para hoy, nuestra última conferencia, nos detendremos a analizar los planes de los CDC para llegar a cero casos nuevos de la enfermedad del Ébola en África Occidental y, lo más importante, los esfuerzos para mantenerlos en cero y erradicar el brote de la enfermedad del Ébola en esta región.

Para hablar sobre el tema, nos acompaña la Sra. Jana Telfer, quien trabaja actualmente como jefa del Centro Conjunto de Información de CDC.

El programa de hoy incluye algunos anuncios, la presentación de la Sra. Telfer y, para concluir nuestra conferencia, abriremos las líneas para escuchar sus preguntas y comentarios.

Recuerden que estas conferencias son un foro para el diálogo y las opiniones. Por lo que esperamos que aprovechen la oportunidad y que sigan haciendo preguntas tan relevantes como las que hemos escuchando hasta ahora durante esta serie.

Si desean hacer preguntas sobre el tema de hoy a través del correo electrónico, ahora o durante esta conferencia, pueden enviarlas a emergencypartners@cdc.gov. O sea, E-M-E-R-G-E-N-C-Y-P-A-R-T-N-E-R-S@cdc.gov.

También pueden seguir en contacto con nosotros después de la conferencia de hoy para expresarnos cualquier comentario o sugerencia para actividades futuras. Es un placer estar en contacto con ustedes.

Vamos a comenzar con nuestros anuncios. El pasado sábado, 9 de mayo, la Organización Mundial de la Salud anunció oficialmente la erradicación del brote de la enfermedad del Ébola en Liberia.

Este ha sido un logro enorme y la Casa Blanca felicitó a las personas de Liberia por este gran éxito.

Este acontecimiento dice mucho del increíble trabajo de los liberianos, de los miles de trabajadores de los CDC y de nuestros socios estadounidenses y de otros países.

Y esperamos ver el día en que Sierra Leona y Guinea se unan a Liberia en la erradicación de este brote de la enfermedad del Ébola.

Como ya conocen, la amenaza en África Occidental no cesará hasta que la región llegue a cero casos y continuamos trabajando en ese sentido.

Como el brote se ha erradicado en Liberia, los CDC han bajado la alerta al [Nivel 2](#), en el aviso sobre la enfermedad del Ébola para viajar, en Liberia.

Esto significa que los CDC ya no recomiendan a los residentes de los EE. UU. evitar los viajes innecesarios a Liberia.

De acuerdo con la situación actual de Liberia, el riesgo de exposición a la enfermedad del Ébola es bajo; no obstante, aún existe la posibilidad de la reintroducción de dicha enfermedad en este país.

Los CDC recomiendan a las personas que viajen a Liberia tomar medidas para prevenir la enfermedad del Ébola, evitando el contacto con sangre y líquidos corporales.

Los viajeros deben saber que la infraestructura sanitaria de Liberia se ha visto severamente dañada, por lo que obtener atención médica en este país puede resultar difícil.

Algunas personas como ancianos, pacientes con enfermedades subyacentes y aquellos con un sistema inmunológico debilitado deben valorar la posibilidad de posponer el viaje a Liberia.

Consultar la [página web de los CDC “Información de salud para los viajeros a Liberia”](#) para obtener más información sobre las formas de mantenerse sano y seguro durante viajes y visitas.

También puede visitar la [página web de los CDC “Avisos de salud para viajes”](#) para obtener información actualizada sobre viajes internacionales. Entonces, vayamos al tema de la conferencia de hoy. Me gustaría presentarles a la Sra. Jana Telfer. Jana Telfer es directora adjunta de Ciencias de la Comunicación del Centro Nacional de Inmunización y Enfermedades Respiratorias de los CDC.

Con más de tres décadas en relaciones públicas y comunicaciones publicitarias y de salud, es una experta en comunicaciones aplicadas a situaciones de crisis,

emergencia y riesgo, y le hemos pedido su participación en numerosos eventos nacionales e internacionales.

Jana viajó dos veces a Liberia durante el auge de la primera epidemia mundial de la enfermedad del Ébola, donde asesoró a los Ministerios de Salud e Información sobre comunicación de riesgos y estratégica.

Durante el accidente nuclear de Fukushima en el 2011, los Departamentos de Estado, Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. la contactaron para que asesorara a los embajadores estadounidenses en Japón sobre comunicación de riesgos y salud.

Al ser uno de los pocos profesionales principales de la comunicación multilingüe de los CDC, en 2006 se trasladó a Panamá para asesorar al Presidente y al Ministro de Salud durante un brote mortal que requería el conocimiento bilingüe sobre comunicación de riesgos.

Y representó a los CDC en un equipo de HHS que asesoró al gobierno griego en comunicación de riesgos, antes de las Olimpiadas de 2004.

Jana trabajó como responsable de comunicación de los CDC en la ciudad de Nueva York durante la primera fase de respuesta al ántrax en octubre de 2011.

En enero de 2003, se le pidió que asumiera el puesto de directora en funciones de Relaciones con los Medios de Comunicación de los CDC. En su condición, supervisó la respuesta pública de la agencia al Programa nacional de vacunación contra la viruela, el SARS, la viruela del simio, los brotes de Fiebre del Nilo y de la influenza y una nueva iniciativa para la prevención del VIH.

Bajo su dirección, los CDC comenzaron a transmitir sesiones informativas que extendieron el alcance de la información de salud pública a un público más amplio

y permitieron un incremento de más del doble en el volumen mensual de llamadas de los medios de comunicación a la agencia.

Licenciada en Español con la distinción Phi Beta Kappa de Indiana University, obtuvo el..., discúlpenme, obtuvo el... obtuvo su maestría en Relaciones Internacionales con la distinción Magna Cum Laude en la prestigiosa Maxwell School of Citizenship and Public Affairs de Syracuse University.

Trabaja en la Junta asesora del Centro para la Comunicación de Riesgos y Salud de University of Maryland.

Con esta información, aunque realmente pudiera decir mucho más acerca de ella, voy a cederle la palabra a la Sra. Jana Telfer. Sra. Telfer, muchas gracias por dedicarnos su tiempo hoy.

Jana Telfer: Gracias por brindarme la posibilidad de estar aquí. Siempre da un poco de vergüenza escuchar nuestra propia presentación. Y les juro que envié una biografía de 80 palabras para que fuera mucho más corta.

He formado parte de la respuesta de emergencia desde que llegué a los CDC y, de hecho, antes de llegar a los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, cuando trabajé con las Cruz Roja Americana y estábamos ocupados en algo como el plan de la enfermedad del mes.

No obstante, fue un honor y un privilegio formar parte de la respuesta en Liberia, la cual se considera, como ya saben, la mayor respuesta en la historia de los CDC.

Hemos enviado más de 1000 personas a África Occidental y otros miles en Atlanta se han encargado de apoyar a esos compañeros con oficinas que funcionan a toda hora para que siempre que tengamos la necesidad mientras estemos en África Occidental, podamos obtener los recursos que se precisan aquí en Atlanta.

Un recurso extraordinario con el que contamos es una agencia y es un privilegio poder ponerla al servicio del mundo y formar parte de esta respuesta.

De hecho, este es el tercer debate acerca de la enfermedad del Ébola en el que he participado en los últimos días. Y he podido transmitir desde el sábado algo de mi experiencia.

La semana anterior, solo unos días antes del anuncio de la erradicación de la enfermedad del Ébola en Liberia, el sistema público de televisión transmitió un documental en Frontline que recordó los primeros momentos de la epidemia.

Tuve la oportunidad de estar en Liberia el 1.º de septiembre, justo cuando la epidemia comenzaba a alcanzar su máximo auge en este país.

Y al ver el video de Frontline me remonté a aquellos días de septiembre en que había, literalmente, cadáveres por doquier.

Liberia no estaba preparado para este acontecimiento, ya que el país sufrió, como ya conocen, 15 años de guerras civiles ininterrumpidas, seguidos de diez años de paz para tratar de reconstruir su infraestructura (transporte, energía, servicios de salud) destruida durante este período de guerra. Por lo que Liberia no estaba en condiciones de soportar este tipo de situación.

Pero les comento que tampoco lo estaba la comunidad mundial de salud pública, ya que estábamos acostumbrados a tratar casos de enfermedad del Ébola en África Central, en lugares remotos donde el mayor brote anterior fue de 400 personas aproximadamente y pudo detenerse con facilidad. Nadie estaba preparado para que el vector de la enfermedad se desplazara a una región totalmente diferente de este inmenso continente.

Y nadie estaba preparado para que la enfermedad se desplazara de las áreas rurales remotas donde podía ser, hasta cierto punto, contenida con facilidad, a centros urbanos densamente poblados, donde se convirtió en algo nunca visto.

Durante los primeros días de la epidemia, trabajamos tan rápido como podíamos. Nos sentíamos como atletas olímpicos. Y de todos modos, el virus siempre se nos adelantaba y no teníamos idea de cómo alcanzarlo.

Fue una respuesta de múltiples factores. Me pidieron que si podía hacer un poco de retrospectiva.

No existe un momento específico; no creo que podamos señalar y decir que algo que hicimos fue lo que marcó la diferencia porque sucedieron varias cosas.

A principios de septiembre, Sr. Tolbert Nyenswah, ministro de salud de Liberia, quien estaba a cargo de la respuesta participó en una reunión del IMS y levantó las manos y dijo: “¡Necesitamos ambulancias!”

Contamos con seis ambulancias en todo el condado de Montserrado, que es donde está Monrovia y donde vive 1/4 de la población de Liberia. 6 ambulancias para 1.4 millones de personas.

Había una sola ambulancia en el condado de Nimba. Y si la ambulancia del condado de Nimba estaba transportando una muestra a un laboratorio en el condado de Montserrado, lo que tomaría dos días como mínimo, no había ambulancia para trasladar las personas de Nimba al centro de servicios de salud más cercano. Así de desesperados estábamos en septiembre.

De algún modo, y posiblemente debido a que trabajé en comunicaciones, las palabras era lo único que teníamos. La información era la única fuente real de intervención a nuestro alcance en esos momentos, ya que aún no teníamos las suficientes unidades de tratamiento para la enfermedad del Ébola, ni las suficientes ambulancias, no contábamos con los equipos de respuesta rápida y la comunidad internacional estaba tratando de organizarse para trabajar de forma eficaz con el gobierno.

Al mismo tiempo, estábamos tratando de introducir un nuevo sistema, el sistema de gestión de incidencias (IMS, por sus siglas en inglés), en un gobierno en medio de una crisis.

Y como expresó hace unos años uno de nuestros funcionarios del EIS, al regresar del World Trade Center: “No es oportuno intercambiar tarjetas de presentación cuando los edificios se están cayendo”.

El momento de introducir una nueva forma de gestionar y responder a un acontecimiento probablemente no sea cuando la epidemia esté alcanzando su punto más alto, pero es eso precisamente lo que estamos tratando de hacer.

Y el gobierno de Liberia y los liberianos respondieron con extraordinario valor y fueron un ejemplo increíble de un país deseoso de escuchar, aprender, poner en práctica nuevos conocimientos y continuar haciéndolo.

Por tanto, permítanme comentarles algunos hechos que, en conjunto, creo que ayudaron a llevar a Liberia a cero casos. Uno fue la respuesta del gobierno, la respuesta de los gobiernos tradicional y político.

Todos trabajaron de conjunto, como una unidad, para hacer que esto ocurriera. Y estaban deseosos de valorar nuevas y diferentes formas de operar.

El gobierno también realizó una labor excepcional para organizar a los socios internacionales con dificultades en la comprensión de cómo trabajar en conjunto, ya que todos contaban con la experiencia, las habilidades y los recursos, pero tratar de canalizar dichos recursos para que pudieran ser eficaces fue un desafío.

Por lo que hubo mucho trabajo en el frente internacional, y el gobierno ayudó a organizar y ajustar esa parte de la respuesta.

En octubre, cuando la epidemia alcanzó su momento más crítico, nos encontrábamos en una reunión del IMS en el nuevo centro creado una mañana como su centro de operaciones de emergencia.

Cada reunión del IMS en Liberia se iniciaba con una plegaria, y esa mañana la plegaria fue muy sencilla. Y la persona encargada de decir la plegaria expresó: “En tus manos encomendamos Liberia ya que nosotros no podemos hacerlo”.

Y fuera del centro de operaciones de emergencia en donde se realizaba la construcción, se oyó el sonido de un martillo que golpeó tres veces contra una barra de metal. No fue algo programado. Pero fue como asistir a un servicio religioso de cualquier denominación al que puedan asistir. Fue un momento muy profundo durante el curso del sistema de IMS.

A la vez que esto sucedía, a principios de octubre, el gobierno hizo un esfuerzo para contactar formalmente al Consejo Nacional de Jefes y programó una reunión de dos días en el condado de Bong donde los jefes, todos los jefes más importantes y los líderes clave del gobierno tradicional, se reunieron para escuchar durante esos dos días a los representantes de cada ministerio del gobierno de Liberia con algún tipo de conexión con la respuesta. Esto incluyó los ministerios de transporte, del interior, de salud, por supuesto, de la información y aquellos con algún tipo de implicación en la respuesta.

Como resultado de esa reunión, el Consejo Nacional de Jefes emitió una proclamación brindando su apoyo y colaboración incondicionales al gobierno.

En octubre, la epidemia comenzó a menguar ya que con los esfuerzos conjuntos del gobierno, los jefes, los socios internacionales, los conocimientos y el compromiso del pueblo liberiano, comenzamos a observar un cambio.

En diciembre, regresé a Liberia. O creo que fue en noviembre, regresé a Liberia y la presidenta Sirleaf había lanzado el desafío al país de llegar a cero casos para Navidad.

Eso nos llenó de terror a la mayoría de nosotros, los que nos dedicamos a la respuesta de emergencia o de enfermedades, ya que siempre preferimos ser muy cautelosos.

Pero lo que necesitábamos hacer era encontrar una forma de lograr que eso se hiciera realidad. En ese momento podíamos lograrlo porque contábamos con las suficientes camas en las unidades de tratamiento de la enfermedad del Ébola en el país. Había suficientes ambulancias. Los jefes estaban totalmente comprometidos.

Los equipos de respuesta rápida se habían desarrollado de tal forma que se adaptaron a las necesidades y la estructura de cada condado y cada distrito.

Los equipos de respuesta rápida estaban formados por cuatro personas. No tenían que incluir las cuatro mismas organizaciones en cada distrito.

Lo que sucedió fue que de los grupos que estaban en los distritos, ya fuera Médicos sin fronteras, los CDC, UNICEF, OMS, los funcionarios de salud del condado, el funcionario de salud del distrito; cuatro de esas personas se unirían y constituirían el núcleo del equipo de respuesta rápida. Por tanto, era variable según los recursos disponibles en ese condado.

Fue un ejemplo extraordinario de trabajo conjunto y colaboración entre organizaciones internacionales y agencias gubernamentales.

También creamos o iniciamos una campaña en Liberia llamada “La enfermedad del Ébola tiene que ERRADICARSE” y tenía la sublínea “Detener la enfermedad del Ébola es tarea de todos”.

Uno de los aspectos que analizamos fue definir los aspectos esenciales que debían ocurrir para erradicar la enfermedad del Ébola en Liberia.

Y aunque teníamos 16 páginas de mensajes de salud pública, estos aspectos se redujeron a cinco.

Uno fue enterrar los cuerpos de forma segura y con dignidad, mantener a los enfermos en sus áreas y brindarles tratamiento lo antes posible, comunicarle a alguien, un notable de la aldea, o llamar al número de emergencia 4455 en Liberia, si alguien si sentía enfermo o si alguien conocido estaba enfermo.

Porque queríamos que la enfermedad del Ébola se viera como la malaria para que las personas dijeran: “Ay, tengo la enfermedad del Ébola”, del mismo modo que dirían: “Ay, tengo malaria” o, como decimos en los EE. UU.: “Ay, tengo dolor de cabeza”.

El cuarto aspecto fue encontrar otras personas que hubiesen tenido contacto con un enfermo y, por último, mantener esos contactos en un lugar con alimentos y agua.

Al unir estos aspectos, comenzamos a notar una disminución considerable de la epidemia. Esto no significó que el resto de los aspectos no debían continuar.

El lavado de manos es muy importante, no solo por la enfermedad del Ébola, sino para otros propósitos de salud pública, del mismo modo que el resto de los mensajes.

Pero estos cinco aspectos fueron los que nos ayudaron, los que sabíamos que ayudarían a erradicar la epidemia, según los datos científicos.

El único aspecto que no estaba incluido en los datos del material científico hasta este momento fue el relacionado con comunicárselo a alguien.

Sin embargo, en Liberia nos enfrentamos a la situación de que las personas aún sentían vergüenza. Y no deseaban compartir el hecho de que estuvieran enfermos o que un familiar lo estuviera porque sabían que tendrían problemas y que quizás sufrieran el abandono que esto trae consigo.

Por lo que deseábamos lograr que la enfermedad del Ébola se viera como una enfermedad normal y fuera como cualquier otra en la que las personas buscan ayuda.

Nos adelantamos al presente y apreciamos el hecho, como se ha mencionado, de que los estudios de la vacuna están en proceso; que las investigaciones de la vacuna avanzaron considerablemente por la necesidad real de que se desarrollaran, ya que sospechamos que la enfermedad del Ébola ocurrirá nuevamente porque el vector se ha desplazado. Sigue allí. Probablemente no se vaya.

Pero también sabemos que los países afectados están más alertas que en el pasado, cuando no existía la amenaza.

Los CDC cuentan con un [programa de seguridad de salud mundial](#), y no intentaré ser una experta en el tema. Puede leer al respecto en nuestro sitio web.

No obstante, la premisa fundamental de dicho programa de seguridad de salud mundial es proteger a todos los países y la salud de las personas de todo el mundo, al tratar la enfermedad en su lugar de origen, no defendiéndonos en nuestras fronteras.

Aunque el examen médico a la salida y entrada a un país es útil, lo mejor que podemos hacer es ayudar a los países donde hay brotes a organizar los sistemas y recursos para poder enfrentar dichos brotes en el futuro.

Voy a concluir con unos detalles y dejar que este grupo haga las preguntas que quizás yo pueda responder o que otros que me acompañan lo hagan.

Y uno es que los CDC, como seguimiento de esta epidemia, están abriendo oficinas nacionales en cada uno de los países de África Occidental.

Antes no contábamos con oficinas nacionales en los países de África Occidental. Ahora permaneceremos en los países como lo hacen la OMS, UNICEF y otras agencias internacionales, con una presencia constante para ayudar a los ministerios de salud de cada uno de esos países.

En Liberia, gracias al auspicio de la Fundación de los CDC —que ha representado un apoyo increíble para canalizar las donaciones de la población y las empresas estadounidenses para colaborar en las actividades de respuesta de los CDC durante este brote— estamos asegurándonos de que las oficinas de esos países estén abiertas y funcionando.

Y estamos organizando las comunicaciones para que la ayuda no se detenga.

Aquí en Atlanta, seguimos enfocándonos en nuestro programa de seguridad de salud mundial e involucrando a otras agencias gubernamentales en este proyecto. No son solamente los CDC, es una respuesta colectiva de una gran variedad de agencias.

Lo más importante, y algo que hemos aprendido a través de la investigación de comunicación de riesgos, es que las personas escuchan a aquellos en quienes confían.

De ahí la importancia de involucrar a los líderes tradicionales de Liberia, por ser personas de mucha confianza para su pueblo.

Y es aquí donde usted interviene, ya que mantiene relaciones de confianza con grupos de África Occidental, con personas, familiares y amigos.

Y tiene la posibilidad, según mi criterio, en caso de que la epidemia recurra o en esos países donde permanece, de ayudar a llevar esos cinco mensajes con sustento científico y mantenerlos como prioridad para que cada persona, familia y comunidad de Liberia, Sierra Leona y Guinea pueda tomar medidas para comenzar el control de una enfermedad que es controlable, aunque todavía no tenga cura.

Si han revisado las redes sociales, habrán notado que además de los mensajes acerca de la erradicación de la enfermedad del Ébola en Liberia, aparece el hash tag #StayVigilant.

Como ha planteado la Presidenta Ellen Johnson Sirleaf al reflexionar sobre el logro de este país: “Celebremos, pero no dejemos de estar atentos y vigilantes para garantizar que esta alegría que disfrutamos no se vea interrumpida”.

Todos los que hemos trabajado desde cualquier puesto aquí en Atlanta en la epidemia nos sentimos realmente felices cuando Liberia llegó a cero casos. Y sentiremos la misma alegría cuando Sierra Leona y Guinea logren también ese número. Y estamos deseosos de poder trabajar con ustedes para lograr que eso se haga realidad.

Gracias por la oportunidad de compartir con ustedes nuestra experiencia allí.

Cualquiera de nosotros que haya trabajado en Liberia o en algún otro país de África Occidental podría estar hablando durante tres días seguidos como mínimo. Por lo que es mejor que termine ahora o, de lo contrario, estaremos al teléfono más del tiempo permitido para esta reunión.

Stephanie Nguyen: Muchas gracias por compartir esta información con nosotros, Sra. Telfer. Y por el trabajo desarrollado por usted y todos aquellos que ayudaron a erradicar este brote de la enfermedad del Ébola.

Ahora me gustaría abrir las líneas telefónicas y escuchar las preguntas y comentarios de la audiencia acerca del tema de hoy.

Me gustaría recordarles que la conferencia de hoy está siendo grabada y que publicaremos su transcripción en línea en la [página web de la serie de conferencias de los CDC Asociación con las comunidades de África Occidental](#).

Operador, ¿puede indicarle a la audiencia cómo hacer preguntas?

Coordinador: Gracias. Ahora comenzaremos la sesión de preguntas y respuestas. Si desean hacer alguna pregunta deben presionar Asterisco 1 y decir su nombre claramente.

Repito, para hacer alguna pregunta presionen Asterisco 1.

Stephanie Nguyen: En lo que esperamos por las preguntas, me gustaría agradecerles una vez más por su participación, al ofrecer sus opiniones a través del correo electrónico y, lo más importante, compartir esta información con sus amigos y familiares.

A pesar de que esta serie de teleconferencias llega a su fin, existen otras formas para que se mantengan en contacto con los CDC.

[Suscríbanse](#) para recibir nuestro Boletín informativo externo de los socios ante casos de emergencia.

Este boletín informativo se envía los jueves en la mañana, cada dos semanas, a los socios de los CDC, con la información más reciente acerca del brote de la enfermedad del Ébola.

El próximo Boletín informativo de los socios ante casos de emergencia se distribuirá el 21 de mayo. A quienes formen parte actualmente de nuestra lista de distribución se les enviará por correo electrónico un enlace para suscribirse al boletín informativo.

Si desean formar parte de dicha lista, solo tienen que solicitárnoslo a través del correo electrónico emergencypartners@cdc.gov.

Además, en las próximas semanas los CDC se pondrán en contacto con los miembros de la comunidad de África Occidental para recabar opiniones para nuestro kit de cuidados CARE.

Hoy también nos acompaña Sarah Ray, de RTI International, que trabaja con los CDC, para darles más detalles acerca de este proyecto. Sarah, ¿aún estás en línea?

Sarah Ray: Sí, por supuesto.

Stephanie Nguyen: Perfecto. Si deseas, puedes comenzar a explicarle a la audiencia los detalles acerca del kit de cuidados CARE y tu trabajo.

Sarah Ray: Por supuesto. Como ya se ha dicho, mi nombre es Sarah Ray y trabajo para RTI International. Y RTI International, o RTI, trabaja con los CDC para evaluar diversos aspectos del programa CARE, incluida una valoración de la pertinencia cultural y la relevancia de algunos de los materiales que se entregan a los viajeros de los países afectados por la enfermedad del Ébola a su llegada a los Estados Unidos.

Por lo que me gustaría invitarlos a ustedes o a un miembro de su organización a participar en esta valoración dando sus opiniones sobre dichos materiales.

Para hacerlo, les pedimos que revisen los materiales y luego nos comunicáramos por teléfono para hacer una pequeña entrevista y escuchar sus opiniones sobre cómo se pudieran mejorar para su uso futuro. Nuestro objetivo es lograr 30 entrevistas.

Durante las próximas semanas se ofrecerá más información y la invitación para evaluar su elegibilidad. Esperamos que participen.

Si tienen alguna pregunta o existe un miembro específico de la organización que pudiera incluirse en el estudio, pueden contactarme, Sarah Ray, en RTI International. También pueden comunicarse conmigo a través del correo electrónico sray@rti.org; o sea, S-R-A-Y@rti.org.

Stephanie Nguyen: Si desean participar, también pueden contactarnos a través del correo electrónico emergencypartners@cdc.gov. También podemos ayudar a enviar esos correos electrónicos.

Operador, ¿tenemos alguna pregunta en la línea?

Coordinador: Sí. La primera pregunta la hace el Dr. Abassi. Su línea está abierta.

Dr. Rasheed Abassi: Sí. Muchas gracias. Les habla Rasheed Abassi. Soy médico de la Fundación Médica Sisimi.

Regresé recientemente de Sierra Leona y antes de continuar quisiera agradecer a los CDC y a los socios internacionales.

Y al tener la oportunidad de regresar por tercera ocasión a Sierra Leona, desde el inicio de la epidemia, puedo apreciar la diferencia y no tengo palabras para expresar mi agradecimiento.

Mi pregunta es la siguiente: ¿contamos con algún programa organizado o alguna medida específica para los sobrevivientes? Y la razón por la cual pregunto esto es porque Sisimi realiza operaciones actualmente en la región occidental y en Gambia.

Pero, sobre todo, porque salí de Sierra Leona el 28 del mes anterior. Y hemos visto muchos sobrevivientes con problemas de visión, principalmente uveítis, y algunos con trastornos renales residuales.

Para llegar a cero casos y, específicamente, para mantenerse en cero, porque como sabemos actualmente el virus se ha identificado en algunos líquidos corporales como el semen.

Y me pregunto si existe algún plan para el monitoreo de los sobrevivientes y la recopilación de datos clínicos. Gracias.

Craig Manning: Buenas tardes, Rasheed. Gracias por su pregunta. Soy Craig Manning.

Soy parte del equipo de Promoción de salud.

Sé que hemos estado trabajando y estamos planificando continuar con el seguimiento de los sobrevivientes. Y hay un estudio que se pondrá en práctica muy pronto.

Uno de los investigadores, según tengo entendido, viajará hoy desde Atlanta a Sierra Leona. Esto incluirá un esfuerzo por profundizar en la naturaleza del comportamiento del virus en el semen, en términos de duración.

Como ya conocen, las directrices iniciales de hace unos años sobre el tema planteaban que los hombres debían evitar tener relaciones sexuales durante un período de 90 días, pero si no lo podían evitar, debían al menos usar condón.

Esa directriz específica ha sufrido modificaciones pues recomienda que hasta que contemos con más información acerca de la naturaleza del virus en los testículos, las relaciones sexuales de los hombres deben evitarse por tiempo indefinido hasta que dispongamos de otras directrices sobre este tema en particular.

Lo sé, y sé que el estudio se pondrá en práctica y se realizará durante varios meses. No conozco el tamaño de la muestra de la población masculina que se pretende evaluar. Pero sí sé que será suficiente para garantizar la validez de los datos.

Con respecto a la uveítis reportada, sé por referencia que existe preocupación acerca de la posible presencia en los líquidos oculares.

Y recuerdo por referencia que existe información de RCP de algunos sobrevivientes con respecto a la posibilidad de detectar el virus a través del RCP.

No he observado ninguna evidencia de que exista aislamiento del virus, de que haya habido un aislamiento exitoso del virus en los líquidos oculares. Y no sé si hay alguien que lo esté intentando en este momento.

Es todo lo que puedo decirle al respecto hasta este momento, pero le agradezco a Rasheed por su pregunta. Y comparto su observación sobre los considerables cambios acontecidos en Sierra Leona durante los últimos meses.

Rasheed Abassi: Gracias.

Coordinador: Recuerden que si desean hacer alguna pregunta deben presionar Asterisco 1.

Stephanie Nguyen: Operador, si no hay más preguntas en línea, podemos concluir nuestra teleconferencia unos minutos antes.

Coordinador: Ok. No, no tenemos más preguntas.

Stephanie Nguyen: Ok. Para consultar las grabaciones, transcripciones y recursos de esta serie, visite la [página web de la serie de teleconferencias “Colaborando con las comunidades de África Occidental”](#).

La información de la conferencia de hoy se publicará en esta página en las próximas semanas. Y si desean recibir un correo electrónico cuando estos materiales estén disponibles, escribannos a emergencypartners@cdc.gov.

Si tienen alguna otra pregunta para el orador de hoy o tiene algún otro comentario que desee compartir con los CDC, envíelo a emergencypartners@cdc.gov.

Una vez más, les agradezco su participación de hoy y en las sesiones anteriores de las teleconferencias.

Su asociación durante el brote de 2014 de la enfermedad del Ébola en África Occidental ha sido fundamental. Pueden contactarnos si tienen comentarios u opiniones adicionales, después de la conferencia de hoy.

Operador, concluimos así la conferencia por hoy. Podemos desconectarnos.

Coordinador: Gracias por su participación en la conferencia de hoy. Pueden desconectarse ya.

FIN