



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina



Número 1.058

21 de enero de 2013

Publicación de:
Servicio de Infectología
Hospital Nuestra Señora
de la Misericordia
Ciudad de Córdoba
República Argentina

Comité Editorial

Editor Jefe

Ángel Mínguez

Editores Adjuntos

Ílide Selene De Lisa
Enrique Farías

Editores Asociados

Jorge Benetucci (Arg.)
Pablo Bonvehí (Arg.)
Marina Bottiglieri (Arg.)
María Belén Bouzas (Arg.)
Lydia Carvajal (Arg.)
Arnaldo Casiró (Arg.)
Ana Ceballos (Arg.)
Sergio Cimerman (Bra.)
Ángela Gentile (Arg.)
Ezequiel Klimovsky (Arg.)
Gabriel Levy Hara (Arg.)
Susana Lloveras (Arg.)
Eduardo López (Arg.)
Tomás Orduna (Arg.)
Dominique Peyramond (Fra.)
Daniel Pryluka (Arg.)
Charlotte Russ (Arg.)
Eduardo Savio (Uru.)
Daniel Stecher (Arg.)

Colaboradores

Germán Bernardi (Arg.)
Guillermo Cuervo (Esp.)
Milagros Ferreyra (Fra.)
Leonardo Marianelli (Arg.)
Lorena Ravera (Arg.)
Gisela Sejenovich (Arg.)
Natalia Spitale (Arg.)
María Lola Voza (Arg.)

Noticias

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

Argentina

- **Vigilancia de bronquiolitis en menores de 2 años**
- **La Pampa: Detectan dos casos de meningitis**
- **Santa Fe, Rosario: Primer caso de dengue importado del año**

América

- **Bolivia: Aumentan los casos de dengue**
- **Estados Unidos: La FDA autoriza la primera 'vacuna rápida' contra la influenza**
- **México: La contaminación atmosférica causó 38.000 muertes en cinco años**
- **Paraguay: En 30 días se reciben más de 9.000 notificaciones de dengue**
- **Perú, VRAEM: Declaran alerta epidemiológica por fiebre amarilla**

- **Avanza la lucha contra las enfermedades infecciosas desatendidas en América y el mundo**

El mundo

- **Uganda, Luweero: Declaran el fin del brote de fiebre hemorrágica del Ébola en el distrito**
- **Nigeria, Benue: La fiebre de Lassa provoca tres muertes**
- **Las muertes por sarampión se redujeron 71% en la última década**
- **Llaman a la innovación de políticas globales para luchar contra la pandemia silenciosa de la hepatitis C**
- **Alta prevalencia de VIH en mujeres transgénero**
- **Aumentaron las muertes fetales entre las madres no vacunadas durante la epidemia de influenza A(H1N1)**

Adhieren:



www.apinfectologia.org/



www.sadi.org.ar/

SLAMVI
Sociedad Latinoamericana
de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/



www.sadip.net/

**Comité Nacional de
Infectología**

Sociedad Argentina de Pediatría
www.sap.org.ar/

Vigilancia de bronquiolitis en menores de 2 años

17 de enero de 2013 – Fuente: Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

Tabla 1. Casos notificados y tasas de notificación cada 1.000 habitantes, según provincia y región. República Argentina. Años 2010/2012, hasta semana epidemiológica 50. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.¹

Provincia/Región	2010		2011		2012	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	36.729	475,61	27.741	359,22	29.828	386,25
Buenos Aires	157.719	322,02	153.187	312,77	159.452	325,56
Córdoba	13.682	135,31	13.843	136,90	13.664	135,13
Entre Ríos	10.416	222,03	10.199	217,40	9.072	193,38
Santa Fe	11.908	115,43	11.921	115,55	10.395	100,76
Centro	230.454	281,66	216.891	265,09	222.411	271,83
La Rioja	1.108	79,91	1.049	75,65	844	60,87
Mendoza	8.498	131,30	8.842	136,62	9.846	152,13
San Juan	9.450	330,29	10.253	358,36	8.559	299,15
San Luis	2.554	137,25	2.241	120,43	2.269	121,94
Cuyo	21.610	171,77	22.385	177,93	21.518	171,04
Corrientes	7.627	176,95	6.132	142,26	4.563	105,86
Chaco	19.673	432,97	20.534	451,92	16.489	362,90
Formosa	4.195	160,68	5.065	194,00	6.423	246,02
Misiones	10.634	198,60	10.516	196,40	9.446	176,41
NEA	42.129	250,48	42.247	251,18	36.921	219,52
Catamarca	4.329	240,97	4.119	229,28	2.816	156,75
Jujuy	9.482	311,31	9.311	305,70	4.856	159,43
Salta	15.991	273,40	18.902	323,17	12.274	209,85
Santiago del Estero	17.292	508,08	19.947	586,09	14.016	411,82
Tucumán	9.322	161,91	9.392	163,12	10.847	188,39
NOA	56.416	284,18	61.671	310,65	44.809	225,71
Chubut	2.120	123,44	3.146	183,17	2.475	144,10
La Pampa	1.871	165,36	1.607	142,02	1.835	162,17
Neuquén	5.342	254,68	5.047	240,62	6.024	287,20
Río Negro	4.084	186,10	4.132	188,29	5.502	250,72
Santa Cruz	2.978	327,58	3.070	337,70	1.951	214,61
Tierra del Fuego	1.942	369,20	1.941	369,01	2.020	384,03
Sur	18.337	213,82	18.943	220,88	19.807	230,96
Total Argentina	368.946	264,20	362.137	259,32	345.466	247,38

Mapa 1. Tasas de notificación cada 1.000 habitantes. República Argentina. Año 2012, hasta semana epidemiológica 50. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.

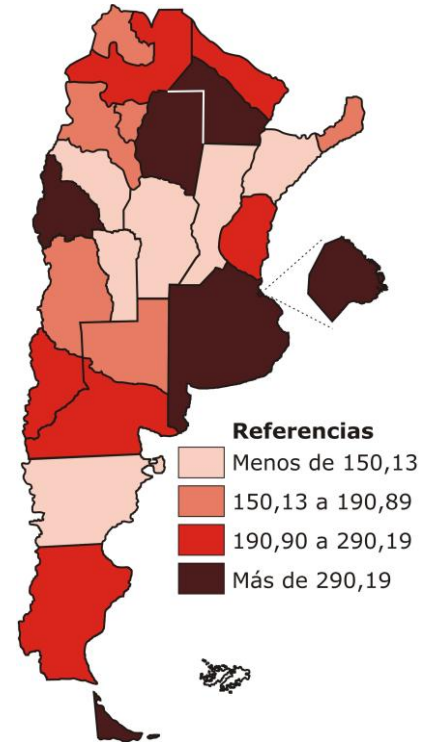
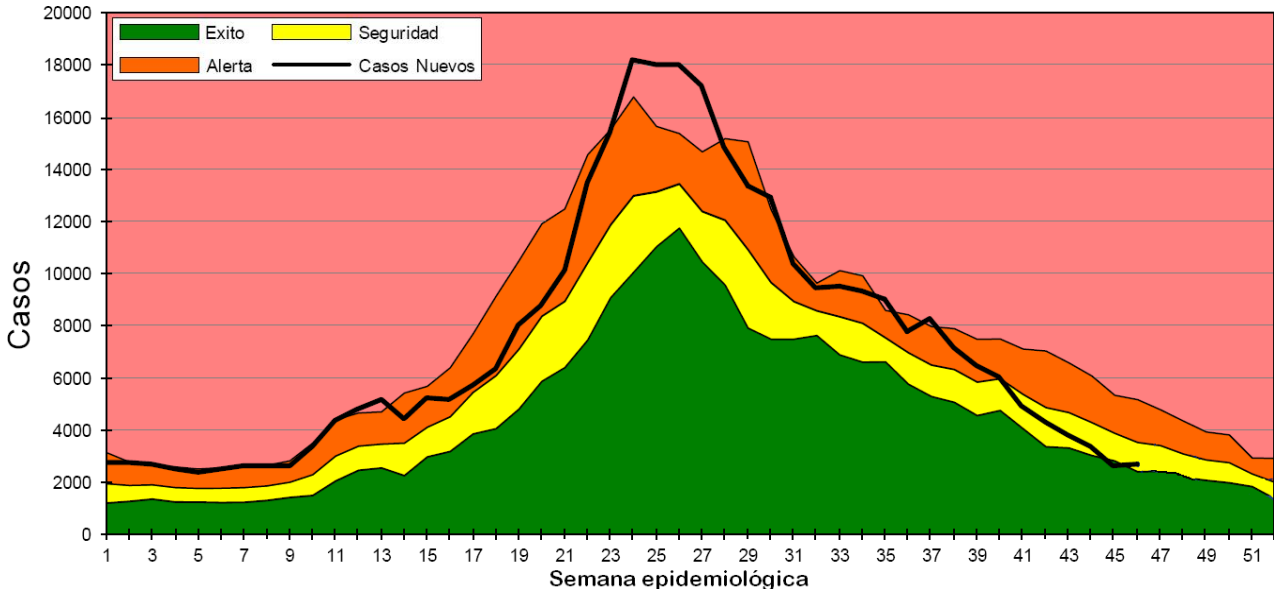


Gráfico 1. Corredor endémico semanal. República Argentina. Año 2012, hasta semana epidemiológica 46, en base a datos de los años 2007 a 2011. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.



La información provista por la vigilancia clínica (con un atraso aproximado promedio de 5 semanas), muestra que la notificación hasta la semana epidemiológica 50 presenta un descenso de 4,60% respecto del año 2011. Sin embargo, jurisdicciones como la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las provincias de Buenos Aires, Formosa, La Pampa, Mendoza, Neuquén, Río Negro, San Luis, Tierra del Fuego y Tucumán presentan tasas superiores a las del año pasado.

Por grupos etarios, la tasa más elevada corresponde al grupo de menores de 1 año, que es de 315,30 cada mil habitantes, mientras que la del grupo de 1 año de edad es de 171,82 cada mil.

¹ Esta información es parcial y sujeta a modificaciones. Las notificaciones incluyen casos sospechosos.

Una joven de 18 años que trabaja en la colonia de vacaciones del Polideportivo de barrio Colonia Escalante de la ciudad de Santa Rosa se le detectó meningitis y permanece internada en la Clínica Modelo. Hoy podría ser dada de alta. Ayer explicaron que “la paciente se encontraba con buena evolución y sometida a los estudios correspondientes a la identificación de la causa”.

La Dirección de Epidemiología de la Provincia de La Pampa informó ayer que “el día lunes 14 se tomó contacto con los médicos tratantes para confirmar el caso y la etiología del mismo. Ese mismo día se visitó la colonia de vacaciones para informar a los profesores y responsables sobre la situación y explicar las recomendaciones pertinentes”.

“Posteriormente, el día martes 15, de acuerdo a los estudios realizados por la médica tratante, se informó que los cultivos eran negativos, por lo que se descartó el origen bacteriano de la meningitis y que por las evidencias de los estudios se trataría de una meningitis de origen viral, para cuya confirmación se enviaron muestras a la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) ‘Dr. Carlos Gregorio Malbrán’”, informó Epidemiología.

“Al no tratarse de una meningitis bacteriana, no hay una herramienta para implementar en la colonia de vacaciones, por lo que se recomienda reforzar las medidas de higiene personal: lavarse las manos después de ir al baño y antes de comer, no compartir utensilios, mate ni vasos, etc. Asimismo se recomienda a los responsables de dicha colonia el saneamiento ambiental (control de agua de consumo, agua de pileta y sanitarios) y control de alimentos que se suministren en el lugar”, señaló el comunicado oficial.

“No se considera necesario suspender las actividades por el momento, de acuerdo a la evidencia”, explicó el Ministerio.

“Finalmente, se recomienda a toda la población que ante la aparición de síntomas tales como fiebre, fuerte dolor de cabeza y vómitos, no automedicarse y consultar en forma inmediata al médico”, advirtieron.

Otro caso en General Pico

Un nuevo caso de meningitis se detectó en General Pico, en este caso un niño de 7 años que asiste a la colonia de vacaciones de la Unión Obrera de la Construcción de la República Argentina (UOCRA). El pequeño permanece internado en el Hospital ‘Gobernador Felipe Centeno’ como medida preventiva, aunque desde el gremio destacaron que se trata de un caso viral. Para despejar dudas realizaron una reunión con los padres de los demás niños que asisten a las actividades de verano programadas por el gremio.

El caso fue descubierto el martes, cuando los padres del niño indicaron que su hijo permanecía con fuertes dolores estomacales y no estaba con buen ánimo, por lo que decidieron llevarlo al Hospital Gobernador Centeno, donde se comprobó que padecía un cuadro de meningitis viral, por lo que se determinó su internación.

El Delegado Gremial de la UOCRA, Roberto Gómez, explicó que tomaron conocimiento del caso “a través de la persona que está a cargo de la coordinación de la colonia de vacaciones. El padre del niño el día anterior le manifestó que estaba con dolor de estómago y decaído, por lo que lo llevó al hospital. Al día siguiente –el miércoles– le dijeron que se trataba de una meningitis viral. Hoy nuevamente fuimos a hablar con la gente del hospital Gobernador Centeno, la Dra. Graciela Álvarez y el director, Mario García Llerena, y en el Área de Epidemiología nos dieron un panorama del paciente”.

Gómez reveló que “el estado de ánimo del niño es muy bueno, y simplemente está en tratamiento por 10 días por el tipo de enfermedad”.

Un hombre de nacionalidad paraguaya que vive en Rosario y llegó con un cuadro febril desde el país vecino constituyó el primer caso de dengue no autóctono del año en la provincia. Como venía de visitar a familiares que ya presentaban los mismos síntomas, se bajó del colectivo en la Estación de Ómnibus ‘Mariano Moreno’ y, sin escalas, fue directamente al Hospital Provincial del Centenario, donde quedó internado en situación de aislamiento. La rapidez en la consulta fue destacada por la titular de Epidemiología de Santa Fe, Andrea Uboldi, como clave para evitar la propagación local del dengue. Igual, se realizaron bloqueos en torno al hospital y la terminal de ómnibus para minimizar las posibilidades de que el virus vuelva a circular en la ciudad.

El hombre era consciente de que podía haber contraído dengue en Paraguay, donde actualmente se registra un brote. Aumentó su sospecha el hecho de que sus parientes compartían los mismos síntomas: un cuadro febril, dolores musculares y articulares, y salpullido en el cuerpo. Ante eso, no bien llegó a Rosario la semana pasada, en vez de dirigirse a su domicilio se trasladó inmediatamente al hospital sabiendo que era muy probable que lo dejaran internado.

“El hombre dijo que había decidido viajar igual de regreso a la ciudad no solamente porque reside acá, sino también porque descontaba que podría recibir la debida atención médica”, explicó Uboldi.



Ya en el Hospital Provincial, el paciente quedó aislado para reducir las posibilidades de contagio, mientras se realizaban bloqueos en los dos lugares de la ciudad por donde había circulado: el propio hospital y la terminal de ómnibus. A los pocos días fue dado de alta.

En rigor, aunque las autoridades sanitarias dan por descontado que se trató efectivamente de un caso de dengue, como el hombre llegó a Rosario después del quinto día de padecer los síntomas de la enfermedad no se le pudo practicar la prueba de biología molecular que permite no sólo confirmar el virus, sino también especificar su cepa. "Por eso se le hizo otra prueba que únicamente puede confirmar el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas 'Dr. Julio Isidro Maiztegui'/Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán' (INEVH-ANLIS)", detalló Uboldi, resultados que aún tardarán unos días.

La especialista también precisó que a nivel científico ya no se habla más de "dengue importado o autóctono", sino de "dengue con o sin antecedentes de viaje a zona de riesgo". Por estos días, relató Uboldi, los territorios que presentan panoramas epidemiológicos más complejos (incluso con muertes) son Paraguay y Perú, seguidos de Brasil y Bolivia. Centroamérica y el Caribe también registran niveles importantes de circulación del virus.

A nivel local, en el nodo Rosario no volvieron a registrarse casos autóctonos de dengue desde finales de 2010 y sólo se comprobaron ocho cuadros importados. El mayor brote en la ciudad se dio en 2009, cuando se confirmaron por laboratorio 107 casos autóctonos de la enfermedad.

América



Bolivia: Aumentan los casos de dengue

16 de enero de 2013 – Fuente: Prensa Latina

Los casos confirmados de dengue en Bolivia aumentaron en los últimos tres días de 300 a 370, según informó hoy el Ministro de Salud, Juan Carlos Calvimontes.

El domingo, el viceministro de Salud Martín Maturano anunció que los casos confirmados eran 300 en todo el país. La mayor incidencia de la enfermedad se encuentra en Guayaramerín, en el noroeste departamento de Beni, con 48% de los casos, seguido por Pando, también al norte, con 38% y el oriental departamento de Santa Cruz con 27%, destacó el Ministro.

Según Calvimontes, los casos sospechosos suman 1.560 en todo el territorio nacional.

"Estamos en una época endémica, se van a reportar casos de dengue, lo importante es trabajar en la línea de evitar que se convierta en epidemia", añadió. Para cumplir ese objetivo, señaló que trabajan en tareas de control en municipios endémicos con elevada presencia de la enfermedad.

"También se tienen listos planes de intervención en Beni, La Paz, en el central departamento de Cochabamba y Santa Cruz, donde hay presencia de dengue", agregó.

Finalmente, dijo, se controló el serotipo DEN-4 del virus dengue en Pando, pero aún se realizan análisis de laboratorio para confirmar si está circulando en otros departamentos.

Usualmente circulan en la región los serotipos DEN-1, DEN-2 y DEN-3. Muchas personas contrajeron la enfermedad por estas cepas, pero, al adquirir la DEN-4, aumenta la posibilidad de cuadros hemorrágicos y de muerte.

The New York Times Estados Unidos: La FDA autoriza la primera 'vacuna rápida' contra la influenza

18 de enero de 2013 – Fuente: The New York Times (Estados Unidos)

En plena epidemia de influenza, las autoridades de Estados Unidos anunciaron la aprobación de la primera vacuna 'rápida' contra la influenza que podrá producirse en menos tiempo que las actuales, lo que podría suponer una ventaja en caso de una nueva pandemia, como ocurrió con el virus A(H1N1) en 2009.

Hasta ahora, las vacunas contra la influenza se fabrican cultivando el virus en huevos fecundados, de cuyas células se aprovecha el patógeno para multiplicarse. Sin embargo, se trata de un proceso lento, que requiere millones de huevos para llevarse a cabo, y que impide el uso de la vacuna en personas con alergia a este alimento.

Por eso, hace tiempo se investigan otros métodos de producción de la vacuna; pero no ha sido hasta ahora que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de Estados Unidos autorizó Flublok®, una vacuna contra la influenza que se cultiva en las células de un insecto en lugar de huevo para su desarrollo.

La nueva vacuna inyecta el gen de la hemaglutinina en un virus que infecta el organismo de un tipo de oruga. Las células infectadas del insecto se cultivan posteriormente para extraer la proteína necesaria para fabricar la vacuna.

Como explica uno de los responsables de la compañía que fabrica la terapia, Protein Sciences, han sido necesarios cinco años de trabajo para demostrar a las autoridades que la vacuna era eficaz y no tenía ningún riesgo debido a su novedoso medio de cultivo.



Centro de vacunación contra la influenza en New York

De hecho, la empresa estaba al borde de la bancarrota en 2009, justo cuando, en plena epidemia del virus A(H1N1), logró un contrato federal por varios millones de dólares para desarrollar este nuevo método acelerado de producción de una vacuna antigripal.

Lo que no cambia con Flublok® con respecto a las vacunas tradicionales es que cada año es necesario repetir la 'operación' para fabricar una vacuna que contenga los virus de la influenza predominantes en esa temporada. La nueva terapia (que protege contra tres cepas gripales distintas) estará disponible para adultos de 18 a 49 años y se espera que sea especialmente útil en pacientes con alergia al huevo (que no pueden recibir la otra) y para acelerar la producción en casos de pandemias gripales.

La Jornada México: La contaminación atmosférica causó 38.000 muertes en cinco años

18 de enero de 2013 – Fuente: La Jornada (México)

La exposición a la contaminación del aire en México provocó en cinco años –de 2001 a 2005– 38.000 muertes por cáncer de pulmón, enfermedades cardiopulmonares e infecciones respiratorias, de acuerdo con cifras del Instituto Nacional de Ecología y Cambio Climático (INECC), señalaron investigadores del Centro de Ciencias de la Atmósfera de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Los científicos agregaron que el cuarto 'Almanaque de Datos y Tendencias de la Calidad del Aire en 20 Ciudades Mexicanas', realizado entre 2000 y 2009 por el INECC, reporta que más de 50% de las muertes relacionadas con la contaminación atmosférica entre 2001 y 2005 ocurrieron en el valle de México, Guadalajara, Monterrey, Puebla y Toluca.

Los datos arrojan que la contaminación atmosférica representó uno de los mayores costos ambientales en 2009, un 4,4% del producto interno bruto.

Los especialistas resaltaron que, según las condiciones locales, en México podrían presentarse contingencias ambientales tan serias como las que ha padecido recientemente China.²

En días pasados, las poblaciones chinas de Beijing, Shanghai, Guangdong y Xian han resultado afectadas por un excesivo incremento de partículas contaminantes suspendidas. Según datos del gobierno del país asiático, a diario unas 7.000 personas han ingresado al hospital infantil de Beijing, debido a la contaminación presentada desde el 12 de enero, que sobrepasó los 300 microgramos por metro cúbico de partículas menores de 2,5 micras, en un promedio de 24 horas, valores por encima de los niveles que la Organización Mundial de la Salud considera aceptables, de 25 microgramos por metro cúbico en un día.

A escala nacional, de acuerdo con la norma oficial mexicana de salud ambiental, el valor límite permisible para la concentración de partículas suspendidas es de 65 microgramos por metro cúbico en 24 horas.

Frente a ese fenómeno, los investigadores consideraron que los tres niveles de gobierno deben asumir sus responsabilidades en el monitoreo de la calidad del aire, la conservación y protección de los recursos naturales, la reducción de emisiones precursoras de ozono, partículas atmosféricas y de gases de efecto invernadero.

También es importante revisar las normas oficiales de calidad del aire y el diseño de planes de contingencia adecuados a las condiciones locales, apuntaron. La sociedad en general debe contribuir mediante la modificación de estilos de vida, con el fin de mantener un alto nivel de exigencia y corresponsabilidad en la protección del ambiente.

En la actualidad, el deterioro de la calidad del aire se relaciona con factores como la densidad poblacional, y los niveles de desarrollo económico, de consumo energético y de industrialización; también, con el volumen de emisión de contaminantes, la química de la atmósfera y las condiciones meteorológicas.

abc Paraguay: En 30 días se reciben más de 9.000 notificaciones de dengue

18 de enero de 2013 – Fuente: ABC (Paraguay)

El dengue continúa su avance en Paraguay y se han contabilizado 9.467 notificaciones de la enfermedad en 30 días, en concreto desde la semana epidemiológica 51 de 2012. Además, se registran 643 hospitalizaciones, 33 pacientes en cuidados intensivos y siete fallecidos confirmados, según informaron ayer autoridades del Ministerio de Salud.

En el día de ayer hubo un ingreso de 1.033 nuevas fichas. La mayoría (639) corresponde al departamento Central, 130 son de Alto Paraná y 73 de Presidente Hayes.

Las hospitalizaciones siguen en aumento también. Ayer se registraron 643, 165 más que el martes último. También, hay 33 internados en unidades intensivas, la mayor parte en los servicios públicos de Asunción. El número de fallecidos es de 7 casos confirmados y 12 que están en estudio.

La mayoría de las notificaciones ingresadas corresponden a barrios de Luque (95), Fernando de la Mora (90) y San Lorenzo (89).



El panorama ayer en el hospital de barrio Obrero.

² Ver 'China, Beijing: Medidas de emergencia por contaminación extrema' en REC N° 1.057, del 17 de enero de 2013.

Con respecto a Asunción, el acumulado total desde la semana epidemiológica 52 es de 950 casos, procedentes de 64 barrios, de los cuales un total de 11 barrios concentran el 56% de las notificaciones. Los más afectados son Jara, San Pablo, Obrero y San Felipe.

Ante esta situación se intensificará la destrucción de criaderos mañana y el domingo, a través de campañas ambientales. Se intervendrá el 60% de las zonas con mayor número de enfermos de la ciudad de Luque y el 83% de la ciudad de San Lorenzo. Asimismo, se trabajará en los barrios Obrero y San Pablo de Asunción.

Ayer, el Hospital de Barrio Obrero estaba saturado de pacientes. En total hay 15 adultos y cinco niños internados.



Perú, VRAEM: Declaran alerta epidemiológica por fiebre amarilla

16 de enero de 2013 – Fuente: Info Región (Perú)

Ante el reporte de un posible caso de fiebre amarilla en un menor que falleció en el distrito de Llochegua, provincia de Huanta, en el Valle de los Ríos Apurímac, Ene y Mantaro (VRAEM), por la Dirección de Epidemiología, Emergencias y Desastres de la Dirección Regional de Salud Ayacucho (DIRESA), esta institución declaró la alerta epidemiológica en toda la región.

La supuesta víctima de esta enfermedad fue un adolescente de 16 años de edad, quien acudió al centro de salud de Llochegua presentando algunos de los síntomas de la fiebre amarilla como fiebre alta, dolor de cabeza, palidez y diarrea.

Ante esta situación, la directora ejecutiva de Vigilancia en Salud Pública de la DIRESA, Tania Cárdenas Gómez, exhortó a las personas que viajarán en los próximos días al VRAEM, a que se apliquen la vacuna contra la fiebre amarilla con 10 días de anticipación en cualquier establecimiento de salud.

“Esta vacuna es totalmente gratuita. Se pueden vacunar los niños mayores de un año y las personas menores de 60 años”, refirió.

Dijo que esta enfermedad es transmitida por mosquitos infectados por el virus de la fiebre amarilla. La persona afectada puede presentar cuadros clínicos que varían desde formas asintomáticas o enfermedad febril moderada (90%), de evolución favorable hasta formas graves con sangrado masivo con una letalidad de hasta 50%. El mal se puede prevenir mediante la vacunación.

La especialista recordó que el último brote importante de fiebre amarilla registrado en Ayacucho, se dio en el año 2006, en el VRAEM, en los distritos de Llochegua y Santa Rosa, donde se registraron siete casos, con una tasa de letalidad de 100%.³



Avanza la lucha contra las enfermedades infecciosas desatendidas en América y el mundo

16 de enero de 2013 – Fuente: Organización Panamericana de la Salud

Durante la última década se registraron grandes progresos en la lucha contra las enfermedades infecciosas desatendidas en Latinoamérica y el Caribe, como la enfermedad de Chagas, la lepra y la oncocercosis, pero el compromiso sostenido de los gobiernos de la región y otras instituciones y socios sigue siendo necesario para controlar y eliminar este grupo de enfermedades que afectan en mayor medida a la población que vive en la pobreza, afirmaron expertos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el marco del lanzamiento del Segundo Reporte Global de las Enfermedades Tropicales Desatendidas de la Organización Mundial de la Salud (OMS).⁴

El nuevo informe de la OMS reporta un avance mundial sin precedentes en contra de 17 enfermedades tropicales desatendidas gracias a una nueva estrategia global, un suministro regular de medicamentos de calidad y costo-efectivos y apoyo de los socios mundiales. En América el grupo se conforma por 12 de esas enfermedades y se clasifican bajo el nombre de enfermedades infecciosas desatendidas, muchas de las cuales son causadas por parásitos, otras por bacterias o virus.

Un total de diez enfermedades (filariasis linfática, oncocercosis, ceguera por tracoma, enfermedad de Chagas, malaria, lepra, sífilis congénita, tétanos neonatal, rabia transmitida por perros y peste) podrían ser eliminadas entre 2015 y 2020, y otras dos (geohelmintosis y esquistosomosis) mejor controladas en la región, según las metas de eliminación aprobadas en 2009 por el Consejo Directivo de la OPS y de acuerdo a la Hoja de Ruta de la OMS para enfermedades tropicales desatendidas (2012).

³ Si finalmente se comprueba que éste es un caso de fiebre amarilla (FA), sin duda implica al ciclo de transmisión selvática, con la participación de primates no humanos y mosquitos selváticos. El virus de la fiebre amarilla selvática es endémico en el VRAEM, en la provincia de Huanta, y pueden presentarse casos esporádicos de la enfermedad en personas no vacunadas, especialmente los que trabajan o viajando por la selva. Hubo dos casos fatales de fiebre amarilla en el área en marzo y julio de 2012. Ya que el mosquito *Aedes aegypti*, un eficiente vector del virus de la fiebre amarilla, presente en las tierras bajas de la zona oriental de Perú, es lo suficientemente abundante como para transmitir el virus del dengue, existe el riesgo de un pasaje de la transmisión selvática al ciclo urbano. Eso hace que la vacunación contra la fiebre amarilla de las personas que viven en estas áreas sea una importante medida preventiva. Sería importante conocer si el caso se confirma, o no.

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

Entre los avances regionales de la última década figuran:

- La transmisión de la oncocercosis ha sido interrumpida o eliminada en 11 de los 13 focos, y Colombia está en proceso de recibir la verificación oficial de la eliminación por parte de la OMS;
- Catorce países han interrumpido la transmisión por el vector doméstico de la enfermedad de Chagas en todo el país o en algunas de sus áreas endémicas, y la transmisión a través de los bancos de sangre también ha sido eliminada en la gran mayoría de los países;
- En el Caribe, Guadalupe, Martinica y Puerto Rico han eliminado la transmisión de la esquistosomosis, y Santa Lucía y Surinam están cerca de la eliminación;
- De los 35 países y territorios de América, 34 han eliminado la lepra a nivel nacional (menos de un caso cada 10.000 habitantes);
- Costa Rica, Surinam y Trinidad y Tobago fueron retirados de la lista de países endémicos para filariasis linfática, y 9 millones de personas fueron tratadas en 2011 y 2012 contra esta enfermedad, principalmente en Haití;
- Seis millones de niños pre-escolares y 19 millones de escolares fueron desparasitados contra los geohelminthos en 2011.

“Todos estos logros representan una reducción importante en el sufrimiento, discapacidad y dolor de las familias más pobres y también representan la experiencia ganada que debe ser potenciada y expandida para cerrar aún más las brechas en la Región en cuanto al control y eliminación de estas enfermedades”, señaló el asesor principal en Prevención y Control de Enfermedades Infecciosas de la OPS, Luis Gerardo Castellanos.

En enero de 2012 la OMS lanzó una Hoja de Ruta⁵ para acelerar el logro de las metas de eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas a nivel global, y los socios y aliados firmaron la Declaración de Londres.⁶

Como parte de la nueva estrategia global de la OMS para combatir las enfermedades infecciosas desatendidas, la donación de medicamentos para “quimioterapia preventiva” y el financiamiento de acciones e iniciativas a través de la alineación de un amplio grupo de socios internacionales están teniendo un impacto medible en los países afectados. De los millones de personas en riesgo de sufrir enfermedades infecciosas desatendidas en América Latina y el Caribe, muchas ya están recibiendo en forma masiva un suministro de los medicamentos necesarios –seguros, de dosis única, con garantía de calidad– para el tratamiento preventivo contra cinco enfermedades (filariasis, oncocercosis, tracoma, geohelmintosis y esquistosomosis).

Estos medicamentos son suministrados a través de donaciones de los asignatarios a la Declaración de Londres, mientras que otros medicamentos para otras enfermedades están siendo facilitados por compras a través del Fondo Estratégico de la OPS o del Fondo Global para Malaria, Tuberculosis y VIH.

El mundo



Uganda, Luweero: Declaran el fin del brote de fiebre hemorrágica del Ébola en el distrito

16 de enero de 2013 – Fuente: All Africa

El Ministerio de Salud de Uganda declaró hoy el fin del brote de fiebre hemorrágica del Ébola que fuera reportado en el distrito de Luweero en noviembre de 2012. El anuncio se produce tras la finalización del período de vigilancia de 42 días posteriores a la presentación del último caso de la enfermedad, un prerrequisito de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que exige que cualquier país afectado monitorice la enfermedad durante un período determinado antes de declarar la finalización del brote.

El brote de fiebre del Ébola se declaró el 14 de noviembre de 2012 en este distrito central de Uganda, después de recibir la confirmación del Instituto de investigación de Virus de Uganda (UVRI) de que dos personas de la misma familia del pueblo de Kakuute, subcondado de Nyimba, habían muerto por la enfermedad; durante este brote se reportaron siete casos, de los cuales seis eran parientes. El anuncio del brote se produjo un mes después que Uganda declarara el fin de un brote de fiebre del Ébola en el distrito de Kibale, y tres semanas después de confirmar un brote de fiebre hemorrágica de Marburg en los distritos de Kabale e Ibanda, en el oeste del país.

La Dra. Christine Ondo, Ministra de Salud, dijo que todas las estructuras previamente establecidas para contener los brotes en varios distritos seguían funcionando a fin de combatir cualquier riesgo potencial. Agregó que los trabajadores de la salud capacitados están vigilando activamente la situación, el sistema de laboratorio del UVRI sigue funcionando, mientras que los grupos de trabajo nacionales y distritales continúan en estado de alerta para detectar cualquier amenaza emergente.

El comunicado señaló que el trabajo en estrecha relación del ministerio con sus asociados fue fundamental en la contención de la epidemia, gracias a un liderazgo eficaz y la coordinación de las actividades de respuesta de los grupos de tareas nacional y distritales. El representante de la OMS en el país, Dr. Joaquín Saweka, dijo que la OMS se ha comprometido plenamente a apoyar al ministerio para llevar adelante una evaluación completa de los recientes brotes de fiebre hemorrágica viral, lo que servirán de base para acciones de respuesta en futuros brotes.

⁵ Puede consultar la hoja de ruta completa, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

⁶ Puede consultar la declaración completa, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

Al menos tres personas, entre ellos un médico, han muerto debido a la fiebre de Lassa en el Hospital Universitario del Estado en Benue, Makurdi. El Comisionado estatal de Salud, Dr. Orduen Abunku, reveló que una persona fallecida fue derivada al hospital universitario desde otro hospital, sosteniendo que la sospecha clínica indica que la enfermedad puede ser fiebre de Lassa.x

Abunku explicó que ya se han tomado medidas para proveer a todos los médicos del hospital equipo de protección y se han administrado medicamentos antivirales para prevenir la propagación de la enfermedad, y agregó que otro paciente que estuvo en contacto con el enfermo había sido aislado del resto. "Estoy seguro de que con los pasos que hemos dado, no habrá una mayor difusión de la enfermedad. También insto a la gente a cubrir bien la comida para evitar que las heces de las ratas la contaminen", dijo Abunku.

El Director Médico del hospital universitario, Dr. Malu Orkuda, que también confirmó las muertes, dijo que las muestras de sangre de los fallecidos habían sido enviadas al Estado de Edo para su análisis.⁷

**Las muertes por sarampión se redujeron 71% en la última década**

17 de enero de 2013 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

El número de muertes por sarampión se redujo 71% en la última década y las nuevas infecciones cayeron 58%, aunque potentes brotes en algunas regiones han puesto en peligro el objetivo de erradicar la enfermedad antes de 2020.

Entre 2000 y 2011 el número de muertes por sarampión cayó de 542.000 a 158.000 (merma de 71%), y en el mismo periodo los nuevos casos se redujeron de 853.500 a 355.000 (una caída de 58%).

Estas disminuciones se deben básicamente a la ampliación de los programas de inmunización en el mundo, que supusieron que la cobertura mundial con una primera dosis de vacuna contra el sarampión pasase de 72 % en 2000 a 84 % en 2011.

Pero a pesar de este progreso, amplios sectores de la población están desprotegidos, y se calcula que en 2011 unos 20 millones de niños no recibieron la vacuna contra el sarampión. Más de la mitad de esos niños viven en cinco países: la República Democrática del Congo (800.000 niños), Etiopía (un millón), India (6,7 millones), Nigeria (1,7 millones) y Pakistán (900.000).

En esos países se detectaron masivos brotes de sarampión en 2011, pero también en países europeos donde se ha relajado el control epidemiológico.

En la República Democrática del Congo (RDC) se dieron 134.042 casos; 3.255 en Etiopía; 29.339 en India; 18.843 en Nigeria; 4.386 en Pakistán; 3.802 en España; 14.949 en Francia; y 5.189 en Italia, todas regiones comprometidas con el objetivo de eliminar el sarampión entre 2015 y 2020.

Los brotes de sarampión son un serio desafío para los esfuerzos regionales de eliminación de la enfermedad, y son un signo de que los sistemas de salud nacionales y los sistemas rutinarios de inmunización deberían reforzarse.



⁷ La fiebre de Lassa es una enfermedad viral aguda presente en África Occidental. La enfermedad fue descubierta en 1969 cuando dos enfermeras misioneras murieron en Nigeria. La causa de la enfermedad se encontró que era el virus Lassa, llamado así por la ciudad en Nigeria, donde se produjeron los primeros casos. El virus, miembro de la familia Arenaviridae, de cadena sencilla de ARN, es zoonótico. La fiebre de Lassa es leve o no tiene síntomas observables en aproximadamente 80% de las personas infectadas con el virus; el restante 20% presenta una grave enfermedad multisistémica. La fiebre de Lassa también se asocia con ocasionales epidemias, durante las cuales la tasa de mortalidad puede llegar a 50%.

El reservorio del virus de Lassa es un roedor del género *Mastomys*, conocido como ratón de Benín. No se conoce con certeza qué especies de *Mastomys* están asociados con la fiebre de Lassa, pero al menos dos especies son portadoras del virus en Sierra Leona. Estos roedores se reproducen con mucha frecuencia, producen un gran número de hijos, y son numerosos en las sabanas y selvas del oeste, centro y este de África. Además, *Mastomys* coloniza fácilmente las viviendas humanas.

Existen diversas maneras en las que el virus puede ser transmitido a los humanos. *Mastomys* elimina el virus en la orina y excrementos, por lo que el virus puede ser transmitido a través del contacto directo con estos materiales, al tocar objetos o alimentos contaminados con estos materiales, o a través de heridas o llagas. Como *Mastomys* a menudo vive en y alrededor de las casas y se alimenta de los restos de comida dejados por las personas, o de alimentos mal almacenados, la transmisión de este tipo es común. El contacto con el virus también puede ocurrir cuando una persona inhala partículas aerosolizadas de excrementos de roedores. Finalmente, debido a que estos roedores a veces son consumidos como alimento, la infección puede producirse a través de contacto directo cuando son capturados y preparados para la alimentación.

La fiebre de Lassa también puede propagarse a través del contacto de persona a persona. Este tipo de transmisión se produce cuando una persona entra en contacto con sangre, tejidos, secreciones o excreciones o de un individuo infectado con el virus de Lassa. El virus no se puede transmitir a través de un contacto casual (incluido el contacto piel a piel, sin intercambio de fluidos corporales). La transmisión de persona a persona es común en los centros de salud (como en esta noticia), donde, además de los modos de transmisión ya mencionados, el virus también puede contagiarse a través de instrumental médico contaminado, como las agujas reutilizadas (transmisión nosocomial).

Aproximadamente 15-20% de los pacientes hospitalizados por fiebre de Lassa mueren. Sin embargo, en general sólo alrededor de 1% de las infecciones por el virus Lassa resulta en muerte. Las tasas de mortalidad son especialmente elevadas en mujeres que cursan el tercer trimestre del embarazo, y para los fetos, ya que aproximadamente 95% muere en el útero de las madres embarazadas infectadas. El antiviral ribavirina se ha utilizado con éxito en el tratamiento de pacientes con fiebre de Lassa.

Asimismo, se debe alertar sobre la necesidad de que los padres conozcan los beneficios de la vacunación y los riesgos de la no inmunización.

El objetivo de la OMS es reducir en 95% las muertes por sarampión antes de 2015 y eliminar la enfermedad en cinco de las seis regiones del mundo antes de 2020.

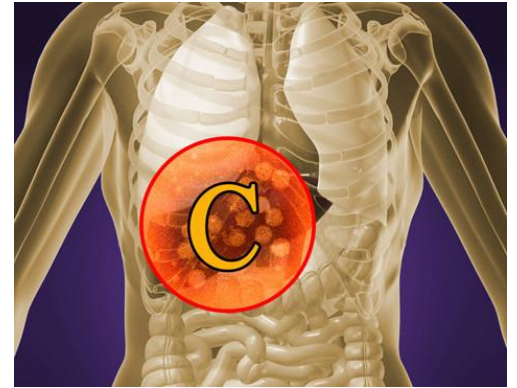


Llaman a la innovación de políticas globales para luchar contra la pandemia silenciosa de la hepatitis C

15 de enero de 2013 – Fuente: PRNewswire

Un nuevo reporte de la Unidad de Inteligencia de *The Economist* (EIU), titulado 'La pandemia silenciosa: enfrentando el problema de la Hepatitis C a través de la innovación en las políticas públicas', resalta la urgente necesidad de los países de todo el mundo de desarrollar estrategias para atacar los crecientes aspectos sociales y económicos asociados con la hepatitis C.

Mientras que el número total de individuos infectados se desconoce debido a la falta de datos disponibles, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aproximadamente 150 millones de personas viven actualmente con el virus de la hepatitis C (VHC), enfermedad infecciosa transmitida por vía sanguínea a nivel mundial, y de éstas, hasta dos tercios desarrollarán enfermedades crónicas del hígado y una de cada cinco desarrollará cirrosis. El VHC también es la causa fundamental de los trasplantes de hígado a nivel mundial y actualmente en Estados Unidos la enfermedad representa más muertes que el VIH/sida.



"El reporte resalta que a nivel mundial, a pesar de la carga significativa de la hepatitis C, los gobiernos no han logrado tener control sobre la escala y el impacto de la enfermedad," dijo Charles Gore, Presidente de la Alianza Mundial contra la Hepatitis. "Tanto en países desarrollados como en desarrollo, el costo verdadero tanto humano como económico de la hepatitis C se seguirá elevando a menos que quienes hacen las políticas confronten ahora, este tema urgente de salud pública".

A pesar de los efectos devastadores de la hepatitis C, el reporte indica que actualmente se considera prevenible y con los tratamientos modernos, la mayoría de los que la sufren pueden deshacerse del virus. El reporte indica, sin embargo, que actualmente tan sólo 10% de los pacientes reciben tratamiento y que hay una gran disparidad en los cuidados de un país a otro. Como resultado, el reporte llama a los países a considerar un "enfoque integral," que tome en cuenta las necesidades locales y los recursos disponibles, y que incluya lo siguiente:

- Vigilancia efectiva de la enfermedad para crear una imagen exacta del problema y asegurar que se puedan desarrollar políticas efectivas. El reporte señala que muy pocos países –tanto desarrollados como en desarrollo– han llevado a cabo recientemente los estudios epidemiológicos necesarios para una buena formulación de políticas a nivel nacional y mucho menos a nivel local. Según la EIU, 16 países de la Unión Europea cuentan con datos epidemiológicos escasos o inexistentes.
- Mayor conciencia pública para ayudar a eliminar el estigma asociado con la enfermedad y crear un mejor entendimiento de la hepatitis C. Un estudio de la Asociación Europea de Pacientes de Hígado (ELPA) encontró que sólo 20% de los diagnosticados habían escuchado hablar de la hepatitis B o C antes que se les informara que la habían contraído.⁸
- Medidas de prevención para reducir la conducta de alto riesgo y mejorar la educación sobre opciones de estilo de vida saludable para los ya infectados. El reporte también llama a tomar medidas para impedir la transmisión a través de sistemas de cuidados de la salud, que representan el principal medio de transmisión del VHC en países desarrollados.
- Vías innovadoras para llegar a los pacientes para asegurar que aquellos que requieran tratamiento lo reciban antes de desarrollar condiciones irreversibles.

"El reporte resalta que cada país tiene distintas necesidades y recursos; sin embargo, se insta a todos los involucrados en el manejo de la hepatitis C y la salud pública a ayudar a aumentar la conciencia de la enfermedad y ver las vías más efectivas de proporcionar tratamiento efectivo a los más necesitados," dijo Gaston Picchio, Líder Global del Área de Hepatitis de Janssen Pharmaceutical Companies. "Janssen se compromete a trabajar con todos los involucrados en la lucha contra el VHC y seguirá comprometiéndose con los profesionales para el cuidado de la salud, con los funcionarios del gobierno y con los defensores de los pacientes en todo el mundo en apoyo a sus esfuerzos para eliminar el VHC paciente por paciente".⁹

⁸ Pueden consultarse los resultados completos del estudio de la ELPA haciendo clic [aquí](#).

⁹ La hepatitis C es una enfermedad infecciosa que afecta al hígado y que se transmite por contacto con la sangre de una persona infectada. Con un estimado de 150 millones de personas infectadas en todo el mundo, tres a cuatro millones de personas infectadas cada año, la hepatitis C impone una carga significativa en los pacientes y en la sociedad. Las estimaciones indican que el VHC ocasionó más de 86.000 muertes y la pérdida de 1,2 millones de años de vida ajustados por discapacidad en la región Europea de la OMS en 2002. La infección crónica con el VHC puede dar como resultado cáncer de hígado y otras enfermedades hepáticas graves y mortales. Cerca de un cuarto de trasplantes de hígado llevados a cabo en 25 países Europeos en 2004 se atribuyeron al VHC. Se puede encontrar una copia completa del reporte de la EIU y materiales de apoyo, incluyendo una gráfica informativa, haciendo clic [aquí](#).

THE LANCET **Alta prevalencia de VIH en mujeres transgénero**

Infectious Diseases 15 de enero de 2013 – Fuente: *The Lancet Infectious Diseases*

La tasa de prevalencia de VIH en mujeres transgénero es de alrededor de 19,1% en todo el mundo, reveló una investigación realizada en seis países de la región Asia-Pacífico, cinco de América Latina, tres de Europa y Estados Unidos. En países de ingreso bajo y medio, la prevalencia fue de 17,7%, mientras que en los países de ingresos altos fue de 21,6%.

La probabilidad de que una mujer transgénero se infecte de VIH es 40 veces más alta que la de una persona heterosexual.

El análisis encabezado por Stefan D. Baral, investigador de la Escuela de Salud Pública de la Universidad John Hopkins tomó en cuenta las estadísticas de países en donde el mayor índice de nuevas infecciones fuera en hombres. Los datos recopilados provienen de los expedientes de 11.066 mujeres transgénero y la estadística producida por los programas de VIH de los países involucrados desde el año 2000 a la fecha.

Finalmente, para los investigadores del Centro de Investigación de Sida y del Centro de Salud Pública y Derechos Humanos de la Escuela de Salud Pública de la Universidad John Hopkins, los hallazgos sugieren que las mujeres transgénero son un sector de la población con altas probabilidades de infectarse del virus por lo que es necesario incrementar las acciones de prevención, tratamiento y servicios hospitalarios.¹⁰



 The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Aumentaron las muertes fetales entre las madres no vacunadas durante la epidemia de influenza A(H1N1)

17 de enero de 2013 – Fuente: *The New England Journal of Medicine*

Durante la pandemia de influenza A(H1N1) de 2009, se instó a las mujeres embarazadas a vacunarse contra la influenza, y las nuevas evidencias respaldan ese consejo.

Unos investigadores noruegos hallaron que la vacunación durante el embarazo era segura para la madre y para el niño, y que las muertes fetales fueron más comunes entre las futuras madres no vacunadas.

La influenza es una grave amenaza para la salud de una mujer embarazada y su bebé no nacido, señaló la Dra. Camilla Stoltenberg, directora general del Instituto Noruego de Salud Pública en Oslo, e investigadora principal del nuevo estudio.

“Nuestro estudio indica que la influenza durante el embarazo fue un factor de riesgo de alumbramiento de un mortinato en la pandemia de 2009”, señaló. “No hallamos ninguna indicación de que la vacunación contra la pandemia en el segundo o el tercer trimestre aumentara el riesgo de mortinato”.

Este año, la influenza está atacando a muchas personas en Estados Unidos, y los expertos afirman que lo mejor que una mujer embarazada puede hacer para proteger a su bebé de las complicaciones de la influenza es vacunarse.

“Además de proteger a la madre contra la influenza grave, la vacuna protege al feto y al niño en los primeros meses tras nacer, cuando el niño es demasiado pequeño para vacunarse”, señaló Stoltenberg.

Los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades (CDC) de Estados Unidos recomiendan una vacuna contra la influenza para todas las personas a partir de los 6 meses de edad. Además de las mujeres embarazadas, los CDC señalan que las personas mayores y todo el que sufre de una afección crónica como el asma o la diabetes son particularmente vulnerables a la infección.

Para el estudio, el equipo de Stoltenberg recolectó datos sobre más de 117.000 mujeres en Noruega que estaban embarazadas entre 2009 y 2010, el momento de la pandemia de influenza A(H1N1). Los investigadores hallaron que la tasa de muertes fetales fue de casi 5 cada mil mujeres.



¹⁰ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#) (requiere suscripción).

Durante la pandemia, 54% de las mujeres se vacunaron en su segundo y tercer trimestre, lo que redujo grandemente su riesgo de contraer la influenza, anotaron los autores del estudio.

Entre las mujeres que sí contrajeron la influenza, el riesgo de muerte fetal aumentó dramáticamente, hallaron los investigadores. Entre las mujeres vacunadas, el riesgo de muerte fetal fue mucho menor, añadieron. La muerte fetal se definió como cualquier pérdida o mortinato registrado tras el primer trimestre.

“Además, la vacuna resultó segura, no se relacionó con las muertes fetales, y podría haber reducido el riesgo de muerte fetal”, señaló Stoltenberg.

Los resultados no fueron sorprendentes para los expertos. “Este estudio confirma lo que ya sabemos, que el embarazo es un momento peligroso para la influenza, y la cepa A(H1N1) fue particularmente problemática para las mujeres embarazadas”, señaló el Dr. Marc Siegel, profesor asociado del Centro Médico Langone de la Universidad de New York, en la ciudad de New York.

“La influenza es particularmente riesgosa para las mujeres embarazadas, porque el virus puede pasar a través de la barrera placentaria e infectar al feto –explicó Siegel–. Esto puede resultar en muerte fetal o en el desarrollo de problemas del desarrollo, lo que incluye el desarrollo mental”.

“Es esencial que las mujeres embarazadas se vacunen contra la influenza –enfaticó–. Es importante educar a las mujeres, y este estudio ayuda”. Añadió que quizás haya que convencer a algunas mujeres, porque se les ha aconsejado que eviten ciertos fármacos durante el embarazo.

Otra experta, la Dra. Lorelei Thornburg, profesora asistente de obstetricia y ginecología de la Universidad de Rochester en Rochester, New York, apuntó que la respuesta del organismo a la infección cambia durante el embarazo.

“Es como un inmunosupresor”, planteó. “Cuando se contrae un virus malo en el embarazo, el cuerpo no tiene la misma capacidad de respuesta. Prevenir la infección en el embarazo es realmente la clave”.

La moraleja: “Toda mujer debe vacunarse contra la influenza”, aconsejó Thornburg.¹¹

Congreso



12, 13 y 14 de Noviembre 2013

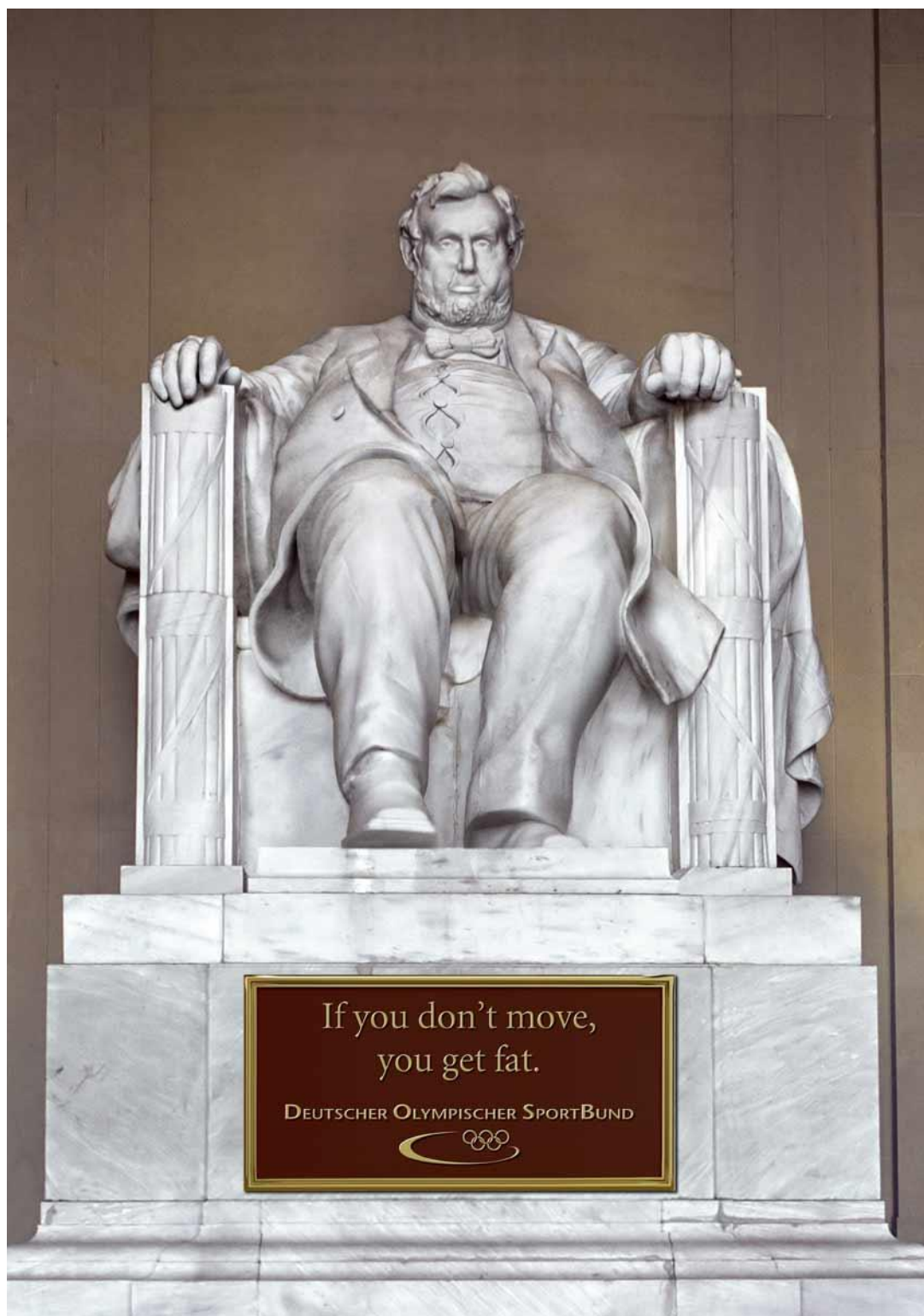
IV Congreso de Enfermedades Endemoepidémicas del Hospital Francisco J. Muñiz

Centro Metropolitano de Diseño - Algarrobo 1041, Buenos Aires



Secretaria e Informes: info@iescalada.com

¹¹ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#) (requiere suscripción).



Si no te mueves, engordas.
Deutscher Olympischer SportBund (Alemania).

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

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

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