



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina

www.reporteepidemiologico.com



Número 1.436

11 de septiembre de 2014

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 Fariás

Editores Asociados

Jorge S. Álvarez (Arg.)
Hugues Aumaitre (Fra.)
Jorge Benetucci (Arg.)
Pablo Bonvehí (Arg.)
María Belén Bouzas (Arg.)
Isabel Cassetti (Arg.)
Arnaldo Casiró (Arg.)
Ana Ceballos (Arg.)
Sergio Cimerman (Bra.)
Milagros Ferreyra (Fra.)
Salvador García Jiménez (Gua.)
Ángela Gentile (Arg.)
Ezequiel Klimovsky (Arg.)
Gabriel Levy Hara (Arg.)
Susana Lloveras (Arg.)
Gustavo Lopardo (Arg.)
Eduardo López (Arg.)
Tomás Orduna (Arg.)
Dominique Peyramond (Fra.)
Daniel Pryluka (Arg.)
Charlotte Russ (Arg.)
Horacio Salomón (Arg.)
Eduardo Savio (Uru.)
Daniel Stecher (Arg.)

Noticias

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

Argentina

- Vigilancia de fiebre recurrente
- Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Preocupa a los médicos un aumento en los casos de sarna

América

- Bolivia, La Paz: Lanzan un plan para combatir la fasciolosis
- Brasil, Rio de Janeiro: Detectan la bacteria KPC en la laguna Rodrigo de Freitas
- El Salvador confirma epidemia de dengue y de fiebre chikungunya
- Estados Unidos: El raro virus respiratorio EV-D68 que está afectando a cientos de niños
- Estados Unidos, California: Detectan más de 100 casos de fiebre del Nilo Occidental

- Nicaragua implementa un plan integral para erradicar la malaria

El mundo

- África Occidental: La enfermedad por el virus del Ébola ya mató a unas 2.200 personas y afectó a más de 4.000
- China: Nuevos casos de influenza A(H7N9)
- España: Los pediatras urgen que la vacuna contra la meningitis B se incluya en el calendario de inmunizaciones
- República Democrática del Congo: Crean dos nuevos centros de tratamiento para pacientes de enfermedad por el virus del Ébola
- Ucrania: Temor a un brote de poliomielitis ante la falta de vacunas
- La vacuna antigripal protege a las embarazadas con o sin VIH

Adhieren:



www.circulomedicocba.org/



www.apinfectologia.org/



www.slamviweb.org/



www.consejomedico.org.ar/



www.sadip.net/



www.said.org.ar/



www.sap.org.ar/



www.apargentina.org.ar/

Vigilancia de fiebre recurrente

3 de septiembre de 2014 – Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

Tabla 1. Casos notificados y confirmados, según provincia y región. Argentina. Años 2013/2014, hasta semana epidemiológica 29. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.¹

Provincia/Región	2013		2014	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	—	—	—	—
Buenos Aires	10	3	—	—
Córdoba	1	—	—	—
Entre Ríos	—	—	—	—
Santa Fe	—	—	—	—
Centro	11	3	—	—
Mendoza	—	—	—	—
San Juan	—	—	—	—
San Luis	—	—	—	—
Cuyo	—	—	—	—
Corrientes	—	—	—	—
Chaco	—	—	—	—
Formosa	—	—	—	—
Misiones	—	—	—	—
NEA	—	—	—	—
Catamarca	—	—	—	—
Jujuy	1	—	—	—
La Rioja	—	—	—	—
Salta	—	—	—	—
Santiago del Estero	—	—	—	—
Tucumán	—	—	—	—
NOA	1	—	—	—
Chubut	—	—	—	—
La Pampa	—	—	—	—
Neuquén	—	—	—	—
Río Negro	—	—	—	—
Santa Cruz	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—
Sur	—	—	—	—
Total Argentina	12	3	—	—

Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Preocupa a los médicos un aumento en los casos de sarna

9 de septiembre de 2014 – Fuente: Parabuenosaires (Argentina)

Los casos de escabiosis –popularmente conocida como sarna– muestra en los últimos meses un aumento de casos en los consultorios públicos y privados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

En el Hospital General de Niños ‘Dr. Ricardo Gutiérrez’ ya la tienen uno de cada cuatro chicos que atienden. Así lo confirmó a José Antonio Massimo, director del servicio de Dermatología del hospital pediátrico. Explica que el problema se volvió frecuente: muchas veces los pacientes llegan con una infección en la piel, pero la causa que está detrás es la sarna. Marcelo Labe, médico de la Sociedad Argentina de Dermatología (SAD) y del Hospital General de Agudos ‘Dr. José María Ramos Mejía’ –de referencia dermatológica en la CABA– dice que también es un problema que se ve en los adultos y que la enfermedad está traspasando clases sociales. “Vemos un recrudescimiento de los casos. La mayoría son de clase baja, como siempre fue, pero ahora detectamos nuevos en la clase media”, explica.

“La sarna existe siempre, pero cada cinco años aproximadamente se dan ciclos periódicos en los que se observa un mayor número de pacientes que llegan a la consulta con escabiosis. Eso es lo que está sucediendo en este momento. En los consultorios privados en los que atiendo, por ejemplo, el año pasado veía un paciente con sarna cada tanto y ahora veo uno cada 15 días”, informa Andrea Santos Muñoz, dermatóloga de adultos y niños del Hospital Alemán de Buenos Aires.

Es una enfermedad muy contagiosa, provocada por el parásito *Sarcoptes scabiei*, un ácaro de unos 0,4 milímetros de longitud, por lo cual apenas se puede observar a simple vista. Atraídos por el calor, la hembra hace túneles en la superficie de la piel, deposita sus huevos y segrega toxinas que causan reacciones alérgicas. Las larvas salen de los huevos y excavan túneles en las capas externas de la piel adonde se convierten en adultos. Si el ácaro es expulsado al rascarse, aún puede vivir en la ropa hasta 48 horas. Pueden pasar algunas semanas antes que una persona note la picazón.

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

Muchas veces, como la piel está dañada, ingresan otras bacterias que provocan infecciones. Se contagia de piel a piel, por eso se reproduce muy fácilmente en el grupo familiar: de hijos a madres, o hermanos que comparten la cama y la ropa. También hay casos en pacientes hospitalizados o internados en geriátricos que luego lo traspasan a otros miembros de la familia. Por eso, las condiciones socioeconómicas son un factor clave: el hacinamiento y la falta de limpieza favorecen el contagio.

“La sarna es el pan nuestro de cada día”, es la frase elegida por Massimo al referirse a la cantidad de casos que ven en el Hospital Gutiérrez, donde 60% de los pacientes viven en el conurbano. “Estimamos que 25% del promedio diario, que son cerca de 80 chicos, tienen sarna. Uno de cada cuatro, aproximadamente”, detalla. Por su parte, La-be, del Hospital Ramos Mejía, indica que “del promedio de 450 pacientes diarios, menos de 8% llega con sarna”.

“La mayor dificultad es que en general todo el grupo familiar que convive no hace el tratamiento”, agrega Massimo. Santos Muñoz, del Hospital Alemán, explica que como el parásito cumple un ciclo de vida en la piel humana “sucede que a lo mejor uno de los familiares no tiene lesiones pero ya tiene el parásito, y si no se tratan al mismo tiempo luego puede contagiar y se hace un círculo vicioso”.

América



Bolivia, La Paz: Lanzan un plan para combatir la fasciolosis

9 de septiembre de 2014 – Fuente: Prensa Latina

Las autoridades sanitarias del departamento de La Paz, en el occidente de Bolivia, desarrollan un plan para curar a 170.725 infestados con el parásito *Fasciola hepatica*, que se aloja y provoca malestares en el hígado.

Según René Barrientos, jefe de la Unidad de Epidemiología, la enfermedad afecta a la población de los 14 municipios ribereños del lago Titicaca, pero la localidad de Batallas registra la mayor cantidad de enfermos hepáticos.

El personal de salud distribuirá hasta finales de este mes 400.000 cápsulas de un medicamento antiparasitario a personas de entre cinco y 59 años de edad de esas regiones. Pero recomiendan hervir el agua de beber y cocinar bien los alimentos antes de consumirlos, como medidas para prevenir el contagio.

F. hepatica afecta tanto a las personas como al ganado vacuno, ovino y porcino. Se aloja en el hígado durante años y en la edad adulta llega a medir entre dos y cuatro centímetros.

Puede causar fuertes dolores abdominales, complicaciones en ese órgano vital y dificultades en el crecimiento y en el aprendizaje de los seres humanos.²



Brasil, Rio de Janeiro: Detectan la bacteria KPC en la laguna Rodrigo de Freitas

6 de septiembre de 2014 – Fuente: 54th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy

Información presentada en la 54ª Conferencia Interdisciplinaria de Quimioterapia y Agentes Antimicrobianos (ICAAC), desarrollada en Washington, indica la presencia de la bacteria *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasas (KPC) en la Laguna Rodrigo de Freitas, Rio de Janeiro, la cual albergará las competencias de remo en los Juegos Olímpicos programados para 2016 en esta ciudad.

Los investigadores también encontraron bacterias similares productoras de KPC en el río Carioca, el cual atraviesa diversos vecindarios de Rio de Janeiro, y en la playa Flamengo, según los investigadores de la Fundação do Instituto ‘Oswaldo Cruz’ (FIOCRUZ).

Los investigadores obtuvieron muestras de agua de cuatro sitios en la laguna Rodrigo de Freitas y de cinco sitios del río Carioca. Realizaron pruebas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y secuenciación de 16S rADN para identificar los morfotipos bacterianos, incluyendo a los que contienen el gen bla_{KPC}.

² La fasciolosis es una enfermedad parasitaria causada por dos especies de trematodos digéneos, *Fasciola hepatica* y *F. gigantica*, conocidas vulgarmente como duelas del hígado. Los adultos se localizan en la vesícula biliar o en los conductos biliares del hígado. Se trata de una zoonosis ya que afecta primariamente a otros mamíferos, pero puede transmitirse al hombre. *F. hepatica* mide entre 2 y 3 cm y es cosmopolita. *F. gigantica* mide de 4 a 10 cm y se distribuye principalmente por los trópicos; ha sido citada en África, Oriente Medio, Europa Oriental y el sur y el este de Asia; en África y Asia se dan ambas especies y su distribución se superpone en muchas áreas.

El ciclo biológico de los parásitos involucra a dos hospedadores, uno intermediario y otro definitivo. El hospedador intermediario es un caracol de agua dulce; el número de posibles hospedadores definitivos es muy amplio e incluye el ganado y otros muchos mamíferos herbívoros (principalmente ovejas y vacas), incluyendo el ser humano. Una estimación conservadora sobre la pérdida de productividad del ganado debida a la fasciolosis arroja la cifra de más 3.200 millones de dólares anuales en todo el mundo.

Además, la fasciolosis se considera una enfermedad humana emergente; la Organización Mundial de la Salud ha estimado que afecta a 2,4 millones de personas y que otros 180 millones sufren riesgo de infección. El cambio climático parece tener un papel relevante en esta expansión.

La fasciolosis está distribuida por todo el mundo. Mientras que la fasciolosis animal está presente en países con una producción ganadera elevada (especialmente bovinos y ovejas), la fasciolosis humana es más común, excepto en Europa Occidental, en países en vías de desarrollo. La fasciolosis se da solo en las áreas en que existen los hospedadores intermediarios apropiados.

La fasciolosis humana se ha convertido un importante problema de salud pública. Ha sido registrada en Europa, América, Asia, África y Oceanía, y su incidencia se ha incrementado en 51 países de los cinco continentes. Un análisis global muestra que la supuesta correlación entre fasciolosis animales y humanas solo se da a un nivel básico. Prevalencias altas en humanos no se dan necesariamente en áreas donde la fasciolosis es un grave problema veterinario. Por ejemplo, en Sudamérica se dan hiperendemias y mesoendemias en Bolivia y Perú, donde la fasciolosis animal es un problema menor, mientras en países como Uruguay, Argentina y Chile las infecciones a humanos son esporádicas (hipoendémicas).

Hubo 157 aislamientos identificados como resistentes a por lo menos un carbapenem de los tres evaluados: 42% fueron obtenidos en la laguna Rodrigo de Freitas y 58% en el río Carioca. En la prueba de hidrólisis de ertapenem, 81% de los aislamientos del río Carioca y 19% de los de la laguna Rodrigo de Freitas demostraron actividad de carbapenemasa.

Treinta y tres aislamientos en *Enterobacteriaceae* y *Aeromonas* spp. recolectados de tres puntos en el río Carioca tenían el gen bla_{KPC-2}, y todos ellos tuvieron una estructura parcial Tn4401. Se encontró que solamente 28% de los aislamientos mostraron los componentes *tnpA*, ISKpn6 e ISKpn7 juntos. Además, la macrorrestricción XbaI se encontró en 18 patrones diferentes.

“La presencia de aislamientos resistentes a los carbapenems en estos cursos de agua pone de manifiesto que los ambientes acuáticos pueden ser un reservorio de genes de resistencia”, escribieron los autores del informe. “El uso de estas aguas podría facilitar una diseminación global de estos y otros genes importantes relacionados con la resistencia a los agentes antimicrobianos”.³



El Salvador confirma epidemia de dengue y de fiebre chikungunya

10 de septiembre de 2014 – Fuente: Notimex

Las autoridades sanitarias confirmaron que en El Salvador existe una epidemia de dengue y de fiebre chikungunya, tras el incremento de casos registrados en la última semana.

“Estamos en epidemia en ambas, tanto en dengue como en fiebre chikungunya”, admitió Eduardo Espinoza, viceministro de Salud.

Espinoza dijo que el sistema nacional decretó alerta para las dos enfermedades y que se realizará una cuarta campaña de fumigación, eliminación de mosquitos y de asesoría para la población.

Explicó que a la fecha, el país registra 11.219 casos de dengue confirmados, contra los 6.393 en el mismo periodo de 2013, lo que representa un aumento de 4.926, aunque sólo han fallecido dos personas.

De la misma manera, se contabilizan 37.240 casos sospechosos de dengue, contra los 19.194 ocurridos el año pasado, lo que significa un incremento del 94,02%.

Con respecto a la fiebre chikungunya, que apareció en mayo de este año en El Salvador, Espinoza señaló que a la fecha se registran 11.364 casos.

Sin embargo, los dolores en las articulaciones de las personas son más severos en la fiebre chikungunya y eso ha provocado incapacidad a muchos para trabajar.



Estados Unidos: El raro virus respiratorio EV-D68 que está afectando a cientos de niños

9 de septiembre de 2014 – Fuente: British Broadcasting Corporation (Gran Bretaña)

Un extraño virus respiratorio que afecta a cientos de niños en la región del Medio Oeste de Estados Unidos preocupa a las autoridades sanitarias del país.

Se cree que la causa del brote es el enterovirus EV-D68, que puede provocar una enfermedad respiratoria grave.

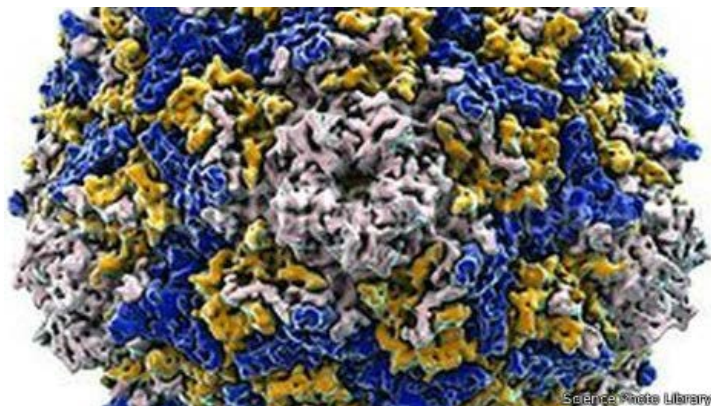
Doce estados desde Colorado a North Carolina informaron de casos durante el mes pasado. Decenas de niños debieron ser hospitalizados en unidades de cuidados intensivos.

¿Qué son los enterovirus?

Los enterovirus son comunes y usualmente no requieren atención hospitalaria. Los síntomas generalmente se manifiestan como un resfrío de verano. La temporada de infecciones alcanza su punto máximo en septiembre y luego empieza a decaer.

Hay más de 100 tipos de enterovirus causantes de unos 10 a 15 millones de infecciones en Estados Unidos cada año, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

Por lo general, los enterovirus no son mortales.



³ El hallazgo de bacterias multirresistentes (o de genes que confieren dicha característica a diversos microorganismos) ya no es una ocurrencia aislada en Unidades de Cuidados Intensivos, grandes centros hospitalarios o sofisticados centros de investigación. Los citados microorganismos y sus características se encuentran circulando en la comunidad, con el potencial para causar infecciones severas y eventualmente letales. De allí la importancia de una buena vigilancia, a fin de tomar a la brevedad las acciones pertinentes a fin que se pueda limitar la diseminación de los patógenos citados.

¿Qué tiene de inusual el EV-D68?

El EV-D68 es un enterovirus raro pero no es nuevo. Se registró por primera vez en California en 1962, y puede causar problemas respiratorios leves o severos.

Lo que es inusual en este momento es el número elevado de hospitalizaciones ya que hasta ahora sólo se habían reportado 100 casos desde que fue identificado.



La limpieza de manos es fundamental para prevenir el contagio.

En un grupo de casos en Kansas City, 19 de los 22 niños dieron positivo mientras que en Chicago, lo hicieron 11 de los 14 pacientes.

“Creemos que los inusuales aumentos de casos en Kansas City y Chicago podrían repetirse en otros lugares en las próximas semanas”, dijo Anne Schuchat del Centro Nacional de Inmunización y Enfermedades Respiratorias.

“No sabemos tanto como nos gustaría saber, pero creemos que el virus se propaga a través de las secreciones respiratorias”, explicó.

Los bebés, niños y adolescentes están en mayor riesgo a causa del virus. Más de la mitad de los niños hospitalizados en el brote ya tenía antecedentes de asma u otros problemas respiratorios.

No se han reportado víctimas mortales.

La doctora Schuchat dijo que 12 estados habían contactado con los CDC solicitando ayuda en la investigación de los grupos de virus.

¿Qué se puede hacer para prevenirlo?

Al igual que otros enterovirus, la enfermedad respiratoria parece propagarse mediante el contacto cercano con personas infectadas. Eso hace que los niños sean más susceptibles.

No hay mucho que se pueda hacer, dicen funcionarios de salud, más allá de la adopción de medidas de sentido común para reducir el riesgo.

Se recomienda lavarse las manos con agua y jabón durante 20 segundos, especialmente después de ir al baño y cambiar pañales. También limpiar y desinfectar las superficies que se tocan regularmente por diferentes personas, como los juguetes y los pomos de las puertas.

Otro consejo sería evitar dar la mano, besar, abrazar y compartir vasos o utensilios con personas que están enfermas. Y quedarse en casa si se siente mal.

No hay una vacuna para el EV-D68.



Estados Unidos, California: Detectan más de 100 casos de fiebre del Nilo Occidental

10 de septiembre de 2014 – Fuente: Univisión (México)

Un brote de fiebre del Nilo Occidental afectó a 94 personas y provocó 3 muertes en el condado de Orange, y preocupa a las autoridades de salud ya que es siete veces superior a los casos diagnosticados en todo el año 2013. Se encontró el virus en 80% de los mosquitos de ese condado.

Hay varios factores que contribuyen a la escalada del virus del Nilo Occidental en el sur de California: no sólo el número de infecciones en personas reportadas desde enero –cercanas al centenar– deja muy lejos los 12 casos registrados allí en todo de 2013, sino que la prevalencia en las aves (que albergan el virus) y en los mosquitos que la transmiten, también ha aumentado.

Las condiciones climáticas de Orange, donde se registra la cuarta parte de los casos de fiebre del Nilo Occidental que se reportaron hasta ahora a nivel nacional (alrededor de 400) serían la clave del aumento de personas infectadas.

Una sequía persistente que ha eliminado la mayor parte del agua estancada donde nacen los mosquitos, dio lugar a una menor población de estos insectos. Sin embargo, las aves y los mosquitos se han desplazado hacia lugares en busca de agua, y justamente esos lugares están cerca de la gente.

“El virus ha aparecido en 80% de los mosquitos que se analizaron en el condado de Orange este año, y es la tasa más alta detectada en California desde que la enfermedad apareció por primera vez en 2004”, dijo Jared Dever, portavoz de la agencia de control de vectores del condado. “El porcentaje normal de mosquitos infectados suele rondar 20%”, agregó.

Los funcionarios de salud señalaron que alrededor de 260 aves muertas dieron positivo en las pruebas del virus del Nilo Occidental este año, en comparación con 40 aves en todo 2013 y 109 durante el último brote importante de 2012. Insistieron en que las personas deben usar repelente y combatir los mosquitos para ponerse a salvo del virus.



Nicaragua continúa con la implementación de un plan integral contra la propagación de la malaria, padecimiento que el Ministerio de Salud (MINSAL) prevé erradicar hacia el año 2020.

Según la directora de Prevención de Enfermedades del MINSAL, Martha Reyes, desde enero de 2014 hasta la fecha se registraron 661 personas contagiadas, 20 más que durante el mismo periodo de 2013.

“No obstante, en los últimos dos años no se reportaron fallecimientos por esa enfermedad, y gracias a las medidas tomadas a escala nacional, disminuyeron los casos de malaria por *Plasmodium falciparum*, el tipo más peligroso”, señaló Reyes.

La especialista destacó la acción coordinada entre instituciones, brigadas de salud y la comunidad para disminuir la cantidad de contagiados.

“Hemos fortalecido la detección de casos febriles, el tratamiento médico de los enfermos y el control del vector transmisor (mosquitos del género *Anopheles*), en lo cual participan cerca de 8.224 voluntarios”, afirmó.

El mundo



África Occidental: La enfermedad por el virus del Ébola ya mató a unas 2.200 personas y afectó a más de 4.000

10 de septiembre de 2014 – Fuente: France Press

El número de infectados por la epidemia de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) que asuela África Occidental alcanzó las 4.269 personas, de las cuales al menos 2.288 murieron, según los últimos datos anunciados por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La agencia sanitaria de Naciones Unidas indicó que el número de casos “continúa acelerándose” en los tres países más afectados –Guinea, Liberia y Sierra Leona–, donde existe “amplia e intensa transmisión”.

Esta afirmación se demuestra analizando los datos, que revelan una alta propagación en los últimos 21 días, en los que el número de afectados se multiplicó exponencialmente.

El virus del Ébola, que se transmite por contacto directo con los fluidos corporales, tiene un periodo de incubación de hasta 21 días, es por eso que la OMS pone especial énfasis en evaluar los contagios en este periodo.

Según los datos recabados, hasta el 6 de setiembre Guinea había detectado 862 casos, de los cuales 555 murieron. En los últimos 21 días, los casos nuevos en ese país ascendieron hasta 339, de los cuales 155 fallecieron.

En Liberia, hasta el 6 de setiembre se habían contabilizado 2.046 afectados, incluidas 1.224 muertes. De esos casos, 1.212 ocurrieron en los últimos 21 días, de los cuales 758 personas murieron. Al respecto, la OMS señaló que se espera que en la próximas tres semanas haya “miles de nuevos casos” de EVE en Liberia.

La tragedia de Liberia se explica, entre otros factores, por el hecho de que antes del brote de EVE sólo había un médico cada 100.000 personas, en una población total de 4,4 millones de habitantes, lo que significa que cada médico o sanitario enfermo o muerto merma gravemente la capacidad de respuesta.

Con respecto a Sierra Leona, el número total de infectados al 6 de setiembre se elevaba a 1.361, de los cuales 509 fallecieron. En los últimos 21 días ocurrieron 533 casos más y 154 decesos.

De los 4.269 casos contabilizados hasta la fecha en los tres países, 2.084 se registraron en los últimos 21 días. Y del total de 2.288 decesos, 1.067 correspondieron a las últimas tres semanas.

Por otra parte, en Nigeria se dieron 8 casos de infección y 4 muertes en los últimos 21 días, por lo que el número total de afectados se eleva a 21 y el de muertes a 8.

En Senegal ocurrieron tres casos pero no ha habido que lamentar ninguna muerte, y no se reportaron nuevos afectados en las últimas tres semanas.

Esta es la mayor epidemia de EVE jamás registrada desde que el virus se descubrió en 1976 en República Democrática del Congo (antiguo Zaire), y es la primera vez que se da en África Occidental.

Senegal abre un corredor humanitario

El Gobierno de Senegal anunció el 8 de setiembre la apertura de un corredor humanitario para facilitar la llegada de ayuda humanitaria a los países afectados por la epidemia de EVE en África Occidental.

“Tras el cierre de fronteras, se ha decidido la próxima apertura de un corredor humanitario que permita a las ONG seguir prestando asistencia a los países de la región afectados por la epidemia”, según un comunicado oficial.

Varias ONG han solicitado a las autoridades senegalesas que Dakar se convierta en una base regional para el envío de equipos médicos, material y ayuda humanitaria a Guinea, Liberia y Sierra Leona.

La Organización de Naciones Unidas (ONU) e importantes ONG, como Médicos Sin Fronteras o la Cruz Roja, tienen su sede regional en Dakar, La ciudad punto de partida de sus intervenciones en África Occidental y Central.



El pasado 21 de agosto, el Gobierno de Senegal anunció el cierre de sus fronteras terrestres, aéreas y marítimas con su vecina Guinea, al tiempo que anuló los vuelos aéreos con Liberia y Sierra Leona. Anteriormente, Senegal había cerrado, entre el 29 de marzo y el 6 de mayo, sus fronteras con Guinea.



Uno de los epicentros de la EVE, el distrito de Kailahun, en la frontera oriental de Sierra Leona con Guinea, está en cuarentena desde principios de agosto.

a ser demasiado amplia en el futuro.

África Occidental cuenta con una capacidad de 570 camas dedicadas a los pacientes con EVE, pero la organización humanitaria internacional Médicos Sin Fronteras (MSF) calcula que la región necesita al menos 1.000 plazas de hospitales, con aislamiento completo.

El presidente Barack Hussein Obama II hizo el primer anuncio público sobre el tema el 7 de septiembre, cuando declaró que el brote de EVE es un peligro para la seguridad nacional de Estados Unidos.

“Vamos a tener que conseguir recursos militares estadounidenses solo para instalar en África Occidental unidades de aislamiento y equipos que brinden seguridad a los trabajadores de salud pública procedentes de todo el mundo”, declaró Obama durante una entrevista televisada. “Si no hacemos ese esfuerzo ya, podría ser un grave peligro para Estados Unidos”, advirtió.

Washington gastó más de 20 millones de dólares en África Occidental este año para combatir la enfermedad, pero en los últimos meses recibió críticas por no hacer lo suficiente. Se espera que Obama solicite fondos adicionales al Congreso legislativo a fines de este mes.

No obstante, la intervención militar ya comenzó, aunque en una escala muy pequeña y, por ahora, solo en Liberia.

Un portavoz del Pentágono dijo que, a lo largo del fin de semana, el secretario de Defensa Charles Timothy “Chuck” Hagel aprobó el envío de “un centro hospitalario de 25 camas, con el equipo y el apoyo necesario para establecer la instalación” en Liberia.

El portavoz agregó que el gobierno tiene planes adicionales, pero precisó que el Pentágono responde solo a las solicitudes de otros organismos federales estadounidenses y no tiene un rol de liderazgo en el asunto. Además, su presencia en el hospital de Liberia, el país más afectado por la EVE, es limitada.

El Pentágono “no tendrá una presencia permanente en la instalación ni brindará atención directa a los pacientes, pero se asegurará de que el hospital se mantenga abastecido y proporcionará apoyo periódico para su funcionamiento por un plazo de hasta 180 días. Una vez que el centro hospitalario esté instalado, se transferirá al gobierno de Liberia”, explicó el portavoz.

El 8 de septiembre, el ministro de Defensa de Liberia, Brownie Samukai, declaró que su gobierno estaba “sumamente complacido” por el anuncio.

No hace falta seguridad

Ese día, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) advirtió del “incremento exponencial” de los casos de EVE en las próximas semanas.

Pero hasta ahora la respuesta internacional ante la epidemia se considera peligrosamente insuficiente. No obstante, la declaración de Obama generó interrogantes incluso entre quienes apoyaron el anuncio.

Médicos Sin Fronteras (MSF), aunque históricamente contraria a la intervención militar frente a los brotes epidémicos, rompió con esa tradición en este caso. La organización advirtió que la comunidad mundial está fallando en su respuesta a la epidemia y, ante una conferencia especial de la ONU, exhortó que los países con “capacidad médica civil y militar deben enviar recursos y personal a África Occidental de inmediato”.

MSF recibió con satisfacción el anuncio de Obama, pero también manifestó su gran preocupación por la referencia de Obama a que los militares de Estados Unidos brinden “seguridad a los trabajadores de salud pública”.

El grupo “reitera la necesidad de que este apoyo sea de carácter médico únicamente”, dijo Tim Shenk, encargado de prensa de la organización. “Los trabajadores humanitarios no necesitan apoyo adicional de seguridad en la región afectada”.

MSF instó a que el personal militar desplegado en África occidental no se utilice para “medidas de cuarentena, de contención o de control de masas”.

El portavoz del Pentágono dijo que las fuerzas armadas estadounidenses todavía no recibieron una solicitud para brindar seguridad a los trabajadores de salud.

Apoyo militar de Estados Unidos

Las fuerzas armadas de Estados Unidos se sumaron a la ofensiva internacional contra el brote de EVE en África Occidental, pero por ahora su intervención se limita a un hospital de campaña de 25 camas en Liberia, uno de los cinco países afectados por la enfermedad.

Los defensores de la intervención militar, entre ellos voces destacadas del ámbito de la salud mundial, elogiaron la sólida capacidad logística del Departamento de Defensa estadounidense que, según casi todos los observadores, es absolutamente necesaria para combatir la epidemia que comenzó en marzo en Guinea.

Sin embargo, ya existe inquietud por la magnitud de la misión. Algunos se preguntan si tiene la fuerza necesaria y otros si puede llegar

Pocas pautas

Estados Unidos no es el único país que recurre a sus fuerzas militares para reforzar la respuesta humanitaria en África occidental. El gobierno británico anunció en los últimos días que personal humanitario y militar instalará y administrará 68 camas para casos de EVE en un centro médico en Sierra Leona.

Sin embargo, la preocupación de MSF por el despliegue militar estadounidense subraya el hecho de que existe poca orientación formal sobre la participación de militares extranjeros en la respuesta internacional frente a problemas sanitarios.

La OMS, por ejemplo, no tiene una postura sobre el tema, señaló un portavoz, Daniel Epstein. Dado que se trata de un organismo intergubernamental, corresponde a los países afectados tomar las decisiones y realizar solicitudes, indicó.

“Cada país se encarga de su propia situación de seguridad. Así que si los gobiernos aceptan la participación militar de otros países, es su asunto”, dijo Epstein.

Otra portavoz, Margaret Harris, dijo que la OMS agradece “las habilidades que grupos bien entrenados, disciplinados y sumamente organizados como las fuerzas armadas de Estados Unidos pueden aportar a la campaña para acabar con la EVE”.

Pero la contribución militar de Estados Unidos podría ser menor de la necesaria.

Shenk, de MSF, señaló que el plan militar de Estados Unidos debería incluir tanto la construcción como la gestión de centros contra la EVE. Pero, por ahora, el Pentágono asegura que no se encargará de los mismos.

Laurie Garrett, una destacada experta en salud mundial e integrante del centro de investigaciones Consejo de Relaciones Exteriores, con sede en Washington, expresó su alarma por el hecho de que la intervención del Pentágono contra la EVE parecer ser “diminuta” frente a lo que hace falta para contener la epidemia.



China: Nuevos casos de influenza A(H7N9)

4 de septiembre de 2014 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

El 2 de septiembre de 2014, la Comisión de Salud y Planificación Familiar (CSPF) de China notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) dos nuevos casos de infección humana por el virus de la influenza aviar A(H7N9) confirmada mediante pruebas de laboratorio.

Datos de los casos:

- Mujer de 66 años de la Región Autónoma Uigur de Xinjiang, con antecedentes de exposición a aves de corral vivas, que enfermó el 14 de julio, fue hospitalizada el 17 y falleció el 3 de agosto.
- Hombre de 53 años de la Región Autónoma Uigur de Xinjiang, con antecedentes de exposición a aves de corral vivas, que enfermó el 5 de agosto y fue hospitalizado el 9. Presenta enfermedad leve.

El Gobierno de China ha tomado las siguientes medidas de vigilancia y control:

- fortalecimiento de la vigilancia y el análisis de la situación;
- fortalecimiento de la atención clínica y el tratamiento médico;
- comunicación pública del riesgo y difusión de información.

La evaluación global del riesgo no ha cambiado.

El hecho de que se hayan detectado virus de la influenza aviar A(H7N9) en aves de corral vivas exportadas de China continental a la Región Autónoma Especial de Hong Kong demuestra la posibilidad de que el virus se propague por el desplazamiento de aves de corral vivas, pero por el momento no existen indicios de que se haya producido una propagación internacional de la influenza aviar por el virus A(H7N9). No obstante, como la infección no produce signos de enfermedad en las aves de corral, es necesario mantener la vigilancia. Es previsible que se produzcan nuevos casos esporádicos de infección humana por el virus A(H7N9) en las zonas afectadas, y posiblemente en zonas vecinas.

En caso de que algún paciente de las zonas afectadas viaje al extranjero, es posible que la infección se detecte en otro país a su llegada. Aun así, es improbable una propagación a nivel comunitario, dado que el virus no se transmite fácilmente de persona a persona. Como no hay pruebas de una transmisión sostenida de persona a persona, el riesgo de propagación internacional del virus A(H7N9) por viajeros es bajo.

La OMS aconseja a quienes viajen a países donde haya brotes conocidos de influenza aviar que eviten las granjas de aves, el contacto con animales en los mercados de aves vivas, la entrada en instalaciones donde se sacrifiquen aves de corral y el contacto con cualquier superficie que parezca estar contaminada por heces de aves de corral o de otros animales. Los viajeros deben lavarse frecuentemente las manos con agua y jabón y prestar atención a la inocuidad y la higiene de los alimentos.

La OMS no recomienda la realización de exámenes especiales en los puntos de entrada ni la aplicación de restricciones a los viajes ni al comercio en relación con este evento. Como siempre, habrá que pensar en el diagnóstico de infección por virus de la influenza aviar en pacientes que presenten síntomas respiratorios agudos graves durante viajes a zonas donde haya influenza aviar, o poco después de la vuelta de dichos viajes.

La OMS alienta a los países a que sigan reforzando la vigilancia de la influenza, en particular la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas graves; examinen cuidadosamente todos los casos inusuales para garantizar la notificación de las infecciones humanas de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005), y sigan con sus medidas nacionales de preparación sanitaria.

La Asociación Española de Pediatría (AEP) defiende que la primera vacuna contra el meningococo B recién aprobada en España sea incluida en el calendario vacunal del Sistema Nacional de Salud (SNS) para proteger a todos los lactantes o, al menos, pueda venderse en las farmacias para que los padres que quieran puedan vacunar a sus hijos.

“Estamos ante el peor escenario posible”, defendió la pediatra Teresa Hernández-Sampelayo, del Comité Asesor de Vacunas de esta sociedad científica, que criticó la decisión del Ministerio de Sanidad de restringir la administración de esta vacuna a uso hospitalario y en grupos de riesgo “muy reducidos”, cuando se trata de una enfermedad que afecta a niños sanos y es “grave, mortal y deja secuelas”.

Actualmente, la enfermedad meningocócica causada por el serogrupo B es la más prevalente en España y representa 70% de los casos de meningitis que se producen cada año, entre 450 y 600, generalmente en niños y adolescentes. Por el momento no había ninguna vacuna en el mercado, lo que hacía que uno de cada diez afectados acabe falleciendo y entre 20 y 30% sufra algún tipo de secuela.

La vacuna, que la farmacéutica Novartis comercializa con el nombre de Bexsero®, fue aprobada por la Unión Europea en enero de 2013 tras haber superado más de una decena de ensayos clínicos y probar su eficacia y seguridad, y el pasado mes de agosto el Ministerio autorizó su uso en España.

Sin embargo, el departamento de Ana Mato Adrover acotó su administración al uso hospitalario para aquellos niños con déficit de complemento, asplenia o disfunción esplénica grave y personal de laboratorio que manipule muestras que puedan contener meningococos. También se contempla su uso en caso de brotes.

“Para los pediatras, la vacunación únicamente en estos casos es insuficiente”, insistió Hernández-Sampelayo, que pide a Sanidad que reconsidere su decisión ya que en la mayoría de países europeos puede comercializarse libremente y en Gran Bretaña se ha acordado su inclusión en el calendario vacunal.

“Pensamos que esta vacuna es candidata a ser incluida en el calendario vacunal por la protección que ofrece y, por lo menos, debería estar disponible en las farmacias para que el pediatra pueda recomendarla y los padres tengan la posibilidad de proteger a sus hijos”, defendió esta experta.

El también pediatra Federico Martínón, del Complejo Hospitalario de Santiago y participante en el desarrollo clínico de la vacuna, defendió además que hasta el momento se han distribuido medio millón de dosis por todo el mundo y se han vacunado a cerca de 100.000 personas “sin incidencias no esperables”.

No se puede predecir el riesgo de sufrir la enfermedad

Asimismo, argumentó que su uso debería ser sistemático en todos los bebés sanos de dos meses ya que “actualmente no se puede predecir a qué niños puede afectar”. De hecho, asegura que los casos de riesgo seleccionados por Sanidad apenas representan 5% de todos los afectados, que en la mayoría de casos son niños sanos.

Ambos expertos lamentan que la decisión del Ministerio pueda estar basada en motivos económicos –la vacuna tiene actualmente un precio de 96 dólares por dosis, y se requieren entre dos y cuatro en función de la edad– y creen que a la hora de tomar estas decisiones deben tenerse en cuenta todos los beneficios que puede ofrecer la vacunación, también a largo plazo. De hecho, recuerdan que el tratamiento de por vida de un paciente con secuelas puede rondar los 1,5 millones de dólares.

Además, la compañía aclaró que el precio actual es el que se ha fijado para su venta a los hospitales, por lo que, de cambiar su estatus, el precio también podría variar, según reconoció Mercedes Echauri, directora de Novartis Vaccines.

Hernández-Sampelayo entiende que ahora la situación económica “no permita su financiación” pero, si al menos se vendiera en farmacias y “unos pocos niños sí se vacunarán”, se podría conseguir lo que se conoce como efecto grupo o rebaño, de modo que los niños no vacunados podrían estar menos expuestos al virus. No obstante, admite que para que esto suceda deberían comprarla 80-90% de los padres.

Asimismo, se podría conocer la “efectividad real” que tiene la vacuna en la población española. “Si restringimos su uso, nunca podremos saber los beneficios que realmente ofrece”, alertó.

Los pediatras aseguran que seguirán pidiendo que se amplíe su uso pero, al mismo tiempo, alertan a los padres del riesgo que conlleva adquirir estos productos en otros países o a través de Internet, como ha sucedido con otras vacunas como la de la varicela, después que Sanidad también haya decidido pasarla a uso hospitalario.



Como respuesta a la epidemia de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) desatada en el área de salud de Boende, República Democrática del Congo, Médicos Sin Fronteras ha puesto en marcha dos centros de tratamiento, uno principal con capacidad para atender a 40 pacientes en la ciudad de Lokolia, epicentro de la epidemia, y otro secundario en Boende, con una capacidad de 10 camas.



Desinfección del personal médico en Foya, Liberia.

Los principales retos sobre el terreno siguen siendo las limitaciones logísticas y la necesidad de sensibilizar a la población. MSF cuenta con un equipo de 40 personas en la zona, repartidos entre las localidades de Boende y Lokolia, y ha enviado hasta el momento 41 toneladas de material.

“En Boende, por el momento han aparecido muy pocos casos, lo que hace que la gente siga pensando que la EVE es una invención y que no existe. En Lokolia es diferente: la gente ha perdido a familiares cercanos, saben que la enfermedad está ahí y son más receptivos a las campañas de sensibilización”, explica el Dr. Papy Lamé, médico de la unidad de emergencias de MSF en la República Democrática del Congo y desplazado a la zona desde la aparición de la epidemia. Sobre el terreno, el principal reto sigue siendo la sensibilización, una actividad indispensable para hacer comprender a las

familias cómo prevenir la enfermedad y qué hacer ante la aparición de casos sospechosos. “Hay familias que han llegado a perder a cuatro o cinco de sus miembros. Un padre perdió a su mujer y a su cuñada. Uno de sus hijos también enfermó y falleció. Al día siguiente otro de sus hijos igualmente murió”, cuenta Lamé.

En el centro de tratamiento para pacientes de EVE que MSF ha abierto en Lokolia se han hospitalizado a seis pacientes, y algunos de ellos aún están a la espera de los resultados del diagnóstico. Dos pacientes están siendo atendidos en el segundo centro en la localidad de Boende. Las campañas de sensibilización permiten fundamentalmente explicar a la comunidad la importancia de prevenir la enfermedad. Los dos centros puestos en marcha cuentan con todas las medidas necesarias de control de transmisión de la epidemia. “La instalación de esos centros ha sido todo un reto, sobre todo en lo relacionado con el transporte de material. Hay que preverlo todo, para que cuando el centro esté en funcionamiento solo los mínimos cambios sean necesarios. Por eso, la preparación es indispensable”, explica Julien Binet, responsable de logística del proyecto.

Boende y Lokolia están situadas en zona de selva tropical, lo que condiciona la intervención de los equipos de MSF. “Hay limitaciones logísticas reales. El camino entre Boende y Lokolia es bastante bueno y enviamos lanchas para poder cruzar el río Lomela. Pero entre Lokolia y Watsikengo el camino es muy malo. Nos aseguramos que los puentes estuvieran reparados, pero incluso así los vehículos no conseguían pasar. Tuvimos que ser muy creativos”, explica Lamé.

“Por ahora, tenemos dos pacientes que han mejorado, creemos que han entrado en fase de recuperación. Es un rayo de esperanza para el equipo y la comunidad”, dice Lamé.



Ucrania: Temor a un brote de poliomielitis ante la falta de vacunas

10 de septiembre de 2014 – Fuente: EFE

Ucrania se ha quedado sin vacunas para inmunizar a la población infantil, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) teme que reaparezcan diversas enfermedades y alerta especialmente sobre un posible brote de poliomielitis en el país.

“Actualmente no hay vacunas almacenadas en Ucrania. Existen algunos centros que todavía tienen algunas dosis pero cuando éstas se acaben no habrá más. Tememos especialmente que surja un brote de poliomielitis en el país”, afirmó Dorit Nitzan, la representante de la OMS en Ucrania.

“Cuando la crisis surgió, el sistema sanitario del país era ya muy débil y se estaba reconstruyendo. No prestaba servicios de salud adecuados. El conflicto lo ha empeorado aún más”, agregó sobre la rebelión armada de los separatistas prorrusos en el este del país.

Nitzan explicó que la cobertura inmunológica de los niños ucranianos no alcanza a 50%. Esta situación fue explicada por la experta debido a dos aspectos: el débil sistema de salud, y el hecho de que tras una epidemia de sarampión en 2008 un niño murió poco después de haberle sido administrada una vacuna, “y se creó un rechazo generalizado a la inmunización”.

Desde que el conflicto en el este del país surgió en la primavera boreal de este año, “el sistema sanitario ha sido puesto bajo mucha presión, y el ministerio, simplemente, no ha podido hacer lo necesario para obtener más vacunas”.

Ante esta situación, la OMS teme un brote de poliomielitis no porque haya ningún indicio específico, sino porque es una enfermedad muy grave que puede dejar paralizados total o parcialmente a quienes la contraen.

“Claro que pueden darse casos de sarampión o de rubéola, pero la poliomielitis es muy peligrosa. Además, se sabe que tras el primer caso confirmado de poliomielitis habrá otros 200 infectados que han pasado desapercibidos”, agregó.

Otra de las vacunas más necesitadas actualmente es la del tétanos, dado que la precisan todas aquellas personas que hayan sido heridas.



La OMS, en colaboración con el Ministerio de Salud ucraniano, se ha puesto en contacto con distintos organismos internacionales para intentar dotarse de vacunas lo antes posible.

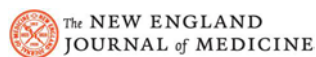
Para ello, ha solicitado 14 millones de dólares, con los cuales no sólo intentará comprar vacunas sino también dotar al sistema sanitario de todos aquellos elementos indispensables con los que no cuenta actualmente: medicamentos, material quirúrgico, etc. La petición se hizo a mediados de agosto y hasta la fecha sólo se han obtenido 40.000 dólares.

Una vez las vacunas lleguen al país, la OMS, en colaboración con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), planea una campaña de vacunación contra la poliomielitis y el sarampión.

Por otra parte, Nitzan explicó que 32 hospitales de las regiones afectadas por los combates no funcionan en su total capacidad, y que otros 17 han quedado destruidos tras ser bombardeados.

Desde que el conflicto surgió, más de un millón de ucranianos han debido abandonar sus hogares a causa de los combates. Pero en total, se calcula que 4 millones de personas se han visto afectadas por el conflicto.

“Las necesidades sanitarias de las personas afectadas por la crisis en el este del país son muchas, por lo que necesitamos actuar urgentemente para tratar a todas aquellas personas que lo necesitan”, concluyó Nitzan.



La vacuna antigripal protege a las embarazadas con o sin VIH

4 de septiembre de 2014 – Fuente: *The New England Journal of Medicine*

Evaluaciones realizadas en 2011 y 2012 demuestran que la vacuna antigripal previene las infecciones por influenza en las embarazadas, estén o no infectadas por el VIH.

La vacuna también protegió a los recién nacidos durante por lo menos las primeras 24 semanas de vida si sus madres no estaban infectadas. No hubo evidencia de protección en los hijos de las mujeres VIH positivas, aunque la cantidad de niños de esa categoría era muy pequeña.

“Los resultados coinciden con las recomendaciones vigentes de vacunar a todos”, dijo la Dra. Karen Deighan, obstetra y ginecóloga del Sistema de Salud de Loyola University, Maywood, Illinois.

“Este estudio brinda más seguridad sobre los beneficios de la inmunización”, incluidas las mujeres con VIH, sostuvo el autor principal, Dr. Shabir Madhi, del Hospital ‘Chris Hani-Baragwanath’ de Gauteng, Sudáfrica.

Los estudios aleatorizados a doble ciego realizados en Sudáfrica incluyeron a 2.237 mujeres, 188 infectadas con VIH, a las que controlaron semanalmente hasta la 24ª semana posterior al parto. Sanofi Pasteur fabrica la vacuna trivalente.

Al tener en cuenta los casos de influenza confirmados en todas las participantes, la vacuna mostró 50,4% de efectividad en las mujeres sin VIH y 48,8% en sus hijos.

Esa efectividad infantil es importante porque la vacuna antigripal no se puede utilizar en los menores de seis meses de vida. Aun así, “antes de los seis meses de edad, el riesgo de enfermarse es 50-55 veces más alta que en la población general”, dijo Madhi.

El estudio incluyó pocas mujeres con VIH, pero aportó evidencia de la efectividad de la vacuna en ese grupo, con 16 casos de influenza confirmados en las participantes sin vacunar y 7 en el grupo vacunado (57,7% de efectividad).

“La respuesta inmune fue mucho más baja que en las mujeres VIH negativas, de modo que esperábamos que la efectividad fuera menor –dijo Madhi–. En cambio, la efectividad de la vacuna era la misma, si no mayor, en las mujeres con VIH, lo que fue una gran sorpresa para nosotros”.

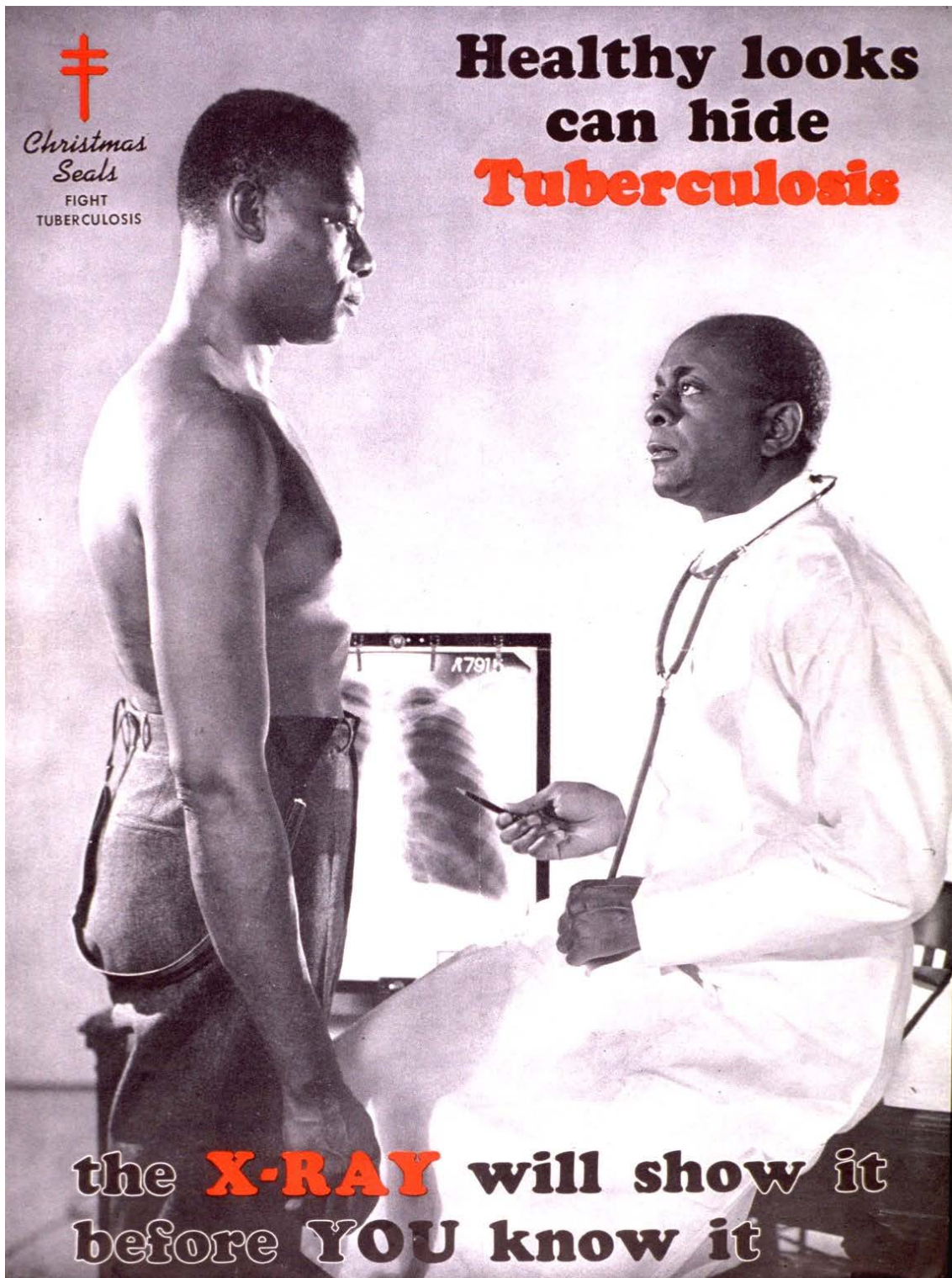
Los bebés de cinco mujeres vacunadas y seis mujeres sin vacunar con VIH tuvieron influenza dentro de las 24 semanas de vida, algo que podría atribuirse al azar.

Estudios previos sobre la protección infantil de la vacunación materna habían obtenido resultados contradictorios, aunque un estudio del 2008, en Bangladesh, reveló que los bebés de mujeres vacunadas eran 63% menos propensos a tener influenza.

La vacuna no provocó efectos adversos significativos, más allá de reacciones leves a moderadas en el sitio de aplicación, enrojecimiento y picazón.

Madhi dijo que éste es el primero estudio aleatorizado sobre la vacuna antigripal en el embarazo versus placebo. “Fue una buena idea hacerlo –opinó Deighan–. Felizmente, demostró que brinda protección”.⁴

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



**Un aspecto saludable puede esconder la tuberculosis.
Los rayos X pueden encontrarla antes que tú lo sepas.**
(1933. Estados Unidos).

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

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

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