



# Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente  
Córdoba - Argentina

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



## Número 1.629

4 de agosto de 2015

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 hidatidosis
- Buenos Aires, Bahía Blanca: Un bebé internado con botulismo

### América

- Estados Unidos, New York: Ya son cuatro los muertos por el brote de legionelosis en el Bronx
- Estados Unidos, Louisiana: Detectan la ameba *Naegleria fowleri* en el sistema de agua de Saint Bernard
- Guatemala: Este año los casos de fiebre chikungunya superan a los de dengue
- México, Sinaloa: Aumentan 74% los casos de infección por el VPH
- Panamá, Darién: Nueva amenaza de encefalitis equina venezolana

### El mundo

- Bélgica: Una ola de calor provocó 410 muertes a principios de julio
- España, Catalunya: Dan por cerrado el brote de difteria
- Europa: Hay dos nuevos casos de hepatitis C por cada caso de hepatitis B
- Pakistán: Luchar contra la malnutrición entre los más vulnerables
- El desconocimiento de las enfermedades animales aumenta su riesgo en humanos
- La OMS se reestructura ante las fallas durante la crisis de la enfermedad por el virus del Ébola
- Se confirmó la ausencia de transmisión del VIH en personas con carga viral indetectable que toman TARGA

### Adhieren:

**SLAMVI**

Sociedad Latinoamericana  
de Medicina del Viajero

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

**CIRCULO  
MÉDICO DE  
CÓRDOBA**

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

**CMPC**  
Consejo de Médicos  
de la Provincia  
de Córdoba

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



Biblioteca de la Facultad  
de Ciencias Médicas  
Universidad Nacional de Córdoba

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

**S.A.D.I.**

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

**Comité Nacional de  
Infectología**

Sociedad Argentina de Pediatría  
[www.sap.org.ar/](http://www.sap.org.ar/)



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

**Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica**

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

**Asociación  
Parasitológica  
Argentina**

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

## Argentina



### Vigilancia de hidatidosis

27 de julio de 2015 – 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 2014/2015, hasta semana epidemiológica 24. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.<sup>1</sup>

Provincia/Región	2014		2015	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	28	26	11	11
Buenos Aires	90	19	104	21
Córdoba	20	14	3	3
Entre Ríos	18	15	19	17
Santa Fe	11	2	23	2
<b>Centro</b>	<b>167</b>	<b>76</b>	<b>160</b>	<b>54</b>
Mendoza	27	—	29	—
San Juan	14	7	24	7
San Luis	4	3	4	1
<b>Cuyo</b>	<b>45</b>	<b>10</b>	<b>57</b>	<b>8</b>
Corrientes	1	1	7	3
Chaco	1	—	2	—
Formosa	1	—	2	2
Misiones	1	1	5	—
<b>NEA</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>16</b>	<b>5</b>
Catamarca	8	6	5	5
Jujuy	8	1	3	—
La Rioja	—	—	—	—
Salta	18	16	15	15
Santiago del Estero	11	11	9	7
Tucumán	15	14	13	12
<b>NOA</b>	<b>60</b>	<b>48</b>	<b>45</b>	<b>39</b>
Chubut	37	17	18	8
La Pampa	12	2	14	2
Neuquén	25	24	33	29
Río Negro	5	5	15	13
Santa Cruz	2	2	3	1
Tierra del Fuego	8	—	1	—
<b>Sur</b>	<b>89</b>	<b>50</b>	<b>84</b>	<b>53</b>
<b>Total Argentina</b>	<b>365</b>	<b>186</b>	<b>362</b>	<b>159</b>



### Buenos Aires, Bahía Blanca: Un bebé internado con botulismo

3 de agosto de 2015 – Fuente: La Nueva (Argentina)

Por sus condiciones climáticas y de suelo, Bahía Blanca es una de las ciudades del mundo con mayor frecuencia de botulismo del lactante, una enfermedad poco frecuente que afecta a niños menores de un año y resulta de la ingestión de la espora de la bacteria *Clostridium botulinum*.

Un bebé de tres meses está internado con esta enfermedad en el Hospital Italiano Regional del Sur, uno de los dos sanatorios, junto con el Hospital Interzonal de Agudos 'Dr. José Penna', que posee terapia intensiva infantil.

"En Bahía Blanca se atienden entre 5 y 8 bebés por año, algunos provenientes de la zona, y el tiempo de internación puede variar desde pocos días a meses", dijo el Dr. César Garat, gastroenterólogo infantil y miembro del equipo de Pediatría del Hospital Italiano.

Explicó que las esporas de *C. botulinum* –que no ocasionan enfermedad cuando son consumidas por adultos saludables– pueden colonizar, germinar, multiplicarse y generar la toxina botulínica en el tracto intestinal de bebés me-



<sup>1</sup> Los casos notificados incluyen casos sospechosos, probables, confirmados y descartados.

nores de un año. Esto se debe a la ausencia fisiológica del suficiente nivel de acidez gástrica y de flora protectora en el aparato gastrointestinal de los niños en esta franja etaria.

El profesional, que diagnosticó por primera vez esta enfermedad en 1989 a un bebé de Viedma, manifestó que en el intestino del bebé las esporas germinan, se multiplica la forma vegetativa y los bacilos se lisan liberando la toxina botulínica.

“La toxina es absorbida en el colon, pasa a la sangre, se une a los nervios periféricos y bloquea la liberación de acetilcolina en las placas neuromusculares impidiendo de esta manera la contracción muscular”. Como resultado de la parálisis muscular producida por la neurotoxina, los bebés padecen letargia, falta de expresión en el rostro, dificultad para tragar y succionar, comen poco, están constipados, tienen llanto débil y poseen pobre tono muscular.

“Una de las maneras de prevenir es que las mamás no cuelguen a secar sus corpiños al aire libre y sí, en cambio, en el interior de la vivienda para evitar el contacto con el polvo”, dijo Garat.

También resaltó no proporcionar miel o alimentos que la contengan a menores de 1 año. Tampoco debe colocarse miel en chupetes, tetinas o en el pezón antes de amamantar.

El diagnóstico de la enfermedad se basa en los síntomas, en el histórico alimentario de días anteriores, y en el análisis de materia fecal del paciente en busca de la bacteria o su toxina botulínica.

El tiempo entre la ingestión de las esporas y el comienzo de los síntomas se desconoce. Los síntomas pueden surgir súbitamente, en pocas horas, o se pueden desarrollar durante varios días.

## América



### Estados Unidos, New York: Ya son cuatro los muertos por el brote de legionelosis en el Bronx

3 de agosto de 2015 – Fuente: Cable News Network

El número de muertes por el brote de legionelosis en la ciudad de New York asciende a cuatro. Desde mediados de julio se han reportado 71 casos de la enfermedad en el South Bronx; el 30 de julio los casos eran 31, informó el Departamento de Salud e Higiene Mental de la ciudad.

Las cuatro víctimas eran adultos mayores con problemas médicos subyacentes adicionales. Unas 55 personas están hospitalizadas.

“Estamos llevando a cabo una rápida investigación para determinar el origen del brote y prevenir casos futuros. Insto a cualquier persona con síntomas a buscar atención médica de inmediato”, dijo la Dra. Mary Bassett, comisionado del Departamento de Salud.

Hasta el momento cinco edificios de la zona, incluyendo un hospital y un hotel, han dado positivo para la bacteria *Legionella pneumophila*. La remediación se ha completado en los cinco sitios.

“El suministro de agua de la ciudad de New York no representa un riesgo, por lo que las personas deben sentirse seguras al usar el agua de grifo para beber y mantenerse fresca durante este período de calor”, dijo Bassett.

El alcalde Warren Wilhelm, Jr. advirtió que cualquier persona con síntomas debe hacerse el análisis, pero dijo que la mayoría de los neoyorquinos no está en riesgo.

El Departamento de Salud de la ciudad continúa empleando detectives de enfermedades para investigar el origen del brote y está promoviendo la concienciación de las poblaciones vulnerables, como los ancianos y las personas sin hogar.

El presidente de El Bronx, Rubén Díaz Jr., dijo el 31 de julio que su oficina impulsará una legislación para crear un sistema de inspección en toda la ciudad para revisar la infraestructura de cañerías de agua de los edificios. “La ciudad debe crear un nuevo sistema de inspección para estos sistemas, al igual que inspeccionamos otros sistemas críticos tales como los ascensores”, dijo Díaz.

Se estima que se producen entre 8.000 y 18.000 hospitalizaciones por legionelosis cada año en Estados Unidos.<sup>2</sup>

### UNIVISION Estados Unidos, Louisiana: Detectan la ameba *Naegleria fowleri* en el sistema de agua de Saint Bernard

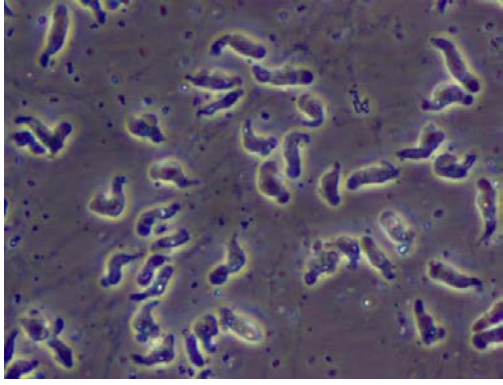
24 de julio de 2015 – Fuente: Univisión (México)

El Departamento de Salud y Hospitales (DHH) de Louisiana confirmó la presencia de la ameba *Naegleria fowleri* en el sistema de agua que provee a 44.000 residentes de Saint Bernard.

Ahora las autoridades exigen que se lleve a cabo una desinfección con cloro de 60 días para que se elimine todo rastro de la ameba.

El agua del grifo en Saint Bernard es segura para beber, pero el DDH recomienda a la gente que evite que entre en sus narices.

<sup>2</sup> Probablemente se esté realizando la genotipificación de las muestras ambientales y clínicas para detectar si patrones coincidentes. Los aislados clínicos con genotipos coincidentes sugerirían una fuente común para los casos, y una torre de enfriamiento con un aislado de *Legionella* con un genotipo que coincide con la de los aislados clínicos sería la fuente probable.



Como las infecciones por *N. fowleri* son extremadamente raras, las pruebas específicas para identificarla en el agua potable son nuevas y están en evolución, pero es la segunda vez que las aguas de Saint Bernard dan positivo: ya ocurrió en el verano de 2013.

El DHH de Louisiana toma la precaución de realizar el muestreo de los sistemas públicos de agua potable para determinar si pueden estar contaminados con esta ameba cada verano, cuando las temperaturas suben y aumenta el riesgo.

Hasta el momento, se recolectaron muestras de otros 12 sistemas y aún se esperan los resultados de laboratorio.

*N. fowleri* provoca alrededor de 10 muertes en Estados Unidos cada año, y según los Centros para el Control y la Prevención de enfermedades (CDC), vive en aguas dulces y cálidas como en lagos, ríos y manantiales de agua caliente, y también en el suelo.

*N. fowleri* generalmente infecta a las personas cuando el agua contaminada entra en el cuerpo a través de la nariz y viaja hasta el cerebro, donde causa meningoencefalitis amebiana primaria (PAM), una infección cerebral que destruye el tejido y suele ser mortal.

El DHH dio a conocer las siguientes precauciones en Saint Bernard:

- No permitir que el agua ingrese a la nariz al bañarse, ducharse, lavarse la cara, o nadar en tinas de plástico o inflables.
- No saltar o poner la cabeza bajo el agua de baño (bañera, tinas pequeñas de plástico duro, inflables, etc.).
- No permitir que los niños jueguen sin vigilancia con mangueras o aspersores, ya que pueden rociar accidentalmente agua hacia la nariz. Evitar las actividades en las que es difícil evitar que el agua ingrese a la nariz.
- Dejar correr el agua durante cinco minutos antes de usarla. Esto es más importante la primera vez que se utiliza el grifo después que la empresa de agua aumente el nivel de desinfectante.
- Mantener cuidadas las piscinas de plástico duro o inflables; luego de vaciarlas y fregarlas, se deben secar hasta un nuevo uso.
- Utilizar sólo agua hervida, destilada, enfriada o estéril para las inhalaciones nasales o los potes neti.
- Al llenar la piscina con agua del grifo, colocar la manguera directamente en la caja de la draga y asegurarse de que el filtro esté funcionando. No se debe llenar la piscina mediante la colocación de la manguera directamente en el fondo de ésta.
- Mantener la piscina segura antes y durante el uso. Una desinfección adecuada significa: en las piscinas, cloro libre en 1 a 3 partes por millón (ppm) y pH 7,2 a 7,8, y en las tinas calientes/balnearios, cloro libre de 2-4 partes por millón (ppm) o bromo libre de 4 a 6 ppm y pH 7,2 a 7,8.



### Guatemala: Este año los casos de fiebre chikungunya superan a los de dengue

3 de agosto de 2015 – Fuente: Siglo 21 (Guatemala)

Según el reporte epidemiológico semanal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), en la semana epidemiológica 28 de este año se reportaron 7.254 casos de dengue y un fallecimiento por esa causa.

En el mismo período de 2014, los centros de salud del MSPAS en todo el país atendieron 4.178 casos, y 4.606 en 2013. El incremento entre el año pasado y el presente es de 3.076 casos, lo que, según el área de Salud del Instituto de Problemas Nacionales de la Universidad de San Carlos (IPNUSAC), afecta negativamente la economía en cuanto al ausentismo laboral y las erogaciones del sistema de salud nacional para atender a los enfermos.

En la semana 28 de 2014 no había registro de casos de fiebre chikungunya, de ingreso incipiente al país en ese momento. Sin embargo, en la semana 28 de 2015, la dependencia citada contabiliza 14.383 contagiados.

Según el área de Salud del IPNUSAC, la gravedad de estas enfermedades sobrepasa los cuidados necesarios para la recuperación de los enfermos. El dengue, y especialmente la fiebre chikungunya, pueden dejar secuelas en la salud de las personas y, a mediano plazo, podría haber un gran número de afectados por padecimientos derivados de estos virus.



### México, Sinaloa: Aumentan 74% los casos de infección por el VPH

3 de agosto de 2015 – Fuente: Noroeste (México)

Las infecciones por el virus del papiloma humano (VPH) aumentaron 74% respecto de los casos que se registraron el año pasado en Sinaloa.

Datos de la Dirección General de Epidemiología, establecen que en la entidad en 2014, al 18 de julio, se habían confirmado 402 nuevos casos de infección por VPH, mientras que a esta misma fecha en 2015 se tienen 698. De estos, 682 casos se han presentado en mujeres y 16 en hombres, en tanto que el año pasado 379 eran en mujeres y 23 en varones.

Establecen además que de los 15.166 nuevos casos a nivel nacional al 18 de julio, los 698 de Sinaloa colocan al estado en el sexto lugar en incidencia de VPH.

Según las cifras, el primer lugar en infecciones por este virus lo ocupa el Distrito Federal con 3.316 infectados, en tanto que la entidad con menor prevalencia es Morelos con 32.

Técnicos del Ministerio de Desarrollo Agropecuario (MIDA), junto con epidemiólogos del Ministerio de Salud, investigan un posible brote de encefalitis equina venezolana, que ha cobrado la vida de 12 caballos en distintos poblados de la provincia de Darién.

Braulio González, agricultor de Aruza Abajo, en Río Iglesias de Chepigana, relató que allí murieron tres caballos en menos de un mes, mientras que en Aruza Arriba murió otro, que mostraron síntomas similares: se retorcián, el cuello se tornó rígido, daban vueltas, quedaban ciegos, deambulaban sin rumbo y finalmente caían y morían.

La enfermedad la causa un virus, cuyos vectores son mosquitos, y los huéspedes habituales son el caballo y el ser humano.

Se conoció que la reciente muerte de una docena de equinos incluyó Canglón, Quebrada Félix, Río Iglesias, Nicanor, Chiatí, Tamarindo, Candelilla y Setegantí, cuyos dueños expresaron preocupación en caso de que pueda ser un brote de encefalitis equina venezolana.

### **Incertidumbre**

“Vivimos una zozobra, porque no se sabe aún si las muertes son por encefalitis u otra enfermedad, por lo que urge que las autoridades de Salud alerten a la población e inicien programas de vacunación preventiva”, dijo.

Benigno Ibarquén, director a cargo del MIDA, indicó que el médico veterinario Ignacio Turner ya tomó muestras de algunos animales enfermos y muertos, las que se enviaron a los laboratorios, y se esperan sus resultados.

Añadió que se les ha informado a dueños de caballos que compren la vacuna en comercios locales y los inmunicen, para evitar su muerte por el virus de la encefalitis, en caso de salir positivos.

“En el laboratorio hay muestras de sangre, cerebro y otros tejidos, pero al parecer falta un reactivo, lo que ha retrasado los exámenes; en tanto, trabajamos en programas preventivos”, indicó.

### **Evitar el alarmismo**

No obstante, Carmela Chapman, epidemióloga de la región de Salud de Darién, advirtió de que no se debe alarmar a la población sobre un brote que aún no ha sido confirmado. Por ello, aclaró que se están comunicando con los técnicos del MIDA para tener veracidad sobre la causa de muerte.

“En cuanto se conozcan los resultados, iniciaremos las campañas de prevención y control de vectores en las comunidades, como de vigilancia epidemiológica para evitar que se registren casos en seres humanos”.

Dídimo Fernández, padre de uno de los niños que murió en Sambú hace 10 años, dijo que los últimos brotes del mal en Darién dejaron varias muertes, como pasó en su comunidad, donde fallecieron siete personas. En junio de 2010 hubo un brote en la vía Panamericana, el cual mató a dos pequeños y otros dos quedaron con secuelas.

“En este momento aún estamos a tiempo, pero tras casi un mes de la muerte de los primeros caballos, se desconocen aún los resultados de las pruebas y, de ser encefalitis, ¿cuánto se ha podido haber extendido el virus?”, preguntó el agricultor.

### **Carencia de personal**

Extraoficialmente se conoció que en este momento el MIDA solo cuenta con los servicios de un médico veterinario, mientras que el Ministerio de Salud de Darién solo dispone de dos, por lo que urge que se designen más profesionales de esta disciplina en las dos instituciones.

También se requiere, específicamente en estos meses, de la vigilancia de la migración aviar que llega a playas y humedales, donde descansa unos días y luego emprende vuelo. Es en ese período en que pueden dejar el virus.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> La encefalitis equina venezolana es una enfermedad que afecta a caballos, mulas y burros y es causada por un virus de la familia *Togaviridae*, género *Alphavirus*, que solo se encuentra en la Región de las Américas. Este virus puede transmitirse a las personas por medio de la picadura de mosquitos infectados y, ocasionalmente, causar epizootias y epidemias.

Mediante pruebas serológicas, el virus de la encefalitis equina venezolana se ha clasificado en seis subtipos: el subtipo I comprende siete variantes reconocidas, entre las que se incluye la cepa vacunal TC-83; las variantes A, B y C del subtipo I son la causa principal de las epizootias y epidemias de esta enfermedad.

Desde el aislamiento del virus de la encefalitis equina venezolana en 1938 en el Estado Aragua, Venezuela, se han notificado diversos brotes, epizootias y epidemias en las Américas.

Entre 1962 y 1973 se produjeron brotes todos los años excepto en 1965. La mayor epizootia y epidemia, que fue causada por la variante B del subtipo I, se inició en Colombia en 1967 y se extendió a Ecuador, Venezuela, América Central, México y, finalmente, alcanzó el estado de Texas en 1971. Durante esta epizootia, fallecieron de 38.000 a 50.000 équidos. En Ecuador se notificaron cerca de 31.000 casos y 310 óbitos en personas, y en Colombia, 200.000 casos.

La transmisión habitual tiene lugar entre roedores selváticos y mosquitos. Humanos y caballos son únicamente huéspedes incidentales del virus. El caballo puede actuar como amplificador de la infección durante las epidemias y a través de la picadura de un mosquito, transmite el virus al humano. No se ha descrito la transmisión directa de un humano a otro.

En humanos, la enfermedad tiene un período de incubación de 2 a 5 días. El desarrollo de los síntomas se presenta de manera súbita y de severidad variable. El 94 % de los casos consiste en enfermedad febril indiferenciada (39 a 40°C) que cede en 4 a 5 días. Puede estar acompañada de cefalea frontal intensa, postración, malestar general, debilidad, escalofríos, dolores óseos, mialgias y artralgias, náusea, vómito, anorexia y diarrea. Estos signos pueden progresar hacia un cuadro neurológico de encefalitis (convulsiones, alteración del estado de la conciencia, desorientación, somnolencia, letargo, hiperacusia), los cuales aparecen a partir del quinto día de la enfermedad. En casos graves de encefalitis se puede producir la muerte.

## LE SOIR

### **Bélgica: Una ola de calor provocó 410 muertes a principios de julio**

31 de julio de 2015 – Fuente: EFE

El Instituto de Salud Pública (ISP) de Bélgica estimó que 410 personas murieron a causa de la ola de calor que atravesó el país entre el 30 de junio y el 5 de julio de este año.

Las altas temperaturas y los niveles de concentración de ozono en la atmósfera provocaron un incremento de la mortalidad, estimada en 26% por encima de la prevista para ese periodo.

Los termómetros del país llegaron a registrar temperaturas máximas de casi 35°C, combinadas con unas mínimas consideradas también altas, y una media de más de 26°C.

Así, Bélgica alcanzó un pico intenso de fallecimientos pero de corta duración, que podría ser comparable al alcanzado en países vecinos como Francia o Países Bajos.

Por géneros, la ola de calor afectó a hombres y mujeres de forma similar, con 210 y 200 fallecidos, respectivamente.

Por tramos de edad, el mayor número de defunciones se registró entre los mayores de 85 años (33% más), aunque las tasas de mortalidad también aumentaron en el resto de grupos (24% más de media).

Con excepción de 2006, año en el que una ola de calor de larga duración incrementó el número de fallecimientos en 23%, el exceso de mortalidad nunca ha superado 18% en la última década.

El ISP cree que este aumento puede verse compensado por unas tasas más bajas en los próximos meses.

Las autoridades de Stad Brussel señalan que al superar los 28°C, los equipos de los distintos centros comunitarios deben activar el plan contra las olas de calor.

## europa press

### **España, Catalunya: Dan por cerrado el brote de difteria**

31 de julio de 2015 – Fuente: Europa Press

La Agencia de Salud Pública de la Generalitat de Catalunya dio por cerrado el brote de difteria que se saldó con la muerte de un niño de seis años de Olot (Girona) que no estaba vacunado, después que las pruebas constataron que la bacteria se ha "eliminado por completo" de los diez portadores asintomáticos cercanos al menor fallecido.

Según explicó el secretario de Salud Pública, Antoni Mateu, "es muy difícil lograr eliminar por completo la bacteria de todos los portadores, y la literatura señala una resistencia de hasta 25%", por lo que celebró el buen funcionamiento del control y tratamiento de los afectados.

Los resultados de las últimas pruebas se han recibido esta semana y han permitido certificar que el brote "se puede dar por bien cerrado", después que todos los portadores hayan dado negativo en la presencia de la bacteria en dos ocasiones.

Los diez portadores –nueve adultos y un niño–, que han permanecido aislados en sus domicilios para evitar nuevos contagios, no han desarrollado la enfermedad porque, a diferencia del niño fallecido, estaban vacunados.

Agradeció el "enorme esfuerzo" de los afectados para seguir el tratamiento y evitar más contagios, y celebró que los colectivos antivacunas son una minoría.

Mateu volvió a insistir en la importancia de inmunizar a los niños y de cumplir con el calendario vacunal: "Un niño vacunado es un niño protegido y, por desgracia, el caso del pequeño de Olot lo certifica".

También dijo que no hay constancia de que ningún niño haya sido rechazado en actividades de verano por no estar vacunado, después que Salud recomendara que se pidiera el cumplimiento del calendario vacunal a los menores para evitar más casos.



## europa press

### **Europa: Hay dos nuevos casos de hepatitis C por cada caso de hepatitis B**

27 de julio de 2015 – Fuente: Europa Press

En los últimos años se está registrando un alto número de nuevos casos de hepatitis en Europa, según los últimos datos del Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC), que muestran como la tasa de afectados por la hepatitis C es más del doble de la tasa de la hepatitis B.

Así se desprende de los datos de este organismo relativos a 2013, cuando se registró un total de 19.930 casos de hepatitis B y 32.512 de hepatitis C en los 28 estados miembros, lo que muestra unas tasas brutas de la enfermedad de 4,4 y 9,9 casos cada 100.000 habitantes.

Además, entre 2006 y 2013 se registraron más de 137.000 nuevos diagnósticos de hepatitis B y más de 241.000 nuevos diagnósticos de hepatitis C en Europa, lo que sin embargo no es más que una "subestimación de la verdadera"



Transmitida a través de los alimentos, el virus se ha visto implicado en varios brotes en los últimos años, 14 entre 2007 y 2012 con alimentos importados.

“La hepatitis viral es prevenible y curable”, reconoció Amon, para quien la vacunación es la medida individual más eficaz para protegerse contra las hepatitis A y B. Y en el caso de la C, recuerda que “se puede curar, sobre todo si se detecta y trata a tiempo”.

De hecho, las pruebas apuntan que como resultado de las campañas de vacunación locales se ha producido una tendencia a la baja en la tasa de casos notificados de hepatitis B aguda en toda Europa: de 1,3 cada millón de habitantes en 2006 a 0,7 en 2013.

Asimismo, recuerda que un sencillo y rápido análisis de sangre ayuda a comprobar si se ha producido infección, de ahí que insistan en la necesidad de mejorar el acceso a estas pruebas en determinados colectivos como población homosexual o usuarios de drogas inyectables.

ra carga de la hepatitis” ya que, según recuerdan, la gran parte están sin síntomas y muchos ni siquiera diagnosticados.

De hecho, las estimaciones del ECDC apuntan a que todavía hay “millones de personas que no son conscientes de su infección” y, como alertan, si no se trata pueden causar un daño hepático irreversible.

“En Europa se estima que unos 10 millones de personas están infectadas por una hepatitis B y C crónicas, pero la mayoría no saben de su infección”, explicó Andrea Ammon, director interino del ECDC.

### Catorce brotes de hepatitis A en cinco años

A esto habría que sumar los casos de hepatitis A, que se le conoce como la nueva amenaza sanitaria emergente para Europa.



### Pakistán: Luchar contra la malnutrición entre los más vulnerables

20 de julio de 2015 – Fuente: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

“Criar a mis hijas no ha sido fácil para mí. Todas nacieron con bajo peso y tuve que llevarlas a consulta médica con frecuencia, pues se enfermaban a menudo”, dice Pushpa, de 27 años.

En el centro de nutrición que funciona con apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Pushpa espera con paciencia a que verifiquen el estado nutricional de su hija Lata, de 7 meses. Ella tiene tres hijas pequeñas y conoce la importancia de prestar atención a su salud.

Sus dos hijas mayores presentaron los mismos problemas: bajo peso al nacer, aspecto débil, somnolencia e infecciones frecuentes. Ella se preguntaba por qué sus hijas no eran más saludables.

“Traje a Lata a un examen, pues está débil y llora todo el tiempo. Quiero que la examinen y espero que me den paquetes de alimentos terapéuticos de los que entregan a los niños. Les llena el estómago y los vuelve activos”, dice Pushpa.

Pushpa vive en Meghwar Paro, una aldea del distrito de Tharparkar, en el desierto de Thar, que cubre más de 193.121 km<sup>2</sup> del Subcontinente Indopakistaní. El calor extremo en verano, la escasez alimentaria, el agua no apta para el consumo, y la falta de servicios básicos de salud afectan adversamente la vida y el bienestar de las comunidades de esta extensa región. Las tasas de pobreza son elevadas, y la falta de lluvia repercute seriamente en la agricultura y la ganadería, las principales fuentes de subsistencia.

Como resultado, la desnutrición es común entre los niños y las mujeres. Las altas tasas de mortalidad infantil –causada, en gran parte, por la malnutrición aguda– constituyen un problema de envergadura para las autoridades locales, las organizaciones humanitarias y los grupos de la sociedad civil que trabajan en la zona.

### Evaluación

En el centro de nutrición de Meghwar Paro, el nivel nutricional de los niños y las mujeres embarazadas y lactantes se determina midiendo el perímetro braquial –o circunferencia del brazo–, la estatura y el peso. Los niños con malnutrición aguda grave son admitidos al Programa Terapéutico de Pacientes Externos, mientras que los niños con malnutrición aguda moderada son admitidos a un programa de alimentación complementaria especial.

Los niños que presentan malnutrición aguda reciben micronutrientes y medicamentos, y los que tienen alguna enfermedad que complica su situación son remitidos al centro de estabilización del Hospital Central del Distrito, en Mithi, la capital.

La estatura, el peso y el perímetro braquial de Lata revelan que padece desnutrición grave. La niña está registrada en el Programa Terapéutico de Pacientes Externos y recibe sobres con un alimento terapéutico listo para el consumo que mejora el nivel nutricional en un corto período de tiempo, pues consiste en una pasta de cacahuete de alto valor energético que contiene micronutrientes esenciales.



Pushpa sale de un centro de nutrición que recibe apoyo del UNICEF, llevando alimento terapéutico para su hija Lata, que recibió el diagnóstico de malnutrición grave. Este centro se encuentra en la aldea de Meghwar Paro, distrito de Tharparkar, Pakistán.

## Intervención de emergencia

Durante varios años, el UNICEF ha apoyado al gobierno provincial en su lucha contra la malnutrición aguda, por medio del Programa de Gestión Comunitaria de la Malnutrición Aguda. Estos esfuerzos se intensificaron en 2014, después de registrarse varias muertes infantiles ocasionadas por la malnutrición en el distrito de Tharparkar.



Kavita Bai dirige una sesión sobre educación sanitaria e higiene, a la que asisten mujeres de la aldea de Bhorli Bheel.

La Fundación Shifa y la Sociedad para el Desarrollo de la Salud y la Nutrición, asociadas del UNICEF, actualmente llevan a cabo actividades relacionadas con la nutrición en situaciones de emergencia en 44 concejos del distrito, incluyendo reconocimiento físico, tratamiento, asesoría y remisión hospitalaria.

Llegar a las comunidades en las zonas apartadas es fundamental para detectar oportunamente la malnutrición y crear conciencia sobre este problema. Tanto el programa de trabajadoras sanitarias como los grupos de apoyo a las madres desempeñan una función importante para la identificación de los niños y las mujeres con malnutrición, y para su remisión a los centros encargados de la gestión comunitaria de la malnutrición aguda. Adicionalmente, enseñan a las madres jóvenes prácticas adecuadas de alimentación de los lactantes y los niños pequeños.

Kavita Bai, de 25 años, trabaja en el distrito de Tharparkar como asesora en materia de alimentación de lactantes y niños pequeños para el programa de gestión comunitaria de la malnutrición aguda. Es la única mujer en la aldea de Meghwar Paro que cuenta con una licenciatura y un certificado en gestión comunitaria de la malnutrición aguda. Durante los últimos dos años, Kavita ha trabajado con cuatro ONG que se centran en la lucha contra la malnutrición. Hoy trabaja con la Fundación Shifa y dirige sesiones sobre salud, nutrición y alimentación de lactantes y niños pequeños.

“Debido a la falta de educación, las mujeres de esta zona tienen pocos conocimientos sobre salud, higiene y cuestiones referentes a la madre y el recién nacido. Sin embargo, tienen muchos deseos de aprender y adoptar las prácticas de salud e higiene que les enseñé durante mis sesiones. Ahora, más mujeres prefieren dar a luz con asistencia de personal calificado o en el hospital de Mithi. Amamantan a sus hijos y saben cuán importante es la vacunación”, dice Bai.

## Recuperación

Un aspecto importante de la gestión comunitaria de la malnutrición aguda es la atención a los niños que sufren de malnutrición aguda grave y que presentan complicaciones médicas. En promedio, todos los meses llegan al centro de estabilización entre 30 y 40 casos.

“Aparte de la malnutrición grave, los niños que llegan al centro de estabilización sufren de neumonía, diarrea o fiebre, o todo esto al mismo tiempo”, dice el Dr. Bhawan Rai, oficial médico a cargo del centro.

“El tratamiento incluye administración de antibióticos, ácido fólico, suplementos de vitamina A, multivitaminas y hierro, leche y alimentos terapéuticos, y desparasitación”, explica Rai.

“La recuperación generalmente comienza después del tercer día, y el niño empieza a ganar peso luego de siete días”, agrega.

Angela Kearney, representante del UNICEF en Pakistán, viajó recientemente al distrito de Tharparkar, donde visitó los centros de nutrición de las aldeas de Meghwar Paro y Bhorli Bheel, y el centro de estabilización del Hospital Central del distrito, en Mithi.

“Aunque se está realizando un buen trabajo, combatir la malnutrición en Tharparkar es una tarea extremadamente difícil. En ese distrito se encuentran algunas de las comunidades más pobres entre las pobres. Con sus exiguos recursos, apenas logran alimentarse y alimentar a sus hijos”, dice.

Kearney explica que la falta de lluvia empeora la situación, y hace hincapié en el compromiso permanente del UNICEF con el mejoramiento de la condición nutricional de los niños y las mujeres de esta zona.

“Para salvar vidas preciosas, es imperativo fomentar la toma de conciencia sobre la salud y la higiene, y ayudar a las comunidades a acceder a servicios sanitarios básicos. Es nuestra responsabilidad colectiva y no debemos dejar solos a los niños y las mujeres de Tharparkar”, dice.



Angela Kearney, representante del UNICEF en Pakistán, visita a un niño que se recupera de una enfermedad y de la malnutrición aguda grave, luego de recibir tratamiento en el Hospital Central del Distrito, en Mithi.

**PNAS**

## El desconocimiento de las enfermedades animales aumenta su riesgo en humanos

21 de julio de 2015 – Fuente: *Proceedings of the National Academy of Sciences*

Investigadores de la Universidad de Sydney, Australia, mostraron la imagen más detallada hasta la fecha de las principales enfermedades infecciosas compartidas entre la fauna y el ganado, y se encontró una enorme brecha en el conocimiento sobre las enfermedades que podrían propagarse a los seres humanos.

La investigación descubrió que sólo diez enfermedades representan alrededor de 50% de todo el conocimiento publicado sobre enfermedades animales relacionadas con microorganismos presentes en su hábitat. La investigación, la primera en el mundo de estas características, se basa en un análisis de casi 16.000 publicaciones que abarcan el siglo pasado.





Los expertos recuerdan que a raíz de los brotes de virus recientes de origen de la fauna, como el virus de Hendra en Australia, el virus del Ébola en África Occidental, y el coronavirus del síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS-CoV) en la península Arábiga, deben realizarse más investigaciones sobre enfermedades animales para evaluar riesgos y mejorar las respuestas a posibles epidemias en el hombre.

“Muchas veces no priorizamos la salud animal hasta que tiene impacto en la salud humana, lo que significa que se pierde la oportunidad de manejar las enfermedades desde la fuente”, señaló el Dr. Siobhan Mor, co-autor de la investigación, de la Facultad de Ciencias Veterinarias.

“En el caso de las enfermedades emergentes, tendemos a reaccionar a los grandes brotes de la enfermedad en los seres humanos, en lugar de prevenir o controlar la infección en animales, probablemente porque todavía no sabemos mucho sobre el papel de estos microbios en la ecología de la vida silvestre y las enfermedades en el ganado”, añadió.

Los investigadores aplicaron nuevos métodos recientemente utilizados en el ámbito de la salud animal para identificar qué enfermedades y animales se encontraban en la literatura publicada disponible. Midieron cómo la investigación ha cambiado con el tiempo y cómo las enfermedades y animales involucrados difieren según la región geográfica.

Los resultados muestran que la mayor parte de la investigación publicada en el último siglo se ha centrado en las zoonosis conocidas, en detrimento de los estudios sobre las enfermedades que afectan a los animales solamente.

“Sabemos mucho menos acerca de la gama de enfermedades que repercuten en la salud y el bienestar animal. Esto ocurre sobre todo en lo relativo a la vida silvestre, que está muy poco financiada”, explicó el Dr. Anke Wiethoelter, el otro autor del estudio.

“Paradójicamente, esto también significa que sabemos menos acerca de las enfermedades que podrían ser un precursor de enfermedades infecciosas en los seres humanos”, advirtió.

El estudio también reveló fuertes vínculos entre las tasas de publicación, la cobertura de los medios de comunicación y los niveles de financiación para ciertas enfermedades. Se encontró que dos enfermedades en particular tenían una fuerte asociación entre la frecuencia de publicación, la atención de los medios y los niveles de financiación niveles, destacando las influencias sociales y políticas en las investigaciones disponibles: la influenza aviar y la tuberculosis bovina.

“El interés público va y viene, pero sin inversiones sostenidas, la investigación sobre este importante interfaz se ve afectada”, concluyó Mor.<sup>4</sup>



## La OMS se reestructura ante las fallas durante la crisis de la enfermedad por el virus del Ébola

31 de julio de 2015 – Fuente: EFE

La Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció el 31 de julio la remodelación que la entidad sufrirá ante las críticas por su gestión durante la epidemia de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) y para poder tener la capacidad operativa necesaria para reaccionar ante una emergencia sanitaria de alcance internacional.

Fue la propia directora general de la OMS, Margaret Chan Fung Fu-chun, quien hizo los anuncios en rueda de prensa y, una vez más, asumió que la entidad que dirige “podría haberlo hecho mucho mejor” de lo que lo hizo en su respuesta a la epidemia de EVE en África Occidental.

Esta transformación sigue a las quejas generalizadas por la falta de reacción de la OMS ante una epidemia que desde el inicio fue sin precedentes.

El pasado enero, el Consejo Ejecutivo de la entidad pidió que se creara un grupo de expertos para que hicieran una revisión independiente sobre cómo la OMS había actuado, y al mismo tiempo solicitó reformas profundas y urgentes para adaptarse a un mundo totalmente interconectado, en el que un brote puede llegar a convertirse en una pandemia.

La conclusión del grupo de expertos independientes fue contundente: la OMS no supo reaccionar ante el brote de EVE en África Occidental, no alertó a la comunidad internacional con suficiente vigor sobre el peligro de que se convirtiera en una epidemia y tampoco supo coordinarse con otras agencias de la Organización de Naciones Unidas (ONU).



Margaret Chan, directora general de la OMS, en conferencia de prensa.

<sup>4</sup> Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#) (requiere suscripción).

Los expertos se cuestionaron como pudo ser que si en mayo de 2014 se tenía constancia de la magnitud de la epidemia, que ya afectaba a tres países –Guinea, Liberia y Sierra Leona–, la OMS no proclamó que la misma era una “emergencia de salud pública de preocupación internacional” hasta el 8 de agosto.

Ante esta claridad, la Asamblea Mundial de la Salud, máximo órgano ejecutivo de la OMS, aprobó el pasado mayo una resolución que permite a la entidad tener capacidad operativa para reaccionar ante una emergencia sanitaria de alcance internacional.

Chan dejó claro que dadas las recomendaciones de estos tres entes, ha establecido varios objetivos a concretar lo antes posible. “Tenemos que ser más rápidos en todos los aspectos: tener el dinero, los recursos humanos, la capacidad de actuar inmediatamente”, indicó Chan.

Para ello recordó que la entidad ha trabajado para crear una red de personal especializado, conocidos como “los equipos médicos extranjeros” formados por especialistas en diferentes áreas (sanitarios, expertos en logística, epidemiólogos, etc.) para ser desplegados en cuestión de días en caso de necesidad.

Estos expertos serán aportados tanto por la propia OMS como por entidades colaboradoras y todos formarán parte de una red conocida y bien establecida para que no haya demoras en su puesta en funcionamiento.

Otro aspecto muy importante es trabajar para que los sistemas de salud de los países más vulnerables sean capaces de reaccionar ante una emergencia sanitaria, “y que tengan el personal capacitado, los centros y los laboratorios necesarios”, aclaró Chan.

Asimismo, la directora general explicó que la epidemia de EVE sirvió también para identificar las lagunas en la capacidad de producir pruebas de diagnóstico, vacunas y tratamientos de forma urgente, por lo que anunció que se ha elaborado un proyecto a desarrollar en el futuro sobre cómo proceder en ésta área.

La OMS estudia desde hace meses la posibilidad de crear “biobancos” a nivel nacional o regional donde guardar las muestras de sangre, virus, plasma, suero y otros, con los que poder avanzar en la investigación.

Estas muestras pertenecen a los países, como establece el estatuto de Nagoya (Japón), y hay que redactar un memorándum de cómo pueden compartirse y que es lo que las naciones propietarias reciben a cambio.

Para financiar la respuesta global a las emergencias, la resolución de la Asamblea incluía el establecimiento de un Fondo de Contingencia de 100 millones de dólares, tal y como solicitó el Comité Ejecutivo y el Panel de Expertos.

Chan indicó que ya ha habido varias aportaciones concretas de países para financiar el Fondo.

Finalmente, para poder fiscalizar todos estos cambios y sobre todo su efectividad, la OMS estableció un Comité Asesor presidido por el actual enviado especial del secretario general de la ONU para la EVE, David Nabarro.

Este Comité se reunió por teleconferencia por primera vez esta semana y según explicó Nabarro, también presente en la rueda de prensa, está compuesto por 19 expertos provenientes de gobiernos, ONGs, la ONU y entidades de financiación.

El primer caso de EVE surgió en Guinea en diciembre de 2013, en marzo de 2014 se supo del brote, y rápidamente se tuvo constancia de que el virus se había expandido a los países vecinos de Liberia y Sierra Leona.

En un año y medio, la epidemia causó 27.787 infectados, de las cuales 11.294 han muerto.



## **Se confirmó la ausencia de transmisión del VIH en personas con carga viral indetectable que toman TARGA**

21 de julio de 2015 – Fuente: 8th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention

Los datos finales del seguimiento del estudio HPTN 052 (en el que participaron parejas heterosexuales serodiscordantes, donde un miembro tenía VIH y el otro no) revelaron que no se produjo ninguna transmisión del virus cuando la carga viral de la persona con VIH era indetectable. Estos resultados han sido presentados en la VIII Conferencia de la Sociedad Internacional del Sida sobre Patogénesis, Tratamiento y Prevención del VIH (IAS 2015), que se está celebrando en la ciudad de Vancouver (Canadá).

En el estudio HPTN 052 se compararon las tasas de transmisión entre dos brazos de estudio: en uno las personas iniciaban el tratamiento de forma inmediata (uno de los criterios de elegibilidad era tener un recuento de CD4 entre 350 y 550 células/mm<sup>3</sup>), mientras que en las designadas aleatoriamente al otro grupo empezaron el tratamiento cuando sus niveles de CD4 habían descendido a 250 células/mm<sup>3</sup> o si desarrollaban una enfermedad definitiva de sida. El análisis provisional de los datos, presentado en 2011, reflejó que el inicio temprano del tratamiento suponía una reducción de 96% en el riesgo de transmisión del VIH.

Después del análisis inicial, se ofreció terapia antirretroviral a todos los participantes en el brazo de inicio pospuesto del tratamiento. En la IAS 2015 se presentó el análisis final tipo intención de tratar, a partir de datos procedentes de unas 1.763 parejas, de las que 1.171 (66%) se mantuvieron en seguimiento (603 del grupo de inicio inmediato de la terapia antirretroviral y 568 del brazo en el que se pospuso el inicio del tratamiento).

Desde esa fecha, se registraron nueve infecciones que, mediante análisis genético, se comprobó que procedían del otro miembro de la pareja serodiscordante: dos en el brazo de inicio temprano y siete en el de inicio pospuesto, lo que equivale a una reducción de riesgo de 72% y supone que, en conjunto, la reducción de riesgo ligada al inicio del tratamiento temprano observada en el estudio es de 93%.

Sin embargo, el profesor Myron Cohen, investigador principal del estudio, declaró que este análisis tipo intención de tratar supone una estimación conservadora de la eficacia preventiva del tratamiento. En este sentido es muy im-

portante destacar que todas las infecciones registradas cuando la persona tomaba tratamiento antirretroviral se produjeron cuando su carga viral todavía estaba detectable.

Así, ocho infecciones se produjeron cuando el miembro 'índice' de la pareja (la persona que ya tenía VIH en el momento de iniciarse el estudio) estaba tomando tratamiento: en cuatro casos la transmisión tuvo lugar cuando la persona había sufrido un fracaso virológico del tratamiento, mientras que en las otras cuatro ocasiones la transmisión se produjo en torno al momento de inicio de la terapia, cuando su carga viral aún estaba detectable. Según los expertos, esto pone de relieve la importancia de realizar *counselling* a las personas que inician tratamiento sobre el riesgo de transmisión del virus en los primeros meses de terapia antirretroviral.

Cohen también apuntó que a pesar de que en 2011 se explicaron los resultados del estudio a todos los participantes antes de ofrecer de forma generalizada el tratamiento antirretroviral, 16% de las personas decidió no empezar el tratamiento en el primer año. El 7% también lo hizo el segundo año e incluso 2% se seguían negando a tomarlo cuando terminó el estudio. En este sentido, declaró que la principal justificación para no tomar el tratamiento aducida por los participantes con VIH era que consideraban que su recuento de CD4 era elevado y no creían que la terapia antirretroviral fuese una necesidad urgente, lo que revela que es posible que el concepto de umbral de CD4 puede estar más implantado en pacientes y personal sanitario de lo que se pensaba.

Por otro lado, también se comprobó que 37% de todas las infecciones registradas en el estudio no estuvieron vinculadas a la pareja serodiscordante, es decir, la transmisión se produjo a partir de otra persona distinta al miembro de la pareja con VIH inscrito en el HPTN 052. Este dato también es importante tenerlo en cuenta, especialmente en entornos con una elevada prevalencia de VIH, para diseñar y ofrecer otras intervenciones preventivas combinadas a nivel comunitario.

A pesar de que los hallazgos proceden de un estudio en el que participan parejas heterosexuales, no existen motivos para pensar que no pueden ser extrapolables en gran medida a la población de hombres que practican sexo con otros hombres (HSH). Precisamente Cohen recomendó estar pendiente de los resultados de seguimiento a más largo plazo del estudio PARTNER, que en un análisis preliminar presentado en 2014 no detectó ninguna transmisión del virus entre parejas de HSH serodiscordantes cuando la persona con VIH tenía una carga viral indetectable.

## Publicidad relacionada con la salud



**IMMUNIZATION**

**"A chance  
for every  
child"**

**- HEALTH WEEK -  
APRIL 6 TO 11, 1987**

**Take advantage of  
HEALTH WEEK!  
Have your child's health  
fully protected...**

★ CHECK YOUR CHILD'S IMMUNIZATION RECORD

- with your doctor
- at any district HEALTH CENTRE
- at the Public Health Nursing Sections of the  
GEORGE TOWN HOSPITAL and FAITH HOSPITAL

**THROUGHOUT HEALTH WEEK  
IMMUNIZATION SERVICES WILL BE  
AVAILABLE AT  
GOVERNMENT HEALTH CENTRES  
FROM 9:00 A.M. TO 4:00 P.M.**

**GIVE YOUR CHILD A CHANCE FOR BETTER HEALTH**

Public Health Services - Personal Health Services Department  
Cayman Islands Government

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

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

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