



# Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente  
Córdoba - Argentina

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



## Número 1.765

16 de mayo de 2016

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

### Comité Editorial

#### Editor Jefe

Ángel Mínguez

#### Editores Adjuntos

Ílide Selene De Lisa

Enrique Farías

#### Editores Asociados

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)

### Córdoba

- Córdoba, Cruz Alta: Investigan cuatro muertes aparentemente causadas por influenza

### Argentina

- Vigilancia de secreción genital en mujeres

### América

- Brasil: Declaración de la OMS sobre el virus Zika y los Juegos Olímpicos de Rio de Janeiro 2016
- Chile, Región de La Araucanía: Confirmaron un caso de hantavirrosis en Angol
- Chile, Región de Los Lagos: El episodio de marea roja en Chiloé es el más grande ocurrido en Sudamérica
- Ecuador registra 239 casos de influenza A(H1N1), de los cuales 39 murieron
- Honduras: Se triplicaron este año los casos de síndrome de Guillain-Barré

### El mundo

- Angola: El Cuerpo Médico Europeo interviene en la lucha contra la fiebre amarilla
- Australia: La vacuna antigripal durante el embarazo podría prevenir la mortalidad fetal
- China: Nuevos casos humanos de influenza aviar A(H5N6)
- España, Comunidad Valenciana: Un brote de sarampión importado de Gran Bretaña deja nueve enfermos en Elche
- Singapur registra el primer caso de infección por el virus Zika
- Cuándo ofrecer la prueba del VIH basada en la PCR en entornos comunitarios
- Nueva prueba de diagnóstico rápido y tratamiento más corto para los pacientes de tuberculosis resistente a múltiples fármacos

### Adhieren:

**SLAMVI**

Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

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

**CIRCULO MÉDICO DE CÓRDOBA**

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

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

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



Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas

Universidad Nacional de Córdoba

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



S.A.D.I.

[www.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/)

El Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, El Círculo Médico de Córdoba, la Sociedad de Infectología de Córdoba, la Sociedad de Epidemiología de Córdoba, la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Córdoba y el Comité de Infectología de la Sociedad Argentina de Pediatría, Filial Córdoba, han elaborado el documento **Infección por virus Zika. Recomendaciones para el manejo de la mujer embarazada o en edad fértil**.

Estas son recomendaciones destinadas al personal de salud que atiende mujeres embarazadas y en edad reproductiva, que han sido elaboradas en base a la información que los organismos de referencia a nivel mundial han puesto a disposición y teniendo en cuenta distintos escenarios. Debido a que se trata de un virus nuevo en las Américas y que la situación es dinámica, estas recomendaciones tienen carácter temporario y serán actualizadas con la nueva información.

Estas recomendaciones están disponibles en idioma [español](#), [inglés](#) y [francés](#).

## Córdoba

### Ministerio de SALUD GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA **Córdoba, Cruz Alta: Investigan cuatro muertes aparentemente causadas por influenza**

12 de mayo de 2016 – Fuente: Ministerio de Salud – Provincia de Córdoba (Argentina)

Ante las informaciones surgidas acerca de muertes en,

El Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba informó que profesionales del Área de Epidemiología se encuentran desde el 11 de mayo en Cruz Alta realizando las investigaciones del caso, para determinar la situación y la causa de cuatro muertes registradas en la zona.

Lo que ha podido comprobarse hasta ahora es que se reportaron cuatro muertes de personas oriundas de Cruz Alta, aparentemente por neumonías agravadas. Todas ellas presentaban factores de riesgo y no se habían aplicado la vacuna antigripal.

De ellas, dos personas fallecieron en el hospital de Marcos Juárez, una mujer de 45 años y un hombre de 49 años. Un hombre de 65 años falleció en una institución privada de Cruz Alta y otro hombre, de 72 años, en Corral de Bustos.

Los profesionales de Epidemiología tomaron muestras que fueron enviadas al laboratorio, con la sospecha de que podría tratarse de algún tipo de influenza, lo cual no puede confirmarse por ahora, así como tampoco determinar si esa es la causa de muerte.

El Ministerio de Salud quiere llevar tranquilidad a la población, para lo cual, mientras se realiza la investigación, se están tomando las medidas de prevención necesarias, reforzando la vacunación a los grupos de riesgo para ampliar la cobertura en el lugar. Asimismo, se mantendrán reuniones con grupos de docentes y equipos médicos de Cruz Alta, para poder articular esfuerzos y tener un panorama más preciso de la situación.

## Argentina

### Ministerio de Salud Presidencia de la Nación **Vigilancia de secreción genital en mujeres** 7 de mayo de 2016 – Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

**Tabla 1.** Casos notificados y tasa de notificación cada 100.000 habitantes, según provincia y región. Argentina. Años 2015/16, hasta semana epidemiológica 13. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.

Provincia/Región	2015		2016	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	50	1,73	75	2,60
Buenos Aires	389	2,49	303	1,94
Córdoba	252	7,62	259	7,83
Entre Ríos	446	36,08	442	35,76
Santa Fe	104	3,26	54	1,69
<b>Centro</b>	<b>1.241</b>	<b>4,73</b>	<b>1.133</b>	<b>4,32</b>
Mendoza	—	—	173	9,95
San Juan	328	48,16	394	57,85
San Luis	—	—	63	14,57
<b>Cuyo</b>	<b>328</b>	<b>11,50</b>	<b>630</b>	<b>22,09</b>
Corrientes	223	22,47	142	14,31
Chaco	1.050	99,50	1.252	118,64
Formosa	22	4,15	50	9,43
Misiones	7	0,64	3	0,27
<b>NEA</b>	<b>1.302</b>	<b>35,38</b>	<b>1.447</b>	<b>39,32</b>
Catamarca	1	0,27	3	0,82
Jujuy	116	17,23	3	0,45
La Rioja	—	—	7	2,10
Salta	1.591	131,01	1.913	157,52
Santiago del Estero	224	25,63	417	47,71
Tucumán	230	15,88	245	16,92
<b>NOA</b>	<b>2.162</b>	<b>44,02</b>	<b>2.588</b>	<b>52,69</b>
Chubut	1	0,20	47	9,23
La Pampa	139	43,45	108	33,76
Neuquén	57	10,34	54	9,80
Río Negro	97	15,19	172	26,93
Santa Cruz	3	1,10	54	19,71
Tierra del Fuego	82	64,46	181	142,29
<b>Sur</b>	<b>379</b>	<b>15,66</b>	<b>616</b>	<b>25,45</b>
<b>Total Argentina</b>	<b>5.412</b>	<b>13,49</b>	<b>6.414</b>	<b>15,99</b>



## Brasil: Declaración de la OMS sobre el virus Zika y los Juegos Olímpicos de Rio de Janeiro 2016

12 de mayo de 2016 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconocen que los atletas y visitantes que participarían en los Juegos Olímpicos y Paralímpicos de Rio de Janeiro 2016 (del 5 de agosto al 18 de septiembre de 2016), necesitan más información sobre los riesgos de la fiebre Zika y las maneras de prevenir la infección.

Brasil es uno de los 58 países y territorios que ha informado que hasta la fecha tiene transmisión continua del virus Zika por los mosquitos. Aunque los mosquitos son los vectores primarios, una persona infectada con el virus Zika también puede transmitir el virus a otra persona a través de relaciones sexuales sin protección. La enfermedad por el virus Zika generalmente causa síntomas leves<sup>1</sup>, y la mayoría de las personas no desarrolla ningún síntoma.

Sin embargo, existe un consenso científico de que el virus Zika es una de las causas de la microcefalia y otras malformaciones cerebrales y trastornos en los bebés nacidos de mujeres que fueron infectadas con el virus durante el embarazo, y del síndrome de Guillain-Barré, un trastorno neurológico poco frecuente pero grave que puede conducir a la parálisis y la muerte.

Se aconseja a los atletas y personas que visiten Rio de Janeiro y otras áreas donde el virus Zika está circulando lo siguiente:

- seguir las recomendaciones de viaje proporcionadas por las autoridades de salud de sus países y la OMS, y consultar con un profesional de la salud antes de viajar;
- cuando sea posible y durante el día, protegerse de las picaduras de mosquitos mediante el uso de repelentes de insectos y el uso de ropa –preferiblemente de colores claros– que cubra la mayor parte del cuerpo posible;
- practicar sexo seguro (es decir, el uso correcto y consistente de condones) o no tener relaciones sexuales durante su estadía y por lo menos cuatro semanas después de su regreso, sobre todo si han tenido o tienen los síntomas de la infección por el virus Zika;
- elegir un alojamiento con aire acondicionado (donde las ventanas y las puertas generalmente se mantengan cerradas para evitar que el aire frío se escape y que los mosquitos entren a las habitaciones);
- evitar visitar zonas empobrecidas y de hacinamiento en ciudades y pueblos sin agua potable y con saneamiento deficiente (caldo de cultivo ideal para los mosquitos), donde el riesgo de ser picado es más alto.

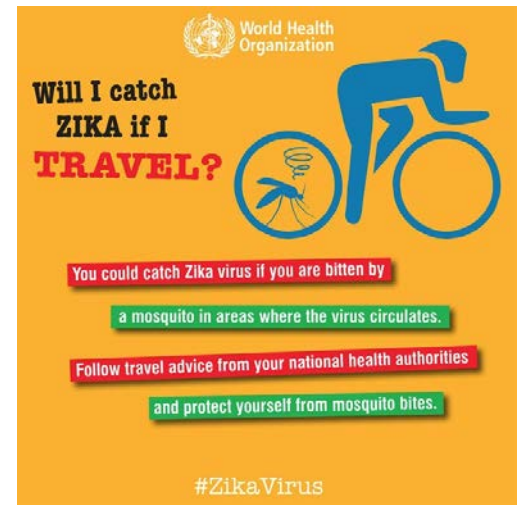
Se continúa recomendando a las mujeres embarazadas de no viajar a áreas donde la transmisión del virus Zika está en curso, que incluye Rio de Janeiro.

Se recomienda a las parejas sexuales de las mujeres embarazadas que regresan de zonas donde el virus Zika circula, practicar el sexo seguro o abstenerse durante todo el embarazo.

Las olimpiadas se llevarán a cabo durante el invierno de Brasil, cuando hay menos mosquitos activos y el riesgo de ser picado es menor.

La OPS/OMS está proporcionando recomendaciones de salud pública al Gobierno de Brasil y, en virtud de un memorando de entendimiento al Comité Olímpico Internacional, y por extensión al Comité Local Rio 2016, sobre las formas de reducir aún más el riesgo de que los atletas y visitantes se contagien con el virus Zika durante los Juegos Olímpicos. Un objetivo importante del asesoramiento de la OPS/OMS son las medidas para reducir las poblaciones de mosquitos *Aedes* que transmiten la fiebre chikungunya, el dengue y la fiebre amarilla, además de la fiebre Zika.

La OPS/OMS seguirá vigilando la transmisión del virus Zika y los riesgos en Brasil y en otras zonas afectadas, con el fin de proporcionar actualizaciones sobre los brotes de la enfermedad, los riesgos y las intervenciones para prevención que se desarrollen, desde ahora hasta agosto y más allá.



## Chile, Región de La Araucanía: Confirmaron un caso de hantavirus en Angol

13 de mayo de 2016 – Fuente: Canal de Noticias (Chile)

El 13 de mayo Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Salud de La Araucanía confirmó el cuarto caso de hantavirus en lo que va de 2016.

Se trata de un hombre de 43 años de Angol quien había concurrido al Centro de Salud Familiar (CESFAM) Huequén por unas dolencias el 7 de mayo. Sin embargo, debió acudir al Hospital 'Dr. Mauricio Heyermann' de Angol, donde se le hizo el test rápido que resultó positivo, quedando internado en forma inmediata.

Ahora se encuentra luchando por su vida en el Instituto Nacional del Tórax de Santiago y se encuentra conectado a un ventilador mecánico.

<sup>1</sup> Los síntomas consisten en fiebre, erupciones cutáneas, conjuntivitis, dolores musculares y articulares, malestar y cefaleas.



Tras la hospitalización, las muestras fueron derivadas al Laboratorio de Virología Molecular de la Universidad Austral de Chile, donde se confirmó el contagio.

Este sería el cuarto caso y la autoridad sanitaria llama a tomar precaución frente al hantavirus, en especial donde las personas trabajen en zonas rurales.



## Chile, Región de Los Lagos: El episodio de marea roja en Chiloé es el más grande ocurrido en Sudamérica

14 de mayo de 2016 – Fuente: EFE

El episodio de marea roja que afecta al archipiélago de Chiloé es, según los expertos, el fenómeno de floración de algas nocivas más grande de la historia de Sudamérica y el segundo a nivel mundial después del que se registró en la costa oeste de Estados Unidos en 2015.

“Este episodio de marea roja es el más extenso que se ha registrado en Sudamérica”, dijo el doctor en biología marina y experto en toxinas marinas de la Universidad Católica del Norte, Gonzalo Álvarez.

Hasta el momento, el fenómeno conocido como marea roja, causado por el florecimiento de una excesiva proliferación de microalgas con elevadas concentraciones de toxinas, no se había registrado en las costas del Pacífico de Chile.

“Habitualmente los episodios de marea roja estaban contenidos en el mar interior del archipiélago de Chiloé o en los canales y fiordos de las sureñas regiones de Aysén y Magallanes. Lo de ahora es inédito”, agregó el científico.

El 11 de mayo, la contaminación del agua por marea roja que desde hace un mes sacude el archipiélago de la región de Los Lagos se amplió hacia la región de Los Ríos, a 400 kilómetros al norte de donde se registró por primera vez.

El fenómeno actual de marea roja es “el segundo en extensión a nivel mundial después del que se observó el año pasado entre las costas de California y Alaska”, afirmó Álvarez.

Asimismo, los expertos aseguran que es probable que el fenómeno vuelva a ocurrir, aunque se desconoce la intensidad y la extensión con la que lo haría.

“Cuando ha habido episodios de marea roja muy fuertes es altamente probable que ese evento ocurra de nuevo”, dijo el investigador acuícola de la Universidad de Concepción, Renato Quiñones.

A su parecer, *Alexandrium catenella* –el dinoflagelado que produce la marea roja– forma quistes que pueden permanecer ‘dormidos’ durante años en el fondo del borde costero a la espera de nuevas condiciones climáticas favorables a su activación.

“Tenemos que empezar a pensar que este va a ser un tema recurrente en un archipiélago que depende principalmente de la acuicultura, la pesca y el turismo”, advirtió Quiñones.

De ahí que, según el experto, se requiera una mirada profunda por parte de los gobernantes, quienes “deberían estudiar cómo se va a organizar el desarrollo sustentable de la zona en un futuro”.

“Deberíamos empezar a preguntarnos qué pasará con Chiloé en el futuro y en las políticas necesarias para paliar los efectos que puedan tener otros episodios de marea roja. Desgraciadamente, no veo que nadie esté pensando mucho en eso”, criticó.

La prohibición de extraer marisco, la principal actividad económica del archipiélago, por las altas concentraciones de toxinas paralizantes detectadas en los invertebrados ha puesto en pie de guerra a los habitantes de la zona.

Lo que empezó como una protesta de pescadores artesanales se ha convertido en un movimiento social que abarca otras áreas que ya no tienen que ver con la catástrofe ambiental que hace meses sacude el archipiélago.

El presidente del Movimiento Defendamos Chiloé, Juan Carlos Viveros, dijo que la catástrofe ambiental se transformó en una “crisis social y económica” a la que se han adherido muchos habitantes que “reivindican demandas históricas relacionadas con la sanidad, la educación y la conectividad”.

“Ningún Gobierno nos ha comprendido nunca, somos un archipiélago de más de 45 islas y nos siguen llamando ‘la isla de Chiloé’, nos sentimos abandonados”, afirmó Viveros.

Es por ese motivo que asociaciones de vecinos y movimientos sociales del archipiélago están constituyendo una mesa social para abordar todas estas cuestiones desde la ciudad de Castro.

### Nombran un ministro coordinador

El ministro de Economía de Chile, Luis Felipe Céspedes Cifuentes, fue nombrado el 14 de mayo ‘ministro coordinador’ por la presidenta Verónica Michelle Bachelet Jeria, para que se haga cargo de las negociaciones tendientes a la resolución del conflicto generado en el sur del país por la aparición de la marea roja.

La jefa de Estado aseguró que Céspedes deberá “liderar las tareas que corresponda llevar a cabo para enfrentar el fenómeno de la marea roja en los ámbitos social, laboral, productivo y económico”. Añadió que la decisión de no



nombrar un delegado presidencial, como exigían los pescadores, se debe a que el ministro encargado es una figura constitucional que tiene mayores atribuciones, “lo que permitirá dar una solución integral y multisectorial al conflicto”.

Desde hace trece días los chilotes protestan por la prohibición de extraer mariscos, la principal actividad económica del archipiélago. Los pescadores artesanales han levantado barricadas en las principales carreteras de la zona, impidiendo la entrada y salida de Chiloé y la circulación por algunas de las rutas de la Región de Los Lagos.

Tras ser designado, Céspedes dijo que se hace necesario generar un nuevo clima para solucionar el conflicto que mantiene a Chiloé aislado. “Necesitamos generar un nuevo clima que nos permita enfrentar no sólo los desafíos de corto plazo sino también los de desarrollo sustentable de la región”, dijo el secretario de Estado, quien ya era el ministro encargado de llevar a cabo las negociaciones con los dirigentes de los pescadores artesanales.

Céspedes reiteró el llamado a los pescadores para que levanten los bloqueos de modo de recuperar la conectividad. Asimismo, aseguró que un comité independiente de científicos analiza el origen de la mortandad de los recursos pesqueros, que los pescadores atribuyen al vertimiento de desechos por parte de las salmoneras que operan en la zona. “Tenemos un compromiso de entregar información que permita claridad respecto de lo que han sido algunas relaciones de vertimientos de salmones y la marea roja”, indicó Céspedes.



### **Ecuador registra 239 casos de influenza A(H1N1), de los cuales 39 murieron**

11 de mayo de 2016 – Fuente: Agence France-Press (Francia)

Un brote de influenza A(H1N1) en Ecuador, que afecta principalmente a las provincias del centro andino del país, produjo 239 casos, de los cuales 39 murieron, informó el 11 de mayo la ministra de Salud, Margarita Beatriz Guevara Alvarado.

“Tenemos hasta la actual semana epidemiológica 239 casos, de los cuales 39 personas han fallecido”, señaló Guevara durante una reunión ministerial en la sede del gobierno.

La ministra agregó que se han registrado “casos de influenza A(H1N1) en todo el país, con prevalencia en las provincias de la región centro, en vista de la estación invernal”.

La influenza A(H1N1) fue detectada en Ecuador por primera vez en 2009.

Guevara aclaró que se ha vacunado a niños, mujeres embarazadas y ancianos, que son los grupos más vulnerables ante la enfermedad.<sup>2</sup>

## **La Prensa**

### **Honduras: Se triplicaron este año los casos de síndrome de Guillain-Barré**

13 de mayo de 2016 – Fuente: La Prensa (Honduras)

El virus Zika no detiene su expansión en el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) aseguró que ya son 58 los países afectados por esta enfermedad vinculada con la microcefalia y el síndrome de Guillain-Barré.

En Honduras, la enfermedad tampoco detiene su expansión. Autoridades de Salud informaron que continúan en aumento los casos de síndrome de Guillain-Barré. En conjunto, el dengue, la fiebre chikungunya y la fiebre zika suman 38.500 pacientes. Este año ya van tres decesos: uno por síndrome de Guillain-Barré y dos por dengue grave.

El viceministro de Salud, Francis Rafael Contreras Rivera, informó que la última semana epidemiológica refleja que los casos de síndrome de Guillain Barré suman 83, lo que representa que se están triplicando los casos en este año.

Señaló que no ha terminado el quinto mes del año y los casos del síndrome se muestran elevados en comparación con años anteriores a esta misma fecha.

Agregó que los embarazos con sospecha clínica de infección por el virus Zika son 263, pero “todos los casos están bajo control médico”.

Contreras reiteró el llamado a la ciudadanía a continuar con las medidas preventivas para contrarrestar el mosquito transmisor de las tres enfermedades. En vista que la temporada lluviosa está por comenzar temen un repunte de estas enfermedades.

## **El mundo**

### **europa press**

### **Angola: El Cuerpo Médico Europeo interviene en la lucha contra la fiebre amarilla**

12 de mayo de 2016 – Fuente: Europa Press

La Unión Europea desplegó el 12 de mayo un equipo de expertos médicos conjunto para ayudar a Angola a contener el brote de fiebre amarilla, que ha provocado ya 260 muertes del total de más de 2.000 casos sospechosos detectados en el país desde que estalló en diciembre del año pasado.

Se trata del primer equipo de expertos médicos conjunto que la Unión Europea despliega en el marco del Cuerpo Médico Europeo, que fue creado a mediados de febrero precisamente para poder atender en situaciones de emergencia rápidamente para contener epidemias como la de la enfermedad por el virus del Ébola.

<sup>2</sup> La inminente llegada de la estación invernal en el Hemisferio Sur es acompañada de las infecciones respiratorias, en particular de la influenza. Siendo ésta una condición prevenible, se debe reforzar la vacunación no solamente de las personas vulnerables, sino de la población en general, máxime en esta época en que Ecuador se encuentra recuperándose lentamente de los estragos del reciente terremoto.



El equipo desplazado a Angola, compuesto por expertos de Alemania, Portugal y Bélgica, así como de la Comisión Europea y del Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades, contribuirá a lograr un mejor entendimiento de las características epidemiológicas del brote, evaluará los riesgos de su extensión a nivel regional e internacional y las implicaciones para Europa y los europeos que viajan a la región, además de asesorar a las autoridades angoleñas en sus esfuerzos para mitigar el brote.

“Juntos podemos entenderlo mejor y ayudar a pararlo más rápido”, explicó el comisario de Ayuda Humanitaria y Gestión de Crisis, Christos Stylianides, quien recordó que se han “aprendido lecciones de la crisis del ébola” y el nuevo Cuerpo Médico Europeo fue creado en febrero precisamente “para poder reaccionar mejor a una gran emergencia sanitaria”.

La misión durará alrededor de dos semanas y trabajará estrechamente tanto con el Gobierno angoleño como con la Organización Mundial de la Salud.

El brote de fiebre amarilla estalló en la capital angoleña, Luanda, en diciembre del año pasado, pero muy rápidamente se ha ido extendiendo por otros municipios y provincias. Hasta ahora se han detectado más de 2.000 casos sospechosos y se han registrado 260 muertes en Angola –que ya vivió dos brotes anteriores en 1971 y 1988–, aunque también se han dado casos importados en China, Kenya, República Democrática del Congo y Mauritania.

El Cuerpo Médico Europeo creado podría incluir equipos médicos de emergencia, expertos en coordinación y salud pública, laboratorios móviles de bioseguridad, aviones para evacuaciones médicas y equipos de apoyo logístico. Este organismo se enmarca dentro de la nueva Capacidad europea ante emergencias, conocida como ‘Fondo Común Voluntario’, del Mecanismo de Protección Civil de la Unión Europea. Hasta ahora, España, Bélgica, República Checa, Finlandia, Francia, Luxemburgo, Alemania, Suecia y Países Bajos ya han destinado equipos y material a dicho fondo.

## Clinical Infectious Diseases

### **Australia: La vacuna antigripal durante el embarazo podría prevenir la mortalidad fetal**

30 de marzo de 2016 – Fuente: *Clinical Infectious Diseases*

Las embarazadas que reciben la vacuna antigripal estacional están menos expuestas a que su bebé muera antes de nacer que las mujeres sin vacunar.

Un equipo de Australia analizó datos de 53.000 mujeres que no recibieron la vacuna durante el embarazo y de casi 5.100 mujeres vacunadas. La inmunización redujo 51% el riesgo de muerte fetal.

Aun así, ese riesgo es bastante bajo: durante el estudio hubo 377 muertes (6,5 de cada 1.000 partos).

Para la autora principal, Annette Regan, del Departamento de Salud de Western Australia y de la Universidad de Western Australia, Perth, los resultados sugieren que la inmunización ayudaría a los bebés en el útero materno.

“La ciencia aún ignora cómo la vacunación protegería de la muerte fetal”, explicó Regan. Como la influenza en el embarazo está asociada con esa complicación, podría ser que la vacuna disminuya el riesgo de infección en las madres.

Aunque los médicos recomiendan que las embarazadas se vacunen contra la influenza para su protección y la de sus bebés, menos de la mitad lo hace, informó el equipo. Eso suele ocurrir por dudas sobre la seguridad de la vacuna para el bebé.

Una embarazada con influenza tiene más riesgo de sufrir complicaciones, como el parto prematuro o las malformaciones congénitas.

Las embarazadas no deberían recibir la vacuna inhalable FluMist® (MedImmune); el resto es seguro durante el embarazo. El equipo de Regan revisó información de 58.000 partos entre abril de 2012 y diciembre de 2013.

Se consideró muerte fetal a los decesos con por lo menos 20 semanas de gestación, pero no los abortos. El embarazo a término dura unas 40 semanas.

Menos de 9% de las participantes se aplicó la vacuna durante el embarazo.

El punto máximo de reducción de la mortalidad fetal se detectó en los partos al final de la temporada de influenza, con la inmunización asociada con 67% menos riesgo de muerte.

El equipo señaló que una limitación del estudio es haber tenido en cuenta la notificación de la vacunación a un registro oficial, medida que es opcional para los médicos. Por esto, algunas participantes habrían aparecido sin vacunar aun cuando hubiesen estado protegidas.<sup>3</sup>



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



Entre el 21 de abril y el 4 de mayo de 2016, la Comisión Nacional de Salud y Planificación Familiar de China (NHFP) notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) tres nuevos casos confirmados por laboratorio de infección humana por el virus A(H5N6) de la influenza aviar.

El primer caso es un hombre de 35 años de edad, que vive en la región de bosques de Shen Nong Jia, provincia de Hubei. Presentó fiebre el 9 de abril y buscó atención médica. Fue ingresado en un hospital para recibir tratamiento el 12 de abril y se encuentra actualmente en estado crítico. Muestras clínicas del paciente fueron confirmadas como positivas para ácido nucleico del virus A(H5N6) por parte del Centro Chino para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) el 21 de abril. Se confirmó la exposición a un mercado de aves de corral vivas antes del inicio de los síntomas. Los contactos cercanos del paciente se mantienen saludables.

El segundo caso es una niña de 11 años de edad que vive en la ciudad de Zhuzhou, provincia de Hunan, que presentó fiebre y tos el 11 de abril. Como sus síntomas empeoraron el 12 de abril, fue ingresada en un hospital para su tratamiento. Actualmente se encuentra en condición estable. Muestras clínicas de la paciente fueron confirmadas como positivas para ácido nucleico del virus A(H5N6) por parte del CDC el 24 de abril. Se confirmó la exposición a un mercado de aves de corral vivas antes del inicio de los síntomas. Los contactos cercanos del paciente se mantienen saludables.

El tercer caso es una mujer de 65 años de edad que vive en la ciudad de Xuancheng, provincia de Anhui, que enfermó el 24 de abril. El 27 de abril, su estado empeoró y fue ingresada en un hospital local para recibir tratamiento y actualmente se encuentra en estado crítico. Muestras clínicas de la paciente fueron confirmadas como positivas para ácido nucleico del virus A(H5N6) por parte del CDC el 2 de mayo. Se confirmó la exposición a un mercado de aves de corral vivas antes del inicio de los síntomas. Este es el primer caso de influenza A(H5N6) reportado en la provincia de Anhui, China.

### Respuesta de salud pública

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

- fortalecimiento de la vigilancia, análisis e investigación;
- intensificación de los cuidados médicos del caso;
- comunicación del riesgo a la población.

### Evaluación de riesgos de la OMS

Este reporte no cambia el riesgo general de salud pública de los virus de la influenza aviar A(H5N6). Aunque la influenza A(H5N6) ha causado infecciones severas en humanos, hasta ahora las infecciones humanas por el virus parecen ser esporádicas, sin transmisión de persona a persona y manteniéndose saludables los contactos cercanos del caso. Sin embargo, la caracterización de este virus está en curso y sus implicaciones en la evolución y emergencia de una cepa pandémica se desconocen. El riesgo de propagación internacional de la enfermedad se considera bajo hasta este momento. La OMS continúa evaluando la situación epidemiológica y conduciendo una nueva evaluación del riesgo con base en la información más reciente.

### Advertencias de la OMS

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 continuar fortaleciendo la vigilancia de la influenza, incluida la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) y revisar cuidadosamente cualquier patrón inusual, con el fin de garantizar la notificación de infecciones humanas en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (2005), y continuar las acciones nacionales de preparación sanitaria.

## **INFORMACIÓN** España, Comunidad Valenciana: Un brote de sarampión importado de Gran Bretaña deja nueve enfermos en Elche

14 de mayo de 2016 – Fuente: Información (España)

No es que se tengan que encender todas las luces de alarma, pero sí que cabe no perder de vista la incidencia del sarampión en Elche en las últimas fechas. No en vano, los últimos datos epidemiológicos en la Comunidad Valenciana revelaron que el municipio ilicitano ha llegado a aglutinar la mitad de todos los casos oficiales que se han detectado hasta el momento en la Comunidad Valenciana. Y es que, en apenas un mes, Elche ha sumado nueve casos de sarampión.

En la semana del 18 al 24 de abril, Elche empezó a desatacarse en las estadísticas epidemiológicas de la Comunidad Valenciana al notificarse en principio, a falta de una confirmación total, una proporción de casos nada habitual.

Hasta el 24 de abril, el municipio había informado 7 de los 16 casos notificados en total y acumulados desde principios de año en la Comunidad Valenciana, según siempre datos de la Subdirección General de Epidemiología, de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, a partir de la red de vigilancia de la salud y sanidad ambiental.

Pero a la semana siguiente, del 25 de abril al 1 de mayo, el municipio ilicitano volvió a referir dos nuevos casos, por lo que el total en Elche se situó ya en nueve, cuatro más que, por ejemplo, toda la ciudad de Valencia, mientras que en Alicante, por ejemplo, no se identificó ningún caso.

Finalmente, en la semana del 2 al 8 de mayo, no hubo ninguna notificación más, mientras que la Conselleria de Sanidad, de los 19 casos que en principio parecían sarampión, dio por confirmados siete en toda la Comunidad Valenciana, seis de ellos localizados en Elche.

Ante esta situación, la Administración autonómica reconoció que se ha producido un brote de sarampión en el municipio ilicitano a raíz de una persona procedente de Gran Bretaña. Al mismo tiempo, cuantificó finalmente en nueve las personas afectadas en Elche.

La Conselleria de Sanidad informó que se detectó un caso de sarampión el pasado 16 de marzo en Elche: "En concreto, se trata de un hombre de 38 años que comenzó con fiebre, desarrollando el exantema cinco días después".

Las mismas fuentes precisaron que se trató de un caso importado y no vacunado que había permanecido durante su periodo de contagio en Gran Bretaña.

### **Confirmación**

"Este caso fue confirmado por el laboratorio del Centro Nacional de Epidemiología, que determinó que se trataba de un genotipo circulante en Gran Bretaña", informó la Conselleria de Sanidad.

A partir de esta situación, se inició la localización e investigación de personas susceptibles de haber sido contagiadas. Una vez realizado este trabajo de búsqueda, se optó por aplicar la vacunación pertinente según la situación inmunitaria de cada uno de los pacientes. Además, se estableció una vigilancia activa para detectar de manera oportuna la aparición de nuevos casos. Así las cosas, se detectaron ocho casos nuevos, además del hombre que lo importó, es decir, un total de nueve casos.

El sarampión es una enfermedad muy contagiosa: de hecho, se calcula que si una persona tiene sarampión, 90% de las personas cercanas lo contraerá, a menos que estén vacunadas.

### **"Esta patología se asocia, por lo general, a la exclusión social"**

Según el Dr. José Vicente Tuells Hernández, director de la Cátedra Balmis de Vacunología de la Universidad de Alicante, es preocupante que haya casos de sarampión "porque es una enfermedad en vía de eliminación. Que aparezcan casos, aunque sean benignos, indica que existen todavía pequeñas bolsas de no vacunados. Existe un Plan de Eliminación del Sarampión en Europa y España que pretendía conseguir eliminarlo para 2015. La aparición de brotes en varios países ha motivado posponer esa fecha".

Según el catedrático, se trata de una patología que se asocia a pobreza o a barrios deprimidos. "La aparición de casos se asocia, por regla general, a la exclusión social. La población marginada tiene menor acceso a los programas de vacunación. Pero ocasionalmente ocurre algún brote en grupos críticos con las vacunas donde abundan los no vacunados", aclara.

Tuells Hernández explica que los afectados son menores de 3 años y adultos. "Los niños son más susceptibles de padecer sarampión. Si no han recibido la vacuna triple viral porque no han cumplido la edad para ser vacunados –la primera dosis se tiene que aplicar a los 12 meses– o no han completado las dos dosis –la segunda tiene lugar entre los 3 y 4 años–, pueden ser contagiados por algún caso importado, como ocurrió en Elche. Aparece también en adultos jóvenes porque la vacuna triple viral se introdujo en España en 1981 y durante los primeros años de vacunación no se alcanzaron coberturas superiores a 95%, que es la cifra que indica que la enfermedad está controlada. Si, por ejemplo, en 1986 solo se vacunó 60% de los susceptibles, el 40% restante quedaba expuesto y, si no llegó a padecer la enfermedad, hoy son jóvenes desprovistos de inmunidad. La inmunidad se adquiere siendo vacunado, o pasando la enfermedad".

"Hace poco más de 30 años había decenas de miles de casos en España. En aquella época la incidencia del sarampión era muy alta, con ondas bianuales que alcanzaban los 200.000 casos, por ejemplo en 1986. Afortunadamente los programas de inmunización han conseguido reducir la enfermedad a muy pocos casos anuales y a algún brote de bajo impacto", concluye.

**europa  
press**

### **Singapur registra el primer caso de infección por el virus Zika**

14 de mayo de 2016 – Fuente: Europa Press

Las autoridades de Singapur confirmaron el 13 de mayo que el país registró su primer infectado por el virus Zika, un varón de 48 años que había viajado a São Paulo, Brasil, entre el 27 de marzo y el 7 de mayo.

El Ministerio de Sanidad y la Agencia Nacional de Medio Ambiente han emitido un comunicado de forma conjunta en el que informan de este caso, el primero que se registra en el país. El paciente presentaba fiebre y erupciones cutáneas desde el 10 de mayo, por lo que fue ingresado en el Mount Elizabeth Novena Hospital el 12 de mayo, para después ser aislado.

Las pruebas pertinentes revelaron que el paciente estaba infectado con el virus Zika. Si bien se está recuperando y sus síntomas no son graves, será transferido al Centro de Enfermedades Contagiosas del Tan Tock Seng Hospital, y sólo será dado de alta cuando el test para virus Zika resulte negativo.



Las autoridades han pedido a los ciudadanos singapurenses de países en los que el brote de fiebre zika es alarmante que se hagan controles de salud en los siguientes 14 días a su regreso, y que consulten a un médico en caso de notar algunos de los síntomas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró en febrero la emergencia mundial por el brote de fiebre zika que se ha extendido por varios países de América Latina, afirmando que existen indicios suficientes para acelerar la adopción de medidas y las labores de investigación.



## **Cuándo ofrecer la prueba del VIH basada en la PCR en entornos comunitarios**

18 de febrero de 2016 – Fuente: *Emerging Infectious Diseases*

Un estudio estadounidense concluyó en que las pruebas del VIH capaces de detectar infecciones muy recientes en fase aguda, en concreto aquellas basadas en la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), deberían ser ofrecidas a aquellas personas en las que determinados síntomas han tenido lugar en algún momento de las dos semanas previas a la realización de la prueba. Proporcionar dicha prueba únicamente si la persona tiene síntomas en el momento de realizar la prueba haría perder un buen número de diagnósticos de primoinfección.

El diagnóstico clínico de la infección por VIH a partir de los síntomas de la primoinfección –dada su inespecificidad– no es posible, por lo que la realización de la prueba del VIH es imprescindible para poder diagnosticar la infección. Sin embargo, la selección de la prueba del VIH debe ir condicionada al período ventana tras la práctica de riesgo. Algunas pruebas presentan un costo más elevado que otras y las basadas en la PCR son, generalmente, las que tienen un mayor costo para los servicios comunitarios o de ámbito clínico que las realizan. Por ello, su uso suele restringirse únicamente a aquellas personas que tienen síntomas en el momento de realizar la prueba y no en aquellas en las que los síntomas ya remitieron.

Para poder evaluar el costo-efectividad de la realización de pruebas del VIH basadas en la PCR en personas con posible infección aguda, investigadores de la Universidad de San Diego (Estados Unidos) llevaron a cabo un estudio para determinar la proporción de personas con infección aguda por VIH que tenían síntomas en el momento de acudir a la realización de la prueba y la de aquellas que habían presentado síntomas de forma reciente (en las dos semanas anteriores).

Un total de 90 hombres que habían recibido el diagnóstico de infección aguda por VIH entre 2007 y 2014 en centros comunitarios fueron incluidos en el estudio.

En el estudio, se definió infección aguda como tener un resultado positivo en una prueba del VIH basada en la PCR y un resultado negativo en una prueba de anticuerpos. El diagnóstico de las infecciones se confirmó con la prueba de confirmación habitual (la prueba de Western Blot) una vez transcurrido el período ventana.

Los investigadores obtuvieron muestras sanguíneas de los participantes de la primera visita posterior al diagnóstico para analizar la carga viral y los niveles de CD4.

Además, se realizó un registro exhaustivo de la aparición, duración y remisión de un total de 10 signos y síntomas asociados a la primoinfección por VIH: dolor de cabeza, faringitis, dolores musculares, fiebre, fatiga, sudores nocturnos, problemas gastrointestinales, exantema cutáneo, dolores articulares y pérdida de peso.

De los 90 participantes, 80% (un total de 72 personas) había experimentado signos o síntomas asociados a la primoinfección en las dos semanas anteriores a la realización de la prueba. De ellas, 47 –que representarían 52% del total de participantes y 65% de quienes habían tenido signos o síntomas en las últimas dos semanas– tenían signos o síntomas de primoinfección en el momento de realizar la prueba, y 25 (que representaban 28% del total) habían tenido signos o síntomas en las dos semanas previas a la prueba pero no los tenían ya en el momento del test.

Ni la carga viral ni los niveles de CD4 condicionaron de forma significativa la aparición o la duración de los signos o síntomas. Sin embargo, en los 12 casos de personas que acudieron a realizar la prueba por la sintomatología que experimentaban se observó una carga viral significativamente superior a la del resto de participantes.

Los resultados del presente estudio pueden ser importantes para establecer protocolos adecuados de utilización de pruebas del VIH basadas en la PCR en entornos comunitarios. Siendo la restricción por costo-efectividad un hecho todavía inevitable, el basarse en la presencia de signos o síntomas en el momento de la realización de la prueba es un criterio, a la luz de los resultados del presente estudio, ciertamente cuestionable.



## **Nueva prueba de diagnóstico rápido y tratamiento más corto para los pacientes de tuberculosis resistente a múltiples fármacos**

12 de mayo de 2016 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

Las nuevas recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) tienen como objetivo acelerar la detección y mejorar los resultados del tratamiento de la tuberculosis resistente a múltiples fármacos (TB-MDR) a través del uso de una nueva prueba de diagnóstico rápido y un régimen de tratamiento más corto y más barato.

“Este es un paso fundamental en la lucha contra la crisis de salud pública causada por la TB-MDR. Las nuevas recomendaciones de la OMS ofrecen esperanza a cientos de miles de pacientes con TB-MDR que ahora pueden beneficiarse de una prueba que identifica rápidamente la elegibilidad para el régimen más corto, y luego completar el tratamiento en la mitad del tiempo y por casi la mitad del costo”, dijo el Dr. Mario Raviglione, director del Programa Mundial de la Tuberculosis de la OMS.

## Tratamiento más corto con mejores resultados

Por menos de 1.000 dólares por paciente, el nuevo régimen de tratamiento puede completarse en 9-12 meses. No sólo es menos costoso que los regímenes actuales, sino que también se espera mejorar los resultados y potencialmente disminuir las muertes debido a una mejor adherencia al tratamiento y reducir las pérdidas durante el seguimiento.

Los regímenes de tratamiento convencionales, que duran 18-24 meses, tienen bajas tasas de curación: solo 50% de promedio a nivel global. Esto en gran parte es causado porque a los pacientes les resulta muy difícil seguir los tratamientos de segunda línea, que puede ser muy tóxicos, y por prolongados períodos de tiempo. Por lo tanto, a menudo cortan el tratamiento o se pierden durante el seguimiento de los servicios de salud.

El régimen más corto está recomendado para pacientes con diagnóstico de TB-MDR sin complicaciones, por ejemplo, aquellos individuos en los que la enfermedad no es resistente a los medicamentos más importantes que se utilizan para el tratamiento de la TB-MDR (fluoroquinolonas e inyectables), conocidos como 'medicamentos de segunda línea'. También está recomendado para las personas que aún no han sido tratados con medicamentos de segunda línea.

Las recomendaciones de la OMS sobre los regímenes más cortos se basan en estudios programáticos iniciales que involucraron a 1.200 pacientes con TB-MDR sin complicaciones en 10 países. La OMS insta a los investigadores a completar los ensayos clínicos aleatorios controlados en curso con el fin de fortalecer la base de evidencias para el uso de este régimen.



## Prueba de diagnóstico rápido para identificar la resistencia a fármacos de segunda línea

La forma más confiable para descartar la resistencia a fármacos de segunda línea es una nueva prueba de diagnóstico recomendado para su uso en laboratorios nacionales de referencia para tuberculosis. La nueva prueba diagnóstica –llamada MTBDRsl– es una prueba basada en ADN que identifica mutaciones genéticas en cepas de TB-MDR, que las hacen resistentes a las fluoroquinolonas y los medicamentos antituberculosos de segunda línea inyectables.

Esta prueba brinda los resultados en sólo 24-48 horas, menos de los tres meses o más que requiere actualmente. El tiempo de respuesta mucho más rápido significa que los pacientes con TB-MDR con resistencia adicional no sólo se diagnostican con mayor rapidez, sino que pueden comenzar antes un régimen de segunda línea apropiado. La OMS informa que menos de 20% de los 480.000 pacientes estimados de TB-MDR a nivel mundial actualmente están siendo tratados adecuadamente.

La prueba MTBDRsl es también un requisito previo crítico para la identificación de pacientes con TB-MDR elegibles para el régimen más corto recientemente recomendado, evitando al mismo tiempo que los pacientes que tienen resistencia a los medicamentos de segunda línea reciban este régimen (que podría favorecer el desarrollo de tuberculosis extremadamente resistente a los medicamentos, o TB-XDR).

“Esperamos que el diagnóstico más rápido y el tratamiento más corto acelerará la tan necesaria respuesta global a la TB-MDR. Los ahorros previstos en los costos de la puesta en marcha de este régimen podrían ser re-invertidos en los servicios de TB-MDR para permitir que más pacientes sean testeados y retenidos en el tratamiento”, dijo el Dr. Karin Weyer, Coordinador de Laboratorios, Diagnóstico y Resistencia a las Drogas, del Programa Mundial de Tuberculosis de la OMS.

La OMS está trabajando estrechamente con sus asociados técnicos y de financiación para garantizar recursos y apoyo adecuados para el uso de la prueba rápida y el régimen más corto y más barato en los países.

## Datos básicos

La resistencia a los medicamentos estándar contra la tuberculosis existe en la mayoría de países del mundo. La resistencia a los medicamentos, favorecida por un tratamiento inadecuado, puede propagarse a través del aire, de persona a persona, de la misma manera que la tuberculosis sensible a los medicamentos.

La tuberculosis resistente a múltiples fármacos (TB-MDR) es causada por la bacteria de la tuberculosis que es resistente al menos a isoniazida y rifampicina, los dos medicamentos más eficaces contra la tuberculosis. Con base en cifras de 2014, el último año del que se dispone de datos, la OMS estima que 5% de los casos de tuberculosis son resistentes a múltiples fármacos. Esto se traduce en 480.000 casos y 190.000 muertes cada año.

La tuberculosis extremadamente resistente a los medicamentos TB (TB-XDR) es una forma de tuberculosis multi-resistente que también es resistente a cualquier fluoroquinolona y a cualquiera de los agentes de segunda línea inyectables (es decir, amikacina, kanamicina o capreomicina). Aproximadamente 9% de los pacientes con TB-MDR desarrolla TB-XDR, la que es aún más difícil de tratar.

La *Estrategia Fin de la Tuberculosis* de la OMS, adoptada por todos los Estados Miembros de la OMS, sirve como modelo para los países para reducir la incidencia de tuberculosis en 80% y las muertes de tuberculosis en 90%, y para eliminar los catastróficos costos para los hogares afectados por la tuberculosis para 2030.



**HOW TO DROP**  
*the Habit!*

- 1** Use a small pocket size notebook and write the time and date of each cigarette smoked. Then cut down the number of cigarettes you smoke by deleting one third to one half of your usual amount.
- 2** Each week decrease the amount you smoke by one third to one half again, still writing each cigarette smoked in your log.
- 3** Set a "stop date" and don't change it for anything!
- 4** Replace your smoking with low-calorie snacks such as fresh fruit and vegetables and battle any stress or weight gain with long walks and deep, relaxing breaths.

Before beginning an exercise program or changing your diet, be sure to consult your physician.

Clement Communications (1987. Concordville, Pennsylvania, 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](mailto:reporteepidemiologicocba@gmail.com), aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.