



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina

www.reporteepidemiologico.com

Noticias

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

Argentina

- Vigilancia de sífilis congénita
- Los siniestros viales son la primera causa de muerte de personas de 5 a 34 años
- Corrientes: Todas las personas diagnosticadas con leishmaniasis en 2016 se recuperaron satisfactoriamente

América

- Actualización epidemiológica sobre la situación de la fiebre amarilla
- Bolivia, Cochabamba: La Villa de San Pedro de Sacaba se alista para declarar la emergencia por rabia canina
- Chile: Dos jóvenes con hantavirus están internados en estado grave
- Colombia: Detectan en hospitales una variedad hipervirulenta de *Clostridium difficile*

- Estados Unidos: Están aumentando las hospitalizaciones y las muertes por influenza
- Perú: Mosquitos, hongos y arañas venenosas, la otra cara de El Niño

El mundo

- Filipinas: Lanzas una campaña masiva de vacunación ante el aumento de casos de difteria
- Somalia, Shabeellaha Dhexe: Mueren cuatro niños y decenas son hospitalizados por un brote de cólera en Mahadaay
- Sudáfrica, Noord-Kaap: Dos casos de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en lo que va del año
- El cáncer de pulmón es el que más mata en el mundo
- El UNICEF solicita 3.300 millones de dólares para asistencia de emergencia para 48 millones de niños atrapados en conflictos



Número 1.877

8 de febrero de 2017

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.)

Adhieren:

SLAMVI

Sociedad Latinoamericana
de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/

**CIRCULO
MÉDICO DE
CÓRDOBA**

www.circulomedicocba.org/

CMPC
Consejo de Médicos
de la Provincia
de Córdoba

www.consejomedico.org.ar/



Biblioteca de la Facultad
de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Córdoba

www.biblioteca.fcm.unc.edu.ar/

S.A.D.I.

www.said.org.ar/

**Comité Nacional de
Infectología**

Sociedad Argentina de Pediatría

www.sap.org.ar/



www.apinfectologia.org/

Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica

www.sadip.net/

**Asociación
Parasitológica
Argentina**

www.apargentina.org.ar/

VI CONGRESO INTERNACIONAL DE INFECTOLOGÍA 6 Y 7 DE ABRIL DE 2017 PEDIÁTRICA Y VACUNAS BUENOS AIRES

2007-2017 SADIP, 10 años creciendo en Infectología Pediátrica

La Declaración de Berlín

La Declaración de Berlín sobre el Conocimiento en las Ciencias y Humanidades para el Desarrollo Sustentable

Un borrador de la Declaración de Berlín sobre el Conocimiento en las Ciencias y Humanidades para el Desarrollo Sustentable se distribuyó en la Publicaciones Académicas en la Conferencia Europea, celebrada en Berlín el 17 de enero de 2017. Aún no es un hito en el movimiento global para el Desarrollo Sustentable. Pero, con un poco de compromiso, tal vez podamos hacer algo más que la esperanza de lo que podría ser.

Lo invitamos a leer el texto completo, en inglés, de la Declaración de Berlín, y a firmar la misma haciendo clic [aquí](#).



Argentina

Vigilancia de sífilis congénita

Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación 2 de febrero de 2017 – 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 2015/2016, hasta semana epidemiológica 51. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.¹

Provincia/Región	2015		2016	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	266	74	135	66
Buenos Aires	450	342	600	403
Córdoba	160	87	164	93
Entre Ríos	13	11	11	10
Santa Fe	117	13	126	10
Centro	1.006	527	1.036	582
Mendoza	50	3	110	2
San Juan	118	20	132	13
San Luis	9	1	24	10
Cuyo	177	24	266	25
Corrientes	59	30	59	48
Chaco	162	22	157	58
Formosa	22	22	11	11
Misiones	317	53	313	44
NEA	560	127	540	161
Catamarca	9	1	—	—
Jujuy	104	5	99	1
La Rioja	9	1	2	—
Salta	150	66	87	52
Santiago del Estero	14	10	26	11
Tucumán	176	78	115	66
NOA	462	161	329	130
Chubut	4	4	12	9
La Pampa	10	—	21	3
Neuquén	7	4	6	4
Río Negro	11	5	21	7
Santa Cruz	2	1	1	1
Tierra del Fuego	1	—	2	2
Sur	35	14	63	26
Total Argentina	2.240	853	2.234	924

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

Los accidentes de tránsito siguen siendo en Argentina la primera causa de muerte entre los 5 y los 34 años. También son la segunda causa entre los 35 y los 44 años, detrás de los tumores malignos.

Además, si se toma la población general, constituyen la primera causa de muerte por causas externas, delante de los suicidios y los homicidios.

Los datos –que evidencian que los siniestros viales siguen siendo un importante problema de salud pública que no se logra contener– surgen de las últimas Estadísticas Vitales publicadas por el Ministerio de Salud de la Nación, que corresponden a 2015.

Ese año se produjeron en el país 4.524 fallecimientos por accidentes de tránsito, 3.202 muertes por suicidios, y 2.324 por agresiones.

Y si bien el número registra una reducción de 10,1% con respecto a 2014, muestra un incremento de 11,3% con respecto a hace 10 años. En concreto, en 2014 hubo 5.033 muertes por accidentes vehiculares, 509 más que en 2015. Pero en 2006, esos decesos fueron 4.063, es decir 461 menos que en 2015.

Al margen de las cifras, una cuestión relevante es que esos decesos impactan en particular en niños, adolescentes y adultos jóvenes, y, por lo tanto, en el indicador de años de vida potencialmente perdidos, con fuerte repercusión a nivel económico y laboral, pero también familiar y social.

El 24% de quienes murieron en accidentes de tránsito en 2015 eran adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años, en tanto que 19,9% tenían entre 25 y 34 años. Esto implica que casi la mitad de quienes mueren a causa del tránsito, en concreto 44%, tienen entre 15 y 34 años.

Uno de cada cuatro

El peso de los accidentes también se refleja con claridad al desagregar las causas de muerte por edad. Se advierte que entre los 5 y los 14 años son la primera causa de los fallecimientos, delante de los tumores malignos y las malformaciones congénitas. Y representan 26,3% del total de los decesos ocurridos en ese grupo etario.

Entre los 15 y los 24 años también ocupan el primer lugar antes de los suicidios y las agresiones. Pero, además, una de cada tres personas de esa edad que muere (29,7%) es a causa de un siniestro vial.

De los 25 a los 34 años, los accidentes de tránsito también están primeros entre las causas de mortalidad, por delante de los tumores, los suicidios y las agresiones. En este grupo, uno de cada cuatro de los que fallecen (23%) es por esos siniestros.

Recién en el grupo etario comprendido entre los 35 y los 44 años los accidentes descienden al segundo puesto, detrás de los tumores malignos, pero delante de las enfermedades cardíacas.

Además, estas lesiones no sólo tienen un alto impacto por la elevada mortalidad que provocan, sino también por la importante morbilidad que generan, que se traduce en secuelas y discapacidad, y en fuertes costos sociales e individuales.

La clave es el conductor

Entre las características particulares de las muertes vinculadas a siniestros viales, se encuentra que son multicausales, ya que se vinculan a un conjunto de factores diversos que excede ampliamente el ámbito de la salud.

Entre ellos se cuentan desde el estado de las rutas, el parque automotor, las medidas de seguridad de los vehículos, el uso del cinturón de seguridad en autos y de casco en los motociclistas, hasta la pericia del conductor, la condición física de quien maneja (lo que incluye el consumo de alcohol o drogas), y el respeto de las normas de tránsito. Pero también, ante el accidente el acceso en tiempo y forma a atención médica de la complejidad que requiera la persona lesionada.

“Si bien es un fenómeno multifactorial, la evidencia científica muestra que, de todas esas causas, el mayor peso relativo está en la conducta de quien maneja”, advirtió Gabriel Acevedo, secretario de Salud de la Municipalidad de Córdoba y titular de la cátedra de Medicina Preventiva y Social en la Universidad Nacional de Córdoba. “Y esto abarca desde el no respeto de las reglas de tránsito hasta el consumo de sustancias que afectan la capacidad de manejo, pero también el uso del celular mientras se conduce”, puntualizó. Y precisó que, por esa razón, la mayoría son siniestros –en los que hay responsabilidad de la persona–, y no accidentes.

Acevedo destacó además que en Argentina más de 30% de los que mueren a causa del tránsito no son quienes manejan, sino “usuarios vulnerables”, como peatones, ciclistas y motociclistas. “Y, obviamente, en las ciudades ese porcentaje aumenta”, señaló.

En ese contexto, Acevedo destacó que “para lograr una reducción significativa de los indicadores, las principales acciones deben apuntar a modificar la conducta de quienes manejan”.

“Argentina cuenta con una de las mejores regulaciones en Latinoamérica, pero una cosa es que las normas existan y otra que se cumplan”, consideró.

En esa dirección, sostuvo que hay dos líneas de abordaje que deben ser complementarias. “Por un lado la concienciación y la educación, y por otro el control y las sanciones efectivas”, precisó.

Medidas concretas como alcoholemia cero, requerimientos más estrictos para otorgar la licencia de conducir, control de uso del cinturón de seguridad y del casco, como las que se han implementado en Córdoba en los últimos tiempos, están contribuyendo a reducir los siniestros.

“En eso hemos avanzado, pero hay límites, porque no se puede poner un policía a controlar en cada esquina, y el examen sólo chequea la idoneidad pero no la conducta de quien maneja. Por eso, el núcleo duro de la problemática se centra en que el conductor respete las normas y, por lo tanto, a los otros”, finalizó.



Corrientes: Todas las personas diagnosticadas con leishmaniasis en 2016 se recuperaron satisfactoriamente

31 de enero de 2017 – Fuente: Momarandú (Argentina)

La directora del Dispensario Dermatológico ‘Hersilia Casares de Blaquier’ de la ciudad de Corrientes, Dra. Elisa Petri de Odriozola, reveló que todos los pacientes que contrajeron leishmaniasis durante 2016, fueron tratados y curados.

En el año 2015 hubo un brote de la enfermedad, con 73 casos de leishmaniasis cutánea, mientras que en 2016 solo fueron 47, particularmente en la ciudad de Corrientes y en Riachuelo.

Respecto a leishmaniasis visceral, el año pasado se registraron solo dos casos. Todos los pacientes fueron tratados y curados. En la oportunidad, también hubo casos en San Cosme, San Luis del Palmar, Mercedes, Itatí, Lavalle y Bella Vista.

En Argentina, en 2015 se notificaron 374 casos de leishmaniasis cutánea y se confirmaron 350. Mientras que en 2016, se notificaron 277 casos y se confirmaron 239.

En cuanto a leishmaniasis visceral, en 2015 se notificaron 183 casos de la enfermedad en todo el país y se confirmaron 8. Mientras que en 2016, se notificaron 106 casos y se confirmaron 10.

“La leishmaniasis se cura y el tratamiento es gratuito y está garantizado”, remarcó Odriozola e instó a la población a estar alerta “ante cualquier ulcera que no pica, no duele y no mejora con antibióticos y concurrir al centro de salud más cercano”, explicó.

América



Actualización epidemiológica sobre la situación de la fiebre amarilla

2 de febrero de 2017 – Fuente: Organización Panamericana de la Salud

Resumen de la situación en las Américas

Hasta el 2 de febrero de 2017 sólo en Brasil se han confirmado casos de fiebre amarilla, mientras que en Colombia y Perú se han notificado casos probables.

En Brasil, entre el 1 de diciembre de 2016 y el 2 de febrero de 2017, se notificaron 901 casos de fiebre amarilla (151 confirmados, 42 descartados y 708 sospechosos que permanecen en investigación, incluidas 143 defunciones (54 confirmadas, 3 descartadas y 86 en investigación). La tasa de letalidad general es de 16%, siendo de 36% entre los casos confirmados y de 12% entre los casos sospechosos.

De acuerdo al sitio probable de infección, los casos sospechosos y confirmados se distribuyen en cinco estados: Bahía (10), Espírito Santo (67), Minas Gerais (802), São Paulo (7) y Tocantins (4). La tasa de letalidad entre casos sospechosos y confirmados en el estado de Espírito Santo es de 12%, en Minas Gerais 16% y en São Paulo 43%.

Los casos confirmados, se distribuyen en tres estados: Espírito Santo (13), Minas Gerais (134) y São Paulo (4) (ver Gráfico 1). El 50% de los casos confirmados corresponde a hombres de entre 31 y 50 años de edad (ver Gráfico 2). Con relación a las defunciones confirmadas, 48 ocurrieron en el estado de Minas Gerais, tres en el estado de São Paulo y tres en el estado de Espírito Santo.

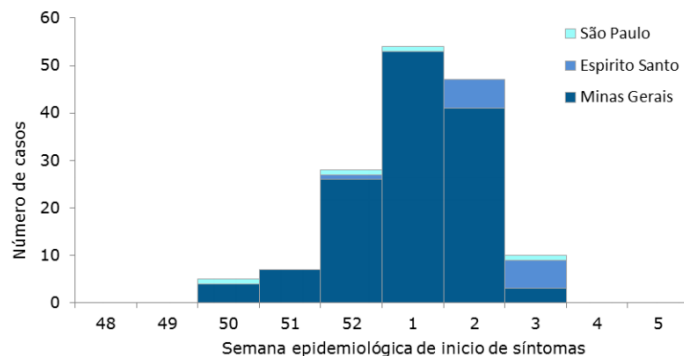


Gráfico 1. Casos confirmados de fiebre amarilla, según semana epidemiológica (SE) de inicio de síntomas. Brasil. Desde SE 48 de 2016 hasta SE 3 de 2017. Fuente: Ministerio de Salud de Brasil.

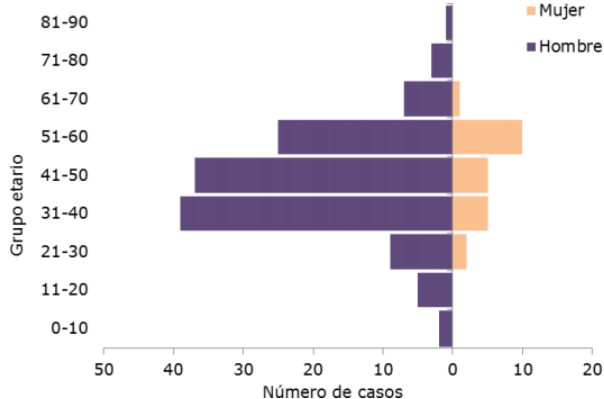


Gráfico 2. Casos confirmados de fiebre amarilla, según grupo etario y sexo. Brasil. Desde SE 48 de 2016 hasta SE 3 de 2017. Fuente: Ministerio de Salud de Brasil.

Adicionalmente fueron notificadas 412 epizootias en primates no humanos (PNH), con un total de 1.202 PNH fallecidos, de las cuales 259 fueron confirmadas para fiebre amarilla.

Las epizootias en PNH se notificaron en: Roraima (frontera con Venezuela), Tocantins, Goiás, Minas Gerais, Bahía, Espírito Santo, São Paulo, Mato Grosso do Sul (frontera con Paraguay), Rio Grande do Norte, Paraná (frontera con Argentina y Paraguay) y Distrito Federal (ver Mapa 1). La ocurrencia de epizootias en Roraima (frontera con Venezuela) como en Mato Grosso do Sul y Paraná (frontera con Argentina y Paraguay) representa un riesgo de circulación del virus hacia estos países, sobre todo en las áreas en que comparten un mismo ecosistema.

En respuesta a esta situación, las autoridades de salud pública del nivel federal, estatal y municipal se encuentran implementando

diversas actividades, entre ellas la distribución de 7,8 millones de vacunas a los estados de Minas Gerais, Espírito Santo, São Paulo, Bahia y Rio de Janeiro.

Hasta el momento no hay evidencia de que *Aedes aegypti* esté implicado en la transmisión de los brotes en curso. Sin embargo, el riesgo potencial de un cambio en el ciclo de transmisión no puede ser descartado.

Recomendaciones

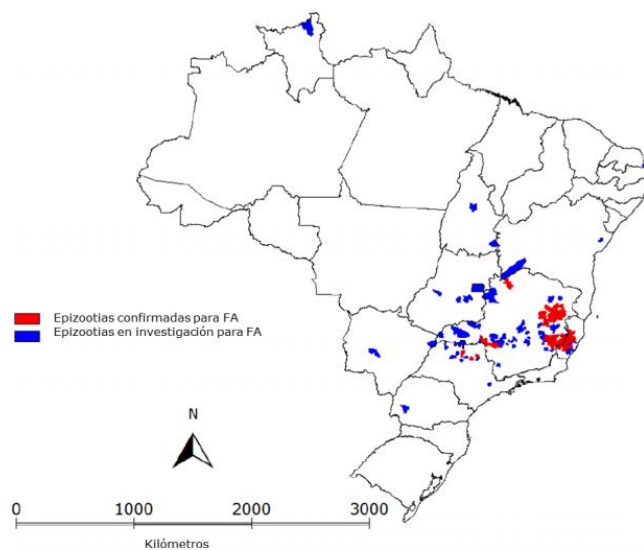
La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recomienda a los Estados Miembros que continúen con los esfuerzos para detectar, confirmar y tratar adecuada y oportunamente los casos de fiebre amarilla en un contexto de circulación de varios arbovirus. Se alienta a los Estados Miembros a mantener al personal de salud actualizado y capacitado para detectar y tratar adecuadamente los casos en especial en áreas conocidas de circulación del virus.

La medida más importante de prevención de la fiebre amarilla es la vacunación. La vacunación preventiva puede realizarse mediante la inmunización sistemática en la infancia o a través de campañas masivas únicas con el fin de aumentar la cobertura vacunal en las áreas de riesgo, y también mediante la vacunación de quienes viajen a zonas de riesgo.

La vacuna contra la fiebre amarilla es segura y asequible, y proporciona una inmunidad efectiva contra la enfermedad en un rango entre 80 a 100% de los vacunados al cabo de 10 días, y una inmunidad de 99% al cabo de 30 días. Una sola dosis es suficiente para conferir inmunidad y protección de por vida, sin necesidad de dosis de refuerzo. Los efectos colaterales graves son extremadamente raros.

Dada las limitaciones en la disponibilidad de vacunas se recomienda que las autoridades nacionales realicen una evaluación de las coberturas de vacunación contra fiebre amarilla en áreas de riesgo a fin de focalizar la distribución de las vacunas. Adicionalmente, se recomienda mantener un stock de vacunas a nivel nacional para responder a eventuales brotes.

La OPS/OMS no recomienda ningún tipo de restricciones a los viajes o al comercio a países donde existen brotes de fiebre amarilla.²



Mapa 1. Distribución geográfica de epizootias de fiebre amarilla. Brasil. Desde el 1 de diciembre de 2016 hasta el 2 de febrero de 2017. Fuente: Ministerio de Salud de Brasil

Los Tiempos **Bolivia, Cochabamba: La Villa de San Pedro de Sacaba se alista para declarar la emergencia por rabia canina**

6 de febrero de 2017 – Fuente: Los Tiempos (Bolivia)

El presidente del Concejo Municipal de la Villa de San Pedro de Sacaba, Limbert Céspedes López, informó el 5 de febrero que esperan un informe de Zoonosis para concretar una la ley de declaratoria de emergencia por el brote de rabia en ese municipio.

“Hemos solicitado un informe para ver si tenemos antecedentes de algo más para declarar la emergencia”, sostuvo.

El Servicio Departamental de Salud (SEDES) de Cochabamba y el Centro de Zoonosis de Cercado informaron que el reporte aumentó de 16 a 18 animales con rabia, en su mayoría cachorros sin vacunar. En Sacaba se reportaron cinco casos, al igual que en Tiquipaya y Cercado. En Vinto hay dos y en Quillacollo uno.

Céspedes sostuvo que el informe debe detallar con exactitud cuántos casos de rabia existen en el municipio y la valoración técnica para la declaratoria de emergencia. “Si se declara alerta significa implementación de más recursos para utilizar en campañas de vacunación y todo eso”, dijo.

La semana anterior, el Concejo Municipal de Tiquipaya aprobó la Ley de Emergencia por la presencia de rabia en ese municipio.

Los municipios de Sacaba, Quillacollo y Tiquipaya ejecutarán campañas de vacunación masiva a raíz de los casos de rabia detectados en el eje metropolitano.

Según el responsable de Zoonosis de Sacaba, Gabriel Céspedes, se implementará una campaña de vacunación masiva desde 9 de febrero y se prevé inmunizar alrededor de 60.000 mascotas entre perros y gatos.

En tanto, el vocero de la Alcaldía de Quillacollo, Eddy Espinoza, explicó que en el lapso de 15 a 20 días se implementará una campaña de vacunación masiva en la que se dispondrá entre 50.000 a 60.000 dosis.

En Tiquipaya, concluyó ayer una campaña de vacunación para atender focos de brote de rabia que comenzó el 1 de febrero.

El gobernador de Cochabamba, Iván Canelas, anunció la ejecución de una campaña de vacunación a nivel departamental como medida “paliativa” para combatir el incremento de casos de rabia reportados a la fecha.

² Puede consultar el informe completo haciendo clic [aquí](#).

“Estamos preparando una campaña de vacunación de todos los perros para paliar en alguna medida este problema; sin embargo, la solución no pasa por eso, sino pasa porque las personas y las familias tengan la responsabilidad de cuidar a los animales”, dijo.

Canelas indicó que en Cochabamba existe una relación aproximada de 10 perros cada dos personas. “Recorran las calles y van a ver los perros que están deambulando por todas partes. La mayoría de los perros son callejeros, una buena parte de esos perros son largados de sus casas en la mañana para que vayan a hacer sus necesidades en la calle y hasta para que vayan a buscarse comida”, afirmó.

Añadió que se coordinó con varios municipios para afrontar campañas que eviten ese tipo de situaciones en las calles.

TELE13 Chile: Dos jóvenes con hantavirus están internados en estado grave

5 de febrero de 2017 – Fuente: Tele13 (Chile)

A través de un comunicado de prensa, la Clínica Alemana de Santiago informó que dos menores de 15 años –un hombre y una mujer– se encuentran internados en la unidad de cuidados intensivos, con diagnóstico de infección por virus Hanta.

Según lo informado, uno de ellos ingresó al recinto hospitalario el 2 de febrero y otro el 3 de febrero. Ambos participaron de un campamento scout organizado por su colegio a inicios del mes de enero, en la Región del Biobío. Ellos habrían regresado a la capital el 18 del mismo mes, fecha desde la cual se habría producido la incubación de la enfermedad, para finalmente presentar los síntomas recién esta semana.

Jaime Eduardo Burrows Oyarzún, ministro subrogante de Salud, hizo un llamado a la ciudadanía a tener en consideración de que esta es una enfermedad grave y que se debe poner atención a cualquier síntoma, especialmente si se tienen antecedentes, como haber visitado zonas rurales. “El temor es más que justificado si es que una persona estuvo un mes, un mes y medio en un bosque o matorral de la zona central y sur del país”, aseguró.

Burrows dijo que la clave para este tipo de casos es “el diagnóstico oportuno, ya que se trata de un cuadro que evoluciona muy rápido hacia la extrema gravedad”. Destacó que la letalidad del mismo ha ido bajando conforme pasan los años. “El año pasado tuvimos una tasa de 20%, y en lo que va del año estamos en menos de 10%”, detalló.

Por ahora ambos pacientes se encuentran graves, conectados a ventilación mecánica y recibiendo la terapia intensiva que se requiere en estos casos. Según lo confirmado por el ministro, ellos se suman a los otros 12 casos que se han registrado en lo que va del año entre las regiones de Valparaíso y Aysén. El ministro detalló que los 14 contagiados que se cuentan hasta el momento durante la temporada “están dentro de lo esperado para esta época del año; a la misma semana que años anteriores hemos tenido un número similar”.

Burrows también informó que por ahora se ha implementado el seguimiento de todos los jóvenes que participaron de la actividad scout en cuestión, pues se teme que el número de infectados aumente.

Investigan el camping

La Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Salud de la Región del Bío-Bío activó todos los protocolos de emergencia luego de conocerse los dos casos de hantavirus en la localidad de Las Tomas de Cachapoal, ubicada en la precordillera de San Carlos, en la Provincia de Ñuble, lugar donde los dos adolescentes participaban de un campamento scout.

La autoridad sanitaria en la Región, Mauricio Careaga Lemus, expresó que de acuerdo con la información recabada, los jóvenes participaron en un campamento durante la primera quincena de enero de este año en el sector, por lo que ya se encuentra un equipo epidemiológico trabajando en el lugar.



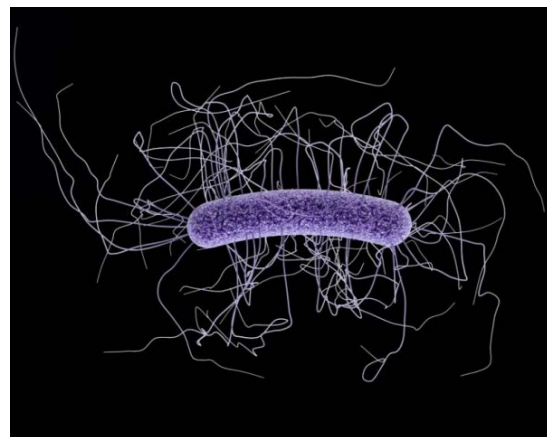
Colombia: Detectan en hospitales una variedad hipervirulenta de *Clostridium difficile*

14 de diciembre de 2016 – Fuente: *Biomédica*

En el cartel de las bacterias más buscadas siempre figura *Clostridium difficile*. Se le atribuye de 20% a 30% de los casos de diarrea asociados al uso de antibióticos en Estados Unidos. En la última década los casos han aumentado 400%. Pero lo preocupante, más allá de ese incremento, es que durante este mismo periodo de tiempo se ha registrado la aparición de una variedad hipervirulenta conocida como NAP1/O27, que produce entre 16 y 23 veces más toxinas que las cepas tradicionales.

Un grupo de investigadores colombianos de la Fundación Clínica Shaio revisaron los casos de 261 pacientes hospitalizados durante los últimos cinco años en Bogotá con sospecha de infección por esta bacteria. Después de analizar caso por caso, confirmaron que 36 de ellos habían sido víctima de este patógeno. Y entre ellos, cuatro pacientes fueron víctimas de una de la variedad NAP1/O27.

Varios factores podrían estar creando las condiciones para que esta bacteria hipervirulenta esté conquistando nuevos territorios. Por un lado está la edad progresivamente mayor de los



pacientes hospitalizados. La edad promedio de los pacientes afectados en Colombia fue de 65 años. También las enfermedades por las que son hospitalizados y que los hacen más vulnerables, como la enfermedad renal crónica y diabetes mellitus. Pero quizás la mayor ventaja de la que está sacando provecho esta bacteria es el uso indiscriminado de antibióticos en los pacientes hospitalizados.

Cuando un paciente hospitalizado y con bajas defensas recibe un tratamiento con antibióticos le abre el camino a esta bacteria que comienza conquistando el intestino, liberando toxinas y provocando una diarrea leve. Más tarde provoca colitis, megacolon tóxico y puede llevar a un cuadro de sepsis y muerte.

En Colombia y en Latinoamérica el conocimiento sobre el comportamiento epidemiológico de infección por *C. difficile* se reduce a unas pocas publicaciones que no permiten establecer el impacto real y las características clínicas y epidemiológicas de la enfermedad; por ello, muchas veces, los profesionales sanitarios se ven obligados a extrapolar datos publicados de otras regiones del mundo a la población colombiana.

La identificación de esta cepa hipervirulenta constituye una alerta epidemiológica para Colombia teniendo en cuenta la alta tasa de mortalidad asociada y la capacidad de rápida diseminación reportada para esta cepa a nivel mundial.³



Estados Unidos: Están aumentando las hospitalizaciones y las muertes por influenza

27 de enero de 2017 – Fuente: HealthDay (Estados Unidos)

Aunque la temporada de influenza de este año parece ser promedio hasta ahora, se están reportando más hospitalizaciones y los fallecimientos están aumentando, informaron las autoridades de salud federales el 27 de enero.

“Y quedan unas pocas semanas para llegar al punto álgido de la temporada”, señaló Lynnette Brammer, epidemióloga de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos.

“Estamos empezando a ver casos de enfermedades graves y estamos viendo un exceso de fallecimientos, muy probablemente debido a la influenza”, comentó.

Aunque las muertes y las hospitalizaciones están en aumento, Brammer no describió la temporada de influenza de este año como particularmente severa. “Parece una temporada de influenza promedio”, dijo.

Los CDC afirman que todavía no es demasiado tarde para vacunarse contra la influenza. Eso es particularmente importante para los más vulnerables: los niños muy pequeños, las personas ancianas, las personas crónicamente enfermas y las mujeres embarazadas, dijeron las autoridades.

Los CDC no llevan la cuenta de la cantidad de fallecimientos de personas adultas que mueren por la influenza, pero sí sigue las cifras de las muertes infantiles.

“Tres niños más fallecieron esta semana, lo que hace que el total sea de 8 hasta ahora, lo que comparado con otras temporadas de la influenza es bastante poco”, comentó Brammer.

El año pasado, 128 niños fallecieron por complicaciones relacionadas con la influenza, según los CDC.

“La cepa dominante sigue siendo la A(H3N2), que con frecuencia señala una temporada severa que afecta con la mayor intensidad a los más ancianos y a los más jóvenes. Por otro lado, este año no parece ser tan grave como la mayoría de los años de H3”, comentó Brammer.

También están circulando virus A(H1N1) y B, dijo Brammer. “Probablemente no hemos llegado al momento máximo del A(H3N2) todavía, y también es posible que veamos un aumento del A(H1N1) y de influenza B antes de que acabe la temporada”, añadió.

“La vacuna de este año contiene todos los virus que están en circulación”, dijo.

Los CDC recomiendan que todo el que tenga a partir de 6 meses de edad reciba una vacuna contra la influenza. Además de las personas ancianas y las que tienen enfermedades crónicas, las mujeres embarazadas también son un grupo de alto riesgo.

Las mujeres con recién nacidos también deben vacunarse contra la influenza para ayudar a proteger a sus bebés, que no pueden vacunarse hasta que tengan 6 meses de edad.

“En las personas de a partir de 65 años, la vacuna extra potente es una buena idea”, aseguró Brammer.

La mayoría de años, la vacuna tiene entre 40 y 60% de efectividad, según los CDC.

En una temporada típica de influenza, las complicaciones de la enfermedad (que incluyen a la neumonía) mandan a más de 200.000 estadounidenses al hospital. Las tasas de mortalidad varían cada año, pero han alcanzado hasta 49.000 muertes en un año, según los CDC.



³ Puede consultar el artículo completo haciendo clic [aquí](#).

No solo han tenido que soportar lluvias intensas, desbordes e inundaciones. La población de la costa norte y sur del Perú ahora se enfrenta a enfermedades contagiosas. Y como si fuera poco, también a la escasez de productos hidrobiológicos, aspectos que repercuten directamente en su salud y su economía.

Enfermedades

En Tumbes ya son cinco los casos de dengue confirmados, además de dos casos de fiebre chikungunya, ambas enfermedades transmitidas por el mismo vector, el mosquito *Aedes aegypti*.

Wilmer John Davis Carrillo, director regional de Salud, afirmó que estos pacientes están bajo control, pues ni bien fueron detectados, de inmediato se hizo el cordón de seguridad para evitar que se transmita la enfermedad en otras zonas de la ciudad.

Hasta el momento, son 15 los casos sospechosos en Tumbes que se encuentran a la espera de los resultados.

En Piura también fueron confirmados dos casos de fiebre chikungunya en el distrito de Los Órganos, provincia de Talara. El jefe regional de Salud, Edwar Pozo Súclupe, confirmó la cifra luego de recibir los resultados de pruebas realizadas.

En ambas regiones aún no hay ningún caso sospechoso de fiebre zika y tampoco cólera.

En lo que respecta a Lambayeque, los males presentados con mayor incidencia hasta el momento son dermatitis por hongos y conjuntivitis.

“No descartamos que exista un brote de cólera teniendo en cuenta las condiciones insalubres en la que muchas personas están viviendo por causa de las inundaciones”, explicó Pedro Cruzado Puente, gerente regional de Salud.

Para atender a la población afectada, el Ministerio de Salud instalará en el estadio de Chiclayo un hospital de campaña. Mientras que la red del Seguro Social de Salud (EsSalud) hará lo propio instalando puestos móviles en los distritos de Olmos, Cayaltí y José Leonardo Ortiz.

En Ica, la situación es más compleja. En esta ciudad han sido confirmados 28 casos de dengue.

El área de Epidemiología de la Dirección Regional de Salud informó que los casos se presentaron en la provincia de Palpa y Nasca, de los cuales 27 corresponden a los distritos de El Cercado, Río Grande y Llipata; un caso se presentó en el distrito de Changuillo, en Nasca.

Picaduras de araña

En Lima ha sido reportada una proliferación de arañas venenosas en las localidades donde se registraron huai-cos⁴. No se han señalado casos de dengue, aunque se ha detectado al vector.

El infectólogo César Augusto Cabezas Sánchez, del Instituto Nacional de Salud, recomendó que ante la sospecha de haber sido picado por una araña, se acuda de inmediato al puesto de salud más cercano.

Sostuvo que la araña casera (*Loxosceles laeta*) es venenosa, solitaria y de actividad nocturna, pero que debido al desastre natural es probable que pueda salir en el día. Es importante no automedicarse o succionar el veneno. Los niños y adultos mayores son más vulnerables y el veneno puede ser letal.

El mundo



Filipinas: Lanza una campaña masiva de vacunación ante el aumento de casos de difteria

4 de febrero de 2017 – Fuente: Global Media Arts (Filipinas)

La Oficina de Salud de la ciudad de Zamboanga informó el 4 de febrero que llevará a cabo una vacunación masiva en varios barangayes tras el aumento en el número de casos de difteria.

⁴ Un huaico es una violenta inundación de aluvión donde gran cantidad de material del terreno de las laderas es desprendido y arrastrado por el agua vertiente abajo hasta el fondo de los valles, causando enormes sepultamientos a su paso. En términos científicos modernos, un huaico se conoce como flujos de detritos, o flujo de escombros, dependiendo de la cantidad de sedimento y bloques que traiga. Los huaicos se producen en lugares donde llueve constantemente, y son muy comunes en Perú. Se forman en las partes altas de las microcuencas debido a la existencia de capas de suelo deleznable en la superficie o depósitos inconsolidados de suelo, que son removidos por las lluvias. Los huaicos se producen en mayor medida en las cuencas de la vertiente occidental de la cordillera de los Andes y en las cuencas de su vertiente oriental.

Las zonas afectadas por un huaico son espacios delimitados por una determinada quebrada, produciéndose las principales afectaciones en el delta o cono de depósito. Los daños que produce un huaico son considerables por su gran energía, destruyendo o arrasando todo a su paso, demoliendo incluso estructuras de concreto armado.

Al igual que las inundaciones, los huaicos se producen durante la temporada de lluvias, entre diciembre y abril. En años de El Niño se incrementa el número y la magnitud de estos torrentes de lodo, debido a las lluvias intensas que caen sobre las cuencas costeras poniendo en actividad muchas quebradas y torrenteras, pudiendo en algunos casos represar el río hacia el cual descargan su flujo. Los huaicos arrasan viviendas y cultivos, destruyen tramos de carreteras y la infraestructura sanitaria.

Las zonas más propensas a huaicos son: la cuenca del río Rímac (Lima), la cuenca del río Chanchamayo (Junín), la cuenca del río Mayo (San Martín), las zonas de Quincemil, La Convención, Lares y otras microcuencas del río Vilcanota, Urubamba (Cusco) y la zona urbana de Arequipa.

El Dr. Rodel Agbulos, funcionario de salud de la ciudad, confirmó que un paciente de dos años de edad murió a causa de la difteria. Dos hermanos del niño también han dado positivo para la enfermedad.

El Dr. Eric Tayag, portavoz del Departamento de Salud, dijo que han iniciado el rastreo de los contactos de los casos de difteria en la ciudad.

El Departamento de Salud ha estado coordinando con la oficina local de salud la distribución de antitoxinas para la inmunización masiva. Los hospitales del área también han sido alertados y se les ordenó preparar salas de aislamiento para casos de difteria.

Más de 60 niños de tres barangayes de la ciudad están bajo observación.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la vacunación sigue siendo la intervención de salud más eficiente contra la difteria.



Somalia, Shabeellaha Dhexe: Mueren cuatro niños y decenas son hospitalizados por un brote de cólera en Mahadaay

6 de febrero de 2017 – Fuente: Radio Shabelle (Somalia)

Al menos cuatro niños han muerto y decenas han sido hospitalizados en los últimos días a causa de un brote de cólera registrado en la localidad somalí de Mahadaay.

El comisario del distrito de Mahadaay, Ahmed Hussein Afrá, confirmó el balance de víctimas mortales, agregando que la enfermedad ha afectado a cientos de personas y alertando de la situación.

En este sentido, Afrá señaló que las aldeas ubicadas en los alrededores de Mahadaay podrían ser especialmente vulnerables al brote a causa de la falta de medicinas y hospitales.

El cólera es un infección intestinal aguda causada por la ingestión de la bacteria *Vibrio cholerae*, presente en aguas y alimentos contaminados por heces.

La Organización Mundial de la Salud destaca que la enfermedad "está relacionada principalmente con un acceso insuficiente al agua salubre y a un saneamiento adecuado, y su impacto puede ser aún mayor en zonas donde las infraestructuras medioambientales básicas se encuentran dañadas o han sido destruidas".



Sudáfrica, Noord-Kaap: Dos casos de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en lo que va del año

2 de febrero de 2017 – Fuente: ProMED Mail

Un segundo caso de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo (FHCC) se confirmó en Sudáfrica en 2017, dos días después del primer caso, identificado el 6 de enero. Los dos casos no están relacionados.

El nuevo caso es un criador de ovejas de 58 años de edad, de Van Wyksvlei, una pequeña ciudad en el Upper Karoo, Provincia de Noord-Kaap. El paciente reportó una picadura de la garrapata durante la tercera semana de diciembre de 2016. El paciente se quejó de dolor de cabeza y mialgia el 3 de enero, y fue tratado con doxiciclina para la fiebre por picadura de garrapata por un médico local. El 7 de enero fue ingresado en el hospital de Kimberley al agravarse los síntomas y no responder al tratamiento con antibióticos. En el examen clínico se observó una erupción petequeial. Los estudios de laboratorio mostraron trombocitopenia marcada y aumento en los niveles de enzimas hepáticas. El paciente fue aislado por sospechas de FHCC y se le administraron transfusiones de plasma fresco congelado y plaquetas, pero falleció el 8 de enero tras una hemorragia gastrointestinal fatal. Las muestras de sangre recogidas en el día del deceso fueron analizadas en el Instituto Nacional de Enfermedades Transmisibles y dieron positivo para FHCC mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR). No se encontró respuesta de anticuerpos anti-FHCC detectables.

El seguimiento de 17 contactos entre los trabajadores sanitarios (16 del personal clínico y un técnico de laboratorio) y tres contactos familiares está en curso, sin embargo no se han presentado casos secundarios hasta la fecha.

Desde 1981, 202 casos (incluyendo los estos dos últimos) de FHCC han sido confirmados por laboratorio en Sudáfrica. Más de 70% de los casos informaron exposición a garrapatas, mientras que la exposición a tejidos y sangre de animales infectados es reportada más raramente.⁵

⁵ Este es el segundo caso de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo (FHCC) reportado en 2017 y fue fatal. Había antecedentes de riesgos laborales y de picadura de garrapatas antes de su ingreso al hospital y el caso fue confirmado en laboratorio mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR). El primer caso fue reportado en la región de Wes-Kaap a principios de enero de 2017.

Esporádicamente se producen casos de FHCC en Sudáfrica, con un promedio anual de cinco casos. El virus de la FHCC es transmitido normalmente por las llamadas garrapatas *bontpoot*, tres especies de garrapatas del género *Hyalomma*: *H. rufipes*, *H. glabrum* y *H. truncatum*. Las patas de estas garrapatas tienen anillos blancos. Las especies de *Hyalomma* y, por lo tanto, el virus de la FHCC, se presentan en las áreas más áridas de Sudáfrica, sobre todo en la meseta interior.

La evidencia serológica de infección humana por FHCC es rara, a pesar de la extendida y elevada prevalencia de anticuerpos contra el virus de la FHCC entre ovejas, ganado y liebres en toda Sudáfrica. Un estudio de vigilancia serológica llevado a cabo en la década de 1980 reveló una elevada prevalencia de anticuerpos contra el virus de la FHCC en los rebaños vacunos en el interior del país, con más de 90% en algunos rebaños, mientras que la seroprevalencia fue inferior a 4% en vacunos de la región costera entre Kaapstad y Oos-Londen. En sólo 17 de 1.109 residentes humanos (1,5%) de 55 granjas presentaban anticuerpos contra la FHCC, mientras que ningún personal veterinario de las granjas fueron seropositivos para la FHCC.

El cáncer de pulmón es el más letal de todos los tipos de cáncer. Según cifras publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2012, cada año se registran 1,8 millones casos nuevos de personas que padecen la enfermedad.

Una de cada cinco personas que sufre cáncer lo tiene de pulmón y la relación entre incidencia y mortalidad es muy alta.

Pero, ¿por qué este tipo de cáncer es el que más mata en el mundo?

Silencioso

Una característica clave del cáncer de pulmón es que demora en dar señales.

“El cáncer de pulmón cuando da síntomas es porque generalmente está en una etapa tan avanzada que no hay posibilidad curativa”, señaló la Dra. Iris Boyeras Navarro, especialista en Neumología y coordinadora de la sección Oncología Torácica de la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria.

Según aclaró, sólo uno de cada cuatro casos llega a diagnosticarse a tiempo para alcanzar la cura mediante cirugía.

Síntomas y detección

Tos, expectoración con sangre, sensación de falta de aire, agitación y dolor en el pecho. “Pero cuando hay algún síntoma puede ya ser tarde”, remarcó Boyeras Navarro.

“Para detectarlo precozmente se tendría que hacer anualmente a todos los fumadores mayores de 40 años que hayan consumido un paquete por día durante 20 años una tomografía de tórax. Se trata de un estudio de alta complejidad, costoso y que expone a radiación, entonces no contamos con un estudio, como con el cáncer de mama, que sea fácil y barato que permita detectar masivamente el cáncer en casos tempranos, por eso es el que más muertes provoca”, añadió la doctora.

Tabaquismo: el culpable

La principal causa detrás del cáncer de pulmón sigue siendo el cigarrillo. “Aproximadamente 84% de las muertes por cáncer de pulmón son atribuibles al tabaquismo”, señala un informe de 2012 de la OMS.

“El estimado de consumo de tabaco es más de mil millones de fumadores en el mundo y de esos, 127 millones viven en la región de las Américas”, señaló Adriana Blanco, jefa de la Unidad de Factores de Riesgo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

“Para disminuir el consumo, los países deberían implementar y respetar el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS”, dijo Blanco.

Se trata de un tratado internacional que fue aprobado en la Asamblea Mundial de la Salud de 2003, que entró en vigencia internacional en 2005 y que comprende al menos cuatro medidas importantes:

- Implementar ambientes libres de humo de tabaco en todos los lugares públicos y de trabajo cerrados y en el transporte público en general.
- Incluir advertencias sanitarias gráficas grandes en el empaquetado de los productos de tabaco que permita informar a las personas sobre los riesgos.
- Prohibir totalmente la publicidad, la promoción y el patrocinio de los productos de tabaco.
- Aumentar los precios de los productos de tabaco por medio del incremento de los impuestos.

Esto último, “por un lado le permite al país que la gente reduzca el consumo, pero como es un elemento adictivo no se reduce tanto como cabría esperar en el aumento de precio de otro producto no adictivo”, agregó la especialista.

En la actualidad, 180 estados del planeta se adhirieron al convenio y en la región de las Américas lo hicieron 30 países.

Los otros afectados

Si bien el principal grupo de riesgo de contraer cáncer de pulmón es el de hombres y el de grandes fumadores, un nuevo conjunto de la población empezó a verse afectado.

“Empezamos a ver que entre 20 y 25% de los casos, dependiendo de cada país, son pacientes que nunca fumaron y dentro de ese grupo, muchas mujeres”, señaló Boyeras.

Las causas están bajo estudio. “Algunos factores que se están analizando son por ejemplo la exposición al humo de leña, el tabaquismo pasivo, la exposición ambiental, factores genéticos que tienen que ver con la herencia, los



El cáncer de pulmón está estrechamente relacionado al tabaquismo, aunque en los últimos años nuevos factores favorecieron el desarrollo de esta enfermedad.



La tos y la falta de aire pueden ser uno de los síntomas.



El tabaco contiene nicotina, una droga psico-estimulante leve que es adictiva. Como en todas las cosas, hay un muy pequeño porcentaje de personas que parecen no ser muy susceptibles a la adicción, pero para la gran mayoría de las personas, la nicotina es tan adictiva como las drogas ilícitas, como cocaína o heroína.

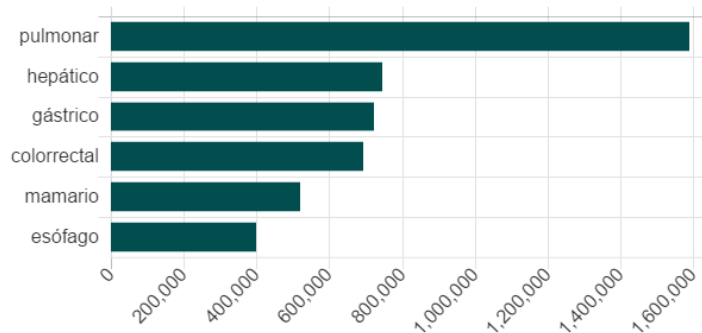


Gráfico 3. Principales tipos de cáncer. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

pulmón es casi cuatro veces mayor en América del Norte que en América Latina y el Caribe.

Y entre los hombres, el número de casos nuevos y muertes por cáncer de pulmón es más de dos veces mayor en Norteamérica que en América Latina y el Caribe.

De acuerdo a proyecciones, en 2030 se presentarán más de 541.000 nuevos casos y aproximadamente 445.000 muertes por cáncer de pulmón en todo el continente americano.

factores hormonales como el hecho de terapia de reemplazo hormonal en la post-menopausia, etc.”, enumeró Boyeras.

Cifras

El cáncer de pulmón es el tercer tipo de cáncer más frecuente y la primera causa de muerte relacionada con cáncer en las Américas, con más de 324.000 nuevos casos y cerca de 262.000 muertes cada año, según datos de 2012 de la Organización Panamericana de la Salud.

El informe también destaca que en América Latina y el Caribe más de dos tercios de los nuevos casos de cáncer de pulmón se presentan en hombres.

En las mujeres, el número de nuevos casos de cáncer de



El UNICEF solicita 3.300 millones de dólares para asistencia de emergencia para 48 millones de niños atrapados en conflictos

31 de enero de 2017 – Fuente: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Un total de 48 millones de niños atrapados en algunos de los peores conflictos del mundo y en otras situaciones de emergencia humanitaria se beneficiarán de los fondos que se obtengan gracias al llamamiento para 2017 del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que fue lanzado el 31 de enero.

Desde Siria hasta Yemen e Irak, desde Sudán del Sur hasta Nigeria, los niños se encuentran bajo un ataque directo. Sus hogares, escuelas y comunidades se hayan en ruinas, y sus esperanzas y su futuro siguen siendo inciertos. En total, casi uno de cada cuatro de los niños del mundo vive en un país afectado por conflictos o desastres.

“En un país tras otro, la guerra, los desastres naturales y el cambio climático están expulsando a más niños de sus hogares, exponiéndolos a la violencia, las enfermedades y la explotación”, dijo Manuel Fontaine, Director de Programas de Emergencia del UNICEF.

En la publicación Acción Humanitaria para la Infancia⁶, el UNICEF presenta el llamamiento de la organización para el año 2017 por un total de 3.300 millones de dólares, así como sus objetivos para ofrecer a los niños acceso a agua potable, nutrición, educación, salud y protección en 48 países de todo el mundo.

Se estima que 7,5 millones de niños sufrirán desnutrición aguda grave en la mayoría de los países incluidos en el llamamiento, de los cuales casi medio millón se encuentran en el noreste de Nigeria y Yemen.

“La desnutrición es una amenaza silenciosa para millones de niños. El daño que causa puede ser irreversible y privar a los niños de su potencial mental y físico. En su peor forma, la desnutrición grave puede ser mortal”, dijo Fontaine.

El mayor componente de llamamiento afecta a los niños y las familias atrapados en el conflicto de Siria, que pronto entrará en su séptimo año. El UNICEF busca un total de 1.400 millones de dólares para apoyar a los niños sirios que se encuentran todavía en Siria y los que viven como refugiados en los países vecinos.

Las otras prioridades del UNICEF para 2017, en colaboración con sus aliados, son:

- Proporcionar a más de 19 millones de personas acceso a agua potable;
- Llegar a 9,2 millones de niños con educación básica formal o no formal;
- Vacunar a 8,3 millones de niños contra el sarampión;
- Proporcionar apoyo psicosocial a más de dos millones de niños;
- Tratar a 3,1 millones de niños que padecen desnutrición aguda grave.


En los primeros diez meses de 2016, como resultado del apoyo del UNICEF:

- 13,6 millones de personas tuvieron acceso a agua potable;
- 9,4 millones de niños fueron vacunados contra el sarampión;
- 6,4 millones de niños accedieron a algún tipo de educación;
- 2,2 millones de niños fueron tratados por desnutrición aguda grave.



Aishat Abdullahi, oficial de Nutrición del UNICEF, evalúa a Umara Bukar, de 7 meses, por desnutrición en una clínica de salud en el campamento de desplazados internos en el estado de Borno, Nigeria.

⁶ Puede consultar el informe completo haciendo clic [aquí](#).



**ARRISCANDO
A VIDA
HÁ 21 ANOS.**
KIM-LY, FUMANTE DESDE 1992.

centralclinic.com.br

DAS MORTES QUE VOCÊ PODE EVITAR,
O TABAGISMO É A PRINCIPAL CAUSA.

31 DE MAIO, DIA MUNDIAL SEM TABAÇO

centralclinic
Clínica especializada
em tratamentos oncológicos.

Central Clinic (Brasil).

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

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

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