



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina

www.reporteepidemiologico.com

Noticias

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

Córdoba

- Investigan contaminación con un cancerígeno en cercanías del río Suquía

Argentina

- Vigilancia de diarrea aguda

América

- Brasil, Rio de Janeiro: El estado recomendará la vacunación contra la fiebre amarilla de toda su población
- Colombia, Caquetá: Brote de meningitis en una base militar de Solano
- Colombia, Sierra Nevada de Santa Marta: Restringen el ingreso a la zona donde habitan los Koguis enfermos
- Estados Unidos: Las nuevas infecciones por el VIH disminuyen 18% en seis años

- México, Aguascalientes: Tres personas intoxicadas por comer carne contaminada con clembuterol

El mundo

- África: Un sistema de puntuación inteligente para abordar el siguiente brote de enfermedad por el virus del Ébola
- Arabia Saudí: Nuevos casos de infección por el MERS-CoV
- Benín, Burkina Faso y Togo: Casos de fiebre hemorrágica de Lassa
- España se aleja de la cobertura de vacunación de la influenza que marca la OMS
- Rumania: El brote de sarampión ya ocasionó 17 decesos
- Sudáfrica: Detectan brotes de malaria en varias áreas
- ¿Por qué es necesario un mejor método para descartar las meningitis?



Número 1.891

13 de marzo 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/



www.circulomedicocba.org/



www.consejomedico.org.ar/



Biblioteca de la Facultad
de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Córdoba

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



www.said.org.ar/

**Comité Nacional de
Infectología**

Sociedad Argentina de Pediatría

www.sap.org.ar/



www.apinfectologia.org/



www.sadip.net/



www.apargentina.org.ar/



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 las 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](#).



Córdoba

La Voz DEL INTERIOR Investigan contaminación con un cancerígeno en cercanías del río Suquía

12 de marzo de 2017 – Fuente: La Voz del Interior (Argentina)

Las clausuras y los allanamientos realizados en las últimas semanas en dos curtiembres ubicadas en el camino a Chacra de la Merced, a la altura del kilómetro 3 y 1/2, en el degradado extremo este de la ciudad de Córdoba, permitieron a las autoridades advertir que el problema no era sólo el olor nauseabundo que emanaba de esos establecimientos.

Una alta fuente judicial aseguró que está prácticamente confirmado que en las muestras de líquidos y de suelo tomadas en el predio y cerca de las curtiembres se encontró cromo hexavalente.

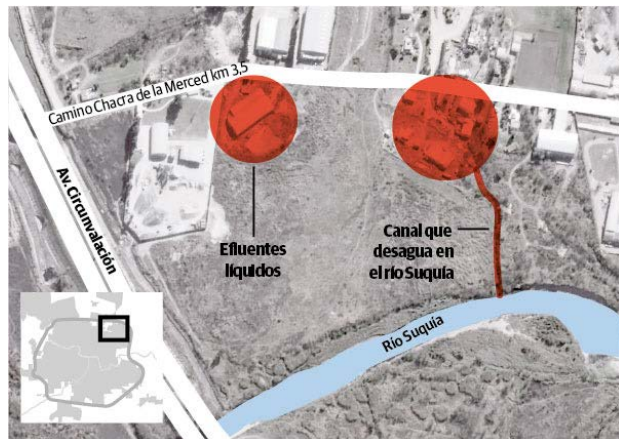
De acuerdo con la calificación de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC), que depende de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cromo hexavalente es una sustancia cancerígena por ingestión, inhalación o absorción a través de la piel.

La producción de una curtiembre también requiere el uso de ácidos altamente contaminantes.

Lo que más preocupación ha provocado en los investigadores es que los efluentes de las dos instalaciones – distantes 150 metros una de la otra – son volcados, desde hace varios años, en un canal y en una pequeña laguna que desaguan en el río Suquía.



En los últimos días, hubo varios allanamientos en camino a Chacra de la Merced.



Ubicación de las curtiembres ilegales.

La investigación

La Fiscalía de Distrito 3 Turno 6, a cargo de Carlos Matheu, investiga de oficio la probable comisión del delito de contaminación por parte de los propietarios de estos establecimientos.

Fuentes judiciales informaron que el Centro de Investigación en Ingeniería Química Ambiental, de la Universidad Tecnológica Nacional (UTN), entregará en breve el resultado final de los análisis de las muestras secuestradas semanas atrás. No obstante, adelantaron que un informe preliminar reveló un resultado positivo acerca de la presencia de la sustancia.

En distintos procedimientos, el Ministerio Público Fiscal de la Provincia, la Policía Ambiental y la Justicia de Faltas de la Municipalidad de Córdoba clausuraron los dos establecimientos e identificaron a sus dueños.

Uno de ellos, hace casi una década que desarrolla esta actividad a pesar de las permanentes denuncias de vecinos. En el Boletín Oficial de la Provincia de Córdoba del 14 de febrero de 2008 se publicó una resolución del Ministerio de Obras y Servicios Públicos a través de la cual se le imponía una multa por no haber cumplido con emplazamientos “para regularizar la descarga de efluentes líquidos”.

Las consecuencias

En la Fiscalía de Matheu ya se recogieron más de 15 testimonios de vecinos. Aportaron información coincidente acerca de lo complicado que resulta vivir en ese sector a raíz del hedor que emana de las curtiembres.

Además, al menos dos familiares denunciaron y exhibieron en la Fiscalía certificados médicos de chicos que presentan problemas neurológicos y renales.

Fuentes del Ministerio Público señalaron que todavía no se ha podido establecer una relación directa de las patologías denunciadas con las emanaciones y la actividad de las curtiembres, pero no lo descartaron.

Una vecina de la zona dijo: "Aquí no se vive con normalidad porque no se puede respirar con normalidad. Las alergias y las erupciones en la piel las padecemos todos".

Otra explicó que "el olor es insoportable y se agrava los días de lluvia o con mucha humedad porque el agua corre en los canales y remueve la podredumbre que tiran".

Coincidió con otro vecino, que contó que denunciaron esta situación "desde hace años".

Por otra parte, desde la Justicia de Faltas de la Municipalidad confirmaron que ninguno de los empleados de las firmas está registrado. La Fiscalía también investiga esta situación.

Argentina



Vigilancia de diarrea aguda

6 de marzo de 2017 – Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

La mayor tasa de notificación para el año 2017 corresponde a la provincia de Salta, como ha ocurrido también en los dos años previos; esta tasa para el año en curso es 296,63% superior a la tasa nacional.

La menor tasa de notificación para el año 2017 es la de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, al igual que en los dos años previos; esta tasa para el año en curso equivale a 30,37% de la tasa nacional.

La tasa de notificación que más aumentó respecto de la del año previo es la de la provincia de Catamarca, mientras que la que registró la mayor disminución es la de Santiago del Estero.

Tabla 1. Casos notificados y tasa de notificación cada 100.000 habitantes, según provincia y región. Argentina. Años 2015/2017, hasta semana epidemiológica 3. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.

Provincia/Región	2015		2016		2017	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	2.807	91,90	2.718	88,85	1.501	48,99
Buenos Aires	18.149	108,94	18.493	109,81	11.624	68,30
Córdoba	8.725	244,56	10.452	289,81	4.184	114,78
Entre Ríos	4.777	361,51	4.660	349,20	2.981	221,22
Santa Fe	6.535	192,35	7.332	214,03	2.556	74,01
Centro	40.993	146,40	43.655	154,44	22.846	80,08
Mendoza	5.701	302,35	6.776	355,31	4.573	237,15
San Juan	2.530	342,37	2.518	336,86	1.500	198,41
San Luis	1.580	331,69	1.857	384,63	1.912	390,82
Cuyo	9.811	316,40	11.151	355,43	7.985	251,61
Corrientes	1.717	160,42	2.211	204,60	867	79,47
Chaco	2.389	208,97	2.775	240,11	2.122	181,65
Formosa	986	170,22	1.523	260,51	862	146,12
Misiones	1.892	159,07	2.338	194,16	768	63,01
NEA	6.984	175,38	8.847	219,79	4.619	113,55
Catamarca	1.192	300,33	1.242	309,97	1.756	434,19
Jujuy	4.024	552,91	4.101	556,79	4.476	600,60
La Rioja	1.156	314,36	1.542	413,54	796	210,56
Salta	9.710	728,23	8.498	628,61	8.766	639,72
Santiago del Estero	4.407	474,84	3.517	374,90	1.616	170,43
Tucumán	7.309	458,85	8.150	505,12	9.262	566,83
NOA	27.798	519,91	27.050	499,67	26.672	486,70
Chubut	1.376	242,71	2.108	365,04	1.676	285,06
La Pampa	721	210,17	930	268,64	894	255,94
Neuquén	2.254	363,70	3.773	599,94	2.930	459,31
Río Negro	2.379	340,40	3.448	486,46	2.417	336,33
Santa Cruz	580	180,98	1.049	318,36	582	171,91
Tierra del Fuego	285	187,11	476	304,14	418	260,08
Sur	7.595	281,15	11.784	428,92	8.917	319,25
Total Argentina	93.181	216,04	102.487	235,11	71.039	161,29



Brasil, Rio de Janeiro: El estado recomendará la vacunación contra la fiebre amarilla de toda su población

11 de marzo de 2017 – Fuente: EFE

El estado de Rio de Janeiro, el tercero más poblado de Brasil, recomendará la vacunación de toda su población como medida de prevención por el brote de fiebre amarilla en curso en el país, pese a que no hay notificaciones de la enfermedad en la región.

Según aseguró el secretario regional de Salud, Luiz Antônio de Souza, la intención del gobierno regional es vacunar a unos 12 millones de personas a lo largo de este año, incluyendo la capital regional, Rio de Janeiro, segunda ciudad más poblada de Brasil y principal destino turístico del país.

De Souza resaltó que los tres estados con los que Rio de Janeiro tiene frontera –São Paulo, Minas Gerais y Espírito Santo– ya registraron casos de fiebre amarilla, principalmente Minas Gerais, el epicentro del brote.

“Estamos siguiendo una estrategia que viene siendo positiva en las regiones del noreste y norte del estado. Extenderemos para todo Rio de Janeiro la vacunación, para que sigamos impidiendo la entrada de la fiebre amarilla. Rio de Janeiro no puede ser una isla y está rodeada por estados que tienen registros de fiebre amarilla”, explicó el responsable de Salud regional.

De Souza recordó que “el flujo de personas que viajan es grande. La población puede mantener la tranquilidad, es una medida preventiva”.

El Ministerio de Salud prometió el envío de 3 millones de dosis de vacunas a Rio de Janeiro para hacer frente a la fiebre amarilla, mientras que la intención del gobierno regional es aportar el resto de las vacunas requeridas.

Desde fines de enero, la Secretaría de Salud de Rio de Janeiro recomienda la vacunación en todos los municipios del estado que hacen frontera con Minas Gerais y Espírito Santo, los dos estados que concentran la mayor parte de los registros de la enfermedad (1.325 de las 1.456 notificaciones en todo el país, según el último boletín epidemiológico).

Según datos oficiales, los casos más recientes de fiebre amarilla urbana en ciudades brasileñas se registraron en 1942, en el estado de Acre.

Por el momento, los casos de la enfermedad confirmados en Brasil son de tipo selvático, es decir, todavía no llegaron a las ciudades.

Según el Ministerio de Salud, hay 241 notificaciones de muertes por fiebre amarilla en todo el país, de los que 127 están confirmadas y 8 fueron descartadas.



HSBNOTICIAS Colombia, Caquetá: Brote de meningitis en una base militar de Solano

11 de marzo de 2017 – Fuente: HSB Noticias (Colombia)

En la Base Aérea de Tres Esquinas, ubicada en el municipio de Solano, dos soldados fueron diagnosticados con meningitis, y 80 más se encuentran en observación médica, por lo que se encuentran alarmadas las autoridades de salud y militares del departamento de Caquetá.

“El día 26 de febrero se presentó una sintomatología febril, y su evolución afectó la salud de esta persona. Al día siguiente las fiebres persistieron y ya empezó a tener una afectación en el cuello, lo que llevó a pensar en la posibilidad de un diagnóstico de meningitis”, aseveró Tito Méndez Madrid, secretario de Salud de Caquetá.

Traslado

Ese primer soldado afectado fue remitido a la ciudad de Bogotá e ingresado a la unidad de cuidados intensivos del Hospital Militar Central. Dos días después, un segundo soldado con un diagnóstico aún más severo, también debió ser llevado desde Tres Esquinas hasta la capital colombiana para recibir atención médica especializada.

“Ante esa situación se toman las medidas para el control biológico de esta infección que sabemos que se puede contagiar muy fácilmente por vía aérea. Se tomaron medidas preventivas de aislamiento básicamente del área de dormitorio donde estaban estos soldados, que abarca a cerca de 80 soldados”, explicó el funcionario encargado de la Salud en Caquetá.



Controles

Aunque las autoridades consideran que el brote de meningitis se logró controlar, se lanzó una voz de alerta a las autoridades de salud de Cartago, Valle del Cauca, y a la ciudad de Armenia, lugares a los cuales viajaron recientemente uno de los soldados y la novia de otro de los militares que estuvieron en contacto con los afectados.

EL PILÓN

Colombia, Sierra Nevada de Santa Marta: Restringen el ingreso a la zona donde habitan los Koguis enfermos

10 de marzo de 2017 – Fuente: El Pílon (Colombia)

Ante la alta probabilidad de contagio de la enfermedad respiratoria que estaría causando la muerte de los indígenas Koguis en la Sierra Nevada de Santa Marta, las autoridades sanitarias del Departamento del Cesar recomendaron al personal distinto de la misión médica y de los organismos de seguridad y de socorro, no ingresar a los asentamientos de Tuzimake, Zinkaka y Bunkuama.

Esta extraña afección ha causado la muerte de 12 indígenas; los casos más recientes fueron los de un *Mamo*¹ de 65 años y una niña de tres.

La medida implementada por la Secretaria de Salud del Cesar busca facilitar la labor del personal sanitario, que adelanta las acciones de control en torno a la situación de salud pública que está en etapa de investigación. Proteger a la población en general del riesgo de propagación del brote, probablemente de una enfermedad respiratoria grave de alta transmisibilidad y letalidad en la zona, y evitar que esta y otras afecciones puedan llegar desde esos asentamientos rurales a centros urbanos, es la tarea de la entidad administradora de la salud en el departamento.



La secretaria de Salud del Cesar, Carmen Sofía Daza Orozco, manifestó que este fin semana visitarán los asentamientos de la Sierra Nevada para llevar vacunas, cavas con pilas y raciones para el equipo sanitario que trabaja en la zona del brote.

La primera misión médica llegó la semana pasada a Bunkuama para contrarrestar la epidemia que causó la muerte de nueve personas (cinco menores de un año de edad y cuatro adultos, entre 25 y 65 años, con síntomas asociados a enfermedad respiratoria aguda grave: dolor de cabeza, fiebre y dificultad respiratoria). En la visita encontraron 14 pacientes con sintomatología respiratoria no grave, por lo que no fue necesario trasladarlos a Valledupar.

El cabildo gobernador del pueblo Kogui, José De los Santos Sauna, a través de una misiva solicitó a las entidades estatales y comunidad en general, alimentos no perecederos y suministros médicos que mejoren la problemática de salud.

En Valledupar

Al Hospital 'Rosario Pumarejo de López' de Valledupar fueron trasladados ayer cuatro Koguis de la región de Zinkaka, en la Sierra Nevada de Santa Marta, que presentan sintomatología de afección respiratoria. Los pacientes fueron: una mujer embarazada, un hombre de 25 años, y dos niños de tres y 10 años.



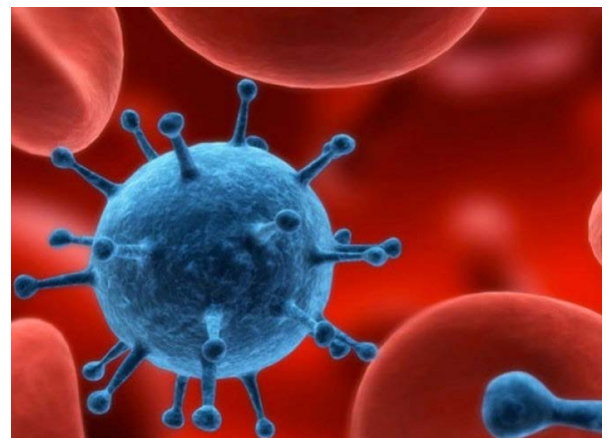
Estados Unidos: Las nuevas infecciones por el VIH disminuyen 18% en seis años

14 de febrero de 2017 – Fuente: Centers for Disease Control and Prevention (Estados Unidos)

Nuevos cálculos diseñados para rastrear mejor las infecciones por el VIH confirman que en Estados Unidos se está registrando una disminución fuerte y sostenida, reportaron el 13 de febrero los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

El número de casos nuevos ha estado disminuyendo durante años. Pero los funcionarios de salud querían un panorama más claro sobre cómo se estaba comportando la epidemia. Ellos contabilizan a la gente cuando es diagnosticada con el virus que puede ocasionar el sida, no cuando se infectan, lo cual puede ocurrir meses o años antes.

Contabilizar infecciones en lugar de diagnósticos es una medición más ideal, un tipo de velocímetro que indica qué tan rápido se está moviendo de hecho la epidemia.



¹ El *Mamo* es el personaje central dentro del sistema de representación de los Kogui. Él es el intermediario entre las fuerzas celestiales y los hombres. Su sabiduría y conocimiento permite el equilibrio entre las fuerzas, y encarna la ley sagrada. Las comunidades Kogui están férreamente unidas alrededor de sus *Mamos*, quienes las dirigen.

Los CDC utilizaron resultados de muestras sanguíneas para ayudar a datar las infecciones. Sus cálculos mostraron que las infecciones nuevas disminuyeron casi 18% en seis años. Aunque los expertos en salud esperaban una reducción, recibieron con agrado la confirmación.

La agencia encontró que entre 2008 y 2014, las nuevas infecciones cayeron:

- 18% en la población en general, de 45.700 a 37.600.
- 36% entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH).
- 56% en personas que consumen drogas inyectadas.

Dos terceras partes de las personas que son diagnosticadas anualmente con VIH son (HSH). Los CDC notaron disminuciones sustanciales de infecciones nuevas en hombres muy jóvenes y de mediana edad en ese grupo. Pero hubo un incremento de 35% en hombres de 25 a 34 años, lo que contrarrestó los otros descensos.

Los funcionarios dijeron además que pudieron calcular las infecciones anuales de VIH en 35 estados. Ningún estado registró un aumento. Siete registraron descensos significativos: Georgia, Illinois, Maryland, Pennsylvania, New York, North Carolina y Texas.²

El Sol del Centro México, Aguascalientes: Tres personas intoxicadas por comer carne contaminada con clenbuterol

12 de marzo de 2017 – Fuente: El Sol del Centro (México)

El Director de Regulación Sanitaria del Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes (ISSEA), Octavio Jiménez Macías, informó sobre el primer caso de intoxicación por clenbuterol de este año; refirió que se trató de tres personas integrantes de una familia, quienes el pasado 6 de marzo consumieron hígado de res preparado por ellos mismos, el cual adquirieron en una carnicería del fraccionamiento Pintores Mexicanos.

Precisó que el día 7 de marzo las personas afectadas acudieron a la Clínica 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) presentando sintomatología típica de un cuadro de intoxicación por clenbuterol, tales como temblores, taquicardia, dolor de cabeza y dificultad respiratoria; por lo cual la situación fue reportada al ISSEA, lo que motivó a la toma de muestras de orina de los pacientes a efecto de constatar la presencia del anabólico, remitiéndolas al Laboratorio Estatal de Salud Pública (LESP), en donde las tres pruebas resultaron positivas.

Ante ello, Jiménez Macías señaló que la Dirección de Regulación Sanitaria activó el protocolo de protección contra riesgos sanitarios asociados al consumo de productos cárnicos contaminados con clenbuterol, motivo por el cual se emitieron las órdenes de visita de verificación sanitaria para los establecimientos involucrados.

En este sentido, el Director de Regulación Sanitaria fue puntual al informar que en lo que respecta a la carnicería en la que los afectados adquirieron el hígado, fue sujeta a verificación sanitaria para obtener muestras del producto, mismas que se ingresaron al LESP para la determinación de clenbuterol.

Asimismo, añadió, se aplicaron dos medidas de seguridad sanitaria: por un lado el aseguramiento de 30 kilogramos de hígado, y por otro la suspensión de trabajos y servicios del establecimiento; ambas disposiciones, dijo, se aplican con fin de preservar la salud de la población consumidora, evitando con ello la comercialización de productos cárnicos contaminados.

Agregó que como parte del protocolo de protección contra riesgos sanitarios, también se realizó una visita de verificación al establecimiento señalado por la carnicería como su proveedor, el cual es un mayorista que se ubica al sur de la ciudad, y para ello se tomaron muestras de hígado de bovino y se le aseguraron precautoriamente 21 kilogramos del producto, hasta en tanto se tengan los resultados que emita el LESP.

Por lo que respecta al producto que fue consumido por los afectados, el funcionario comentó que fue posible tomar muestra del mismo, ya que aún se conservaban restos del alimento en el domicilio particular, por lo que los resultados de laboratorio confirmaron la presencia de clenbuterol.

Informó que los particulares afectados hicieron uso de su derecho a la acción popular, por lo que interpusieron la denuncia sanitaria respectiva, misma que ya se integró al expediente del caso, por lo que se habrán de seguir desahogando diligencias para deslindar responsabilidades.

Finalmente, precisó que el suministro de sustancias beta-agonistas (clenbuterol) a los animales, cuyas carnes o productos se destinen al consumo humano, así como la comercialización de productos y subproductos cárnicos para consumo humano a los que se les hayan administrado tales sustancias, se encuentran tipificados como un delito que atenta contra la salud pública, según lo dispone el Artículo 193 del Código Penal del Estado de Aguascalientes.

El mundo



África: Un sistema de puntuación inteligente para abordar el siguiente brote de enfermedad por el virus del Ébola

23 de febrero de 2017 – Fuente: *Public Library of Science Neglected Tropical Diseases*

Mientras recopilaba datos durante el brote de enfermedad por el virus del Ébola en Sierra Leona en 2015, la científica Mary-Anne Hartley veía como los médicos sufrían para averiguar a cuáles de los cientos de pacientes debían

² Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).



tratar primero. “¿Cómo saber cuáles serán los que se deteriorarán más rápido?”, inquiriere. “Se requiere una medición objetiva para decidir”.

Tras el brote, decidió elaborar esa medición. En la Universidad de Lausanne, donde estudia enfermedades infecciosas, Hartley creó un sistema de puntuación para calcular la gravedad de cada caso de la enfermedad. Si la epidemia regresa (y los expertos dicen que lo hará), esta herramienta de pronóstico podría salvar vidas.

Hartley creó dos sistemas de puntuación, uno para el diagnóstico y otro para las rondas diarias de pacientes hospitalizados. En cada una de ellas, se asignan puntos a características pertinentes como la edad, la carga viral, la presencia de síntomas y por cuánto tiempo ha mostrado el paciente dichos síntomas antes de acudir a la clínica. Mediante el uso del sistema de puntuación se pronosticó correctamente 97% de las muertes por la enfermedad por el virus del Ébola (EVE) durante o poco después del diagnóstico. Estos recuentos pueden ayudar a los médicos a asignar mejor su tiempo, así como los fondos y los suministros extremadamente limitados. “Si algunos de esos pacientes hubieran tenido el beneficio de contar con más recursos, no habrían muerto”, señala Rob Fowler, científico del Instituto de Investigación Sunnybrook en Toronto, que dio tratamiento a las víctimas de la EVE en Sierra Leona, Guinea y Liberia durante el brote más reciente. En otras palabras, la carencia de recursos adecuados es lo que hace que la EVE resulte tan mortífera. Los fluidos intravenosos, el oxígeno y el material para diálisis, todos los cuales son escasos en África Occidental, podrían mantener vivo a un paciente hasta que su propio cuerpo ataque al virus.

Fowler advierte que no se debe utilizar este sistema de puntuación para categorizar a los pacientes como “tan graves, que están destinados a morir”, y destaca la utilidad de evaluar la gravedad en los casos en que las emociones y otros sesgos podrían influir en las decisiones médicas. “Hace que las cosas sean más honestas”, dice Fowler.

La Organización Mundial de la Salud espera conceder una aprobación de emergencia a una vacuna contra la EVE a mediados de 2017. Sin embargo, la vacunación se ofrecerá solo después de que surja un brote, y el virus pueda evolucionar más allá de las cepas que abarca actualmente. “Y realmente sigue ahí”, dice Hartley. “Habrá otro brote”.³



Arabia Saudí: Nuevos casos de infección por el MERS-CoV

10 de marzo de 2017 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

Entre el 6 y el 21 de febrero de 2017, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) del Reino de Arabia Saudí notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) 12 nuevos casos confirmados por laboratorio de infección por el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS-CoV), incluyendo tres casos fatales.

Los casos se registraron en las localidades de Yidda (3), Al-Riyadh (2), Al-Asyrah (1), Al-Bukiriah (1), Al-Madina (1), Al-Mkhwah (1), Khyber (1), Mahayl Al-Baha (1) y Makkah (1). Todos los casos son varones. Once casos presentan comorbilidades. La media de edad de los casos es de 61 años (rango: 45 a 80 años).

Nueve casos tienen antecedentes de contacto frecuente con dromedarios (*Camelus dromedarius*) y consumo de su leche sin pasteurizar (se ha informado al Ministerio de Agricultura, que está investigando a los animales).

Los casos fallecidos son hombres de 60, 75 y 80 años de edad.

Está en curso el rastreo de los contactos familiares y de los trabajadores de la salud.

El Centro Nacional de Enlace para el RSI del Reino de Arabia Saudí también notificó a la OMS la muerte de cuatro casos de infección por el MERS-CoV previamente reportados.

A nivel mundial, la OMS ha sido notificada desde septiembre de 2012 de 1.917 casos confirmados por laboratorio de infección por el MERS-CoV, incluyendo al menos 684 muertes relacionadas.⁴

Evaluación de riesgos de la OMS

El MERS-CoV causa infecciones graves en humanos, con una elevada mortalidad, y se ha demostrado su capacidad de transmisión de persona a persona. Hasta la fecha, la transmisión observada de persona a persona se ha producido principalmente en centros sanitarios.

Pais/Región	Casos	%
Arabia Saudí	1.558	81,27
Emiratos Árabes Unidos	80	4,17
Jordania	26	1,36
Qatar	16	0,83
Omán	8	0,42
Irán	6	0,31
Kuwait	4	0,21
El Líbano	1	0,05
Yemen	1	0,05
Bahrein	1	0,05
Medio Oriente	1.701	88,73
Gran Bretaña	4	0,21
Alemania	2	0,10
Países Bajos	2	0,10
Francia	2	0,10
Austria	2	0,10
Turquía	1	0,05
Italia	1	0,05
Grecia	1	0,05
Europa	15	0,78
República de Corea	185	9,65
Filipinas	3	0,16
Tailandia	3	0,16
China	1	0,05
Malasia	1	0,05
Asia	193	10,07
Estados Unidos	2	0,10
América	2	0,10
Túnez	3	0,16
Argelia	2	0,10
Egipto	1	0,05
África	6	0,31
Total mundial	1.917	100,00

Tabla 2. Casos notificados a la OMS, por país y región. Datos al 21 de febrero de 2017.

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

⁴ Tasa de letalidad de 35,68%.

La notificación de nuevos casos no modifica la evaluación general del riesgo. La OMS prevé que se reporten nuevos casos de infección por MERS-CoV en Medio Oriente, y que continuarán exportándose casos a otros países a través de personas infectadas después de la exposición a animales o productos de origen animal (por ejemplo, tras el contacto con dromedarios) o de origen humano (por ejemplo, en un centro sanitario). La OMS continúa monitoreando la situación epidemiológica y lleva a cabo evaluaciones del riesgo sobre la base de la última información disponible.

Advertencia de la OMS

Considerando la situación actual y la información disponible, la OMS alienta a todos sus Estados Miembros a que mantengan la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas y examinen detenidamente cualquier patrón inusual.

Las medidas de prevención y control de infecciones son esenciales para evitar la posible propagación del MERS-CoV en los centros sanitarios. No siempre es posible identificar precozmente a los pacientes infectados por el MERS-CoV, dado que los síntomas iniciales son inespecíficos, como ocurre en otras infecciones respiratorias. Por consiguiente, los profesionales sanitarios deben aplicar sistemáticamente las medidas preventivas habituales con todos los pacientes, con independencia de su diagnóstico. Además, se deben adoptar precauciones para evitar la transmisión a través de gotículas al atender a pacientes con síntomas de infección respiratoria aguda; cuando se trate de un caso probable o confirmado de infección por el MERS-CoV, se deben añadir precauciones contra el contacto y protección ocular. Las precauciones para prevenir la transmisión por vía aérea deben aplicarse cuando se realicen procedimientos que generen aerosoles.

Mientras no haya conocimientos más profundos acerca del MERS-CoV, debe considerarse que las personas con diabetes, insuficiencia renal, neumopatías crónicas o inmunodepresión corren gran riesgo de contraer una enfermedad grave en caso de infección por el MERS-CoV. Por consiguiente, dichas personas deben evitar el contacto estrecho con animales, en particular con dromedarios, cuando visiten granjas, mercados o establos donde se sospeche que el virus puede estar circulando. Se deben adoptar medidas higiénicas generales, tales como lavarse sistemáticamente las manos antes y después de tocar animales y evitar el contacto con animales enfermos.

También deben adoptarse medidas de higiene alimentaria. Se debe evitar el consumo de leche sin pasteurizar u orina de dromedario, así como de carne que no esté adecuadamente cocida.

La OMS no recomienda cribados especiales en los puntos de ingreso ni la aplicación de restricciones a los viajes ni al comercio en relación con este evento.



Benín, Burkina Faso y Togo: Casos de fiebre hemorrágica de Lassa

10 de marzo de 2017 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

Benín y Togo, exportado desde Benín

El 20 de febrero de 2017, el Ministerio de Salud de Benín notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un caso de fiebre hemorrágica de Lassa en el distrito Tchaourou, departamento de Borgou, Benín, cerca de la frontera con Nigeria. El caso era una mujer embarazada que estuvo viviendo en Nigeria (cerca de la frontera con Benín).

El 11 de febrero fue ingresada en un hospital donde dio a luz al bebé (un neonato prematuro) por cesárea y falleció el 12 de febrero. Las muestras dieron positivo para fiebre de Lassa en el laboratorio en Cotonou, Benín, y luego en el laboratorio del Hospital Escuela para Lassa de la Universidad de Lagos, en Nigeria. El recién nacido y su padre abandonaron el hospital sin previo aviso el 14 de febrero y viajaron a Mango, en el norte de Togo, donde fueron ingresados en un hospital.

En el Instituto Nacional de Higiene en Lomé, Togo, el recién nacido dio positivo para fiebre de Lassa y el padre dio negativo. El bebé fue tratado con ribavirina y actualmente se encuentra en condición estable; aún se encuentra hospitalizado en Togo por cuestiones de su prematuridad y de monitoreo general.

Un total de 68 contactos están siendo objeto de seguimiento en Benín y 29 en Togo, vinculados a la mujer embarazada y al recién nacido.

Togo, exportado desde Burkina Faso

El 26 de febrero de 2017, después de recibir información desde Togo, el Ministerio de Salud de Burkina Faso notificó a la OMS un caso confirmado de fiebre de Lassa en un hospital en el norte de Togo. El caso tiene su origen en el distrito de Ouargaye, que se encuentra en la región centro-oriental de Burkina Faso.

El caso era una mujer embarazada que había sido hospitalizada previamente en Burkina Faso. Fue dada de alta y sufrió un aborto espontáneo en su hogar. Después de una segunda hospitalización en Burkina Faso, fue derivada a un hospital en Mango, norte de Togo, donde falleció el 3 de marzo.

Las muestras de la mujer embarazada dieron positivo para fiebre de Lassa en el Instituto Nacional de Higiene en Lomé, Togo.

Un total de 7 contactos han sido identificados en Togo y 135 en Burkina Faso, vinculados a la mujer embarazada, y el rastreo de contactos está en curso.

Togo

El 2 de marzo de 2017, un hombre fue internado en un centro de salud en el distrito sanitario de Kpendial, presentando fiebre y melena, y fue derivado a un hospital regional el 3 de marzo.

Se enviaron muestras del caso al Instituto Nacional de Higiene en Lomé, Togo, donde dieron positivo para fiebre de Lassa. El caso abandonó el hospital el 6 de marzo. Las investigaciones están en curso. El caso y sus parientes cercanos están bajo seguimiento en su hogar.

Un total de 18 contactos fueron identificados en Togo en relación con este caso.

Respuesta de salud pública

Las autoridades sanitarias de Benín, Burkina Faso y Togo están implementando las siguientes medidas para responder a estos casos de fiebre de Lassa:

- Despliegue de equipos de respuesta rápida en las zonas afectadas para una investigación epidemiológica.
- Identificación y seguimiento de contactos.
- Fortalecimiento de las medidas de prevención y control de infecciones en los establecimientos de salud y orientación del personal sanitario.
- Fortalecimiento del intercambio de colaboración e información transfronteriza entre Togo, Burkina Faso, Mali y Benín.

Evaluación de riesgos de la OMS

La fiebre de Lassa es una enfermedad febril hemorrágica viral aguda. El virus de Lassa se transmite a los seres humanos a través del contacto con alimentos o artículos del hogar contaminados con orina o heces de roedores. También pueden producirse infecciones de persona a persona y la transmisión en laboratorio.

La fiebre de Lassa es endémica en la vecina Nigeria y en otros países de África Occidental y causa brotes casi todos los años en diferentes partes de la región, con picos anuales entre diciembre y febrero. El más reciente brote de fiebre de Lassa se produjo en Benín en la misma zona en enero-mayo de 2016. Se reportaron al menos 54 casos, incluyendo 28 muertes, a nivel nacional. Tanto Burkina Faso como Togo han reportado casos esporádicos en el pasado.

Dado los constantes e importantes movimientos de población entre Nigeria, Togo, Burkina Faso, Níger y Benín, pueden esperarse más casos esporádicos de fiebre de Lassa en África Occidental y en otros países de la región.

Sin embargo, con las medidas de control puestas en marcha en Benín, Togo y Burkina Faso, el riesgo de una mayor propagación de la enfermedad a partir de estos casos confirmados se considera bajo. Teniendo en cuenta los picos estacionales de años anteriores, el aumento de la concienciación sobre la enfermedad, una mejor preparación y respuesta en general, y el fortalecimiento de la colaboración regional, hacen que el riesgo de brotes a gran escala en la región sea medio.

Advertencia de la OMS

La prevención de la fiebre de Lassa se basa en la promoción de una buena "higiene de la comunidad" para evitar que los roedores entren a las viviendas. En los centros de atención de salud, el personal siempre debe aplicar las precauciones estándar de prevención y control de infecciones en el cuidado de los pacientes, independientemente de su diagnóstico presuntivo.

En raras ocasiones, los viajeros procedentes de zonas donde la fiebre de Lassa es endémica exportan la enfermedad a otros países. Aunque otras infecciones tropicales son mucho más comunes, el diagnóstico de fiebre de Lassa se debe considerar en pacientes febriles que regresan de África Occidental, especialmente si han estado expuestos en zonas rurales o en hospitales de países donde se sabe que la fiebre de Lassa es endémica. Los trabajadores sanitarios que atiendan un caso sospechoso de fiebre de Lassa deben comunicarse inmediatamente con los expertos locales y nacionales para su consejo y para programar pruebas de laboratorio.

europa **España se aleja de la cobertura de vacunación de la influenza que marca la OMS**

press

11 de marzo de 2017 – Fuente: Europa Press

España ha reducido de manera significativa su proporción de personas mayores de 64 años vacunada contra la influenza, pasando de 70 a 56% en una década, según datos del último informe de *La Sanidad Española en Cifras* que el Círculo de la Sanidad presentó esta semana.

El informe recoge datos de la cobertura vacunal en mayores relativos a 2015, que muestran como ese año poco más de la mitad de los mayores de 64 años recibió la vacuna de la influenza pese a tenerla recomendada al ser considerados por el Ministerio de Sanidad como grupo de riesgo.

Aunque en comparación con los datos de 2012 la cobertura vacunal apenas varía, ya que era de 57%, si se tienen en cuenta los datos de informes anteriores se observa como en 2008 la tasa de vacunación en este grupo de edad era de 65%, mientras que en 2005 era aún mayor.

De hecho, los autores reconocen que este descenso en la última década hace que España se aleje de la cobertura de 75% que recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El informe muestra también enormes diferencias por comunidades. Así, las regiones más protegidas fueron La Rioja (65,5%), Castilla y León (64,4%), País Vasco (60,5%) y Navarra (60,1%) mientras que, en cambio, en Ceuta apenas se vacunó 29,7% de la población. Tras ella se sitúan Melilla (37,5%), Murcia (43,9%) y Baleares (47,3%).



Asimismo, en comparación con tres años antes se observan diferencias significativas en algunos casos. En Canarias la cobertura vacunal en este grupo de riesgo creció 59% y en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla 23,2 y 19%, respectivamente. En cambio, en Catalunya cayó 12,5% y en Cantabria 10,1%.

Pese a esta carencia, el trabajo del Círculo por la Sanidad muestra como la primovacunación frente a la poliomielitis es muy elevada y en 2015 todas las comunidades autónomas muestran coberturas superiores a 92%, con una tasa nacional de vacunación de 96%, un 0,31% más que en 2012.

En cambio, la cobertura con la vacuna triple viral (sarampión, rubéola y parotiditis) en niños de 1 a 2 años es igualmente alta, con 96,2% de cobertura nacional, pero baja 0,93% con respecto al 97,1% de 2012.

De hecho, tan sólo Ceuta presenta una cobertura de 100%, cuando en 2012 también lo habían conseguido Extremadura, Navarra y Comunidad Valenciana, que es la comunidad que más ha reducido su vacunación en los tres últimos años, hasta alcanzar una tasa de 90,9%.



Rumania: El brote de sarampión ya ocasionó 17 decesos

10 de marzo de 2017 – Fuente: The Associated Press

El sarampión causó la muerte de 17 personas en Rumania desde septiembre y otras miles contrajeron esta enfermedad extremadamente contagiosa, en un momento en el que el país se enfrenta a una seria epidemia desde 2016.

“Los enfermos que han muerto son niños que no fueron vacunados”, precisó el ministro de Salud, Florian Dorel Bodog. La última víctima del virus fue una niña de apenas dos años de Satu Mare.

El ministro agregó que el virus es similar a cepas halladas en Hungría o Italia, pero no pudo precisar si era el mismo. En la vecina Hungría, no hay amenaza de una epidemia nacional después de que las autoridades locales reportaron 31 casos de sarampión, dijo Beatrix Oroszi, jefa del Centro Nacional de Epidemiología.

Bodog precisó que más de 3.400 personas contrajeron el virus desde febrero de 2016, frente a siete casos y ningún fallecimiento en 2015. La mayoría de los casos se han registrado en el oeste y suroeste del país.

El ministro pidió a la población que se vacune. “Es la única medida eficaz para prevenir la enfermedad”, insistió, precisando que la tasa de vacunación contra el sarampión en Rumania es de 80% para la primera dosis y de 50% para la segunda. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda una tasa de 95%.

Rumania ha disminuido la edad para administrar la primera dosis de vacunas, de los 12 a los 9 meses, y recomienda que todos los menores de 9 años sean vacunados.

La pobreza, la falta de acceso a los servicios médicos y el número creciente de padres que se niegan a vacunar a sus hijos, se encuentran entre las causas de este fenómeno. Asociaciones religiosas y personalidades políticas realizaron en los últimos tiempos campañas antivacunas.

Entre 2016 y este año, otros países de la Unión Europea tuvieron episodios de sarampión. Según el Centro Europeo de Prevención y de Control de Enfermedades (ECDC), aunque los países europeos continúan realizando avances para eliminar el sarampión, se considera que todavía seis estados cuentan con transmisión endémica de la enfermedad: Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Polonia y Rumania.

El organismo advirtió esta semana que “la probabilidad de exportación de casos de sarampión desde Rumania es elevada”.



Sudáfrica: Detectan brotes de malaria en varias áreas

10 de marzo de 2017 – Fuente: South African Broadcasting Corporation (Sudáfrica)

Equipos de expertos visitarán hoy áreas de la provincia sudafricana de North West para realizar pruebas tras la muerte de una persona, presuntamente a causa de la malaria.

Los exámenes de campo serán en Swartruggens, donde un matrimonio contrajo la enfermedad (un miembro de la pareja es el fallecido) sin haber viajado antes de ser diagnosticados a ninguna zona conocida de transmisión del mal.

La alerta ocupa aquí a las autoridades de Salud porque hay reportes de otros dos recientes decesos por malaria en Pretoria y más de 40 positivos en el oeste de la provincia de Limpopo en zonas de Lephalale, Thabazimbi y Waterberg.

“Esto es un problema serio”, advirtió la ministra de Salud de Limpopo, Dra. Phophi Ramathuba, al evaluar la situación.

Dijo que también constituyó “nuestra principal preocupación en las últimas dos semanas”, pues determinaron 43 casos de malaria, la mayoría en Waterberg, y gran parte de los aquejados son trabajadores agrícolas.

Durante todo el año, en las zonas de baja altura de la provincia Mpumalanga (incluido el parque Kruger) y precisamente en Limpopo (que hacen frontera con Zimbabwe y Mozambique) y Kwazulu-Natal, existe el peligro de contraer la enfermedad.



¿Por qué es necesario un mejor método para descartar las meningitis?

20 de febrero de 2017 – Fuente: Planeta Futuro (España)

La simple mención de la posibilidad de un diagnóstico de meningitis es suficiente para provocar escalofríos en cualquier persona que conozca las devastadoras consecuencias que esta temible infección puede cau-



Imagen de líquido cefalorraquídeo turbio, diagnóstico de meningitis.

sar. Y no es para menos. Con una altísima tasa de letalidad asociada, la infección de las meninges causa cerca de 380.000 muertes al año, la mayor parte de las cuales (hasta un cuarto de millón) en niños menores de cinco años.

La implementación de nuevas y muy eficaces vacunas en las últimas dos décadas contra los principales patógenos causantes de la meningitis bacteriana ha permitido disminuir de forma notable la incidencia de esta enfermedad, sobre todo en Occidente. Sin embargo, los países pobres, y el continente africano en particular, siguen sufriendo esta infección de forma desproporcionada.

Además de los brotes epidémicos que afectan puntual y recurrentemente a la zona geográfica del cinturón del Sahel, y que pueden causar decenas de miles de casos anuales, existen otros factores que favorecen una incidencia exageradamente alta de casos en la zona. Estas incluyen la fragilidad de sus sistemas de salud, la falta de implementación o ausencia de vacunas para algunos de los patógenos que las causan, o la alta prevalencia de coinfecciones predisponentes, como el sida. Pero lo peor de todo es que las cifras de casos que la comunidad científica maneja son probablemente solo una modesta fracción de la totalidad de los que realmente se producen.

Esta incongruencia entre el número de casos diagnosticados y la incidencia real responde a las dificultades que entraña el diagnóstico de la meningitis. Para un reconocimiento certero es preciso analizar el líquido cefalorraquídeo, lo que requiere realizar una punción con una aguja en la zona lumbar de la espalda, un procedimiento nada inofensivo, y que debe ser realizado por un clínico en un entorno hospitalario, ya que entraña riesgos para la salud del paciente, sobre todo si este es muy pequeño. Además, el análisis de este líquido requiere una infraestructura laboratorial sofisticada, frecuentemente no disponible en los hospitales y centros de salud de los países más pobres.

Todos estos desafíos implican que en las zonas más pobres del mundo –donde la incidencia de las meningitis es mayor– se realicen muy pocas punciones para confirmar o descartar su diagnóstico y, por tanto, el impacto real de las meningitis en la salud global está claramente subestimado. Si a esto se le añade que su sintomatología clínica es muy inespecífica –sobre todo en los niños más pequeños– y que tiende a confundirse con otras infecciones más banales de la primera infancia, podremos entender que apenas vislumbramos la punta del iceberg.

Paradójicamente, en los países ricos, el problema es exactamente el contrario. Las punciones lumbares son un procedimiento frecuente y muy protocolizado, con el objetivo precisamente de no dejar sin diagnóstico ni un caso de meningitis. Este razonable celo conlleva, sin embargo, que alrededor de 95 de cada 100 punciones lumbares sean negativas: una tasa excesivamente alta de pruebas innecesarias.

Ante estos dos escenarios antagónicos, parece razonable considerar que los métodos diagnósticos actualmente utilizados para descartar las meningitis requieren un replanteamiento urgente, y es justo en este cuello de botella donde existe espacio para la innovación, y donde la tecnología puede acudir en nuestra ayuda. El desarrollo de métodos de diagnóstico basados en el uso de la ecografía de alta frecuencia aplicada a la ventana “natural” que ofrece la fontanela aún sin cerrar de los niños más pequeños, permitiría contar las células en el líquido cefalorraquídeo sin necesidad de extraer éste mediante una punción lumbar. Una alternativa radicalmente innovadora para el cribado eficaz de las meningitis. Tal metodología ofrecería la posibilidad real de descartar la infección sin necesidad de procedimientos especializados o frecuentemente inaccesibles a los sistemas de salud africanos. La visualización de un líquido cefalorraquídeo libre de células permitiría descartar la meningitis, así como una alta sospecha podría desencadenar un tratamiento inmediato o al menos proveer la suficiente evidencia como para realizar una punción lumbar confirmatoria. Y en caso de duda, y debido a la inocuidad de la nueva prueba, ésta podría repetirse tantas veces como fuese necesario.

La idea es simple, pero su ejecución no está exenta de dificultades técnicas, y el primer prototipo diseñado por el ingeniero y emprendedor español Xavier Jiménez, elegido como el Innovador del Año gracias a su proyecto New Born Solutions, aún debe ser formalmente validado⁵. Para esta tarea, el Instituto de Salud Global de Barcelona, un centro impulsado por la Obra Social ‘la Caixa’, ha recibido fondos específicos para una prueba de concepto, que será realizada en Mozambique, un país donde la incidencia de meningitis bacteriana es hasta 10 veces superior a la de España.

Sin duda, este es un primer, firme y muy ambicioso paso destinado a revolucionar definitivamente el diagnóstico de las meningitis, permitiendo así mejorar su detección precoz y manejo, y con ellos, las posibilidades de supervivencia. Es también otro excelente ejemplo de que las mentes más creativas del país pueden usar su talento para mejorar la calidad de vida de aquellos que más lo necesitan.

⁵ Ver ‘Crean un dispositivo para diagnosticar la meningitis sin necesidad de una punción lumbar’ en Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 1.870, de fecha 23 de enero de 2017, haciendo clic [aquí](#).



Deutscher Diabetiker Bund (2012. Alemania).

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

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

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