



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina

www.reporteepidemiologico.com

Esta publicación cuenta con el beneplácito de la Legislatura Unicameral de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

Noticias

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

Argentina

- Vigilancia de leishmaniosis visceral

América

- Estados Unidos: Disparidades raciales en la reducción de la mortalidad infantil
- Estados Unidos, Louisiana: Detectan a *Naegleria fowleri* en el agua de grifo
- Haití: La ONU está rompiendo su promesa y traicionando al país
- Perú, Huánuco: Inician acciones de vigilancia y control ante casos de leptospirosis en Leoncio Prado
- Puerto Rico: Controversias acerca de la declaración del final de la epidemia de fiebre zika

El mundo

- África: La crisis de la región del Lago Chad llega a su punto más crítico en la estación de lluvias
- El Líbano: Nuevo caso de infección por el MERS-CoV
- España: Se multiplican los casos de parotiditis en adultos
- Etiopia, Somali: Los casos de desnutrición infantil se multiplicaron por 10 en un año
- Francia obligará por ley a que los niños reciban ocho vacunas que hasta la fecha solo recomendaba
- Malasia: Reportan las dos primeras muertes humanas por rabia en 20 años
- Yemen: En los tres primeros días de julio murieron 114 personas de cólera
- La vacuna contra la influenza pronto será administrada con un parche



Número 1.939

7 de julio 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.)
 Fanch Dubois (Fra.)
 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/



S.A.D.I.
www.said.org.ar/

Comité Nacional de Infectología

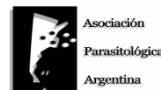
Sociedad Argentina de Pediatría
www.sap.org.ar/



www.apinfectologia.org/



www.sadip.net/



www.apargentina.org.ar/

Vigilancia de leishmaniosis visceral

3 de julio 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 2016/2017, hasta semana epidemiológica 21. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.¹

Provincia/Región	2016		2017	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	3	—	3	—
Buenos Aires	2	1	1	1
Córdoba	—	—	—	—
Entre Ríos	5	—	3	—
Santa Fe	1	—	—	—
Centro	11	1	7	1
Mendoza	—	—	—	—
San Juan	—	—	—	—
San Luis	—	—	—	—
Cuyo	—	—	—	—
Corrientes	2	—	1	—
Chaco	—	—	1	—
Formosa	2	—	1	—
Misiones	50	3	24	2
NEA	54	3	27	2
Catamarca	—	—	—	—
Jujuy	—	—	1	1
La Rioja	—	—	—	—
Salta	1	—	3	—
Santiago del Estero	1	—	1	—
Tucumán	—	—	—	—
NOA	2	—	5	1
Chubut	—	—	—	—
La Pampa	—	—	—	—
Neuquén	—	—	—	—
Río Negro	—	—	—	—
Santa Cruz	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—
Sur	—	—	—	—
Total Argentina	67	4	39	4

Estados Unidos: Disparidades raciales en la reducción de la mortalidad infantil

3 de julio de 2017 – Fuente: *The Journal of the American Medical Association – Pediatrics*

Los niños blancos y afroamericanos de Estados Unidos no se benefician por igual de la reciente reducción de la mortalidad infantil.

Si los bebés afroamericanos hubiesen registrado la misma tasa de mortalidad que los bebés caucásicos en el período 2005-2015, habrían muerto miles de bebés menos.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos publicaron este año que la mortalidad infantil se redujo 15% en la última década.

La tasa de mortalidad infantil es la cantidad de muertes en el primer año de vida en relación con los partos de nacidos vivos. En el período 2005-2015, la mortalidad de los bebés blancos bajó de 5,7 a 4,8 cada 1.000 nacidos vivos. En los afroamericanos, ese valor pasó de 14,3 en 2005 a 11,6 en 2012, cuando se estancó antes de volver a aumentar a 11,7 cada 1.000 nacidos vivos en 2015.

Por cada mil nacimientos hubo 8,6 muertes infantiles más en la población afroamericana que caucásica en 2005. La diferencia cayó a 6,6 muertes extra en los bebés afroamericanos en 2012 para volver a aumentar a 6,9 muertes extra en 2015.

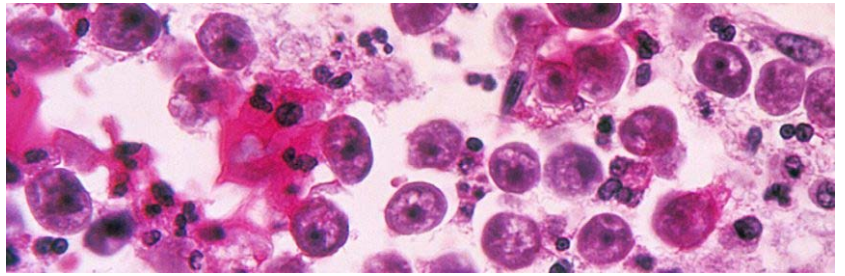
Al considerar las causas de muerte, el equipo halló que los decesos por parto prematuro y bajo peso al nacer en la población negra siguió el mismo patrón que la tasa de mortalidad, una reducción y un estancamiento. Ahí es donde habría que direccionar las estrategias de salud pública, para controlar la disparidad.²

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

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las provincias de Buenos Aires, Entre Ríos y Santa Fe notificaron casos importados.

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

Señales de la existencia de *Naegleria fowleri*, un organismo unicelular que puede causar una rara y fatal enfermedad, fue descubierto durante un examen rutinario del agua de grifo en el distrito de North Monroe, parroquia de Ouachita, y en el de Schriever, parroquia de Terrebonne.



Oficiales del Departamento de Salud aseguraron a los residentes que el agua de grifo es segura para el consumo, aunque advirtieron a las personas a deben evitar que les ingrese a la nariz.

Las infecciones por esta ameba ocurren cuando el agua contaminada ingresa por la nariz y el microorganismo llega al cerebro, donde comienza a destruir el tejido. Esta enfermedad es conocida como meningoencefalitis amebiana.

Sus síntomas iniciales son similares a los de la meningitis bacteriana, e incluyen dolor de cabeza, fiebre y náuseas. Conforme progresa la enfermedad, se presenta rigidez del cuello, convulsiones y alucinaciones.

La tasa de letalidad es de más de 97% en Estados Unidos, aunque es una enfermedad muy poco frecuente, con solo 40 casos reportados entre 2007 y 2016.

Los oficiales de salud también ponen énfasis en el hecho de que beber agua contaminada no puede causar la infección. Sin embargo, sí lo es utilizarla para la irrigación nasal o permitir que ingrese por la nariz. De los 40 casos registrados en Estados Unidos desde 2007, cuatro fueron causados por agua potable contaminada. La irrigación nasal fue la causa de tres infecciones, mientras que el cuarto se produjo en una persona que utilizó un tobogán acuático en su patio trasero.

De acuerdo con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), la mayoría de las infecciones en Estados Unidos involucraron a personas que estuvieron en contacto con aguas de lagos y ríos.

Esta semana, el Departamento de Salud de Louisiana realizó una lista de advertencias para evitar la infección. Entre estas se incluye vaciar las tuberías permitiendo que los grifos de la ducha y las mangueras corran cinco minutos antes de usarlos, y utilizar únicamente "agua hervida y enfriada, destilada o estéril para realizar soluciones de aclarado sinusal para vasos neti o realizar abluciones".

Durante años, la Organización de Naciones Unidas (ONU) negó haber llevado a Haití la devastadora epidemia de cólera que mató a más de 11.000 personas y dejó más de 880.000 infectados. Ahora, después de admitir su error y prometer que lo enmendaría, la ONU ha traicionado a la gente de Haití. Otra vez.



Hace un par de semanas, el secretario general de la ONU, António Manuel de Oliveira Guterres, trató con frivolidad el tema cuando dijo que en ningún momento se había tenido la intención de usar ningún centavo de los 400 millones de dólares del paquete de ayuda prometido a Haití en las familias que fueron víctimas de la epidemia.

En sus palabras del 20 de junio pasado, Guterres afirmó que el paquete, que consta de dos partes, "no estaba diseñado para individuos, sino para comunidades".

Eso, simplemente, no encaja con los hechos, claros e incontrovertibles. El plan de la ONU, lanzado en 2016, prometió "proveer asistencia material y apoyo a aquellos haitianos más directamente afectados por el cólera. Esos esfuerzos deben incluir, como un foco central, a las víctimas de la enfermedad y a sus familias".

Guterres está dejando de cumplir un compromiso que, por su trabajo, debe cumplir. Tal vez es sin intención, pero le está añadiendo leña al fuego y empeora las graves heridas del pueblo de Haití, que sigue muriendo de cólera a una tasa de una persona diariamente.

La primera traición de la ONU ocurrió en 2010, cuando los soldados de la misión de mantenimiento de la paz de Nepal se estacionaron en Haití pero antes de llegar a la isla no se les hizo la prueba de cólera, un brote que estaba en marcha en Nepal.

Esto, junto con la negligencia en la eliminación de los desechos fecales de los soldados, que terminaron en un río cuya agua era usada para preparar alimentos, lavar ropa y beber, causó el estallido de la epidemia.

De repente, en un país que llevaba más de un siglo sin cólera, proliferaba la enfermedad.

³ Stephen Lewis fue director ejecutivo adjunto del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y fue embajador de Canadá en la Organización de Naciones Unidas. Actualmente codirige AIDS-Free World, una organización global que trabaja para combatir las causas subyacentes al VIH y el sida.

Durante seis largos años, la ONU negó tercamente haber tenido alguna responsabilidad. Se cerró en banda. Ignoró las quejas de las familias de las víctimas. Rechazó las pruebas científicas que mostraban que la cepa venía del sur de Asia.

Alegó tener inmunidad cuando el Instituto para la Justicia y la Democracia de Haití y el Bureau des Avocats Internationaux (Oficina de Abogados Internacionales) trataron de demandar a la ONU en una corte de New York.

Fue solo hasta diciembre de 2016 cuando el entonces secretario general Ban Ki-moon –semanas antes de que dejara su cargo– finalmente reconoció el papel que la ONU jugó en la epidemia.

“Tenemos la responsabilidad moral de actuar”, dijo en una declaración. “Y tenemos una responsabilidad colectiva por entregar”.

Ahora, la ONU está eludiendo esa responsabilidad y está rompiendo muchas de las promesas que le hizo al pueblo de Haití. Démosle una mirada más profunda a esto:

Meses antes de la declaración de Ban, él anunció el plan de 400 millones de dólares, que está dividido en dos partes, para ayudar a la isla por el brote de cólera. En la primera, el dinero es para que las autoridades haitianas trabajen en infraestructura de agua y sanitaria. En la segunda, se proveerá asistencia material a haitianos, con 200 millones de dólares repartidos entre comunidades y familiares de las víctimas.

Eso significa 10.000 dólares por familia, según las observaciones del Consejero Especial de la ONU David Nabarro, el 24 de octubre del 2016.

Pero Guterres está negando ahora esos compromisos con las personas, como si nunca hubieran estado en la segunda parte del paquete de ayuda. Se espera mucho más del secretario general.

La ONU también prometió recaudar fondos a través de contribuciones voluntarias de Estados miembros o, si eso fallaba, sacarlos de las cuotas que paga cada país. Hasta ahora, la ONU solo ha recogido 2,7 millones de dólares y está fallando en pedirles más a los Estados miembros. Sabemos lo que eso significa: no habrá cuotas.

Y ahora, la confusión entra en la ecuación. De repente, el plan es aprovechar y usar “la cantidad que no se gastó en la misión previa (de mantenimiento de la paz) en Haití” de 2004, dijo Guterres.

Sin duda, algunos Estados miembros que esperan un reembolso no estarán muy contentos con esa idea. Pero incluso si están de acuerdo, ¿de cuánto estaríamos hablando? Guterres usaría una simple suma de 40,5 millones de dólares para enmendar la devastación producida por el cólera, un miserable 10% de los 400 millones prometidos.

Esta no es una cuestión de semántica. Es cuestión de mantener las promesas que se le hicieron a personas infectadas e ignoradas por la ONU. Es cuestión de rendir cuentas, algo que Guterres destacó a lo largo de su campaña para ser secretario general.

En cierto modo, es la reputación de la ONU la que ha sido mancillada. Ahora, Guterres está poniendo su propia credibilidad en juego. Y para el diplomático más importante del mundo, nada es más importante que la credibilidad.



Perú, Huánuco: Inician acciones de vigilancia y control ante casos de leptospirosis en Leoncio Prado

3 de julio de 2017 – Fuente: Radio Programas del Perú (Perú)

La Dirección Regional de Salud de Huánuco inició acciones de vigilancia y control, debido a 35 casos de leptospirosis que se presentaron en los distritos de Luyando, Rupa Rupa y Acucayacu, en la provincia de Leoncio Prado, informó la directora ejecutiva de epidemiología, Elsa Elvira Palacios Flores.

Según indicó, los pacientes en su mayoría son adolescentes y jóvenes, quienes tuvieron contacto directo con agua contaminada por la orina de roedores.

Precisó que los casos ingresaron al hospital de Tingo María como cuadros de dengue, debido a los síntomas similares en la primera fase de esta enfermedad, como dolor de cabeza, dolores articulares, malestar general, fiebre alta mayor a 38°C, entre otros.

Los responsables del sector Salud recomendaron extremar las medidas de higiene al momento de entrar en contacto con el agua.



Puerto Rico: Controversias acerca de la declaración del final de la epidemia de fiebre zika

22 de junio de 2017 – Fuente: Medicina y Salud Pública (Puerto Rico)

El 6 de junio de 2017 el Departamento de Salud de Puerto Rico anunció que la epidemia de fiebre zika había terminado⁴. Es sumamente extraño que una epidemia se pueda decir que terminó meramente porque en el último mes solo se reportaron 10 casos en lugar de 8.000 casos por mes que se reportaron el año pasado. Hasta el 30 de mayo

⁴ Ver ‘Puerto Rico declara el fin de la epidemia de fiebre zika’ en Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 1.926, de fecha 7 de junio de 2017, haciendo clic [aquí](#).

de 2017 se habían informado 40.330 casos de fiebre zika con 3.703 mujeres embarazadas, 49% de ellas asintomáticas.

En Puerto Rico el dengue, la fiebre zika y la fiebre chikungunya son transmitidos por el mismo mosquito, *Aedes aegypti*. El dengue es endémico en el país, y las otras dos enfermedades se convertirán en enfermedades endémicas también. Siempre estarán presentes esas enfermedades en Puerto Rico.

Desde octubre de 2016, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos tienen un desacuerdo con el Departamento de Salud de Puerto Rico. Alegan los CDC que en Puerto Rico se están subreportando los casos de fiebre zika, por lo que decidieron no seguir cubriendo el desarrollo de la enfermedad en el país. El Departamento de Salud se dedicó a realizar su propio informe de los casos de fiebre zika. De acuerdo con los CDC, para que se declare por finalizada una epidemia deben transcurrir 24 meses, y en el caso de Puerto Rico esa fecha se cumple en diciembre de 2017.

La epidemia de fiebre zika afectó el turismo en el país. Varias convenciones fueron canceladas. Igualmente, se canceló el Juego de las Estrellas de béisbol en el país y se lo realizó en Miami, donde también había casos de fiebre zika. Los Juegos Olímpicos de 2016 se realizaron en Brasil, un país con una gran incidencia de la enfermedad, y donde se ha reportado un gran número de casos de microcefalia y del síndrome de Guillain-Barré. En Brasil se está investigando cómo el virus penetra la placenta en los gemelos fraternos en los que solo uno padece de microcefalia, un asunto muy interesante. En Ponce se informó que nacieron gemelos idénticos y que los dos presentan microcefalia.

¿Por qué el Departamento de Salud de Puerto Rico anunció el fin de la epidemia de fiebre zika el 6 de junio de 2017? Algunos conocedores del tema dan como razón el que se iba a celebrar un plebiscito el 11 de junio de 2017, donde figuraría la estadidad como único estatus ante el boicot promovido por los otros partidos y movimientos políticos. Se sospecha además que el propósito era para mejorar el turismo en el país. El efecto negativo de la enfermedad ante el turismo no fue muy fuerte ya que continuaron llegando cruceros con cientos de turistas al país. Y ahora que el Presidente Donald John Trump ha cancelado los acuerdos para mejorar las relaciones políticas con Cuba, posiblemente el turismo decaerá en esa isla y mejorará en Puerto Rico.

Debemos recordar que el virus Zika se puede transmitir sexualmente y muchas personas padecen la enfermedad y no se enteran pues los síntomas son leves y el enfermo no sufre consecuencias mayores. Esas personas no pueden donar sangre. En un momento se tuvo que traer sangre donada en Estados Unidos y transportada para ser usada en pacientes en Puerto Rico.

El mosquito transmisor de la enfermedad es endémico en Puerto Rico, por tanto la enfermedad no desaparecerá nunca de su entorno. Es posible que la prueba de detección del virus Zika deba ser incorporada al examen prematrimonial, como se exige la prueba de sífilis y *Chlamydia*, para evitar la transmisión sexual de la infección.

El 19 de junio de 2017, el Departamento de Salud informó de cuatro casos adicionales de microcefalia. Un total de 42 recién nacidos han padecido este defecto. Aunque esos niños fueron concebidos nueve meses atrás, en los próximos meses pueden notificarse nuevos casos de niños afectados por microcefalia u otras complicaciones neurales de la fiebre Zika. El gobierno federal asignó varios millones de dólares para evitar la transmisión del virus y evitar las complicaciones crónicas e incapacitantes de la enfermedad. Esta es una enfermedad que se debe evitar a toda costa, por lo que las mujeres embarazadas deben protegerse durante todo el tiempo de embarazo. Aquí se ilustra mejor lo que significa la prevención de una enfermedad. Cuidar un niño con microcefalia conlleva un costo emocional y económico incalculable.

El mundo



África: La crisis de la región del Lago Chad llega a su punto más crítico en la estación de lluvias

3 de julio de 2017 – Fuente: Oxford Committee for Famine Relief

A medida que empieza la temporada de lluvias, el riesgo de brote de enfermedades aumentará en los países de la región del Lago Chad, como Nigeria, Níger y Chad. Esto agrava la crisis humanitaria a la que se enfrentan ya 2,4 millones de personas desplazadas por el conflicto entre Boko Haram y las operaciones militares para combatirlo.

La mayoría de las personas desplazadas viven en campamentos con suministros de agua inadecuados y con infraestructuras de higiene y saneamiento de mala calidad. Estas condiciones empeorarán con la llegada de la estación lluviosa, que provoca enfermedades transmitidas por el agua como la fiebre tifoidea, el cólera, la malaria y la hepatitis E. En Níger, por ejemplo, cientos de personas de la región de Diffa están afectadas por la hepatitis E. Ya se han reportado más de 30 muertes, principalmente de mujeres embarazadas⁵. También se han reportado casos de hepatitis E en el norte de Nigeria, en la frontera con Níger.

La temporada de junio a agosto es la temporada de escasez en la mayoría de las zonas de producción agrícola. El número de personas que requieren asistencia alimentaria durante este período crecerá. En Nigeria, el número de personas que están en riesgo de hambre ya ha aumentado de 4,7 millones a 5,2 millones.

⁵ Ver 'Níger, Diffa: La epidemia de hepatitis E ya registra 876 casos sospechosos y 186 embarazadas hospitalizadas' en Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 1.933, de fecha 23 de junio de 2017, haciendo clic [aquí](#).



Esta situación se está convirtiendo en alarmante para las agencias humanitarias, que verán limitado el acceso a las personas necesitadas de ayuda. La lluvia podría llegar a suspender el trabajo en algunas zonas de Nigeria al destruir puentes y caminos. Este será un gran desafío también en Níger y Chad, donde las condiciones de las carreteras ya son deficientes. En Chad, además, con la estación de las lluvias, los refugios ya de por sí precarios se verán seriamente perjudicados.

Danielle Lustig, coordinadora de la emergencia en la región del Lago Chad para el Comité Oxford para la Lucha contra el Hambre (OXFAM), afirma que: "Hay millones de personas en una situación extremadamente frágil y vulnerable, que han vivido

horrores inimaginables, sufren algún grado de desnutrición, y que en los próximos meses podrían pagar un precio muy alto a menos que podamos responder a sus necesidades urgentes".

OXFAM está acelerando la construcción de suficientes instalaciones de agua y saneamiento antes de que la temporada de lluvias dificulte el acceso a la población desplazada y las comunidades de acogida. Ahora, más que nunca, es clave garantizar agua limpia.

En Rann, al noreste de Nigeria, OXFAM está realizando una prevención masiva contra el cólera a través de la promoción de la higiene, provisión de kits de prevención del cólera y capacitación de voluntarios comunitarios de salud. OXFAM es consciente de la posibilidad real de que en las próximas semanas, debido a la lluvia, no pueda acceder a Rann si hay un brote de cólera.

Miles de personas en movimiento

Desde hace un par de meses, la gente se ha mudado del campo de refugiados de Minawao en Camerún a Nigeria. Entre el 30 de abril y el 31 de mayo, aproximadamente 12.000 personas se trasladaron a Banki, una ciudad fronteriza en Nigeria. Alrededor de 5.000 personas se trasladaron a Pulka, una pequeña ciudad donde los actores humanitarios como OXFAM están advirtiendo constantemente que las condiciones no son ni dignas ni seguras. En la actualidad, la población de Pulka no puede contar con más de cinco litros de agua por persona y día, lo que está muy lejos del estándar mínimo humanitario de 15 litros.

OXFAM trabaja en Pulka desde febrero de 2017, mejorando el acceso limitado al agua, construyendo letrinas e instalaciones para la higiene, distribuyendo bidones y promoviendo la salud pública. OXFAM también ha iniciado un programa de "dinero a cambio de trabajo" que beneficiará a 600 hogares apoyando la rehabilitación de la infraestructura pública y el drenaje.

Para evitar que el peor pronóstico se convierta en realidad, OXFAM pide coordinación en los movimientos de población para garantizar el acceso a una asistencia segura y a tiempo. Hace un llamamiento a las autoridades para que garanticen que todos los movimientos de personas sean seguros, dignos, voluntarios y plenamente informados, sobre el viaje y especialmente sobre lo que les espera cuando lleguen a destino.



El Líbano: Nuevo caso de infección por el MERS-CoV

4 de julio de 2017 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

El 19 de junio de 2017, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de El Líbano notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un nuevo caso confirmado por laboratorio de infección por el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS-CoV).

Un hombre libanés de 39 años de edad que vive en Al-Riyadh, Arabia Saudí, desarrolló síntomas leves el 8 de junio de 2017. Debido a que el paciente es un trabajador sanitario y debido a que están en curso actividades intensificadas de vigilancia de MERS en Al-Riyadh, se le tomó un hisopado nasofaríngeo el 11 de junio en Al-Riyadh, con resultados negativos mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en el Laboratorio Regional de Al-Riyadh. El caso no presenta antecedentes de comorbilidades. No trabaja en un centro de atención médica con pacientes activos de MERS, no ha tenido contacto con un caso confirmado de MERS, ni con pacientes conocidos con enfermedad respiratoria. Tampoco tiene antecedentes de contacto con dromedarios (*Camelus dromedarius*) en los 14 días previos a la aparición de los síntomas.

El 11 de junio, el caso viajó de Arabia Saudí a El Líbano e informó que no tuvo síntomas durante el viaje. El 15 de junio, desarrolló síntomas gastrointestinales y el mismo día se inició una investigación médica en El Líbano, y una radiografía de tórax confirmó el diagnóstico de neumonía. Se tomó una muestra respiratoria inferior el 16 de junio que dio positivo para MERS-CoV. El caso fue reporta-

País/Región	Casos	%	Muertes	%	Tasa let.
Arabia Saudí	1.667	81,84	630	88,73	37,79
Emiratos Árabes Unidos	84	4,12	13	1,83	15,48
Jordania	27	1,33	10	1,41	37,04
Qatar	22	1,08	6	0,85	27,27
Omán	8	0,39	3	0,42	37,50
Irán	6	0,29	1	0,14	16,67
Kuwait	4	0,20	2	0,28	50,00
Túnez	3	0,15	1	0,14	33,33
El Líbano	2	0,10	—	—	—
Bahrein	1	0,05	1	0,14	100,00
Egipto	1	0,05	—	—	—
Yemen	1	0,05	1	0,14	100,00
Mediterráneo Oriental	1.826	89,64	668	94,08	36,58
República de Corea	186	9,13	36	5,07	19,35
Filipinas	3	0,15	—	—	—
Malasia	1	0,05	1	0,14	100,00
Pacífico Occidental	190	9,33	37	5,21	19,47
Gran Bretaña	3	0,15	2	0,28	66,67
Austria	2	0,10	—	—	—
Francia	2	0,10	1	0,14	50,00
Países Bajos	2	0,10	—	—	—
Alemania	1	0,05	—	—	—
Grecia	1	0,05	—	—	—
Italia	1	0,05	—	—	—
Turquía	1	0,05	1	0,14	100,00
Europa	13	0,64	4	0,56	30,77
Estados Unidos	3	0,15	—	—	—
América	3	0,15	—	—	—
Tailandia	3	0,15	—	—	—
Sudeste Asiático	3	0,15	—	—	—
Argelia	2	0,10	1	0,14	50,00
África	2	0,10	1	0,14	50,00
Total mundial	2.037	100,00	710	100,00	34,86

Tabla 2. Casos y muertes notificados a la OMS, y tasa de letalidad, por país y región. Datos al 28 de junio de 2017. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

do al Ministerio de Salud Pública el mismo día. El caso fue puesto en aislamiento en su hogar. Ha permanecido asintomático desde el 17 de junio; se tomaron dos muestras de hisopado nasofaríngea consecutivos y una muestra respiratoria inferior, que fueron negativas para MERS-CoV mediante PCR, los días 17, 19 y 23 de junio, respectivamente. El paciente fue dado de alta del aislamiento el 23 de junio. Todos sus contactos en El Líbano han dado negativo para MERS-CoV. El rastreo de contactos en Arabia Saudí y la fuente de infección son objeto de investigación por parte del Ministerio de Salud de Arabia Saudí.

A nivel mundial, la OMS ha sido notificada desde septiembre de 2012 de 2.037 casos confirmados por laboratorio de infección por el MERS-CoV, incluyendo al menos 710 muertes relacionadas.

Respuesta de salud pública

Durante la investigación de este caso, el Ministerio de Salud Pública evaluó el caso y sus contactos e implementó medidas para limitar la transmisión de humano a humano. Estas medidas incluyen:

- Aislamiento adecuado de los casos confirmados (aislamiento domiciliario para los casos asintomáticos, y hospitalario para los sintomáticos).
- Búsqueda activa de todos los contactos de los pacientes, trabajadores sanitarios expuestos y contactos en la comunidad en El Líbano.
- Identificación y contacto y seguimiento de los contactos en Arabia Saudí, e investigación de la fuente de infección del paciente, en colaboración con el Ministerio de Salud de Arabia Saudí.
- Identificación de los contactos de alto y bajo riesgo entre los trabajadores de la salud, con seguimiento diario para todos durante el período de incubación de 14 días, y realización de pruebas de laboratorio a hisopados nasofaríngeos de todos los trabajadores sanitarios expuestos, aunque no hayan desarrollado síntomas. Todas las pruebas entre los contactos han sido negativas.
- Identificación de los contactos de alto y bajo riesgo entre los contactos en el hogar con un seguimiento diario para todos durante el período de incubación de 14 días, y pruebas de PCR para los contactos sintomáticos. No se observaron síntomas entre los contactos en el hogar.
- Reforzamiento de las medidas de prevención y control de infecciones en el hospital.
- Envío de muestras positivas a los laboratorios de referencia para confirmación y secuenciación.

El Ministerio de Salud Pública de El Líbano está en comunicación con el Ministerio de Salud de Arabia Saudí para el seguimiento de los trabajadores sanitarios y los contactos sociales del paciente mientras permaneció en Arabia Saudí. El paciente no trabajó en un centro de atención médica donde se hubieran reportado recientemente casos de MERS, pero en un principio fue estudiado en Al-Riyadh el 11 de junio como consecuencia de la intensificación de las acciones de vigilancia en Al-Riyadh debido a la ocurrencia de clústeres de casos de MERS.

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. Este es el segundo caso de MERS confirmado por laboratorio reportado en El Líbano. Un caso había sido reportado previamente en el país el 8 de mayo de 2014.

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 tras 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 llevando a cabo la evaluación del riesgo con base en 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.

LA RAZÓN España: Se multiplican los casos de parotiditis en adultos

4 de julio de 2017 – Fuente: La Razón (España)

De acuerdo con el último informe del Instituto de Salud Carlos III, que lleva el registro de todas las enfermedades de declaración obligatoria en España, y que contempla hasta el pasado 6 de junio, en el apartado de acumulación de casos de parotiditis se contabilizaban 5.766, mientras que en 2016 la cifra se reducía a 1.691. De un año para otro existen más del triple de casos, o dicho de otra forma, ha aumentado en más de 200%.

Uno de los motivos es que de manera cíclica, cada cuatro o cinco años, se produce un brote epidémico de esta naturaleza. “La vacuna contra la parotiditis, de las tres que conforman la triple viral, es la que tiene una menor efectividad: no llega a 100%, sino que ronda 80 a 85%. De ahí que se puedan producir estos episodios”, explica Amos José García Rojas, presidente de la Asociación Española de Vacunología (AEV).

Uno de los rasgos de este pico epidémico es que no está afectando a los más pequeños, sino que los casos se están detectando en Atención Primaria. Está motivado por este fallo de inmunización o “porque cuando eran pequeños a los padres se les pasó alguna dosis de la vacuna o porque en algunas comunidades autónomas se utilizaba otra vacuna que era menos efectiva, antes de llegar la triple viral”, afirma García.

“Se puede hablar de brote epidémico por el número de casos que se están registrando, pero es importante recordar que los datos no tienen nada que ver con la época prevacunal, cuando estos episodios eran mucho más agresivos”, añade y, además, “la cepa parotídica es más débil”.

Sin embargo, desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad no creen que se deba hablar de epidemia: “La parotiditis, como otras enfermedades inmunoprevenibles, se caracteriza por presentar ciclos epidémicos, pero cada vez de menor magnitud. Este patrón es el esperado de acuerdo a las características de la vacuna y a las coberturas de vacunación en España. En ocasiones se producen agregaciones de casos en espacios geográficos concretos durante un tiempo, pero no podemos hablar de epidemia”. Sin embargo, recomiendan “vacunar a las personas que se identifiquen como susceptibles y revacunar a los vacunados que recibieron la vacuna con la cepa Rubini”, porque actualmente la cepa circulante es otra.

Valencia es una de las comunidades más afectadas por el brote. Es por eso por lo que desde la Consejería de Salud de la Generalitat se está aconsejando la vacunación a las personas expuestas. Es más, recomiendan acudir al centro de salud para revisar su calendario vacunal y, si tienen menos de dos dosis, se les aplique una extra de la triple viral, que también incluye el sarampión y la rubéola. Es la mejor forma para detener el incremento de los casos. Pero no es la única comunidad que está viendo un incremento de casos. En Andalucía también se están reproduciendo los infectados por el virus. Es más, en algunas zonas de mayor incidencia como Almería no han descartado tomar la misma medida que en Valencia. En la última semana que sale en el boletín del instituto se contabilizaron 287 casos, de los que 154 se dieron en estas dos comunidades.

“Los casos que nos reportan suelen estar relacionados con un problema de la vacunación, que no se completó, por eso ahora surge en adultos de entre 20 y 40 años”, sostiene Manuel Linares Rufo, coordinador del Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). “Notan que tienen las glándulas salivares hinchadas y también puede afectar a los testículos. Ahí es donde puede estar el mayor problema. Los hombres deben tener cuidado para no desarrollar problemas de fertilidad”, añade.

En lo que se refiere al tratamiento, “lo único que se puede hacer es controlar los síntomas y evitar que no se desarrollen complicaciones, ni afectación testicular”, afirma Linares. Y permanecer aislado, en casa, para no contagiar a más personas.



Etiopia, Somali: Los casos de desnutrición infantil se multiplicaron por 10 en un año

28 de junio de 2017 – Fuente: Médicos Sin Fronteras

La zona de Dolo, en la región Somali, en el oeste de Etiopia, sufre una grave emergencia humanitaria, donde las tasas de desnutrición entre los niños se han multiplicado por diez con respecto a 2016.

Las cifras de niños pequeños con desnutrición aguda severa en la zona de Dolo son las más altas jamás registradas en esta zona por los equipos de Médicos Sin Fronteras (MSF) en los diez años que la organización lleva trabajando en la región.

Hasta la fecha, la ayuda alimentaria actual es insuficiente para cubrir las necesidades de los afectados por la sequía.

En colaboración con las autoridades sanitarias etíopes, los equipos de MSF han establecido 27 centros de alimentación terapéutica para pacientes externos y otros cuatro destinados a tratar a niños con desnutrición severa.

Desde enero de 2017, los trabajadores de MSF en el país han tratado a 6.136 menores de 5 años por desnutrición aguda severa, lo que supone diez veces más que las cifras registradas en el mismo periodo en 2016, cuando trataron a 491 niños.



51 niños fallecieron en dos semanas

Solo en las dos primeras semanas de junio, 322 niños gravemente desnutridos tuvieron que ingresar en estos cuatro centros. Desgraciadamente y pese a todos los esfuerzos del personal de MSF, 51 murieron.

En total, en lo que va de junio, 67 menores han muerto a causa de la desnutrición, lo que demuestra la gravedad de la situación. Lo que se está observando es una emergencia humanitaria.

La situación actual es resultado de dos malas estaciones de lluvias que han provocado una sequía en la que muchos etíopes han perdido su ganado y se han visto forzados a abandonar su vida nómada tradicional. Ahora, se han instalado en campamentos informales donde no hay suficiente comida ni agua potable para sobrevivir.

“Nunca había visto una situación como ésta”, reconoce Fardausa, que ha llevado a su nieta de 3 años a uno de los centros de MSF y ha visto cómo el ganado de la familia moría por la sequía. “Teníamos animales que nos daban todo lo que necesitábamos, ahora no tenemos nada y nuestros hijos enferman y mueren”, lamenta.

Comunidades enteras carecen de leche, ya que muchos de sus animales han muerto. Sin sus animales, ya no tienen una fuente de ingresos o los medios para transportar alimentos y agua cuando se desplazan.

La comida se agota

Aunque quienes residen en los campamentos reciben ayuda alimentaria y el gobierno regional también suministra dos o tres comidas cocinadas en buena parte de estos emplazamientos, los suministros son insuficientes ante el gran número de desplazados. Se están agotando.

En la última semana de mayo, la distribución de comida cocinada se interrumpió y la distribución mensual de raciones de comida seca se retrasó, dejando a gran cantidad de personas sin nada que comer.

Pero lo más preocupante es que el Programa Mundial de Alimentos (PMA) advirtió que su ayuda alimentaria de emergencia para la región Somali se agotará para fines de julio, lo que dejaría a 1,7 millones de personas incluso más vulnerables a la desnutrición.

Por ello, MSF insta a los donantes y otras organizaciones a que incrementen su apoyo a la región Somali. Mientras, la organización prevé ampliar la asistencia de emergencia a otras zonas, incluidas Jarar y Nogob.

Los equipos de MSF trabajan con las autoridades sanitarias para llegar a tantos niños como sea posible para ofrecerles alimentación terapéutica para reducir la mortalidad de forma inmediata en lugar de ofrecer una atención integral a un pequeño número de niños, aunque no debería verse obligada a hacer esa elección.

Es imprescindible más ayuda alimentaria y que más organizaciones humanitarias lleguen a esta región de forma inmediata.

Francia obligará por ley a que los niños reciban ocho vacunas que hasta la fecha solo recomendaba

5 de julio de 2017 – Fuente: Hipertextual (España)

El primer ministro francés Édouard Philippe anunció ante la Asamblea Nacional que el país establecerá la vacunación obligatoria para los niños a partir del año que viene. Con esta medida, el Gobierno galo obligará a inmunizar a los menores de edad con ocho vacunas que hasta ahora solo recomendaba: tos convulsa, hepatitis B, infección por *Haemophilus influenzae* tipo b, neumococo, meningitis C, sarampión, parotiditis y rubeola. Actualmente, solo tres vacunas son obligatorias en Francia para los niños de menos de 18 meses de edad: difteria, tétanos y poliomielitis.

El compromiso de Édouard Philippe llega semanas después que Agnès Buzyn, a la sazón ministra francesa de Asuntos Sociales, Sanidad y Derechos de las Mujeres, invitara a reflexionar sobre la posibilidad de obligar a administrar las once vacunas antes mencionadas destinadas a los niños “por un tiempo limitado”. Buzyn sostenía entonces que el sistema dual de vacunas obligatorias y recomendadas “era una excepción” que provocaba un “problema de salud pública”. Y es que detrás de la medida anunciada por el Ejecutivo galo existen poderosas razones.

Francia pretende de este modo luchar contra el fuerte clima de desconfianza que existe hacia la vacunación. El país galo es el que más recela sobre la seguridad de estas herramientas para prevenir enfermedades, ya que según un estudio, 41% de la sociedad francesa desconfía de las vacunas. Los opositores a este instrumento clave para la salud pública hablan de los supuestos efectos secundarios y de los adyuvantes como aluminio para extender los temores entre la población.

Algunas vacunas sí incluyen sales de aluminio, en cantidades menores a 1%, una proporción mucho más pequeña a la que está presente en algunos alimentos de consumo humano; sin embargo, nunca se ha registrado ningún efecto adverso relacionado con el aluminio que contienen algunas vacunas. El objetivo de utilizar aluminio es que permite mejorar la inmunogenicidad y la eficacia de la vacunación, como explica la Organización Mundial de la Salud.

Otro de los grandes objetivos de la vacunación obligatoria para los menores de edad es combatir la reducida tasa de cobertura vacunal. El auge de los movimientos contrarios a las vacunas en Francia e Italia ha llevado a sendos Gobiernos a tomar medidas drásticas. En el país galo, la cobertura vacunal contra el sarampión se ha estancado en torno a 75%, muy lejos del umbral de 95% necesario para su erradicación. La enfermedad infecciosa ha causado desde 2008 una decena de muertes de niños en el país.





Muchos expertos franceses afirmaban que no era lógico mantener el sistema mixto de vacunas recomendadas y de vacunas obligatorias, aunque algunos docentes han tachado la medida de "simplista", ya que a su juicio, "su carácter autoritario puede reforzar la sospecha de una parte cada vez más grande de la población". Hace solo unos días, más de doscientos médicos habían pedido implantar la vacunación obligatoria ya que consideraban que no se trataba de "una elección personal con beneficios individuales". Las vacunas no solo confieren protección a una persona, sino que también confieren inmunidad de grupo o colectiva. Esta característica hace que los sujetos vacunados también ofrezcan protección a los no inmunizados o parcialmente vacunados al reducir la circulación de patógenos y disminuir la posibilidad de contagio de una enfermedad.

Tras el anuncio realizado por Édouard Philippe, existen todavía ciertas dudas sobre cómo se llevará a cabo la vacunación obligatoria de los menores de edad. Hay quienes se preguntan si las once vacunas serán financiadas al 100% por la Seguridad Social y si se estipulará una cláusula de exención para los padres que se opongan. Aunque no se han dado más detalles sobre la medida, Francia sigue los pasos dados por Italia hace solo unas semanas, cuando estipuló la vacunación obligatoria para el ingreso de los pequeños de 0 a 6 años en guarderías y escuelas infantiles⁶. El país transalpino no contempla por ley la obligatoriedad de vacunar a los niños mayores de 6 años para que sean escolarizados, aunque sus padres sí pueden ser sancionados.

Vietnam* **Malasia: Reportan las dos primeras muertes humanas por rabia en 20 años**

5 de julio de 2017 – Fuente: Vietnam + (Vietnam)

Las autoridades malayas confirmaron el 5 de julio la muerte de dos niños a causa de la rabia, en lo que constituye los primeros casos reportados en humanos en 20 años en este país.

Una niña de seis años y su hermano menor de cuatro años en el estado de Sarawak murieron después de contagiarse la enfermedad. Ellos forman parte de las tres personas afectadas por la dolencia. El paciente restante permanece en estado crítico.

De acuerdo con fuentes oficiales, cinco aldeas en el distrito de Serian de Sarawak han sido afectadas por el brote.

Las brigadas de médicos han inspeccionado 19 aldeas y realizaron chequeo de salud a más de 6.000 residentes locales. Las autoridades han aplicado la vacunación antirrábica a todos los perros en la zona.

La rabia es una enfermedad infecciosa causada por un virus, que padecen ciertos animales, especialmente los perros, y que se transmite a otros animales y al hombre a través de la saliva.



EFE: **Yemen: En los tres primeros días de julio murieron 114 personas de cólera**

5 de julio de 2017 – Fuente: EFE

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informó que en los tres primeros días de julio murieron 114 personas de cólera en Yemen, con lo que el número total de fallecidos por esta enfermedad asciende a 1.614.

La OMS indicó en un comunicado que desde que se detectó el primer brote el 27 de abril, se registraron 259.604 casos sospechosos, en un total de 21 provincias de las 23 del país.

Las provincias más afectadas por la epidemia son la capital Sana'a, con 38.638 casos sospechosos; Al-Hudayda, con 32.638 casos; Hajjah, con 29.255 casos; y 'Amran con otros 28.853 casos sospechosos.

El 1 de julio, la OMS elevó a 1.500 el número de muertos y a 246.000 el de afectados por el cólera en Yemen desde el 27 de abril y hasta el 30 de junio.



THE LANCET **La vacuna contra la influenza pronto será administrada con un parche**

3 de julio de 2017 – Fuente: The Lancet

La vacuna trivalente tradicional contra la influenza requiere de un transporte especial para mantenerla en frío, además de que solo puede ser administrada en espacios médicos, lo cual incrementa el costo y afecta la disponibilidad de esta vacuna.

Por ello, desde hace algún tiempo, se han buscado modos alternativos para administrar esta y otras vacunas.

⁶ Ver 'Italia: Por ley se obligará a los padres a vacunar a sus hijos' en Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 1.923, de fecha 31 de mayo de 2017, haciendo clic [aquí](#).



El Instituto Tecnológico de Georgia, conocido como Georgia Tech, ha desarrollado una vacuna contra la influenza en forma de parche con microagujas que contiene los antígenos del virus. Una vez adherido en la piel, las microagujas transfieren la sustancia al organismo, sin dolor, y luego se disuelven.

Esta vacuna no requiere de condiciones especiales de almacenamiento y puede ser administrada por la propia persona. Una vez aplicada la dosis, el parche puede desecharse junto con la basura casera, ya que en su administración no intervienen instrumentos riesgosos como las

agujas.

En junio de 2015, después de una serie de pruebas exitosas en animales, se iniciaron las primeras pruebas clínicas del parche. En la investigación participaron 100 personas de edades comprendidas entre los 18 y los 49 años, las cuales no recibieron una vacuna contra la influenza en la temporada epidémica anterior.

Los participantes fueron divididos en cuatro grupos de manera aleatoria. En el primer grupo, el parche fue colocado por un empleado médico; en el segundo, por los propios participantes; el tercero recibió un parche placebo; y el cuarto recibió una vacuna tradicional por inyección intramuscular.

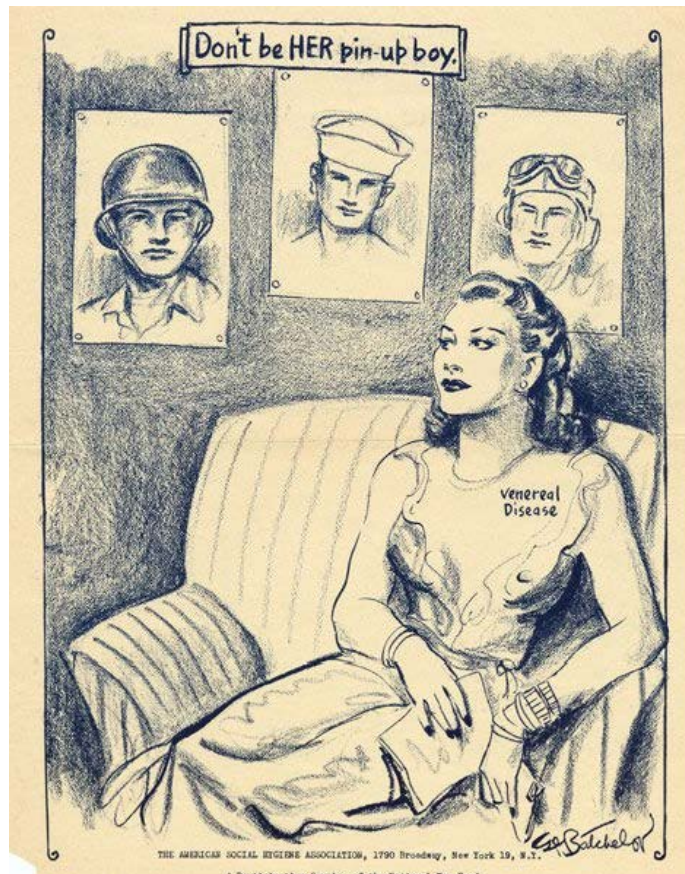
Se descubrió que la vacuna, administrada por cualquiera de los métodos propuestos, tuvo éxito y no presentó efectos secundarios serios. Los pocos efectos desagradables, como una molestia en la zona del parche, fueron tolerables y de corta duración.

El nivel de anticuerpos con los componentes del fármaco en 28 días (una medición de la inmunogenicidad de la vacuna) fue el mismo entre todos los métodos de vacunación. Pero más de 70% de los participantes que recibieron el parche asegura que en el futuro preferirán este método de vacunación a la inyección o spray nasal.

La vacuna contra la influenza, administrada con un parche de microagujas, se transfiere bien y genera una fuerte respuesta inmunitaria. Los resultados obtenidos dan evidencia de que la vacunación con parches puede aumentar el alcance de las campañas de vacunación y disminuir el costo de inmunización.

Actualmente, los investigadores están desarrollando este tipo de parches de vacunación para otras infecciones, como sarampión, rubéola y poliomielitis.⁷

Publicidad relacionada con la salud



The American Social Hygiene Association (1942. New York, Estados Unidos).

⁷ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#) (requiere suscripción).

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.