



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente

www.reporteepidemiologicocordoba.com

Distinguido por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

2.048

7 de mayo de 2018

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.)

Susana Lloveras (Arg.)

Gustavo Lopardo (Arg.)

Eduardo López (Arg.)

Tomás Orduna (Arg.)

Dominique Peyramond (Fra.)

Daniel Pryluka (Arg.)

Fernando Riera (Arg.)

Charlotte Russ (Arg.)

Horacio Salomón (Arg.)

Eduardo Savio (Uru.)

Daniel Stecher (Arg.)

Carla Vizzotti (Arg.)

Publicación de:
Servicio de Infectología
Hospital Misericordia
Ciudad de Córdoba
República Argentina

Noticias

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

Argentina

- Vigilancia de araneísmo
- Actualización sobre la situación epidemiológica del sarampión
- Buenos Aires, Tandil: Dos casos de síndrome urémico hemolítico en 20 días

América

- Latinoamérica y el Caribe: Desarrollo de la investigación para la salud. Colaboración, publicación y aplicación del conocimiento
- Brasil: Actualización sobre la situación epidemiológica de la fiebre amarilla
- Canadá, Ontario: La tos convulsa estaría más extendida de lo que se pensaba
- Estados Unidos: Primera muerte relacionada con el brote de infecciones por *Escherichia coli* en lechuga romana

- Estados Unidos, California: Brote de norovirus por consumo de ostras
- Perú, La Libertad: Investigan casos de síndrome de Guillain-Barré en Trujillo

El mundo

- Bangladesh: Campaña de vacunación contra el cólera para proteger a los rohingyas
- Burundi: Disminuyeron los casos de malaria en los primeros meses de 2018
- China, Ningxia: Advierten sobre un brote de carbunco
- España, Comunidad Valenciana: Reportan 82 casos de sarampión en las provincias de Valencia y Castellón
- Nuevo informe sobre las tendencias globales de financiación a la investigación sobre la neumonía

Adhieren:

SLAMVI

Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/

CIRCULO MÉDICO DE CÓRDOBA

www.circulomedicocba.org/

Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba

www.consejomedico.org.ar/



Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas

Universidad Nacional de Córdoba

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



S.A.D.I.

www.sadi.org.ar/

Comité Nacional de Infectología

Sociedad Argentina de Pediatría

www.sap.org.ar/



www.apinfectologia.org/

Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica

www.sadip.net/

Asociación Parasitológica Argentina

www.apargentina.org.ar/

En las ocho primeras semanas epidemiológicas del año 2018, la tasa de notificación nacional presenta una disminución de 21,8% respecto de igual periodo de 2017. Las provincias de La Pampa y Salta presentaron los mayores incrementos en la tasa de notificación en relación al mismo período del año previo. La provincia de Entre Ríos presentó la mayor disminución.

Las provincias con las tasas más elevadas en 2018 son Santiago del Estero, Río Negro y Catamarca.

Provincia/Región	2017			2018		
	Notificados	Tasas	Confirmados	Notificados	Tasas	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	3	0,10	—	2	0,07	—
Buenos Aires	25	0,15	16	20	0,12	13
Córdoba	73	2,00	34	45	1,22	20
Entre Ríos	3	0,22	2	1	0,07	1
Santa Fe	2	0,06	2	1	0,03	1
Centro	106	0,37	54	69	0,24	35
Mendoza	45	2,33	—	41	2,10	—
San Juan	3	0,40	2	2	0,26	1
San Luis	9	1,84	9	10	2,02	10
Cuyo	57	1,80	11	53	1,65	11
Corrientes	4	0,37	4	—	—	—
Chaco	1	0,09	—	—	—	—
Formosa	6	1,02	6	4	0,67	—
Misiones	35	2,87	27	27	2,19	22
NEA	46	1,13	37	31	0,75	22
Catamarca	8	1,98	8	9	2,21	9
Jujuy	—	—	—	2	0,27	1
La Rioja	3	0,79	2	—	—	—
Salta	3	0,22	2	9	0,65	3
Santiago del Estero	41	4,32	7	42	4,38	17
Tucumán	12	0,73	11	9	0,54	8
NOA	67	1,22	30	71	1,28	38
Chubut	10	1,70	2	6	1,00	4
La Pampa	1	0,29	—	3	0,85	2
Neuquén	11	1,72	10	5	0,77	4
Río Negro	25	3,48	23	17	2,33	16
Santa Cruz	—	—	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—	—	—
Sur	47	1,68	35	31	1,09	26
Total Argentina	323	0,73	167	255	0,57	132

Tabla 1. Casos notificados y confirmados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes, según provincia y región. Argentina. Años 2017/2018, hasta semana epidemiológica 8. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.¹

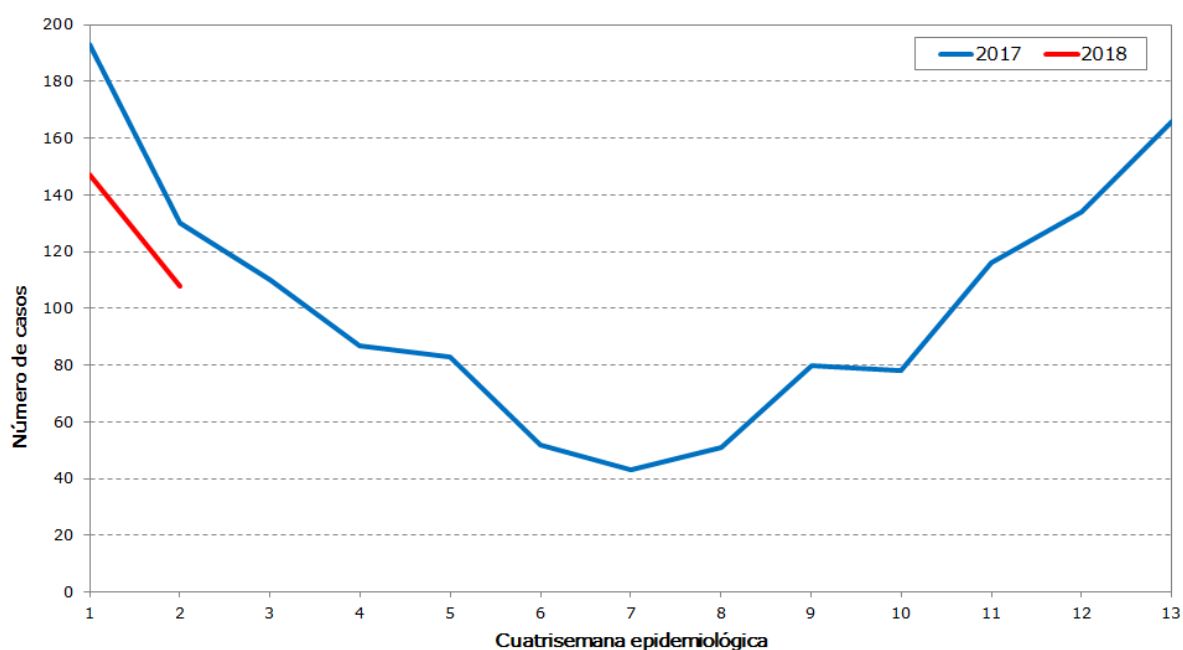


Gráfico 1. Casos notificados, según cuatrimestre epidemiológica. Argentina. Años 2017/2018. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.

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

El día 29 de marzo de 2018, el Ministerio de Salud de Argentina emitió un alerta ante la confirmación de un primer caso de sarampión, sin antecedente de viaje. A la fecha, se identificó la fuente de infección y se diagnosticó un segundo caso importado, ascendiendo a tres los casos confirmados en el país.

Ante esta situación y el alto tránsito de personas desde y hacia países actualmente afectados por brotes de sarampión, el Ministerio de Salud de Argentina emitió una nueva alerta con el objetivo de sensibilizar a los equipos de salud para el diagnóstico oportuno de posibles casos.

Actualización de la situación en Argentina

El día 29 de marzo el Ministerio de Salud de Argentina emitió un alerta ante la confirmación de un caso de sarampión en una paciente de 8 meses sin antecedentes de viaje, residente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). El caso se confirmó inicialmente por serología y test de reacción en cadena de la polimerasa (PCR), pudiéndose luego determinar el genotipo D8 y un linaje que en el año 2018 había sido sólo notificado en Tailandia. En la búsqueda activa realizada por el equipo de Epidemiología de la jurisdicción como parte de la investigación del caso, se pudo confirmar la fuente de infección. Se trató de un paciente de 21 años, sin antecedente de vacunación conocida contra sarampión y rubéola, con antecedente de viaje a Tailandia y residencia en la misma ciudad. Este paciente y la niña de 8 meses, consultaron un mismo día a un mismo efector de salud de la CABA. Ambos se encuentran en buen estado de salud y no presentaron complicaciones. A la fecha no se han identificado otros casos de sarampión por virus salvaje en los contactos de ambos. La investigación y seguimiento de contactos continúa a la fecha.

El 9 de abril se notificó, también en la CABA, otro caso de sarampión en una paciente de 26 años con antecedente de viaje a Singapur, Camboya, Tailandia y escala en Tokyo. La paciente regresó al país el 6 de marzo y presentó fiebre (el 15 de marzo) y exantema (el 20 de marzo). El caso se confirmó por serología IgM positiva y seroconversión de IgG pareadas. Dado que fue notificado tardíamente no pudo determinarse el genotipo viral. La investigación de contactos continúa a la fecha.

Hasta el momento no se registraron casos confirmados de sarampión en ninguna otra jurisdicción del país.

Situación epidemiológica del sarampión

En Argentina, el último caso autóctono de sarampión se registró en el año 2000. Desde la eliminación de la enfermedad se registraron un total de 32 casos importados y relacionados a la importación. El mayor de los brotes sucedió luego de la Copa del Mundo de Fútbol 2010 realizada en Sudáfrica, con 17 casos confirmados. El último brote importado en Argentina ocurrió en la semana epidemiológica (SE) 15 del año 2017 en la provincia de Tucumán, posterior al ingreso de un viajero sintomático que adquirió la enfermedad en Australia y la transmitió a dos contactos.

En América los últimos casos endémicos ocurrieron en el año 2002 en Venezuela. En septiembre de 2016 se declaró a la Región de las Américas libre de virus de sarampión endémico, siendo así la primera del mundo en eliminar esta enfermedad.

Desde que se logró la eliminación del sarampión en las Américas, se han reportado casos importados y relacionados con la importación. Durante el año 2017 se notificaron 895 casos de sarampión en cuatro países de la Región de las Américas, mientras que hasta la SE 14 del corriente año, 11 países han confirmado un total de 404 casos.

En Venezuela se encuentra en desarrollo un brote desde la semana epidemiológica (SE) 26 de 2017, confirmándose 1006 casos hasta la SE 14 de 2018. En Brasil y Colombia se confirmaron casos en personas procedentes de Venezuela. También se registraron casos importados en Estados Unidos, Perú, Antigua y Barbuda, Guatemala, Canadá y México.

En el mundo, entre los años 2000 y 2016, la incidencia mundial de sarampión cayó 84%, llegando a un mínimo histórico en el año 2016 de 186.684 casos y 89.663 muertes. En la Región Europea, en 2017 se cuadruplicaron los casos de sarampión con respecto al número de notificados en 2016. En efecto, la enfermedad afectó a 21.315 personas y causó 35 muertes en 2017, después de un mínimo histórico de 5.273 casos en 2016. El 72% de los casos se concentra en tres países: Italia, Rumania y Ucrania. Países de otros continentes (China, Etiopía, India, Indonesia, la República Democrática Popular Lao, Mongolia, Filipinas, Nigeria, Sri Lanka, Sudán, Tailandia, y Vietnam, entre otros) también notificaron brotes de sarampión entre 2016 y 2017.²



Buenos Aires, Tandil: Dos casos de síndrome urémico hemolítico en 20 días

3 de mayo de 2018 – Fuente: El Eco de Tandil (Argentina)

Un niño de dos años al que se le detectó síndrome urémico hemolítico debió ser derivado al servicio de terapia intensiva del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil 'Don Victorio Tetamanti' de Mar del Plata y es el segundo caso de esta ciudad que debió ser derivado a la localidad balnearia en 20 días.

El pequeño ingresó al centro asistencial de Mar del Plata con hemólisis grave, previa transfusión, y en estado reservado, pero tras realizarle diálisis y asistirlo en el área de terapia, evolucionó favorablemente. Continuará con diálisis un par de días más y si continúa mejorando, se espera que en los próximos días regrese a Tandil a finalizar la recuperación.

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

Alberto Manolio, médico del área de terapia intensiva del hospital de Mar del Plata, explicó que en los últimos 20 días tuvieron dos casos de niños de Tandil que fueron derivados a esa ciudad con síndrome urémico hemolítico.

El primer caso ya fue dado de alta y el segundo fue trasladado a Mar del Plata el 25 de abril; como los análisis dieron bien y en principio no parecía tratarse del síndrome, regresó a Tandil. Pero unos días después aparecieron nuevos síntomas y los análisis dieron positivo, por lo cual el 2 de mayo fue derivado nuevamente al nosocomio de la localidad balnearia.

En ambos casos los afectados fueron niños de dos años y la decisión de los profesionales de la terapia intensiva del Hospital de Niños 'Dr. Debilio Blanco Villegas' de derivarlos a Mar del Plata se debió a que necesitaban diálisis, lo cual no puede realizarse en Tandil porque es un tratamiento complejo para el cual se requieren elementos especiales con los que no se cuenta en la ciudad.

Manolio aseguró que "el diagnóstico se hizo correctamente en Tandil como siempre, y cuando necesitaron diálisis se derivaron. Siempre estamos en contacto si ellos lo pueden mantener porque hay casos que no necesitan diálisis, entonces se quedan en Tandil".

Respecto al último caso, contó que tiene la particularidad de que al padre del niño tuvieron que hacerle diálisis por síndrome urémico hemolítico también en Mar del Plata hace 22 años.

A su vez, se presume que como el pequeño vive en una zona rural donde tiene contacto con animales, podría haber contraído el virus de ese modo, ya que generalmente se asocia con el ganado bovino.

Manolio aseguró que se trata de una enfermedad estacional que aparece en mayor medida de enero a mayo y que fue coincidencia que haya habido dos casos de Tandil.

América

GACETA SANITARIA

Latinoamérica y el Caribe: Desarrollo de la investigación para la salud. Colaboración, publicación y aplicación del conocimiento

2 de mayo de 2018 – Fuente: *Gaceta Sanitaria*

Si elimináramos todo lo que hemos aprendido con la investigación para la salud, muy probablemente perderíamos una buena parte de las ganancias en salud que hacen que la esperanza de vida en Latinoamérica y el Caribe se acerque a los 78,5 años, y esta estaría más próxima posiblemente a los 29 años que se tenían a inicios del siglo XX. El Canal de Panamá, con su monumental impacto en el comercio mundial, desaparecería, los colegios se llenarían de puestos libres que dejarían los niños con poliomielitis, enfermedades en las que ya no pensamos harían de las tragedias familiares un evento común, y los procedimientos anestésicos y quirúrgicos tendrían mortalidades y secuelas catastróficas.

Si bien hasta hace unos años el foco estaba en la investigación realizada dentro del sector salud, y de ahí el nombre de investigación en salud, en el Foro Ministerial Mundial en Investigación para la Salud de 2008 en Bamako se cambió de enfoque y desde entonces se adoptó el término más amplio, de "investigación para la salud", destacando que muchas soluciones y aportes para la salud provienen de investigación en los determinantes sociales y de áreas del conocimiento que pueden ir más allá del sector salud.

Este abordaje fue tenido en cuenta por la Asamblea Mundial de la Salud cuando en 2010 promulgó la *Estrategia de Investigación para la Salud*. En las regiones de la Organización Mundial para la Salud (OMS) también se adoptó este abordaje y quedó reflejado en la *Política de Investigación para la Salud* que adoptó en 2009 la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la agencia internacional con la mayor trayectoria en salud pública (desde 1902) que oficia también como oficina regional de la OMS para las Américas. La Política aplica a los dos componentes de la OPS/OMS: los Estados Miembros y la Oficina Sanitaria Panamericana.

Los Estados Miembros de las Naciones Unidas acordaron la Agenda 2030, también conocida como los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Si bien se incluye un objetivo específicamente orientado a "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades", dada la naturaleza de los determinantes sociales de la salud y su impacto en la equidad, prácticamente todos los objetivos se interrelacionan. Entre las herramientas que serán necesarias para alcanzar estos objetivos estará la investigación para la salud. Es necesaria para determinar los efectos de las intervenciones, identificar los problemas, balancear los costos, efectos y daños asociados con las acciones o inacciones en salud, y para tomar decisiones sensatas y bien informadas.

Específicamente en Latinoamérica y el Caribe, la investigación nacional para la salud ha estado ganando impulso, principalmente en la última década. Por ejemplo, se ha incrementado el número de países que han definido agendas nacionales y políticas de investigación para la salud, y varios países han actualizado dichos documentos de política. A la fecha, los siguientes países de Latinoamérica y el Caribe cuentan con políticas vigentes: Antigua y Barbuda (2016), Bahamas (2010), Belice (2014), Bermudas (2014), Brasil (2015), Islas Caimán (2012), Chile (2011), Repú-

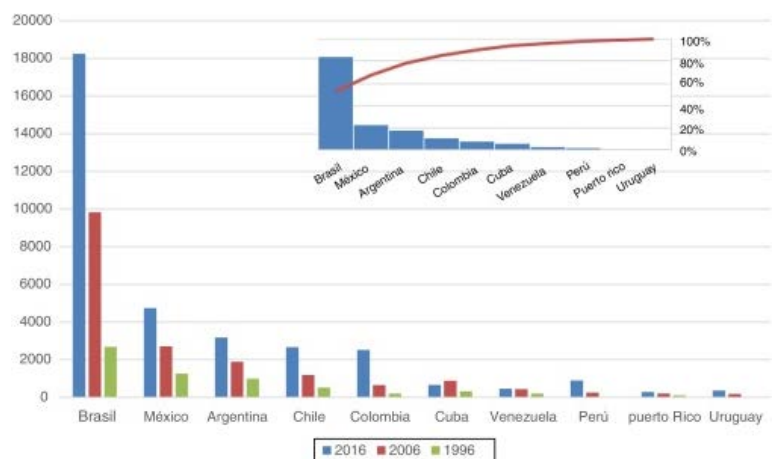


Gráfico 2. Producción de investigación para la salud en Latinoamérica y el Caribe, 1996-2016 (número de artículos). Se incluyen solo los 10 primeros países. Fuente: *Scimago journal and country rank*.

blica Dominicana (2014), El Salvador (2017), Jamaica (2015), México (2013), Panamá (2016), Paraguay (2016, Política de Estado), San Kitts y Nevis (2011), Suriname (2011), y Estados Unidos (2013); los 18 países de la Comunidad del Caribe (CARICOM) tienen una política compartida. En cuanto a agendas nacionales de investigación para la salud, tienen una agenda actualizada Chile (2009), Guatemala (2014), Guyana (2013), Honduras (2015), México (2017), Panamá (2016), Perú (2016) y Uruguay (2017). Los 18 países de la CARICOM comparten una *Agenda Caribeña de Investigación para la Salud* (2011) que está en mora de ser revisada. Los países miembros del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) cuentan con un *Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2016-2020*, y han reactivado la Comisión de Investigación en Salud en 2017.

Al revisar estas agendas se encuentra que algunas tienen enfoques amplios y participativos que dan una mirada integral a los temas de salud, y otras tienen un enfoque biomédico centrado en la investigación clínica y básica que adelantan grupos de profesionales en instituciones de atención médica o en los centros de investigación básica, con lo que promueven el descubrimiento y el conocimiento de los efectos de los nuevos desarrollos sin que extiendan el conocimiento a atender las necesidades de implementación y escalamiento para que estas intervenciones lleguen a las poblaciones que las necesitan, para que sean costo-efectivas, para que incorporen innovaciones y abordajes que atiendan los determinantes sociales y ambientales de la salud, y para que atiendan los desenlaces que son importantes para los beneficiarios finales. Es importante que la perspectiva de la comunidad de beneficiarios finales de la investigación participe, y se apropie de estos procesos.

Desde la década de 1980 se ha dado un énfasis creciente a la integración de la ciencia y la salud, especialmente con el desarrollo de la medicina basada en la evidencia, que propuso integrar el mejor conocimiento disponible, una vez que Internet y otros desarrollos en computación y comunicación científica facilitaron acceder a la evidencia científica de una forma más completa y sintetizada, con los valores de las personas y las circunstancias particulares. Paradójicamente, el movimiento fue en buena parte inspirado por un salubrista, Archibald Leman Cochrane. La paradoja radica en que el ímpetu al movimiento lo dio la investigación clínica, en la que resultaba mejor preparado el terreno y más impactante la realización de que las personas se estaban sometiendo a intervenciones dañinas, inefectivas, o con un mal balance de beneficios frente a daños, o peor aún, que eran privadas de intervenciones benévolas. La complejidad de la investigación en sistemas de salud y su valoración social contribuyó a que el desarrollo en salud pública fuera más lento, si bien el impacto poblacional, económico y en el desarrollo de los países puede ser tremendo. Así pues, sigue siendo aceptable en muchos ámbitos determinar el funcionamiento de los sistemas de salud sin que se aplique, desarrolle o considere el conocimiento que conlleve a una decisión racional sustentada en el mejor conocimiento disponible.

De esto hay una creciente conciencia, y en el ámbito internacional una serie de políticas en investigación para la salud llaman a que se desarrolle y aproveche la investigación en salud pública y servicios y sistemas de salud, de forma que el escalamiento de las intervenciones, su adopción en el sistema y el desarrollo de políticas cuenten con el mejor conocimiento disponible, y a que se desarrolle la investigación que permita ir llenando los vacíos de conocimiento y adaptándose al ambiente cambiante, para que haya la mayor eficiencia en los sistemas de salud.

Ahora, si bien la investigación y la promoción del uso de la evidencia científica parten del propósito de minimizar los errores, también es necesario en un sistema saludable contar con oportunidades para probar –a costo de equivocarse– nuevas opciones que puedan ser innovadoras. La innovación requiere de ese espacio para el error, y de la interacción y los aportes de diferentes miradas y disciplinas. En este sentido, también vienen promoviéndose iniciativas que permitan aprovechar la innovación, incluyendo la que se da en ámbitos de ingresos bajos o medios, para encontrar soluciones replicables o adaptables a los sistemas de salud, de forma que tengan mayor impacto. Por ejemplo, el Programa Especial para Investigación y Capacitación en Enfermedades Tropicales, a través de la iniciativa de Innovación Social en Salud, está trabajando con socios estratégicos para resaltar innovaciones de impacto en los sistemas de salud más necesitados.

Una reciente revisión sobre el desarrollo de la capacidad de investigación en salud en países de rentas bajas y medias argumenta que para que la generación y aplicación del conocimiento científico sea efectivo y sostenible se necesitan nuevos enfoques para abordar los tres niveles del sistema nacional de investigación: macro, institucional e individual. El desarrollo de la capacidad en el ámbito macro debe incluir la coordinación y la colaboración transnacional, el establecimiento de prioridades, la planificación y la coordinación de investigación, gobernanza y regulación.

Es necesario promover el mejor aprovechamiento del conocimiento científico, así como la difusión de las innovaciones potencialmente beneficiosas para los países de Iberoamérica y el Caribe. Esto incluye promover los buenos estándares en los informes de investigación y el mayor aprovechamiento de la misma. Además, es necesario mejorar el nivel de los países con menor capacidad de usar y producir conocimiento científico a través de formación, buscando que en todos pueda lograrse una aplicación efectiva del conocimiento científico, que se fomenten las alianzas, colaboraciones y redes, y que se apoyen los equipos que desarrollan investigación para la salud y que facilitan su adopción y apropiación.

La asociación y la colaboración entre regiones llevarán asociado un enriquecimiento mutuo del conocimiento científico en contextos con características comunes. El crecimiento de la producción científica en salud de Latinoamérica en los últimos años ha sido exponencial, si bien con grandes variaciones entre países y con Brasil representando casi 50% de la producción (ver Gráfico 2). La alineación de la publicación científica con las políticas nacionales y el apoyo transnacional garantizarán que este esfuerzo que se realiza en la investigación para la salud se traduzca en ganancias de salud y bienestar para todas las poblaciones.³

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



Brasil: Actualización sobre la situación epidemiológica de la fiebre amarilla

2 de mayo de 2018 – Fuente: Ministério da Saúde (Brasil)

El Ministerio de Salud de Brasil actualizó el 19 de abril la información sobre la situación de la fiebre amarilla en el país. En el período de monitoreo (del 1 de julio de 2017 al 2 de mayo de 2018), se confirmaron 1.257 casos de fiebre amarilla en el país, 394 de los cuales fueron fatales. En total, se notificaron 6.565 casos sospechosos, de los que 3.809 fueron descartados y 1.499 permanecen en investigación.

Entre julio de 2016 y el 17 de abril de 2017, se habían confirmado 761 casos y 245 muertes. Desde el año pasado, los informes sobre fiebre amarilla siguen la estacionalidad de la enfermedad, que ocurre, mayormente, en el verano. Por lo tanto, el período analizado desde entonces es del 1 de julio al 30 de junio del año siguiente.

Aunque los casos del actual período de monitoreo han sido superiores a los de la temporada anterior, el virus de la fiebre amarilla hoy circula en regiones metropolitanas del país con mayor densidad poblacional, alcanzando a 35,9 millones de personas que viven, incluso, en áreas que nunca tuvieron recomendación de vacuna. En la temporada pasada, por ejemplo, el brote alcanzaba a una población de 11,7 millones de personas.

Esto explica que la incidencia de la enfermedad en este período sea menor que en la temporada previa. La incidencia de la enfermedad en el período 2017/2018, hasta el 17 de abril, es de 3,3 casos cada 100.000 habitantes. En igual período de la temporada 2016/2017, la incidencia fue de 6,4 cada 100.000 habitantes.

Ampliación

Todo el territorio brasileño será área de recomendación para vacunación contra la fiebre amarilla. La medida se hará efectiva de manera gradual y concluirá en abril de 2019. Esta ampliación es preventiva y tiene como objetivo anticipar la protección contra la enfermedad para toda la población, en caso de un aumento del área de circulación del virus.⁴

Unidad Federativa/Región	Casos				Muertes	Tasa de letalidad (%)
	Notificados	Descartados	En Investigación	Confirmados		
Acre	2	1	1	—	—	—
Amapá	6	4	2	—	—	—
Amazonas	8	5	3	—	—	—
Pará	46	33	13	—	—	—
Rondônia	9	8	1	—	—	—
Roraima	3	3	—	—	—	—
Tocantins	23	16	7	—	—	—
Norte	97	70	27	—	—	—
Alagoas	8	8	—	—	—	—
Bahia	70	45	25	—	—	—
Ceará	4	3	1	—	—	—
Maranhão	9	6	3	—	—	—
Piauí	5	—	5	—	—	—
Pernambuco	8	5	3	—	—	—
Rio Grande do Norte	11	6	5	—	—	—
Sergipe	5	2	3	—	—	—
Nordeste	123	78	45	—	—	—
Distrito Federal	81	48	32	1	1	100,00
Goiás	75	39	36	—	—	—
Mato Grosso	14	10	4	—	—	—
Mato Grosso do Sul	13	10	3	—	—	—
Centro-Oeste	183	107	75	1	1	100,00
Espírito Santo	129	101	22	6	1	16,67
Minas Gerais	1.570	759	300	511	165	32,29
Rio de Janeiro	1.333	606	513	214	70	32,71
São Paulo	2.897	1.902	470	525	157	29,90
Sudeste	5.929	3.368	1.305	1.256	393	31,29
Paraná	126	119	7	—	—	—
Rio Grande do Sul	56	41	15	—	—	—
Santa Catarina	51	26	25	—	—	—
Sur	233	186	47	—	—	—
Total	6.565	3.809	1.499	1.257	394	31,34

Tabla 2. Casos humanos notificados, según región, unidad federativa y clasificación. Brasil. Del 1 de julio de 2017 al 2 de mayo de 2018. Fuente: Ministerio de Salud de Brasil.



Canadá, Ontario: La tos convulsa estaría más extendida de lo que se pensaba

2 de mayo de 2018 – Fuente: Public Library of Science – One

Una reciente investigación sugiere que los casos de tos convulsa en Ontario son mucho más frecuentes de lo que se sabía anteriormente, lo que refuerza la importancia de tener las vacunas al día para protegerse de esta enfermedad y evitar su propagación.

La tos convulsa es una infección del tracto respiratorio altamente contagiosa. En muchas personas, se caracteriza por una severa tos seca seguida de una fuerte inhalación que suena como un grito. Muchas personas, sin embargo, no desarrollan este 'grito'; a veces, una tos persistente es la única señal de esta enfermedad. En el caso de los bebés, es posible que no tosan en absoluto; en su lugar, pueden tener dificultades para respirar, o incluso pueden dejar de respirar temporalmente. Los bebés corren el mayor riesgo de sufrir complicaciones graves por la tos convulsa. Las muertes asociadas con esta enfermedad son raras. Sin embargo, cuando ocurren, se observan con más frecuencia entre los bebés, especialmente los que son demasiado pequeños como para estar vacunados contra la enfermedad.

Si bien la tos convulsa es de notificación obligatoria en Ontario, el nuevo estudio sugiere que la incidencia de la enfermedad está significativamente subestimada. Se compararon y se cruzó la información de tres diferentes bases de datos en Ontario –datos de salud pública de vigilancia de enfermedades de notificación obligatoria, datos de laboratorio de salud pública, y datos del Plan de Seguro de Salud de Ontario (OHIP) alojados en el Instituto de Ciencias Clínicas Evaluativas (ICES)–, y se encontró que el número total estimado de casos entre bebés era casi el doble: 545 casos registrados versus un estimado de 924 casos. Los datos analizados corresponden al período 2009-2015.

Para las personas de un año o más, el total estimado de casos de tos convulsa fue casi ocho veces mayor al número reportado (12.883 casos estimados versus 1.665 casos informados a Salud Pública).

Una de las principales causas del subregistro es la variabilidad de los médicos en reconocer y reportar la enfermedad a Salud Pública.

⁴ Puede consultar el informe completo, en portugués, haciendo clic [aquí](#).

Estas cifras muestran claramente que la tos convulsa es mucho más prevalente en la comunidad de lo que se creía, lo que aumenta los riesgos de que las personas contraigan y propaguen la enfermedad. La tos convulsa es una enfermedad inmunoprevenible, y los hallazgos de esta investigación refuerzan la necesidad de que las personas se aseguren de tener sus vacunas al día para limitar la posible infección y diseminación. Esto es particularmente importante para las personas que cuidan o están en contacto con bebés pequeños.

Asegurarse de que las inmunizaciones estén al día es una forma de controlar futuros brotes. Además, mejores datos de vigilancia para conocer la real incidencia de la tos convulsa en la provincia pueden permitir decisiones basadas en la evidencia cuando se trata del momento y la frecuencia de las inmunizaciones.⁵



Estados Unidos: Primera muerte relacionada con el brote de infecciones por *Escherichia coli* en lechuga romana

2 de mayo de 2018 – Fuente: Centers for Disease Control and Prevention (Estados Unidos)

Funcionarios de salud de Estados Unidos reportaron el 2 de mayo la primera muerte relacionada con un brote de infecciones por *Escherichia coli* a nivel nacional vinculado a la lechuga romana, también conocida como 'escarola'.

El deceso se registró en California, pero de momento los funcionarios estatales y federales de salud no proporcionaron más detalles.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos actualizaron sus cifras el 2 de mayo, mostrando que 121 personas se habían enfermado en 25 estados. Al menos 52 han sido hospitalizadas, incluidas 14 por insuficiencia renal.

Los CDC también agregaron a los estados de Kentucky, Massachusetts y Utah a la lista de entidades que han reportado casos. Los estados que han registrado casos son: California (24), Pennsylvania (20), Idaho (11), Alaska (8), Arizona (8), Montana (8), New Jersey (7), Washington (6), Georgia (4), Michigan (4), Ohio (3), Colorado (2), Connecticut (2), Massachusetts (2), New York (2), Illinois (1), Kentucky (1), Louisiana (1), Mississippi (1), Missouri (1), South Dakota (1), Tennessee (1), Utah (1), Virginia (1) y Wisconsin (1).

Las autoridades de salud han vinculado el brote de la bacteria *E. coli* con la lechuga romana cultivada en Yuma, Arizona, ciudad que proporciona la mayor cantidad de lechuga en Estados Unidos durante el invierno.

"La temporada de cultivo en Yuma finalizó hace un mes aproximadamente", indicó Russell Engel, de la Universidad de Arizona y quien es director del Servicio de Extensión Cooperativo en el condado de Yuma.

Sin embargo, incluso si nadie come lechuga contaminada ya, los casos de personas intoxicadas podrían aumentar debido a que hay un retraso en la presentación de reportes. El primer caso ocurrió en marzo y el más reciente el 21 de abril, explicaron los CDC.⁶



Estados Unidos, California: Brote de norovirus por consumo de ostras

3 de mayo de 2018 – Fuente: Cable News Network (Estados Unidos)

Funcionarios de salud del estado de California están advirtiendo a los residentes no comer ostras provenientes de British Columbia, Canadá, luego de detectar un brote de norovirus.

Unas 100 personas enfermaron en California después de haber consumido las ostras crudas, dijeron funcionarios de salud.

"A partir del 27 de abril, aproximadamente 100 personas han reportado enfermedades tras haber consumido ostiones de British Columbia vendidos en restaurantes y tiendas en todo el estado", dijo el Departamento de Salud Pública de California.

"Las pruebas de laboratorio confirmaron la infección por norovirus en varios pacientes de California y Canadá. Aunque el número de nuevas enfermedades reportadas ha disminuido durante la última semana, la investigación está en curso", precisó la entidad californiana.

Canadá reportó 172 casos de enfermedades gastrointestinales relacionadas con el consumo de ostras crudas.

"Evite comer mariscos crudos y poco cocidos, incluidas las ostras, para reducir el riesgo de enfermedad", sugirió la Dra. Karen Smith, funcionaria de salud pública en California.

"Si se va a comer marisco, se lo debe cocinar hasta que alcance una temperatura interna de al menos 62°C. El vapor rápido no es suficiente para matar al norovirus", precisó la profesional.



⁵ Los datos de vigilancia provincial de Salud Pública de Ontario sobre tos convulsa indican que en 2017 se reportaron 584 casos, de los que 33 requirieron hospitalización; en tanto se reportaron 463 casos en 2016, con 30 hospitalizaciones; y 700 casos en 2015, con 36 hospitalizaciones. Casi 80% de las hospitalizaciones corresponden a niños menores de cinco años.

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

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

El norovirus se transmite por la ingestión de viriones infecciosos, que crecen en el intestino delgado antes de ser expulsados por las heces.

La infección generalmente ocurre cuando alguien come alimentos o bebe líquidos que han sido contaminados, toca superficies u objetos que están contaminados y luego se lleva las manos a la boca o tiene contacto con alguien que ha sido infectado, como al momento de compartir comida.

El norovirus causa inflamación del estómago, intestinos o ambos. Usualmente una persona desarrolla síntomas de 12 a 48 horas después de estar expuesto a la fuente de contagio. Los síntomas comunes incluyen vómitos, diarrea, náuseas y calambres estomacales.



Perú, La Libertad: Investigan casos de síndrome de Guillain-Barré en Trujillo

6 de mayo de 2018 – Fuente: Ministerio de Salud (Perú)

Ante la aparición de ocho casos de un síndrome neurológico agudo compatible con el síndrome de Guillain-Barré, el Ministerio de Salud de Perú envió un equipo de especialistas a la ciudad de Trujillo para realizar una investigación epidemiológica.

Este equipo está conformado por expertos del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC-Perú), del Instituto Nacional de Salud (INS) y del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (INCN) del Ministerio de Salud. Los acompaña también una epidemióloga de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Se trata de ocho casos de una enfermedad que produce parálisis de brazos y piernas de manera repentina, y que fueron hospitalizados entre el 21 de abril y el 01 de mayo en el Hospital 'Belén' de la ciudad de Trujillo; tres de ellos se encuentran en la unidad de cuidados intensivos con asistencia respiratoria.

El director del CDC-Perú, Dr. Luis Antonio Nicolás Suárez Ognio, informó que el equipo del Ministerio de Salud se encuentra en plena investigación; para ello, se han tomado muestras de sangre, heces, líquido cefalorraquídeo y secreciones respiratorias de los afectados para buscar diversos tipos de virus o bacterias que podrían estar relacionados con este síndrome.

Según el especialista, se requieren diversos tipos de exámenes. Los análisis buscarán bacterias, virus respiratorios, enterovirus y arbovirus, como Dengue y Zika. Asimismo, manifestó que se ha emitido una alerta epidemiológica en el departamento de la Libertad con el objetivo de que cualquier nuevo caso que se detecte en un establecimiento de salud sea derivado de inmediato a un hospital para su atención adecuada.

El síndrome de Guillain-Barré es una afección caracterizada por una debilidad muscular progresiva de abajo hacia arriba del cuerpo. "Al inicio el paciente siente poca fuerza en las piernas, luego en los brazos y puede llegar el momento que ya no puede caminar ni sostener algo con las manos; en algunos casos la parálisis muscular puede afectar los músculos respiratorios y el paciente necesitará asistencia respiratoria en una unidad de cuidados intensivos" indicó.

Por tal razón, advirtió a la población que, si una persona presenta debilidad muscular repentina, debe ser llevada inmediatamente al hospital más cercano para recibir tratamiento oportuno.



El mundo



Bangladesh: Campaña de vacunación contra el cólera para proteger a los rohingyas

6 de mayo de 2018 – Fuente: Prensa Latina (Cuba)

Una campaña masiva de vacunación contra el cólera comenzó hoy en Bangladesh para proteger a casi un millón de rohingyas y las comunidades locales cercanas a sus campamentos, ante cualquier brote potencial durante el monzón de este año.

Se trata de la segunda inmunización contra el cólera que se lleva a cabo para los refugiados rohingyas y las poblaciones de acogida.

Anteriormente, 900.000 dosis de vacunas orales contra esta enfermedad fueron administradas durante dos fases en octubre-noviembre del año pasado, según un comunicado del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

La iniciativa es parte de los esfuerzos del gobierno bangladesí y el sector de la salud para proteger alrededor de un millón de personas, incluidos al menos 135.000 bengalíes, dijo el Dr. Abul Kalam Azad, director general de la Dirección General de Servicios de Salud.



“Teniendo en cuenta las condiciones de agua y saneamiento en los campamentos superpoblados y el mayor riesgo de brotes de enfermedades durante el monzón, se toman todas las medidas posibles para prevenir el cólera y otras afecciones transmitidas por vectores y el agua”, señaló el representante de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Bangladesh, Dr. Bardan Jung Rana.

“Se logró evitar el brote de cólera desde la primera campaña en octubre pasado, pero las inundaciones, las fuertes tormentas y los derrumbes durante el monzón podrían dañar las instalaciones de agua y saneamiento de los campamentos, aumentando el riesgo de un brote de esa peligrosa enfermedad”, dijo el representante del UNICEF en Bangladesh, Edouard Beigbeder.



Burundi: Disminuyeron los casos de malaria en los primeros meses de 2018

6 de mayo de 2018 – Fuente: Outbreak News Today

Después de haber informado un gran brote de malaria en 2017, con 6,4 millones de personas afectadas y miles de muertes, los funcionarios de salud informaron una fuerte disminución en los casos de enfermedad y muertes desde el comienzo del año.

Según los datos del Ministerio de Salud, el número acumulado de casos de malaria notificados durante las primeras quince semanas de 2018 es de 1.542.769 casos, con 744 muertes, 44% menos que el número de casos informados para el mismo período en 2017 (2.743.764 casos y 1.240 muertes).

La malaria ha sido un flagelo en Burundi en los últimos años: desde 2015, más de 19,7 millones de casos de la enfermedad se han registrado en el país. Con una población de 11,5 millones, esa cifra equivale a que casi todos los burundeses contrajeron malaria dos veces en los últimos dos años.

Las personas que viven en las zonas más afectadas, en el este y el norte de Burundi, se contagian de malaria varias veces al año.

El agua estancada de la temporada de lluvias de septiembre a noviembre deja un amplio terreno para los mosquitos portadores de la malaria. Históricamente, estos insectos se vuelven más activos en diciembre y enero, cuando, en el pasado, se reportó el mayor número de casos de malaria.

Los niños son los más vulnerables a una infección por malaria y constituyen la mayoría de los casos de Burundi. En una clínica de Karuzi, 90% de todos los casos de malaria notificados en un mes eran niños.

El aumento en los casos de malaria en Burundi se debe a numerosos factores: el cambio climático, la densidad de población, las prácticas agrícolas cambiantes, la inseguridad alimentaria y la falta de conocimientos y medidas para prevenir la enfermedad contribuyen a su propagación.



China, Ningxia: Advierten sobre un brote de carbunco

6 de mayo de 2018 – Fuente: Коммерсантъ (Rusia)

Rusia emitió recientemente una alerta de viaje para los ciudadanos que planean visitar China por un brote de carbunco cutáneo en el centro de China.

El 2 de mayo, el Servicio Federal para la Supervisión y la Protección de los Consumidores (Rospotrebnadzor) de Rusia advirtió a los viajeros que tengan cuidado si están visitando áreas de China central.

El 17 de abril se conoció que tres agricultores chinos del distrito de Haiyuan, en la Región Autónoma Hui de Ningxia, en el centro de China, fueron infectados con carbunco y hospitalizados entre el 11 y el 13 de abril. Una víctima del municipio de Qiying murió en el hospital.

El informe señala que el granjero de Qiying fue infectado y enviado al hospital después de matar una vaca enferma. Las otras dos víctimas, granjeros de Sanhe Town, fueron infectados después de matar a una cabra enferma. Se sospecha que los agricultores contrajeron carbunco de los animales infectados. Además, se identificaron 25 personas que tuvieron contacto con los enfermos. La zona fue declarada una cuarentena y fueron cerrados los mercados para la venta de ganado.

El 17 de abril, las autoridades comunistas chinas anunciaron que el brote estaba bajo control.

Sin embargo, el 18 de abril, ciudadanos de la ciudad de Yinchuan publicaron en WeChat, una popular plataforma china de redes sociales, que el brote de carbunco se había extendido a su ciudad, que es la capital de la Región Autónoma Hui de Ningxia, a más de 220 kilómetros del distrito de Haiyuan.



España, Comunidad Valenciana: Reportan 82 casos de sarampión en las provincias de Valencia y Castellón

5 de mayo de 2018 – Fuente: El Mundo (España)

El sarampión parecía una enfermedad olvidada en España, pero el brote conocido recientemente en la Comunidad Valenciana ha puesto en alerta a Salud Pública, que ha visto cómo la enfermedad que parecía erradicada ha provocado más de 80 contagios en las provincias de Valencia y Castellón. El origen de dicho brote de sarampión fue importado: correspondió a una persona sin vacunar que desarrolló la enfermedad en la localidad valenciana de Manises y contagió a numerosas personas, extendiendo así su virulencia hasta l'Alcora y alcanzar los 82 afectados, 12 de los cuales en la provincia de Castellón.

Para luchar contra esta enfermedad, que las generaciones de jóvenes españoles no conocen, los especialistas recomiendan que los extranjeros que lleguen a España acudan a vacunar a sus hijos. Y es que, por ejemplo, los niños

procedentes de los países del Este de Europa están vacunados contra la rubéola pero no contra el sarampión, por lo que cuando llegan a España pueden suponer un riesgo para el resto de la población sino acuden al centro de salud y se interesan por completar su vacunación. Muchas veces, los médicos no tienen contacto con esta población hasta que van a hacerse la revisión para acceder a los centros educativos.

30 de abril de 2018 – Fuente: University of Southampton (Gran Bretaña)

La mortalidad por neumonía está fuertemente relacionada con factores relacionados con la pobreza, con aproximadamente 80% de las muertes concentradas en países del África Subsahariana y el sur de Asia.

Fuera de la vacunación, sigue siendo un desafío prevenir, diagnosticar y tratar la neumonía en países de bajos ingresos con las herramientas y los métodos disponibles actualmente. La neumonía es una enfermedad compleja causada por una multitud de patógenos que incluyen bacterias, virus y hongos. Las vacunas pueden prevenir las principales causas de neumonía, particularmente las vacunas antineumocócicas y contra *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib). A fines de 2016, se había introducido la vacuna antineumocócica en 134 países con una cobertura global estimada de 42%. En comparación, la vacuna Hib tenía una cobertura global de 70% en 191 países. Los antibióticos pueden tratar con éxito la mayoría de los casos de neumonía bacteriana cuando se busca rápidamente atención médica; sin embargo, su uso sigue siendo bajo. Es necesario que los antibióticos estén disponibles y sean accesibles para tratar la neumonía de manera efectiva; sin embargo, el tratamiento inadecuado con antibióticos tiene consecuencias significativas y se sabe que su uso excesivo conduce al desarrollo de resistencia.

La investigación es crucial para generar nuevos conocimientos y herramientas que permitan mejorar las estrategias de prevención y tratamiento para la neumonía, así como ayudar a la comprensión de la epidemiología mundial, nacional y local y los impactos socioculturales sobre la carga de la neumonía.

Lo ideal sería utilizar datos dinámicos, en tiempo real, para promover la formulación de políticas basadas en la evidencia y para apoyar a los países prioritarios en la rápida implementación de recomendaciones para desarrollar “planes nacionales para enfrentar la neumonía”. A través del análisis de las tendencias de financiación de la investigación, pueden identificarse las lagunas en la investigación y la inversión en relación con la neumonía, y utilizarse para desarrollar prioridades para el trabajo futuro.



En general, se invirtieron 3.000 millones de dólares en investigación relacionada con la neumonía entre 2000 y 2015, en 2.034 proyectos individuales, y se observó un amplio aumento temporal. Antes de 2008, los Institutos Nacionales de Salud (NIH) de Estados Unidos eran el principal financiador de la investigación relacionada con la neumonía; sin embargo, desde 2008, tras la creación del grupo de neumonía en la Fundación Bill & Melinda Gates, esta se convirtió en el inversionista dominante.

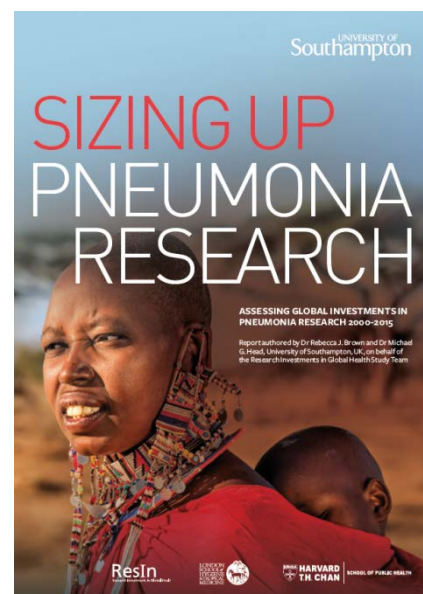
En comparación con otras enfermedades infecciosas clave, la neumonía parece tener una financiación insuficiente, ya que recibió solo 3,0% de los aproximadamente 100.000 millones de dólares invertidos en todas las investigaciones de enfermedades infecciosas entre 2000 y 2015 entre los países del G20. De hecho, la neumonía recibe menores niveles de inversión por muerte global que el VIH, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades entéricas. Se han invertido 164 millones

de dólares en fondos limitados para la investigación en el diagnóstico de neumonía en comparación con 839 millones y 857,5 millones para investigación en terapéutica y vacunas para neumonía, respectivamente.

A pesar de la alta carga de neumonía en los niños, la cartera de investigación en esta área representa solo 34,4% de la inversión en investigación relacionada con la neumonía. Sin embargo, la inversión en la investigación de la neumonía pediátrica aumentó entre 2000 y 2015 y para 2015 representó 76,4% de los fondos totales de investigación de neumonía.

La resistencia antimicrobiana es una preocupación creciente para todas las enfermedades infecciosas y la neumonía no es una excepción, con cuatro patógenos clave que causan neumonía incluidos en la *Lista de patógenos prioritarios de la OMS para la investigación y desarrollo de nuevos antibióticos*. A pesar de esto, es limitada la investigación que se ha enfocado en la resistencia antimicrobiana relacionada con la neumonía entre 2000 y 2015.

La inversión en investigación relacionada con la neumonía fue limitada en los países de bajos ingresos a pesar de tener aproximadamente 80% de la carga de neumonía. Las inversiones con un enfoque en África Subsahariana representaron la mayor parte de ésta, pero muchas naciones de esta región no fueron el foco de ninguna investigación relacionada con la neumonía financiada por los países del G20. Existen claras dificultades sociales y políticas para invertir en ciertos países; sin embargo, también hay grandes poblaciones vulnerables a la gran carga de neumonía. Las iniciativas de fortalecimiento educativo y de capacidad pueden ayudar a abordar estas desigualdades.



Los análisis que se presentan en este informe forman parte del conjunto más completo de datos de inversiones globales en investigación relacionada con infecciones realizadas hasta la fecha. En general, la investigación sobre neumonía es menor de lo que justifica su carga de enfermedad, y podría decirse que la neumonía tiene un perfil relativamente bajo en comparación con otras enfermedades infecciosas como el VIH y la malaria. La promoción de la investigación en neumonía, incluida la investigación en salud comunitaria y ciencias sociales, junto con investigaciones específicas de cada país sobre estrategias de entrega, la superación de los obstáculos a las intervenciones y mejores formas de implementación ayudarán a prevenir y reducir la mortalidad infantil por neumonía.⁷

Curso

Vertebrados Terrestres Venenosos

Clase 1 22/6/18 Generalidades sobre animales venenosos

Clase 2 29/6/18 Reptiles venenosos. Generalidades. Biología. Venenos de serpientes.

Clase 3 6/7/18 Envenenamiento por serpientes venenosas.

Clase 4 13/7/18 Aves, anfibios y mamíferos venenosos.



Docente: Dr. Adolfo R. de Roodt

Primera Cátedra de Toxicología, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

Paraguay 2155, 8º piso (ascensores de la izquierda)

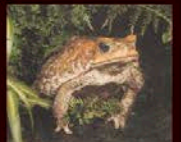
Los días viernes de 18 a 21 horas.

Evaluación Final Optativa.



Directores del Curso: Dr. Carlos F. Damin; Dra. María Rosa González Negri;

Dr. Adolfo R. de Roodt



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

[@MinisterioSaude](#)
[Facebook](#)
[Twitter](#)
[YouTube](#)

MALÁRIA
 NÃO DEIXE OS SINTOMAS CONFUNDIREM VOCÊ.
 FAÇA O TRATAMENTO ATÉ O FIM. SEM A DOENÇA, VOCÊ VIVE MUITO MELHOR.

Procure uma unidade de saúde mais próxima para realizar o exame. Caso seja mesmo a doença, faça o tratamento completo. Essa é a única forma de alcançar a cura e proteger todos à sua volta. Sem os cuidados necessários, a Malária pode se tornar grave.

ACESSE SAUDE.GOV.BR/MALARIA E SAIBA MAIS.

[@MinisterioSaude](#)
[Facebook](#)
[Twitter](#)
[YouTube](#)

MALÁRIA
 O DIAGNÓSTICO E O TRATAMENTO
 COMPLETO TRAZEM A CURA.

Profissionais de saúde, fiquem atentos aos sintomas como febre, dor de cabeça no no corpo, náuseas, calafrios e muito suor, pois podem indicar Malária. Procure saber se o paciente esteve em uma área de transmissão da doença, realize o diagnóstico oportuno e caso seja comprovada, oriente-o a fazer o tratamento até o fim. Essa é a única forma de alcançar a cura e proteger todos à sua volta.

ACESSE SAUDE.GOV.BR/MALARIA E SAIBA MAIS.

[@MinisterioSaude](#)
[Facebook](#)
[Twitter](#)
[YouTube](#)

MALÁRIA
 FAÇA O TRATAMENTO ATÉ O FIM.
 SEM A DOENÇA, VOCÊ VIVE MUITO MELHOR.

Procure uma unidade de saúde mais próxima para realizar o exame. Caso seja mesmo a doença, faça o tratamento completo. Essa é a única forma de alcançar a cura e proteger todos à sua volta. Sem os cuidados necessários, a Malária pode se tornar grave.

ACESSE SAUDE.GOV.BR/MALARIA E SAIBA MAIS.

Ministério da Saúde (2018. Brasil).

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

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

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