



# Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente

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

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

## # 2.086

13 de agosto 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.)

Javier Casellas (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 rabia animal (en murciélagos)

- El rol de los "superdiseminadores" en la propagación de la pediculosis

### América

- Brasil critica a Venezuela por la propagación del sarampión en la frontera

- El Salvador: Investigan un caso sospechoso de poliomielitis

- Estados Unidos, Florida: Primer caso humano de encefalomielitis equina del Este en el condado de Volusia en 15 años

- Estados Unidos, Tennessee: Confirman 74 casos de hepatitis A desde diciembre de 2017 en Nashville

- México, Oaxaca: Buscan prevenir casos de VIH en las poblaciones indígenas

- Perú: Los plaguicidas afectan a más de 2.000 personas cada año

### El mundo

- Angola: El cólera ya causó 26 muertes en lo que va del año

- España, Catalunya: Un brote de legionelosis afecta a cinco personas en L'Hospitalet de Llobregat

- Europa: Situación de la fiebre del Nilo Occidental en la Región

- Italia: Incertidumbre en los colegios sobre la obligatoriedad de vacunar a los niños

- Nigeria, Sokoto: Brote de infecciones por poliovirus tipo 2 derivado de la vacuna

- República Democrática del Congo: El nuevo brote de enfermedad por el virus del Ébola continúa su avance en zona en conflicto

### Adhieren:

**SLAMVI**

Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

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

**CIRCULO MÉDICO DE CÓRDOBA**

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

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

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



Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas

Universidad Nacional de Córdoba

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



S.A.D.I.

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

**Comité Nacional de Infectología**

Sociedad Argentina de Pediatría

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



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

**Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica**

[www.sadip.net/](http://www.sadip.net/)

**Asociación Parasitológica Argentina**

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

**Vigilancia de rabia animal (en murciélagos)**

4 de agosto de 2018 – Boletín Integrado de Vigilancia – Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de la Situación de Salud (Argentina)

Provincia/Región	2017		2018	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	6	6	14	14
Buenos Aires	27	6	78	78
Córdoba	23	—	89	—
Entre Ríos	4	—	6	—
Santa Fe	52	6	173	5
<b>Centro</b>	<b>112</b>	<b>18</b>	<b>360</b>	<b>97</b>
Corrientes	1	1	—	—
Chaco	27	—	8	—
<b>NEA</b>	<b>28</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>—</b>
Jujuy	1	—	5	—
Salta	—	—	1	1
Tucumán	13	—	9	—
<b>NOA</b>	<b>14</b>	<b>—</b>	<b>15</b>	<b>1</b>
Chubut	7	—	8	1
La Pampa	22	2	46	9
Río Negro	4	—	12	4
<b>Sur</b>	<b>33</b>	<b>2</b>	<b>66</b>	<b>14</b>
<b>Total Argentina</b>	<b>187</b>	<b>21</b>	<b>449</b>	<b>112</b>

**Tabla 1.** Casos notificados y confirmados, según provincia y región. Argentina. Años 2017/2018, hasta semana epidemiológica 26. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.<sup>1</sup>

**El rol de los "superdiseminadores" en la propagación de la pediculosis**28 de junio de 2018 – Fuente: *Journal of Medical Entomology*

Las infestaciones severas por piojos en un aula de escuela pueden originarse de una sola cabeza afectada en un breve período de tiempo, lo que confirma el rol clave que pueden jugar los llamados niños "superdiseminadores" (*superspreaders*) en su propagación.

Se analizaron las cabezas de alrededor de 250 escolares y se usó un modelo matemático de poblaciones de piojos y argumentos probabilísticos simples para inferir la evolución de las infestaciones observadas en cada niño.

Los "superdiseminadores" de piojos cumplen un rol vital en la permanencia y dispersión de estos parásitos dentro del grado del colegio, por lo que resulta fundamental detectar estos casos a fin de evitar una infestación en los compañeros.

Las evidencias experimentales y los análisis matemáticos revelaron que las infestaciones severas no necesariamente tienen que ser muy antiguas, y que es muy probable que se hayan producido por la transferencia de al menos tres piojos hembras en un período corto de tiempo, inferior a los cinco días.

Esto hace pensar que el origen probable de estas hembras es una sola cabeza, que a su vez también tiene que haber tenido una infestación severa.

Los resultados del trabajo permiten asegurar que sería efectivo implementar programas de control de pediculosis en los colegios, del tipo sistemático o programado. Esto implica que los padres puedan implementar un tratamiento coordinado en un mismo fin de semana por mes y hacer la revisión y control de la pediculosis con el peine fino y/o pediculicidas recomendados. Con estas medidas, los niveles de infestación se reducirían bastante y se mantendría un bajo número de piojos dentro de un grado.

Un trabajo previo demostró que la prevalencia de piojos puede disminuir de manera notable si el mismo tratamiento coordinado se efectúa durante tres fines de semana seguidos.<sup>2</sup>



<sup>1</sup> Los casos notificados incluyen casos sospechosos, probables, confirmados y descartados. Se listan solamente las provincias y regiones que han notificado casos.

<sup>2</sup> Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#) (requiere suscripción).



## Brasil critica a Venezuela por la propagación del sarampión en la frontera

10 de agosto de 2018 – Fuente: Reuters

El Ministerio de Salud de Brasil quiere que todos los venezolanos que ingresen a Brasil sean obligados a vacunarse contra el sarampión para frenar el brote de esa enfermedad introducido por los inmigrantes de ese país y que ya ha provocado este año 1.100 contagios y 5 muertes.

La obligatoriedad de la inmunización fue defendida el 9 de agosto por el ministro brasileño de Salud, Gilberto Magalhães Occhi, al tiempo que denunció la falta de colaboración de Venezuela para combatir la enfermedad.

“Elaboramos una nota técnica en la que defendemos la obligatoriedad debido al intenso flujo en la frontera y a la falta de un programa de vacunación robusto por parte del Gobierno de Venezuela”, afirmó el ministro.

Occhi explicó que esa posibilidad es discutida actualmente por los ministerios de Salud, Justicia y Relaciones Exteriores, “pero aún no hay nada definido”.

Según el Ministerio, los 1.100 casos de sarampión confirmados hasta hoy están relacionados con la inmigración desde Venezuela, ya que se comprobó que el virus que circula este año en Brasil (D8) es el mismo que el del país vecino.

De los casos confirmados, 788 se registraron en Amazonas y 281 en Roraima, estados fronterizos con Venezuela, y sólo 32 en el resto del país. De las cinco muertes, cuatro fueron en Roraima, de los que tres eran venezolanos.

Según el ministro, actualmente unas 2.000 personas atraviesan diariamente la frontera de Brasil con Venezuela por Roraima. De esas, unas 500 solicitan refugio o residencia en Brasil para huir de la crisis económica, política, social y humanitaria en su país.

“La vacunación hoy tan sólo es obligatoria para los que piden refugio o residencia. Los que piden visa de turista o permiso para atravesar temporalmente la frontera no son obligados. Estamos discutiendo eso porque queremos que Brasil exija la vacunación de todo venezolano que quiera entrar al país”, afirmó.

Pese a que la mayoría de los venezolanos que ingresa al país no es obligado a vacunarse, hasta julio pasado 45.000 personas procedentes del país vecino habían sido vacunadas en la frontera.

Occhi aseguró que Brasil hasta ahora no ha recibido ningún tipo de apoyo de Venezuela para frenar el brote de sarampión detectado en la frontera y que, por el contrario, el Gobierno brasileño le ofreció ayuda al vecino y la posibilidad de donarle vacunas.

“Sería importante que pudiéramos contar con algún tipo de acción de Venezuela para reforzar la vacunación en la región fronteriza, con alguna política de inmunización, pero no sabemos ni cuál es la política de Venezuela ni la dimensión del problema allá”, dijo.

“Venezuela no ha actualizado los datos sobre la situación de salud en su país. Sobre el sarampión tan sólo tenemos datos que eran preliminares en 2017. Lo hemos discutido con Colombia y la queja es la misma. Desconocemos el tamaño del problema en Venezuela que nos permita dimensionar el tamaño de la amenaza”, agregó.

El ministro aseguró que la frontera entre ambos países es de unos 2.000 kilómetros en una sabana y muy permeable, por lo que es difícil controlar el ingreso del sarampión con un único puesto de vacunación en el principal paso fronterizo.

Agregó que los indios que ingresan desde Venezuela también son vacunados y reciben una atención diferenciada, incluso con dos abrigos destinados exclusivamente a la población indígena (en su mayoría de la etnia Warao), por lo que descartó el riesgo de que el sarampión pueda diezmarlos.

Según ONGs, la posibilidad de que los indios brasileños se contagien de sarampión puede amenazar sus poblaciones, principalmente las de los grupos aislados que aún no han tenido contacto con los “blancos”.

“No hay riesgo de esa naturaleza. Brasil tiene una política de vacunación para la población indígena hace muchos años. En cuanto a los aislados, es difícil que el sarampión se expanda porque el contagio es persona a persona. Pero estamos controlando la situación a distancia y listos para actuar con rapidez en caso de que identifiquemos un riesgo”, dijo.

El ministro agregó que, para combatir el sarampión, el Gobierno inició el 6 de agosto una campaña nacional de vacunación destinada a inmunizar 11,2 millones de niños de entre 1 y 5 años debido a que se detectó que la cobertura de la inmunización había disminuido.

“Es una campaña para impedir la reintroducción de enfermedades que habíamos erradicado”, dijo, al recordar que Brasil recibió de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2016 el certificado de eliminación de la circulación del virus.



## El Salvador: Investigan un caso sospechoso de poliomielitis

9 de agosto de 2018 – Fuente: El Salvador (El Salvador)

Un niño de 10 de años con parálisis flácida aguda y con sospecha de padecer poliomielitis “está en situación crítica”, dijo el 8 de agosto el viceministro de Políticas de Salud del Ministerio de Salud de El Salvador, Eduardo Antonio Espinoza Fiallos. El caso está en auditoría por las autoridades de Salud, ya que desde hace 31 años no se registraban casos de poliomielitis en el país.





El niño proviene del cantón Los Llanitos, de Ilobasco, en Cañas, y está ingresado en el Hospital Nacional de Niños 'Benjamin Samuel Bloom' desde el 28 de junio. Al paciente le fueron tomados exámenes en el país, que fueron analizados en los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), en Atlanta, Estados Unidos.

"Los CDC reportaron la presencia del poliovirus tipo 3, pero eso no significa que ese virus es el causante del cuadro clínico que está presentado el niño, porque el niño recibió su esquema de vacunación", aseguró Espinoza.

Para el funcionario, los análisis de líquido cefalorraquídeo, el análisis de laboratorio hematológico, las pruebas enviadas a los CDC de Atlanta y la notificación al Reglamento Sanitario Internacional desde Washington, indica que "se trata de un cuadro de síndrome de Guillain-Barré con presencia coincidente de poliovirus tipo 3, pero no es el virus el que le ha causado el cuadro al niño. Eso está completamente claro", sostuvo Espinoza.

El funcionario manifestó que se deben esperar 60 días, contados a partir de que el niño inició su cuadro clínico, para tener la certeza que no se trata de un caso de poliomielitis. Espinoza no descartó que fuese un caso de poliovirus vacunal, debido a que el menor tuvo contacto con el virus tipo 3 atenuado que se encuentra en la vacuna contra la poliomielitis. "Este niño, que ya fue vacunado hace seis años, puede haber ingerido el virus de la vacuna, pero el virus de la vacuna no causa la enfermedad, excepto en casos muy rarísimos, aproximadamente 1 en cada 2 millones de niños vacunados; puede tener algunas manifestaciones similares a las de la poliomielitis, pero más leves. En este caso el análisis demostró que había contacto con este virus de la vacuna que seguramente es de un niño que estaba recientemente vacunado".



### Estados Unidos, Florida: Primer caso humano de encefalomiелitis equina del Este en el condado de Volusia en 15 años

3 de agosto de 2018 – Fuente: Florida Department of Health – Volusia County (Estados Unidos)

El Departamento de Salud de Florida en el Condado de Volusia (DOH-Volusia) informó el 3 de agosto a los residentes que ha habido un aumento en la actividad de enfermedades transmitidas por mosquitos en áreas del condado. Se ha confirmado un caso humano de encefalomiелitis equina del Este (EEE) y existe una gran preocupación de que otros residentes puedan verse afectados.

No se habían registrado casos de EEE en el condado de Volusia por más de 15 años, según funcionarios de DOH-Volusia.

En julio, DOH-Volusia emitió un alerta por enfermedades transmitidas por mosquitos debido a dos casos de EEE que fueron confirmados. Un caso afectó a un caballo y el otro a un burro. Varias bandadas de gallinas centinelas y un emú (*Dromaius novaehollandiae*) también dieron positivo para EEE a principios de este verano.

El riesgo de transmisión a humanos ha aumentado. Control de Mosquitos del Condado de Volusia y el DOH-Volusia continúan los esfuerzos de vigilancia y prevención.

El DOH-Volusia recuerda a los residentes y visitantes que eviten las picaduras de mosquitos y que tomen precauciones básicas para ayudar a limitar la exposición.<sup>3</sup>



### Estados Unidos, Tennessee: Confirman 74 casos de hepatitis A desde diciembre de 2017 en Nashville

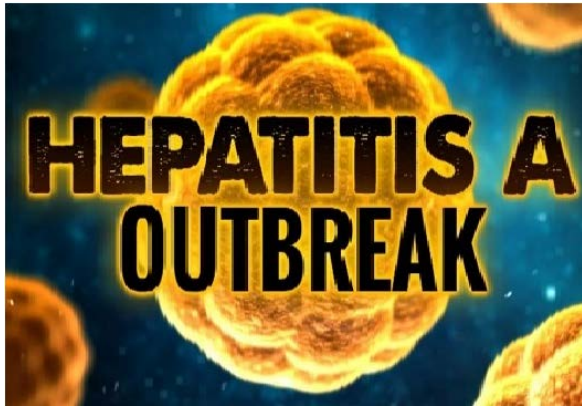
10 de agosto de 2018 – Fuente: Nashville Metro Public Health Department (Estados Unidos)

Funcionarios del Departamento de Salud Pública de Nashville (MPHD) confirmaron el 10 de agosto que se han producido 74 casos de hepatitis A en la ciudad desde diciembre de 2017. El MPHD continúa trabajando con el Depar-

<sup>3</sup> El virus de la encefalomiелitis equina del Este (EEE) es miembro del género *Alphavirus* de la familia *Togaviridae*. La ecología natural para el mantenimiento del virus ocurre por la vía de la infección alternativa de las aves y los mosquitos ornitofílicos. El virus de la EEE se ha aislado de serpientes, y estas podrían intervenir como hospedadores reservorio. Puede presentarse la enfermedad clínica en los humanos y en los caballos, los cuales son hospedadores finales para estos agentes. La EEE se ha diagnosticado en Quebec y Ontario en Canadá, en las regiones central y oriental de Estados Unidos, las islas del Caribe, México, y América Central y del Sur.

Después de un periodo de incubación de entre 5 y 14 días, los signos clínicos de la EEE son fiebre, anorexia y depresión. Sin embargo, varias enfermedades, como la fiebre del Nilo Occidental, la encefalomiелitis equina del Oeste y la encefalomiелitis equina venezolana, producen signos clínicos parecidos. Normalmente, las infecciones por el virus de la EEE se presentan en zonas geográficas limitadas. Se ha relacionado la aparición esporádica de una gran mortalidad en aves criadas en cautividad, principalmente en faisanes, perdices y codornices, y pingüinos en exposiciones de acuarios. El virus es introducido por los mosquitos, aunque la transmisión en las bandadas tiene lugar principalmente a través de restos de plumas y mediante el canibalismo. El virus de la EEE provocan una enfermedad letal en las aves del orden *Struthioniformes*, con tasas de morbilidad y mortalidad superiores a 85%. El virus de la EEE provoca enfermedad en vacas, ovejas, cerdos, ciervos de cola blanca (*Odocoileus virginianus*) y perros.

El virus de la EEE causa una enfermedad grave en los seres humanos con una tasa de letalidad de 30-70% y una elevada frecuencia de aparición de secuelas permanentes en los supervivientes. Se han descrito infecciones graves y muertes de trabajadores de laboratorio. Las manipulaciones que tengan lugar en el laboratorio deberán llevarse a cabo a un nivel de bioseguridad y bioprotección adecuado. También deben tomarse precauciones para prevenir la infección en los humanos cuando se realicen exámenes *post mortem* en caballos sospechosos de haber sido infectados por el virus de la EEE.



tamento de Salud de Tennessee (TDH) y otros departamentos y organizaciones comunitarias para responder al brote. El trabajo se enfoca en los tres grupos en mayor riesgo de exposición a la hepatitis A en el brote actual: los usuarios de drogas (no solo drogas inyectables), hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y personas sin hogar.

El Departamento de Salud ha liderado una campaña de vacunación contra la hepatitis A, junto con asociados de la comunidad, para inmunizar a más de 4.000 personas en Nashville en los últimos dos meses. Las iniciativas de vacunación continuarán en un esfuerzo por terminar el brote, incluyendo trabajar con organizaciones que atienden a personas sin hogar, llegar a la comunidad LGBTQ, trabajar con la Oficina del Sheriff del Condado Davidson para vacunar a los reclusos y esforzarse para alcanzar a los usuarios de drogas.

Se han producido grandes brotes de hepatitis A desde principios de 2017 en varios estados, incluidos los brotes en curso en California, Utah, Kentucky, Indiana y West Virginia, propagándose de persona a persona principalmente entre los sin hogar y los usuarios de drogas ilícitas.

El MPH D está trabajando con el TDH y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) en el análisis de muestras recogidas de casos confirmados de hepatitis A. El MPH D ha recibido confirmación de los CDC de que los resultados de las pruebas del genotipo de las muestras de Nashville coincidían con la cepa de hepatitis A encontrada en los recientes brotes en todo el país.

El MPH D continúa ofreciendo gratuitamente la vacuna contra la hepatitis A en los tres centros del Departamento de Salud a los tres grupos de riesgo. También seguirá recibiendo del TDH dosis adicionales de la vacuna según sea necesario.

El MPH D ha estado enviando alertas de salud a los proveedores de atención médica en Nashville sobre el actual brote de hepatitis A, un recordatorio sobre los síntomas y cómo deben informar los casos al MPH D.

También ha iniciado una campaña de concientización comunitaria centrada en actualizaciones sobre el brote y los pasos a seguir para prevenir la exposición a la hepatitis A.



### México, Oaxaca: Buscan prevenir casos de VIH en las poblaciones indígenas

9 de agosto de 2018 – Fuente: AIDS Healthcare Foundation México

Con el objetivo de incrementar la detección de personas en comunidades indígenas que viven con VIH y difundir el tema de prevención de nuevos casos, AIDS Healthcare Foundation (AHF) México presentó la edición de sus materiales en nueve diferentes idiomas originales de Oaxaca.

La ONG difundió por primera vez los materiales gráficos que se distribuirán en las comunidades, con el fin de "facilitar la comunicación del mensaje de prevención, detección oportuna y tratamiento inmediato del VIH en lugares que ocupan hasta 14 horas para trasladarse al centro de salud, donde pocas veces encuentran un traductor", enfatizó Jesús Yoshio Morales Ramírez, coordinador del Programa de Pruebas Rápidas de VIH y Abogacía, Región Sur AHF México.

"Ampliar la atención en poblaciones vulnerables es clave para AHF, ya que de acuerdo a cifras del Registro Nacional de Casos de VIH, la prevalencia en la población indígena es de 2,7%, mientras que a nivel nacional la prevalencia es de 0,6%. De forma inicial ofrecemos la prueba rápida que detecta anticuerpos contra el VIH presentes en sangre capilar".

"Con el material se fortalece y preserva las lenguas indígenas en el estado de Oaxaca. Al acercar información sobre prevención al VIH desde un enfoque de interculturalidad, se generan alianzas entre comunidades y autoridades locales rumbo a la aplicación de pruebas rápidas", aseguró Jesús Morales.

Actualmente, en Oaxaca conviven 16 grupos étnicos: Mixteco, Amuzgo, Triquis, Chocho, Ixcateco, Popoloca, Nahuatl, Mazateco, Cuicateco, Mixe, Zoque, Huave, Chontal, Zapoteco y Chatino; sin embargo, solamente 65,7% de las personas habitantes se autoreconoce indígena, de la cual 32,2% es hablante de alguna lengua indígena.

Las lenguas más habladas en el estado de Oaxaca son la Zapoteca, Mixteca, Mazateco y Mixe con sus respectivas variantes lingüísticas de acuerdo con su ubicación. Esto coloca a Oaxaca como el estado de mayor diversidad lingüística en México. Por ello, los textos están traducidos en nueve variantes lingüísticas Zapoteco (Del Istmo, Planicie Costera, de la Sierra), Zapoteco de Valles Centrales (Tlacolula y Ocotlán), Huave (ikoots), Mixteco (del Istmo, de la costa), Mixe del Istmo (Guichicovi) y Amuzgos.

"Descentralizar la atención es fundamental en un estado con las características geográficas y étnicas como lo es Oaxaca, focalizando la estrategia en poblaciones clave, es la línea de trabajo para la región sur de AHF", dijo Morales Ramírez.



El proyecto de difundir el material se suma a la Clínica de Asistencia Móvil que desde 2013 recorre las poblaciones oaxaqueñas en colaboración con el Consejo Estatal para la Prevención y Control del Sida-Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (COESIDA-CAPASITS) de Oaxaca, siendo el único modelo de su tipo en el país. Acerca el servicio a estas comunidades, recorriendo en promedio 50-60 horas de viaje en tres semanas para atender estos usuarios. Lleva un médico y una enfermera, quienes dan consulta, proveen medicamento y programan citas subsecuentes. La mayoría de los usuarios está indetectable y continúa la adherencia al tratamiento a 5 años de haber realizado el proyecto, cuando en el CAPASITS Oaxaca estaban a punto de abandonar el servicio, por los distintos obstáculos que deben sortearse para llegar hasta el Centro de Atención.

De enero a junio de 2018 se han realizado 21.309 pruebas a personas indígenas; lo cual equivale a 31,4% de las pruebas totales realizadas en el país, obteniendo una reactividad total de 0,6% en población general, con 10,7% en mujeres trans, cifra que se incrementará con el apoyo de materiales en su idioma original.

“Estamos conscientes de que las nuevas estrategias de prevención, detección y tratamiento del VIH deben concentrarse en poblaciones específicas, con características y contextos muy diferentes. Además hemos comprobado que el sistema de salud no está preparado para atenderlos, puesto que hay poca inclusión de los idiomas indígenas en los servicios de salud”, señaló Jesús Yoshio.

El estado se ubica en el noveno lugar de casos de VIH a nivel nacional. La cultura determina que el abordaje en torno a la sexualidad se encuentre envuelto en estigma. En Oaxaca, además, existe un desconocimiento en torno al VIH, en parte debido a que no habido información en los 16 diferentes idiomas indígenas y sus variantes lingüísticas.

Con los nuevos materiales, se reforzaran las jornadas de detección, aplicando pruebas rápidas en el lenguaje de cada una de las comunidades; además, se compartirá material con los centros de salud de las comunidades para crear lazos y atender de manera integral a las personas recién diagnosticadas que requieran acompañamiento y seguimiento, sensibilizando los servicios de salud para la inclusión de intérpretes que puedan interactuar con los pacientes, creando una comunicación efectiva.

“Los pueblos indígenas se encuentran entre las poblaciones más desfavorecidas y vulnerables. Es por ello que queremos visibilizar su problemática en torno al VIH/sida con acciones claras que contribuyan a nuevas generaciones libres del VIH, una meta lejana de cumplir para 2030”, aseguró la Dra. Gabriela Velásquez Rosas, Directora General de COESIDA-CAPASITS.

## El Comercio **Perú: Los plaguicidas afectan a más de 2.000 personas cada año**

12 de agosto de 2018 – Fuente: El Comercio (Perú)

En lo que va del año, más personas han muerto en el país envenenadas con plaguicidas que por enfermedades infecciosas como el dengue, la varicela o la tos convulsa. Según el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades –que depende del Ministerio de Salud–, desde enero hasta fines de julio se registraron 1.106 intoxicaciones agudas por plaguicidas y veinte muertes por esta causa en Perú.

Las cifras no incluyen aún lo ocurrido el 6 de agosto en San José de Ushua (Ayacucho), donde nueve personas murieron y más de cien fueron atendidas por la ingesta de algún contaminante<sup>4</sup>. No obstante, el registro epidemiológico sí revela un grave problema de salud pública: en promedio, cada año 2.134 personas se intoxican con plaguicidas en el país.

El año pasado, cuando hubo 2.489 casos, las regiones que tuvieron más intoxicaciones fueron Lima (46%), Arequipa (12%) y Junín (8%). Los distritos con más atenciones fueron las zonas agrícolas del norte de Lima (como Supe, Vegueta o Chancay) y las áreas selváticas de Junín (Perené), San Martín (Moyobamba) y Ayacucho (Sivia).

En Perú, los envenenamientos por plaguicidas son un problema rural. Se estima que 85% de estas sustancias se usa en el sector agropecuario, mientras que el resto se emplea para la salud pública (erradicación de mosquitos) o en el hogar. De ahí, por ejemplo, que 55,7% de quienes se intoxicaron el año pasado con plaguicidas fueran agricultores y 75% de los casos ocurrieron en el trabajo. Solo 7,9% fueron accidentes no laborales, como ocurrió en Ayacucho esta semana.

### Educación y prevención

Según Luis Antonio Nicolás Suárez Ognio, director general del Centro Nacional de Epidemiología, del Ministerio de Salud, en la problemática de las intoxicaciones por pesticidas confluyen factores como la mala manipulación de estos compuestos,

#### Punto de vista

Virginia Gricelia Baffigo Torre de Pinillos - Ex presidenta ejecutiva del Seguro Social de Salud (EsSalud)

Según el Ministerio de Salud, las intoxicaciones agudas por plaguicidas son emergencias que pueden cobrar la vida de hasta 40% de sus afectados.

Lamentablemente, cuanto más pobre es una comunidad agraria, más baratos y tóxicos son los plaguicidas usados. No obstante, así como los compuestos organofosforados se utilizan desde hace varias décadas en los cultivos, también desde entonces se usa un antídoto muy importante: el sulfato de atropina.

Cualquier profesional de la salud que haya visto un solo caso grave de intoxicación por organofosforados podrá hacer un diagnóstico clínico rápido e iniciar tratamiento si cuenta con dicho antídoto. Aplicado por vía endovenosa hasta lograr el llamado estado de ‘atropinización’ del paciente, tiene efecto salvador.

A pesar de ser un antídoto económico, habitualmente los establecimientos de salud no cuentan con stocks suficientes de sulfato de atropina. En muchos casos, un solo paciente puede consumir todas las existencias de este fármaco de la farmacia.

Todos los puestos de salud de zonas rurales, por pequeños que sean, deberían poder iniciar tratamiento con atropina y sostenerlo hasta trasladar a los pacientes a un hospital. Esto significa disponer de cantidades proporcionales al riesgo de la población que deben proteger.

Alguien podría decir que no se justifica tener inmovilizado un gran stock de medicamentos por el riesgo de pérdida económica; sin embargo, ¿no es mayor el riesgo de pérdida de vidas humanas?

<sup>4</sup> Ver 'Perú, Ayacucho: Al menos nueve muertos al ingerir sopa contaminada tras un funeral en San José de Ushua' en Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 2.085, de fecha 10 de agosto de 2018, haciendo clic [aquí](#).

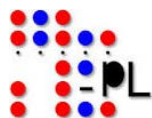


falta de equipos de protección y, sobre todo, de asesoramiento a campesinos que usan sustancias letales, como organoclorados.

“Muchos agricultores guardan plaguicidas en su casa. La mayoría coloca los químicos en botellas de gaseosas o usan baldes de pintura para disolver insecticidas y luego emplean estos recipientes para transportar agua. Algo así ocurrió en Taucamarca en 1999, donde murieron envenenados 24 niños”, explicó el especialista.

Para José Alfonso Apesteguía Infantes, director del Centro de Información, Control Toxicológico y Apoyo a la Gestión Ambiental de la Universidad de San Marcos, falta también un instituto que articule la prevención y tratamiento de las intoxicaciones. “En el Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales se debe establecer una cantidad adecuada de antidotos para los puestos de salud. Hoy, estos faltan”, señaló.

## El mundo



### Angola: El cólera ya causó 26 muertes en lo que va del año

12 de agosto de 2018 – Fuente: Prensa Latina (Cuba)

El cólera causó 26 muertes y 1.450 casos en lo que va del año en varias provincias de Angola, afirmó la directora nacional de Salud Pública, Isilda Maria Simões Neves.

Tales anuncios fueron hechos por la funcionaria el 11 de agosto cuando encabezó el comienzo de una campaña contra el cólera y la malaria (principal causa de muerte en el país), en la comuna de Funda, en el municipio capitalino de Cacuaco, como parte de una iniciativa de la Red Ambiental Maiombe.

Neves aclaró que hasta junio se reportaron 20 fallecimientos (en 1.370 casos) y en Luanda durante julio y lo que va de agosto fueron 13 casos positivos (80 sospechosos) y se produjeron seis muertes.

Además de la capital, están afectadas Cabinda, Zaire, Uíge y Kuanza-Norte.

“Las comunidades serán sensibilizadas contra el cólera, la malaria, la fiebre amarilla y otras endemias”, dijo Nascimento Soares, del Ministerio del Ambiente, que también participa en la Red.

Unido a ello, el Gabinete Provincial de Salud en Luanda realiza un registro de casos de esas enfermedades y otras como la rabia en el barrio de Belo Monte y fumiga la costa del lago Kilunda para eliminar larvas de mosquitos, que provocan malaria y fiebre amarilla.

Angola reporta anualmente unos 15.000 fallecimientos a causa de la malaria, y desde fines de 2015 hasta junio de 2016 vivió una epidemia de fiebre amarilla que se saldó con 381 muertes.



### Europa: Situación de la fiebre del Nilo Occidental en la Región

10 de agosto de 2018 – Fuente: European Centre for Disease Prevention and Control

Entre el 3 y el 9 de agosto de 2018, los Estados miembros de la Unión Europea informaron 120 casos humanos de fiebre del Nilo Occidental. Italia informó 72 casos, Grecia 16, Rumania 16, Hungría 13 y Francia 3 casos. Los países vecinos de la Unión Europea informaron 34 casos: Serbia informó 32 casos y Kosovo dos casos.

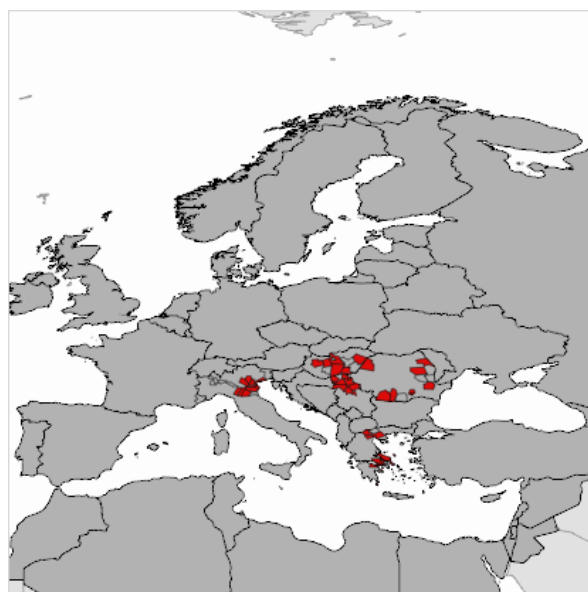
Esta semana, Serbia reportó cinco muertes, Grecia tres, Italia una, Kosovo una y Rumania una.

En tres áreas afectadas no se informaron casos humanos durante las diez temporadas de transmisión anteriores, dos áreas en Serbia y una zona en Italia. Todos los demás casos humanos se informaron en áreas que se vieron afectadas durante las temporadas de transmisión anteriores.

En la misma semana, se informaron diez brotes entre équidos en Italia y uno en Grecia.

En 2018, desde el 9 de agosto de 2018, los Estados miembros de la Unión Europea informaron 231 casos humanos. Italia informó 123 casos, Grecia 59, Hungría 23, Rumania 23 y Francia 3 casos. Los países vecinos de la Unión Europea informaron 104 casos humanos: Serbia 102 casos y Kosovo dos casos. Hasta la fecha, Serbia (9), Italia (3), Grecia (3), Kosovo (1) y Rumania (1) han notificado un total de 17 muertes por fiebre del Nilo occidental.

Durante la actual temporada de transmisión, Italia (11), Hungría (3) y Grecia (2) informaron brotes entre équidos.



Mapa 1. Áreas que han reportado casos humanos. Europa. Año 2018, hasta semana epidemiológica 31. Fuente: Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades.

10 de agosto de 2018 – Fuente: ConSalud (España)

La Agencia Catalana de Salud Pública (ASPCAT) y el Ayuntamiento de L'Hospitalet de Llobregat investigan las instalaciones de riesgo para localizar el origen de un brote de legionelosis, que ha obligado a hospitalizar a cuatro de los cinco afectados.

Según la Consejería de Salud de Catalunya, los casos se han registrado, con la detección de los primeros síntomas entre el 28 de julio y el 3 de agosto en la segunda mayor ciudad catalana.

Los afectados han sido cinco personas de entre 59 y 80 años de edad. Aunque cuatro de ellos requirieron ingreso hospitalario, tres fueron dados de alta y uno continúa en el centro sanitario, aunque evoluciona favorablemente.

*Legionella* es un género de bacterias que se encuentra en el agua, con un total de 48 especies. Dentro de este género, *Legionella pneumophila* es la que causa la legionelosis, que presenta una incidencia de 3 casos cada 100.000 habitantes en España.



## Italia: Incertidumbre en los colegios sobre la obligatoriedad de vacunar a los niños

10 de agosto de 2018 – Fuente: EFE

El Gobierno italiano pretende posponer un año los efectos de una ley que prohíbe la escolarización de niños que no hayan sido vacunados, una situación que genera incertidumbre entre los directores de centros a solo un mes del inicio del curso.

Actualmente en Italia rige un decreto promovido en 2017 por la anterior ministra de Sanidad, Beatrice Lorenzin, que establece la obligación de suministrar diez vacunas a los niños de entre 0 y 6 años para que sean aceptados en escuelas y guarderías.

La medida trataba de poner coto a una situación alarmante, ya que en 2017 se registraron 5.402 casos de sarampión en Italia –y 4 muertes– frente a los 862 de 2016, según la Organización Mundial de la Salud, que hasta julio de 2018 ha registrado 1.715 nuevos casos.

Para evitar contagios, los padres deben aportar un certificado que demuestre que los pequeños han sido inmunizados contra el tétanos, la poliomielitis, la difteria, la hepatitis B, la tos convulsa, la infección por *Haemophilus influenzae* tipo b, el sarampión, la rubéola, la parotiditis y la varicela, todas gratuitas.

Sin embargo, esto parece destinado a cambiar con la llegada del nuevo gobierno de los antisistema del Movimento 5 Stelle y la ultraderechista Lega, en el poder desde el pasado 1 de junio.

El Senado aprobó el 10 de agosto un decreto que retrasa al curso 2019/2020 dicha obligación y ahora deberá ser refrendado en la Cámara Baja, donde el Ejecutivo cuenta con una mayoría holgada. Su aprobación definitiva se espera en septiembre, con los colegios a punto de reabrir sus puertas tras las vacaciones.

El presidente de la Asociación Nacional de Directores de Escuela (ANP), Antonello Giannelli, explicó que esto “genera una situación de incertidumbre”, pues deberán atenerse a la legislación que esté en vigor a fecha del 1 de septiembre.

Si todo sigue así, con la prórroga a medio aprobar, Giannelli adelantó que pedirán el certificado de vacunación y, en caso de no aportarse, los menores de 6 años no podrán entrar a la escuela.

Desde el Ministerio de Sanidad, ahora guiado por Giulia Grillo, del Movimento 5 Stelle, se envió una circular a los centros en la que se indicaba que para este curso bastaría con que los padres dieran un certificado redactado por ellos mismos y no por un médico.

Consistiría en un “autocertificado”, válido en Italia para otros asuntos burocráticos, en el que garantizan que sus hijos están vacunados o en lista de espera para ello, algo que ha despertado numerosos recelos entre la comunidad escolar y sanitaria.

Y es que eso supondría suplantar una ley aprobada por el Parlamento con una mera circular y obligaría a los directores a comprobar que los progenitores dicen la verdad. “Más que simplificar, dificulta”, criticó Giannelli, para quien este método “es un modo de eludir la obligación de la vacunación”.

La ministra Grillo defendió el “autocertificado” para 2018 y adelantó su intención de impulsar “una obligación flexible” de las vacunaciones. “Optaremos por el método de la recomendación y la obligación según las distintas regiones”, explicó.

Desde el Gobierno se han expresado distintas posturas: el primer ministro, Giuseppe Conte, confesó en un encuentro con la prensa que ha vacunado a su hijo de 10 años, pero reconoció que en su equipo “hay diversas sensibilidades” sobre esta delicada cuestión.

Quizá la más tajante fue la del influyente ministro del Interior y líder ultraderechista, Matteo Salvini, quien señaló recientemente que “la prioridad es que los niños no sean expulsados de las clases” y que “diez vacunas son demasiadas, si no dañinas”.

La exministra Lorenzin consideró que el intento del Gobierno de retrasar la entrada en vigor de su decreto implica aceptar las exigencias del colectivo que acusa a las vacunas de provocar efectos nocivos.

“Los antivacunas son un grupo de personas no muy numeroso, pero sí muy ruidoso a la hora de difundir mentiras, como que provocan autismo u otros daños”, indicó el médico y divulgador Roberto Burioni, que ha llegado a ser amenazado de muerte por su viva defensa de esta práctica.



Este prestigioso virólogo criticó la postura de Salvini por “ir contra el conocimiento científico y tener por efecto confundir a los padres”, e invita al Gobierno a no debilitar la actual legislación, sino a “fortalecerla” y extenderla a otros ámbitos como, por ejemplo, el personal sanitario, a veces poco cubierto e inmunizado.

En este contexto las escuelas permanecen a la espera de que el Gobierno mueva ficha y la ANP se reunirá a fines de agosto con los técnicos del Ministerio de Sanidad para conocer la situación.



## **Nigeria, Sokoto: Brote de infecciones por poliovirus tipo 2 derivado de la vacuna**

8 de agosto de 2018 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

El 5 de junio de 2018, se confirmó un brote de poliovirus tipo 2 circulante derivado de la vacuna (cVDPV2) en el estado de Sokoto, Nigeria. Entre el 30 de enero y el 23 de mayo de 2018, se recolectaron 10 muestras ambientales en dos sitios, arrojando todos resultados positivos para poliovirus tipo 2 derivado de la vacuna (VDPV2) genéticamente relacionados. No se han detectado casos asociados de parálisis flácida aguda con este cVDPV2.

Nigeria también está siendo afectada por un brote diferente de infecciones por cVDPV2. Se detectó un clúster en el estado de Yobe a través de una muestra de materia fecal de un caso de parálisis flácida aguda con inicio el 16 de junio de 2018, y una muestra ambiental recogida el 31 de mayo. Se detectó el mismo cVDPV2 en el estado de Gombe a partir de una muestra ambiental recolectada el 9 de abril de 2018. Anteriormente, el mismo cVDPV2 fue detectado en el estado de Jigawa a partir de un caso de parálisis flácida aguda con inicio el 15 de abril de 2018 y seis muestras ambientales recolectadas entre el 10 de enero y el 2 de mayo de 2018.

### **Respuesta de salud pública**

Se realizaron investigaciones detalladas dentro de las 48 horas de la detección del virus de los casos de parálisis flácida aguda y en cada una de las diferentes áreas de captación de vigilancia ambiental. Además, la investigación detallada incluyó la búsqueda de cualquier vacuna antipoliomielítica oral trivalente (OPV) residual y/u OPV monovalente para tipo 2 (mOPV2), una encuesta de cobertura comunitaria, la búsqueda retrospectiva de casos en centros de salud, la búsqueda activa de casos de parálisis flácida aguda en la comunidad, y la toma de muestras de materia fecal de niños sanos. En mayo de 2018, se organizaron dos rondas de vacunación de respuesta al brote con mOPV2 en 54 Áreas de Gobierno Local en los estados de Jigawa, Bauchi, Gombe y Sokoto, para abordar los dos brotes de cVDPV2 al mismo tiempo. Se implementaron actividades de fortalecimiento de la vigilancia y de intensificación de la inmunización de rutina, las que están en curso.

Desde septiembre de 2016, no se ha detectado el poliovirus salvaje tipo 1 o el cVDPV2 en el estado de Borno. Sin embargo, sigue vigente una emergencia regional de salud pública en toda la subregión del Lago Chad, luego de la detección de ambas cepas en 2016. El estado de Borno continúa siendo afectado por la inaccesibilidad en algunas áreas, lo que dificulta el acceso tanto a la vacunación como a la vigilancia.

### **Evaluación de riesgos de la OMS**

Una evaluación de riesgos que se llevó a cabo antes de la respuesta al brote concluyó que existía un alto riesgo de propagación geográfica de las dos cepas del virus del brote. La detección de estas cepas de cVDPV2 enfatiza la importancia de mantener altas coberturas de vacunación de rutina contra la poliomielitis en todos los niveles, para minimizar el riesgo y las consecuencias de cualquier circulación de poliovirus.

### **Advertencias de la OMS**

Es importante que todos los países, en particular aquellos con viajes y contactos frecuentes con países y áreas afectados por la poliomielitis, fortalezcan la vigilancia de la parálisis flácida aguda para detectar rápidamente cualquier caso de poliomielitis, implementar medidas preventivas y emprender una respuesta rápida si es necesario. Los países, territorios y áreas también deben mantener coberturas de vacunación de rutina uniformemente elevadas a nivel de distrito para minimizar las consecuencias de cualquier nueva introducción del virus.

El Programa de Viajes y Salud Internacionales de la OMS recomienda que todos los viajeros que viajan a las zonas afectadas por la poliomielitis se vacunen completamente contra la enfermedad. Los residentes (y visitantes durante más de cuatro semanas) de las áreas infectadas deben recibir una dosis adicional de la OPV o de la vacuna antipoliomielítica inactivada (IPV), entre cuatro semanas y 12 meses antes de la partida.

Los países afectados por la transmisión de poliovirus están sujetos a las Recomendaciones Temporales del Reglamento Sanitario Internacional, que les solicitan que consideren un caso de poliomielitis como una emergencia de salud pública nacional y consideren la vacunación de todos los viajeros internacionales. Cualquier país que actualmente está exportando poliovirus debe garantizar la vacunación de todos los viajeros internacionales antes de la partida.



## **República Democrática del Congo: El nuevo brote de enfermedad por el virus del Ébola continúa su avance en zona en conflicto**

12 de agosto de 2018 – Fuente: EFE

El nuevo brote de enfermedad por el virus del Ébola declarado en República Democrática del Congo (RDC) continúa avanzando en el noreste del país y suma ya 22 positivos, la mitad fallecidos, en una zona muy castigada por la violencia de los grupos armados que dificulta la respuesta sanitaria.

En total, desde que se declaró la nueva epidemia el pasado 1 de agosto, las autoridades han detectado 22 casos confirmados de contagio, 27 probables y se investigan otros 53.

Solo en la última semana se han contabilizado nueve positivos nuevos y ocho muertes de casos confirmados, hasta un total de 11 fallecidos.

A ello hay que sumar, según los últimos datos difundidos anoche por el Ministerio de Sanidad congoleño, otros 27 fallecimientos sospechosos, aunque aún no se han confirmado en laboratorio.

El nuevo brote es de la cepa Zaire, la más mortal. Es, además, el segundo brote de enfermedad por el virus del Ébola que se da en el país en este año. El primero se había localizado en la provincia de Équateur y se había dado por cerrado solo una semana antes de que se declarase el nuevo.

Aquella primera epidemia, que había comenzado en mayo, se cerró con 54 casos totales (38 confirmados y otros 16 probables), de los cuales 33 pacientes fallecieron (17 confirmados) y 21 sobrevivieron.

Al tratarse de una cepa diferente, las autoridades han descartado que los dos brotes tengan relación.

El nuevo se ubica, hasta la fecha, en las regiones de Nord-Kivu e Ituri, dos de las provincias más castigadas por la violencia de los grupos rebeldes –cerca de un centenar, con una veintena muy activos– que operan en el país.

El Ministerio de Salud congoleño comenzó el 8 de agosto la campaña de vacunación desde Nord-Kivu (la región más afectada) y el 11 de agosto visitó la zona el director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus, para evaluar la situación de primera mano.

“Visité Beni y Malinga, recientes epicentros del brote de enfermedad por el virus del Ébola en República Democrática del Congo. El conflicto activo en el área es una barrera para controlar la enfermedad. Llamo a todos los actores en conflicto a dar acceso seguro a todos los trabajadores que asisten a las poblaciones afectadas y salvan vidas. La enfermedad por el virus del Ébola es un peligro para todos”, señaló, a modo de conclusión de su visita.

Organizaciones como la Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja (FICR) alertaron de que para combatir la epidemia de forma efectiva hay que dialogar también con los grupos armados y advierten que la situación de seguridad limita la capacidad de respuesta.

Expertos de la FICR y del Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) que operan sobre el terreno explicaron que “el acceso es difícil”, que “la población se mueve con muchísima frecuencia para refugiarse en zonas más seguras” y que las infraestructuras sanitarias “son frágiles y están sobrecargadas”.

Respecto de la vacunación, se calcula que había unas 3.000 dosis disponibles ya en el país, según había informado la OMS, ya que se trata de la misma usada anteriormente en la provincia de Équateur. El tratamiento, de carácter experimental, fue una de las claves del éxito en la rápida respuesta contra el brote anterior.

Los primeros en ser vacunados están siendo los miembros del personal de asistencia y las personas que han estado en contacto directo con los enfermos.

### **Una huelga médica pudo haber demorado la detección**

Según Médicos Sin Fronteras (MSF), la inseguridad en la zona y una huelga médica podrían haber impedido que se detectasen antes los primeros casos de este último brote de enfermedad por el virus del Ébola, los que podrían remontarse, según investigaciones, a mayo de este año.

Sin embargo, las alarmas no saltaron hasta que el 19 de julio una mujer fue admitida en un centro de salud de Mangina, una localidad de Nord-Kivu, por problemas cardíacos y murió días después con síntomas de fiebre hemorrágica.

El hecho de que haya tardado tanto en detectarse se puede deber a varios factores, entre los que se encuentran el fallo del sistema de vigilancia sanitario por el contexto de inseguridad de la zona y una huelga del personal médico que comenzó en mayo.

La peor epidemia de enfermedad por el virus del Ébola conocida en el mundo se declaró en marzo de 2014, con los primeros casos que se remontan a diciembre de 2013 en Guinea, desde donde se expandió intensamente a Sierra Leona y Liberia. La OMS marcó el fin de esa epidemia en enero de 2016, después de registrarse 11.300 muertes y más de 28.500 casos, aunque la agencia admitió que estas cifras pueden ser conservadoras.



**¿Qué podés hacer para prevenir las hepatitis B y C?**

- Vacunarte contra la hepatitis B.
- Exigir materiales descartables en piercings, tatuajes y procedimientos invasivos.
- No compartir elementos que corten o pinchen.
- Usar preservativo o campo de látex en todas las relaciones sexuales.

**Hacete el test al menos una vez en la vida**

**Consultá dónde hacerlo al 0800 3333 444**

Programa Nacional de Control de las Hepatitis Virales

COBERTURA UNIVERSAL de SALUD

Ministerio de Salud  
Presidencia de la Nación

Ministerio de Salud (2018. Argentina).

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

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

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