



Reporte Epidemiológico de Córdoba

9 DE OCTUBRE
2020
REC 2.376

CÓRDOBA

- El sistema sanitario podría colapsar ante el aumento de casos de COVID-19

ARGENTINA

- Vigilancia de bronquiolitis en menores de 2 años
- Impacto de la pandemia de COVID-19 sobre el sistema de salud argentino
- La OPS aprobó el informe sobre la interrupción de la transmisión del sarampión

AMÉRICA

- Estados Unidos: Primera muerte por el virus del Nilo Occidental desde 2018 en la ciudad de New York
- México: Van 18 defunciones por rickettsiosis en el estado de Chihuahua
- Perú: La tasa de mortalidad por COVID-19 más alta del mundo

EL MUNDO

- La COVID-19 en el mundo
- Corea del Norte: Brote de fiebre tifoidea en un campo de trabajos forzados en Pyongan del Norte

- Europa: El proyecto 'Mosquito Alert' se amplía a 18 países de la Región
- Namibia: Situación epidemiológica de la hepatitis E
- Por qué es tan difícil saber qué países lo han hecho mejor y peor frente a la pandemia
- Virus recién descubiertos sugieren que la rubéola saltó de los animales a los humanos

OPINIÓN

- El estrés de la medicina bayesiana y la incómoda incertidumbre frente a la COVID-19

Comité Editorial

Editor en Jefe

ÁNGEL MÍNGUEZ

Editores Adjuntos

ÍLIDE SELENE DE LISA
ENRIQUE FARIÁS

Editores Asociados

PILAR AOKI // HUGUES AUMAITRE // GERMÁN BERNARDI // JORGE BENETUCCI // PABLO BONVEHÍ // MARÍA BELÉN BOUZAS // JAVIER CASELLAS // ISABEL CASSETTI // ANA CEBALLOS // SERGIO CIMERMAN // GUILLERMO CUERVO // FANCH DUBOIS // SALVADOR GARCÍA JIMÉNEZ // ÁNGELA GENTILE // SUSANA LLOVERAS // GUSTAVO LOPARDO // EDUARDO LÓPEZ // TOMÁS ORDUNA // DOMINIQUE PEYRAMOND // DANIEL PRYLUKA // FERNANDO RIERA // ALFONSO RODRÍGUEZ MORALES // CHARLOTTE RUSS // HORACIO SALOMÓN // EDUARDO SAVIO // DANIEL STECHER // CARLA VIZZOTTI

Adherentes



Desde el Consejo Médico de Córdoba se suman a las voces que advierten sobre el inminente colapso del sistema sanitario en Córdoba y la necesidad de tomar medidas fuertes respecto del aislamiento físico.

“Hay que volver a una fase en la que no haya circulación de personas porque si el virus no deja de circular el sistema va a colapsar. Eso ya está sucediendo en muchos lugares, más allá de que el promedio provincial indique que en algunos hospitales todavía quedan camas libres”, advirtió el Dr. Andrés De León, presidente del Consejo Médico de Córdoba.

El especialista explicó además que cada vez hay más personas con síntomas sospechosos y contagios en Córdoba y esto genera que los centros de atención “estén atestados sin que disminuyan los casos”.

“Cuando un paciente necesita un respirador, permanece allí por 20 o 30 días, la situación es muy compleja. Estamos muy preocupados, no sólo porque perdemos a colegas y amigos que trabajan en la línea de fuego de la pandemia, sino porque los recursos son cada vez más escasos. En cuanto al personal sanitario, estamos haciendo un censo en toda la provincia con la cantidad de médicos afectados: la tasa está en torno a 16% del total de casos”, adelantó De León.

Terapia intensiva: pocas camas y trabajadores de la salud exhaustos

Por su parte, el presidente de la Sociedad de Terapia Intensiva de Córdoba, Andrés Peñaloza, afirmó que “el personal humano está agotado, porque son una o dos personas haciendo el trabajo de tres o cuatro”.

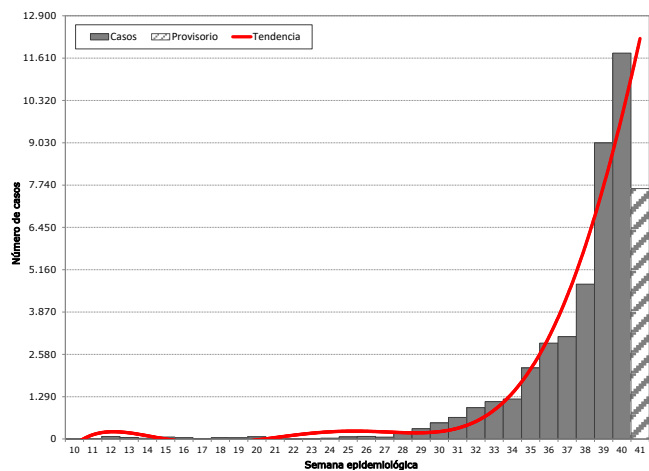


Gráfico 2. Casos confirmados, según semana epidemiológica. Córdoba. Año 2020, semanas epidemiológicas 10 a 41. Datos al 8 de octubre. Fuente: Ministerio de Salud de Córdoba.

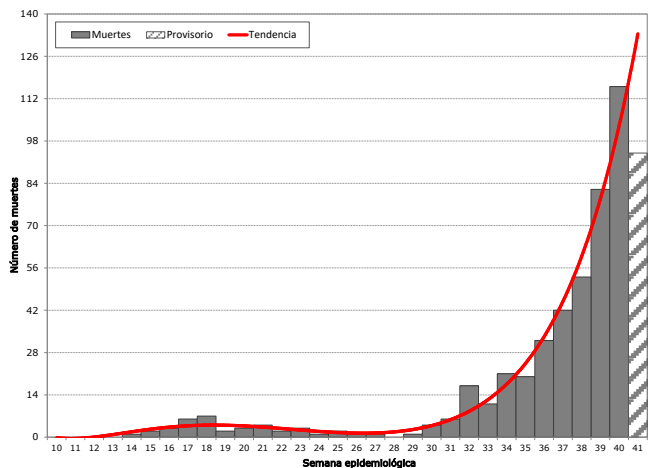


Gráfico 2. Muertes confirmadas, según semana epidemiológica. Córdoba. Año 2020, semanas epidemiológicas 10 a 41. Datos al 8 de octubre. Fuente: Ministerio de Salud de Córdoba.

Córdoba se encuentra en una situación preocupante en relación al nivel de ocupación de camas críticas. El nivel de ocupación de camas para adultos COVID-19 es de 71,4%.

Peñaloza remarcó que la situación es preocupante: la cantidad de camas libres disminuye cada día y los trabajadores de la salud se ven sobrepasados de trabajo.

Peñaloza, que contrajo COVID-19 y está realizando tareas de telemedicina, remarcó la labor de los enfermeros. “Hay muchos enfermeros de la unidad crítica que están contagiados”, dijo.

“Desde el 20 de octubre viene un momento difícil”

No son tiempos sencillos los que atraviesa la provincia de Córdoba en su combate contra la pandemia de COVID-19, ubicándose al borde de los 45.000 contagios desde su inicio, y habiendo superado las 500 muertes por la patología.

Pero de manera oficial remarcan estar preparándose para “una demanda aún mayor” de camas críticas sobre los últimos días de octubre. El ministro de Salud provincial, Diego Cardozo, adujo que “objetivamente, vamos a tener más casos en la segunda quincena” del mes y anticipó que “nos tenemos que preparar para un momento difícil”.

La fecha que estipuló el funcionario es “después del 20 de octubre”, donde prevé “una demanda grande”. El mentado pico, en tal sentido, aún no llegó.

En todo el territorio hay al menos siete de cada diez camas críticas ocupadas, aunque no son pocos los nosocomios ya colapsados. Cardozo refirió que “en promedio, una persona diagnosticada con COVID-19 la utiliza entre 22 y 23 días”.

La política sanitaria apunta a una “ampliación de camas, sumando y redireccionándolas hasta donde dé la capacidad de recursos humanos”.

Argentina

BOLETÍN INTEGRADO
DE VIGILANCIA

VIGILANCIA DE BRONQUIOLITIS
EN MENORES DE 2 AÑOS

28/09/2020

En el año 2020, hasta la semana epidemiológica (SE) 32, se notificaron a la vigilancia clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) 26.707 casos. La tasa de incidencia de este período equivale a 15% de lo correspondiente a igual intervalo de 2019. Todas las jurisdicciones del país presentan una menor incidencia que en idéntico período del año 2019.

Asimismo, la incidencia del año 2020, hasta la SE 32, equivale a 13% de la correspondiente al periodo 2014/2019. Todas las jurisdicciones del país presentan una menor incidencia en comparación con el periodo 2014/2019 (ver Tabla 1).

En base a los datos de las primeras 32 semanas de los últimos siete años, se observa una tendencia creciente hasta el año 2015, a partir del cual la tendencia se revierte, aunque se presenta un aumento en el año 2019. Sin embargo, la notificación del año 2020 se nota claramente disminuida respecto de los registros de los años previos (ver Gráfico 3).

Las notificaciones registradas en el SNVS a nivel nacional se encuentran dentro de lo esperado para el período evaluado, sin embargo, a partir de la SE 11 se observa un pronunciado descenso de las notificaciones, que continua hasta la actualidad, en coincidencia con el comienzo de la detección de casos de COVID-19 en Argentina (ver Gráfico 4).

Provincia/Región	2014/2019		2019		2020	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	96.254	19.254,27	9.920	12.063,14	462	566,16
Buenos Aires	474.611	13.684,97	58.405	10.253,39	6.955	1.228,59
Córdoba	81.618	11.549,11	8.259	6.979,85	732	618,72
Entre Ríos	37.472	14.067,50	5.122	11.511,35	884	1.988,14
Santa Fe	38.950	6.040,80	5.830	5.428,37	572	534,01
Centro	728.905	13.049,04	87.536	9.493,41	9.605	1.046,77
Mendoza	43.032	10.648,40	9.500	14.193,93	1.146	1.718,91
San Juan	38.677	24.153,26	6.454	24.142,63	1.376	5.144,00
San Luis	12.015	12.340,54	2.087	12.711,97	418	2.537,27
Cuyo	93.724	14.166,03	18.041	16.388,93	2.940	2.675,31
Chaco	48.445	17.850,17	8.877	19.654,34	2.249	4.997,16
Corrientes	21.109	8.652,65	3.169	7.800,73	654	1.615,34
Formosa	20.478	14.918,74	2.837	12.442,11	454	1.999,22
Misiones	25.568	8.792,65	3.107	6.452,64	578	1.205,29
Noreste Argentino	115.600	12.253,42	17.990	11.477,43	3.935	2.519,91
Catamarca	12.186	14.824,17	2.898	21.076,98	387	2.816,68
Jujuy	32.700	20.400,73	5.513	20.568,13	957	3.573,24
La Rioja	9.961	12.902,85	2.063	15.685,35	629	4.754,78
Salta	67.285	20.431,74	11.672	21.297,40	2.614	4.780,51
Santiago del Estero	59.668	28.060,68	10.697	29.779,40	1.715	4.761,14
Tucumán	54.703	15.199,11	11.346	18.854,19	2.120	3.525,48
Noroeste Argentino	236.503	19.360,79	44.189	21.596,82	8.422	4.116,61
Chubut	11.653	9.521,89	1.608	7.851,56	236	1.152,16
La Pampa	9.621	14.649,81	1.786	16.331,98	247	2.261,66
Neuquén	17.877	12.924,08	2.459	10.808,79	235	1.039,16
Río Negro	17.641	12.219,13	2.688	11.143,35	796	3.301,92
Santa Cruz	7.887	10.284,42	1.319	10.113,79	171	1.301,96
Tierra del Fuego	4.523	13.921,72	1.021	18.124,69	120	2.100,40
Sur	69.202	11.932,88	10.881	11.221,88	1.805	1.861,34
Total Argentina	1.243.934	13.833,18	178.637	11.985,32	26.707	1.798,21

Tabla 1. Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 menores de 2 años, según jurisdicción. Argentina. Años 2014/2020, hasta semana epidemiológica 32. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

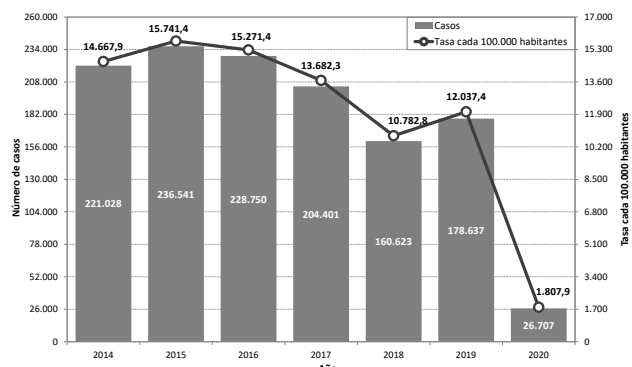


Gráfico 3. Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 menores de 2 años. Argentina. Años 2014-2020, hasta semana epidemiológica 26. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

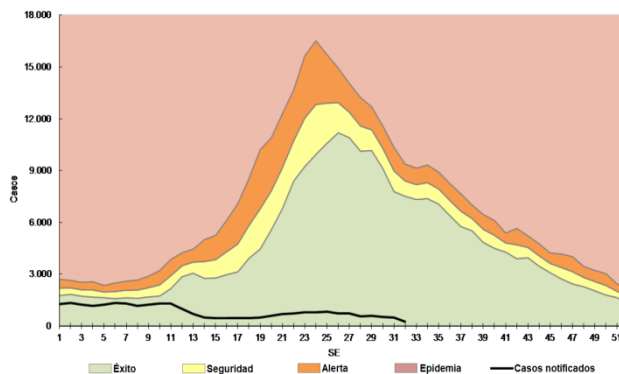


Gráfico 4. Corredor endémico semanal. Argentina. Año 2020, en base a datos de los años 2015/2019. Casos de 2020 hasta semana epidemiológica 32. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



IMPACTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 SOBRE EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

04/10/2020

La pandemia de COVID-19 está teniendo un impacto significativo sobre la población, los sistemas de salud, los programas de salud pública y las economías de todo el mundo.

La prioridad sin lugar a duda es prevenir la infección, reducir la transmisión y brindar una atención y un tratamiento adecuado a los pacientes con COVID-19, pero las enfermedades no transmisibles (ENT) o no-COVID siguen representando la carga más pesada en el ámbito de la salud y requieren también especial cuidado.

Contexto de la problemática para la salud pública

a. Este complejo escenario, obliga a tener presente la necesidad de proteger a la población que busca atención para otras afecciones de salud.

El sistema de salud de Argentina está siendo desafiado por la creciente demanda de atención médica de pacientes con COVID-19, acentuado por las condiciones que impone el aislamiento social en la consulta por parte de la comunidad para todas las enfermedades.

Tanto la mortalidad directa por la pandemia como la mortalidad indirecta por condiciones prevenibles y tratables debido a la dificultad en el acceso a la atención médica necesaria y oportuna, impactarán en la salud de la población en el corto y mediano plazo.

b. Importancia de la continuidad de los sistemas de prevención, atención primaria y del tratamiento de las enfermedades no transmisibles o no-COVID.

Conscientes de la importancia de las medidas de emergencia adoptadas por las autoridades de salud frente a la pandemia, también es fundamental tener presente la necesidad de dar continuidad a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el tratamiento de las patologías prevalentes en el país.

Las enfermedades crónicas, no transmisibles (ENT) son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo, con consecuencias para la salud a largo plazo.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se estima que, en la región de las Américas, una de cada cuatro personas (es decir, 220 millones) tienen al menos una ENT, incluidas, entre otras, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas, siendo la consecuencia de 5,5 millones de muertes por ENT cada año.

Las interrupciones de los servicios médicos esenciales están muy extendidas, y el principal hallazgo es que han sido interrumpidos parcial o completamente en muchos países. Una reciente encuesta de la OPS a través de los Estados Miembros de la región de las Américas, exhibió que más de la mitad de los países encuestados (53%) han interrumpido parcial o completamente los servicios para el tratamiento de la hipertensión; 49% para el tratamiento de diabetes y complicaciones relacionadas con la diabetes; 42% para el tratamiento del cáncer y 31% para emergencias cardiovasculares.

La atención primaria de salud puede satisfacer más de 80% de las necesidades de salud de las personas en todas las edades y en todas las etapas de la vida, y esto hoy se ve reducido entre 20 y 30, por lo que son claves todos los esfuerzos para revertir esta situación.

Esta compleja situación ha sido reportada por las instituciones de salud tanto públicas como privadas en Argentina, con una disminución del volumen de actividad en más de 50% en la atención de pacientes ambulatorios, y la cancelación de al menos 60% de las prácticas médicas y diagnósticas.

c. La demora en la consulta como el empeoramiento de enfermedades crónicas tendrán un impacto en el corto y mediano plazo por falta de acceso a los cuidados de la salud.

Existe una creciente preocupación de los profesionales de la salud frente a una marcada disminución de la consulta y asistencia médica, debido entre otras razones al temor por parte de la comunidad de contagio en los centros de salud.

La atención primaria de la salud también está sufriendo un enorme impacto, dado que los pacientes ya no se someten a controles de rutina, observándose una reducción marcada en la consulta espontánea de enfermedades agudas y crónicas superior a 60%. En tanto, existe una fuerte caída en prácticas médicas y tratamiento, donde por ejemplo las endoscopias digestivas se redujeron en 80% y las cirugías generales en 73%.

– Enfermedades cardiovasculares

Cerca de 90.000 a 100.000 muertes por enfermedad cardiovascular ocurren cada año en Argentina, siendo la primera causa de mortalidad. La disminución reportada en la atención cardiológica mayor a 50%, incluidas las internaciones por emergencias y los procedimientos cardiovasculares, sin lugar a duda impactarán de forma negativa en estos indicadores de salud.

De acuerdo con un trabajo de la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC), la Federación Argentina de Cardiología (FAC) y el Colegio Argentino de Cardioangiólogos Intervencionistas (CACI), de mantenerse la actual situación de sub-atención hasta octubre, podría haber en el país entre 6.000 y 9.000 muertes adicionales y prevenibles por afecciones cardiovasculares.

Por otra parte, y según el estudio Stent-Save a Life, los pacientes con infarto agudo de miocardio se presentaron más tarde de lo habitual y más allá de la ventana óptima para intervención percutánea primaria o trombólisis. Esto representa una duplicación en la mortalidad intrahospitalaria por infarto de miocardio, pasando de 5,5% a 10,9% respecto de igual periodo en 2019, y equivalente a 531 muertes.

– Enfermedades endocrinológicas y metabólicas

En las áreas de Endocrinología y Diabetología, se ha reportado una caída de 68% en la consulta médica, según una encuesta realizada por Fine Research en más de 5.000 médicos de América Latina.

Asimismo, se observan consecuencias directas sobre la continuidad de los tratamientos en patologías crónicas donde, por ejemplo, se observa una tasa de abandono del tratamiento cercana a 35% en pacientes diabéticos.

Otro aspecto importante para tener presente en las enfermedades metabólicas y cardiovasculares es el riesgo aumentado como consecuencia del cambio en los hábitos alimentarios, el aumento de peso, dadas las condiciones del aislamiento social y la consiguiente reducción de la actividad física, la cual se estima en 25 a 35%.

Para ello es clave reforzar tanto el funcionamiento de la atención primaria, de los servicios de especialidades como de los equipos esenciales, (ej. atención materno-infantil, manejo de enfermedades crónicas, diálisis renal, servicios de cuidados críticos, etc.).

– **Enfermedades oncológicas**

Las patologías oncológicas provocan la muerte de alrededor de 45.000 personas al año en Argentina, con una incidencia anual de casos nuevos de aproximadamente 150.000; la demora en acceder al tratamiento y diagnóstico, como la reducción observada cercana a un tercio en las quimioterapias y terapias radiantes programadas, tendrán como consecuencia un aumento de la mortalidad por cáncer.

Los oncólogos advierten sobre la demora en la detección temprana del cáncer, y esto es evidente en la marcada disminución y demora en realizar estudios y procedimientos diagnósticos oncológicos. Según distintas fuentes, se observa una caída de 70 a 80 % en mamografías, colonoscopias, tomografía por emisión de positrones/tomografía computada (PET/TC).

La pandemia de COVID-19 está teniendo un efecto disruptivo sobre la detección y seguimiento de patologías oncológicas, con la necesidad de priorizar y posponer muchos procedimientos sin saber exactamente cuándo los pacientes podrán ser reprogramados. Esto tendrá su repercusión en el diagnóstico temprano del cáncer, como en los seguimientos de las patologías oncológicas que requieren evaluar la remisión o progresión y en base a ello definir la continuidad o modificación del tratamiento.

– **Salud infantil y vacunación**

Existe especial preocupación entre los pediatras por la disminución de los controles y del cumplimiento de los esquemas gratuitos y obligatorios de vacunación. Datos del Instituto de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina, indican una caída mayor a 40 % en el control del niño sano.

Según datos del relevamiento realizado por el Observatorio de la Deuda Social Argentina, de la Universidad Católica Argentina, 22% de los hogares demoró la vacunación de sus niños por efecto de la cuarentena, correspondiendo mayoritariamente a los estratos medios y bajos, mientras que 44% reportó postergar la visita de control preventiva de salud, situación que se evidenció en forma más extendida en los niveles sociales.

Sumado a la demora en la prevención y promoción de la salud en niños, existe preocupación por la demora en las consultas de urgencia clínicas y quirúrgicas, lo cual ocasiona la llegada de pacientes con complicaciones que podrían haberse evitado con una consulta oportuna.

Igual situación se observa en niños y adolescentes que padecen enfermedades crónicas, como diabetes, enfermedad renal, cardiopatías, enfermedades respiratorias crónicas, endocrinológicas, enfermedades neurológicas, entre muchas otras.

– **Salud mental**

Las consecuencias directas e indirectas de la pandemia afectan los trastornos mentales, neurológicos y de uso de sustancias de muchas maneras. Las enfermedades mentales asociadas a sus discapacidades psicosociales, cognitivas e intelectuales se encuentran en riesgo de exacerbación y recaída como consecuencia de los factores que imponen esta situación.

Un efecto más obvio de la pandemia, lo representa el aislamiento y deterioro de la salud mental, problemas presentes en la población, que pueden aumentar por el distanciamiento social y el confinamiento en el hogar, siendo necesario tomar cuidado de este aspecto y adoptar medidas para mitigar el impacto en grupos vulnerables (ej. esquizofrenia, depresión).

Una reciente publicación muestra resultados compatibles con efectos psicológicos negativos, el incremento de factores estresantes, y una mayor probabilidad de efectos a mediano plazo, como la relación directa entre la duración del aislamiento social y el impacto en la salud mental de la población.

La interrupción de la atención y el tratamiento para los trastornos mentales y neurológicos puede ser potencialmente mortal, como en los casos de epilepsia, riesgo de suicidio no abordado, cuadros psicóticos agudos, sobredosis de sustancias, y síndromes severos por abstinencia alcohólica.

En respuesta a esto, la Organización Mundial de la Salud recomienda mejorar y fortalecer los servicios de salud mental en el contexto de la pandemia, proporcionando atención segura de los trastornos mentales y neurológicos.

Conclusiones

En respuesta a esta crítica situación, los actores de la salud se encuentran apoyando y colaborando con las autoridades para poder dar respuesta a las necesidades de atención médica de la comunidad, incluyendo atención de emergencia, atención primaria, y especializada, con el objetivo de mitigar el impacto de esta crisis sobre la salud de la población.

Este abordaje conjunto y alineado con la estrategia general del gobierno, permitirá enfrentar lo que cada vez más los profesionales de la salud denominan “sub-epidemia silenciosa”, con graves consecuencias para la salud que pueden ser evitados.¹



LA OPS APROBÓ EL INFORME SOBRE LA
INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL SARAPIÓN

07/10/2020

Luego del análisis de la evidencia presentada por el ministro de Salud de la Nación, Ginés Mario González García, y la Comisión Nacional para la Certificación de la Eliminación del Sarampión, la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita ante la Comisión Regional para el Monitoreo y Reverificación de la Eliminación del Sarampión y la Rubéola de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), esta concluyó que “los datos presentados eran irrefutables e indicaban la interrupción de la transmisión del virus del sarampión tras el último caso notificado 22 semanas antes” y que “Argentina sigue estando libre de sarampión endémico”.

¹ Puede consultar el documento completo haciendo clic [aquí](#).

Además de felicitar “al equipo por sus admirables esfuerzos pese a los retos planteados por la pandemia de COVID-19”, el representante de la OPS, Enrique Pérez-Gutiérrez, indicó que el informe fue remitido a la Comisión para la Certificación de la Eliminación de la Circulación Endémica de Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita. La comisión también recomendó proseguir las actividades para fortalecer la vigilancia en las fronteras.

A fines de agosto de 2019 se inició en el país el brote más extenso de sarampión desde que se logró la eliminación de la circulación endémica, con 179 casos confirmados (123 en 2019 y 56 en 2020). El informe, presentado el 26 de agosto de este año, contaba con datos que demostraban el cese del brote cuyo último caso confirmado presentó el exantema el 20 de marzo de este año.

Para el control del brote se trabajó en la investigación epidemiológica de los casos, búsquedas de contactos y se intensificó la vacunación. Este trabajo dio resultado y a principios de julio de 2020, a partir del análisis de la Comisión Nacional para la Certificación de la Eliminación del Sarampión, la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita, en Argentina se anunció el fin del brote.

El sarampión es una enfermedad viral, eruptiva-febril de transmisión respiratoria, muy contagiosa, que se disemina rápida y fácilmente de persona a persona. Los síntomas son fiebre alta, manchas rojas en la piel, secreción nasal, conjuntivitis y tos. Puede presentar complicaciones como neumonía o meningoencefalitis. No tiene tratamiento específico y es mortal en 1 a 2 casos cada 1.000 personas que tienen la enfermedad, por lo que la vacunación es la única medida efectiva para prevenirla.

La vacuna es gratuita y obligatoria en todos los vacunatorios y hospitales públicos del país. El Calendario Nacional de Vacunación incluye dos dosis de vacuna triple viral a los 12 meses y al ingreso escolar.

Para mantener al país libre de sarampión endémico es importante sostener elevadas coberturas de vacunación y completar los esquemas atrasados, por lo que los niños de 12 meses a 4 años inclusive deben acreditar una dosis de vacuna triple viral (contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis); y los mayores de 5 años (incluidos los adultos) dos dosis de vacuna con componente contra el sarampión aplicada después del año de vida (monovalente, doble o triple viral) o confirmar a través de un estudio de laboratorio la presencia de anticuerpos contra sarampión.

Todo el personal de salud (de mesa de entrada, limpieza, seguridad, laboratorio, planta médica y de enfermería, etc.) debe acreditar dos dosis de vacuna contra el sarampión aplicada después del año de vida (monovalente, doble o triple viral) o contar con serología IgG positiva para sarampión.

Las personas nacidas antes de 1965 no necesitan vacunarse porque se consideran protegidas por haber estado en contacto con el virus.



ESTADOS UNIDOS

PRIMERA MUERTE POR EL VIRUS DEL NILO OCCIDENTAL DESDE 2018 EN LA CIUDAD DE NEW YORK

24/09/2020

El Departamento de Salud de la ciudad de New York informó el 24 de septiembre las primeras infecciones por el virus del Nilo Occidental de la temporada 2020. Seis neoyorquinos han sido diagnosticados con infecciones por el virus del Nilo Occidental: dos de Queens, dos de Manhattan, uno de Staten Island y otro de Brooklyn. Se cree que una persona de Manhattan se infectó mientras viajaba fuera de la ciudad de New York. Los seis fueron hospitalizados; cinco fueron dados de alta y uno murió. El fallecido tenía más de 65 años, y se sabe que la edad es un factor de riesgo importante para el virus del Nilo Occidental. Esta es la primera muerte por esta infección en la ciudad de New York desde 2018.

Cada año desde 1999, se diagnostican casos de infección por el virus del Nilo Occidental en la ciudad de New York; la mayoría de ellos se detectan entre fines de julio y octubre. La actividad del virus varía cada año. La población de mosquitos este año se encuentra en un nivel promedio comparado con los años anteriores; el número de mosquitos que dan positivo para el virus del Nilo Occidental en esta temporada es de 413, lo que representa 15% más que el año pasado para esta fecha. En lo que va de la temporada, el Departamento de Salud ha completado once operaciones de rociado adulticida y dos tratamientos de larvicidas aéreos para reducir el riesgo del virus del Nilo Occidental. Se prevén tratamientos adicionales contra los mosquitos para el resto de la temporada, cuya ubicación se determinará mediante el amplio sistema de vigilancia del Departamento de Salud en toda la ciudad.



MÉXICO

VAN 18 DEFUNCIONES POR RICKETTSIOSIS EN EL ESTADO DE CHIHUAHUA

01/10/2020

De acuerdo con estadísticas presentadas por la dirección de Epidemiología, durante la última quincena se elevaron los casos de rickettsiosis de 36 a 42 en el estado de Chihuahua.

Del total de casos, 11 se registraron en Ciudad Juárez, y seis de ellos forman parte de la estadística de muertes.



A nivel estatal, las defunciones se focalizaron en personas de entre 5 y 14 años, seguido de personas de entre 25 y 44 años de edad.

Autoridades de Salud exhortaron a la población a extremar cuidados en los interiores de viviendas y patios; e instaron a mantener una higiene responsable en las mascotas, ya

que estas son los principales portadores de la garrapata que contagia la enfermedad.

LaRepublica	<p style="text-align: right;"><i>PERÚ</i></p> <p style="text-align: center;">LA TASA DE MORTALIDAD POR COVID-19 MÁS ALTA DEL MUNDO</p> <p style="text-align: right;"><i>05/10/2020</i></p>
--------------------	--

Una de cada mil personas ha muerto por la COVID-19 en Perú, el país con la tasa de mortalidad más alta del mundo en la pandemia, y que ha superado la fatídica barrera que refleja el impacto del coronavirus en su territorio, pese a los esfuerzos por contenerlo.²

Un total de 32.914 personas han fallecido oficialmente por COVID-19 en Perú, un país con una población de 32,9 millones de habitantes, según las últimas estadísticas, y también es el sexto del mundo en casos confirmados, al acumular 832.929 contagios (25,33 cada mil personas).

Ningún país se aproxima a la densidad de muertes que presenta Perú en esta pandemia, pues el país que le sigue es Bélgica con 87,29 decesos cada 100.000 habitantes. En tercer lugar a nivel mundial, está ahora Bolivia, país vecino de Perú, que en las últimas semanas ha incrementado ostensiblemente su tasa de mortalidad por COVID-19 hasta alcanzar los 70,06 fallecimientos cada 100.000 habitantes.

Le siguen en esta clasificación España, con 69,65 muertes cada 100.000 habitantes, y luego Brasil, el segundo país a nivel global en número de fallecidos (147.494), que repartidos entre sus 212,3 millones de habitantes arrojan una tasa de mortalidad de 69,49 cada 100.000 personas.

Chile y Ecuador están consecutivamente detrás de Brasil, con 68,59 y 66,76 muertes cada 100.000 habitantes³. Estados Unidos, que es el primer país en número de muertes por COVID-19, con 209.450, es el octavo del mundo en mortalidad con 63,35 casos cada 100.000 habitantes.

La tasa de mortalidad en Perú se multiplica por ocho en el caso de las personas de la tercera edad respecto de los peruanos que tienen entre 30 y 59 años. “Ocho veces más”, advirtió el 3

² En realidad, a la fecha, el país con la tasa de mortalidad más elevada a nivel global es San Marino, una pequeña nación europea con una población de casi 34.000 habitantes, casi la misma cifra que la de fallecidos en Perú en este momento. San Marino registra 42 fallecimientos por COVID-19, y su tasa es de 123,83 muertes cada 100.000 habitantes. Pero dada su escasa población, las tasas específicas pueden ser muy imprecisas. Por esta razón no ha sido tenido en cuenta en este artículo.

³ Antes que Chile se encontraría Andorra, otro pequeño país con una población de alrededor de 77.000 habitantes y una cifra de fallecimientos por COVID-19 que llega a 53, lo que significa una tasa de 68,62 muertes cada 100.000 habitantes.

de octubre la Ministra de Salud, Pilar Elena Mazzetti Soler, quien recordó que las probabilidades de fallecer por COVID-19 aumentan de manera exponencial si además el paciente presenta alguna otra condición como obesidad, diabetes o hipertensión.

De los 32.742 fallecidos por COVID-19 en Perú, 22.794 eran personas de la tercera edad (mayores de 60 años), lo que supone 69% del total, casi siete de cada diez. Esto implica que la tasa de mortalidad entre las personas de la tercera edad de Perú se sitúa en 549 cada 100.000 adultos mayores.

Más de 79.000 muertes en total

Los niveles de mortalidad por COVID-19 en Perú se basan en los decesos confirmados por una prueba, una cifra que representa la mitad de la cantidad de fallecimientos que se han registrado en el país desde que se detectó el primer caso en marzo.

En total, han muerto durante este periodo más de 79.000 personas por encima de la media de decesos de los dos años anteriores, según los datos que ofrece el Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF) del Ministerio de Salud.

Esto significa que, más allá de las 32.914 muertes confirmadas por COVID-19, hay más de 46.000 decesos no esperados con respecto a años anteriores. Apenas 11.500 están consignados como sospechosos por el Centro Nacional de Epidemiología en su último boletín con el balance de daños y víctimas.

El mundo

	<p>LA COVID-19 EN EL MUNDO</p> <p>08/10/2020</p>
---	--

París entró en alerta máxima

París entró el 5 de octubre en alerta máxima por la expansión de la COVID-19, tras haber rebasado todos los límites impuestos por el Gobierno y presentar una degradación notable de la situación sanitaria.

Se esperaba que se confirmara el cierre de bares y restaurantes en la capital, pero podrán permanecer abiertos con un protocolo sanitario reforzado.

En Francia, las ciudades entran en alerta máxima cuando superan los tres baremos dictados por el Gobierno: cuando la tasa de incidencia supera los 250 positivos cada 100.000 habitan

tes entre la población en general o los 100 casos entre las personas mayores, así como cuando 30% de las camas de las unidades de cuidados intensivos (UCI) están ocupadas por pacientes de COVID-19.

En París se superó ese límite el 1 de octubre, con 263 y 105 casos respectivamente y una tasa de ocupación que ronda 35% en las UCI.

Las nuevas medidas implican la reducción del aforo de clases en las facultades hasta 50% y una nueva petición general para dar prioridad al teletrabajo. Además, se conocerán las indicaciones para bares y restaurantes que, en principio, podrán abrir hasta las 22:00 horas.

Los anuncios coincidieron con la confirmación del sindicato de hostelería de Marseille de la reapertura de sus restaurantes el 5 de octubre tras una semana de cierre total, después de haber alcanzado un acuerdo con las autoridades y anunciar medidas más restrictivas para acoger a sus clientes.

Descienden los casos en África

El número de casos de COVID-19 en África descendió en la última jornada, aunque dentro de la tendencia continental en las últimas semanas.

El 7 de octubre, la cifra de infectados ascendió a 1.542.067, un aumento de 8.108 respecto del día anterior, mientras los decesos alcanzaron la suma de 37.100.

Sudáfrica salió de la lista de los 10 países con mayor número de contagios, desplazada por Francia, que ascendió a 693.603 casos y 32.463 fallecidos.

Aunque las estadísticas africanas de enfermos y decesos por la pandemia son moderadas en relación a las que muestra el resto del planeta, con excepción de Oceanía, hay una peste cuyos efectos se materializa de manera silenciosa: el desempleo.

Diversos estudios sobre los efectos de la propagación planetaria de la COVID-19 sobre las economías estiman que en África se perderán hasta 20 millones de empleos a causa de la recesión causada por la dolencia.

Récord de casos diarios en Indonesia

Indonesia notificó el 8 de octubre 4.850 nuevos casos de COVID-19, una cifra récord para un día y que elevó el total de enfermos a 320.564, el segundo más alto del Sudeste Asiático después de Filipinas.

País	Casos	Muertes	Tasa de mortalidad (cada 100.000 hab.)	Tasa de letalidad (en %)
San Marino	752	42	123,83	5,59
Perú	832.929	32.914	100,10	3,95
Bélgica	137.774	10.108	87,29	7,34
Bolivia	137.468	8.156	70,06	5,93
España	835.901	32.562	69,65	3,90
Brasil	4.969.141	147.494	69,49	2,97
Andorra	2.568	53	68,62	2,06
Chile	474.440	13.090	68,59	2,76
Ecuador	143.531	11.743	66,76	8,18
Estados Unidos	7.419.230	209.450	63,35	2,82
Reino Unido	544.279	42.515	62,69	7,81
México	769.558	79.714	61,95	10,36
Italia	333.940	36.061	59,63	10,80
Suecia	96.677	5.892	58,41	6,09
Panamá	116.602	2.440	56,73	2,09
Colombia	869.808	27.017	53,21	3,11
Sint Maarten	689	22	51,43	3,19
Francia	626.502	32.211	49,37	5,14
Argentina	824.468	21.827	48,38	2,65
Países Bajos	149.817	6.509	38,00	4,34
Macedonia del Norte	19.413	772	37,05	3,98
Irlanda	39.584	1.816	36,86	4,59
Kosovo	15.895	628	36,10	3,95
Moldavia	58.794	1.406	34,84	2,39
Armenia	54.473	1.004	33,89	1,84
Guam	2.868	57	33,83	1,99
Irán	483.844	27.658	33,01	5,72
Jersey	438	32	32,70	7,31
Montenegro	12.917	190	30,25	1,47
Aruba	4.108	31	29,06	0,75
Sudáfrica	683.242	17.103	28,91	2,50
Isla de Man	345	24	28,25	6,96
Bosnia y Herzegovina	29.071	901	27,43	3,10
Rumania	142.570	5.203	27,01	3,65
Bahamas	4.632	102	25,99	2,20
Canadá	171.323	9.530	25,29	5,56
Honduras	80.662	2.447	24,78	3,03
Puerto Rico	51.768	705	24,64	1,36
Irak	391.044	9.604	23,98	2,46
Guayana Francesa	10.070	69	23,22	0,69
Total	36.002.827	1.049.810	13,55	2,92

Tabla 3. Casos confirmados y muertes, y tasas de mortalidad y letalidad, de los 40 países con mayores tasas de mortalidad. Datos al 8 de octubre de 2020, 15:24 horas. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Región de la OMS	Casos	Muertes	Tasa de mortalidad (cada 100.000 hab.)	Tasa de letalidad (en %)
América	16.912.756	552.224	19,64	3,27
Sudeste Asiático	7.516.926	121.894	7,24	1,62
Europa	7.069.839	255.372	20,16	3,61
Mediterráneo Oriental	2.503.250	65.068	8,85	2,60
África	1.315.372	29.743	5,41	2,26
Pacífico Occidental	684.684	25.509	3,64	3,73
Total	36.002.827	1.049.810	13,55	2,92

Tabla 3. Casos confirmados y muertes, y tasas de mortalidad y letalidad, según Regiones de la Organización Mundial de la Salud. Datos al 8 de octubre de 2020, 15:24 horas. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

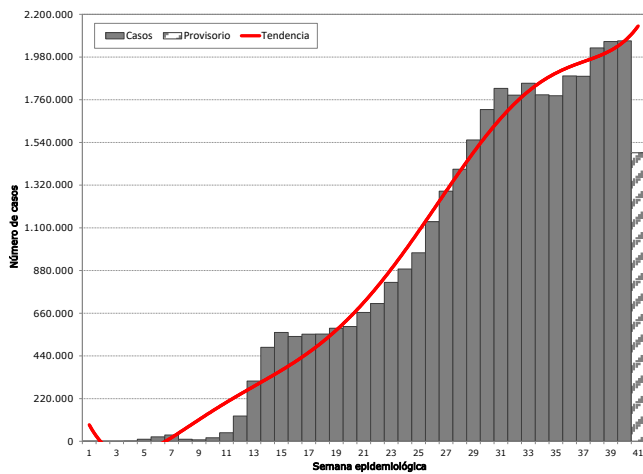


Gráfico 6. Casos confirmados a nivel global, y línea de tendencia. Año 2020, semanas epidemiológicas 1 a 41. Datos al 8 de octubre de 2020, 15:24 horas. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

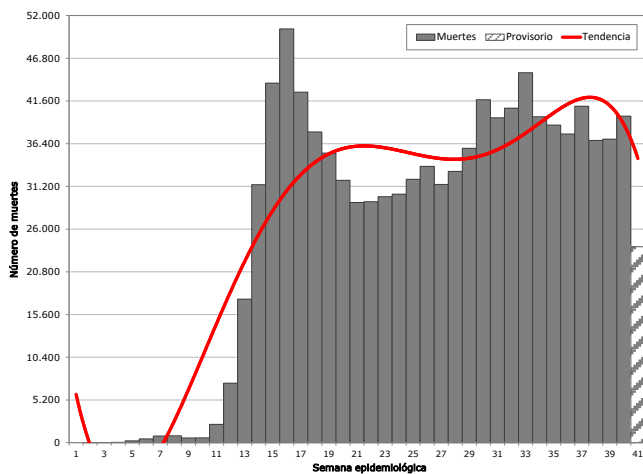


Gráfico 6. Muertes confirmadas a nivel global, y línea de tendencia. Año 2020, semanas epidemiológicas 1 a 41. Datos al 8 de octubre de 2020, 15:24 horas. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

más afectada será Indonesia.

Vertiginosa propagación en Palestina

Expertos advirtieron hoy sobre el peligro que representa la vertiginosa propagación de la COVID-19 en los territorios palestinos, donde han fallecido más de 400 personas de las casi 54.000 infectadas desde el inicio del brote.

La mayor preocupación es que, con el acelerado ritmo de contagio actual, de alrededor de 500 diagnósticos por día, se llegue a perder el control de la pandemia.

El Ministerio de Salud reiteró su llamado a usar barbijo fuera del hogar, y a evitar reuniones colectivas y todo tipo de eventos que impliquen aglomeración de ciudadanos.

Los palestinos encaran una segunda y más severa oleada de la COVID-19, con recursos limitados y una frágil infraestructura de sanidad, por lo que no podrían hacer frente a una explosión de casos.

Según datos oficiales, unos 45.000 lograron recuperarse y 418 fallecieron a causa de la enfermedad.

Las medidas punitivas aplicadas por Tel Aviv complicaron la situación epidemiológica en la franja de Gaza, cuyos pobladores sufrieron apagones de hasta 20 horas, debido a la inactividad de su única planta generadora de energía.

En ese día se registraron 108 muertes, lo que aumentó el número de fallecimientos a 11.580 para asentar al país como el primero de la región en ese capítulo y el segundo en Asia, solo precedido por India.

Ahora sus tasas de casos y muertes por millón de habitantes son de 1.169 y 42, respectivamente, también entre las más elevadas de la región.

La situación epidemiológica en Indonesia es tan crítica que, si se exceptúa a Filipinas, ella sola tiene más enfermos activos (64.924) que las demás ocho naciones del Sudeste Asiático.

En todas sus provincias hay casos, pero Yakarta, la capital, es con mucho la más afectada, con casi un tercio del total.

La pandemia está haciendo grandes estragos en la economía nacional, que junto a las de Tailandia, Malasia, Filipinas y Singapur son las mayores del Sudeste Asiático.

Según estudios de organismos internacionales, la COVID-19 desplomará el producto interno bruto de estos cinco países a los niveles de hace dos décadas, y probablemente la

A mediados de agosto el gobierno sionista impidió el paso de combustible hasta ese filón de tierra, donde viven unos dos millones de personas, lo que interrumpió el servicio de electricidad y entorpeció la labor de centros claves, como los hospitales.

“Los palestinos sufren dos epidemias a la vez, la ocupación israelí y la pandemia, ahora en fase de transmisión comunitaria”, denunció el Secretario General del Movimiento Al-Fatah en Egipto, Mohamed Ghareeb.

DAILY NK

COREA DEL NORTE

BROTE DE FIEBRE TIFOIDEA EN UN CAMPO DE
TRABAJOS FORZADOS EN PYONGAN DEL NORTE

07/10/2020

Las autoridades de un campo de trabajos forzados en el condado de Dongrim, provincia de Pyongan del Norte, suspendieron recientemente las visitas familiares y prohibieron el envío de comida desde el exterior al campo después de un brote de fiebre paratifoidea y tifoidea entre algunos de los reclusos de la instalación.

“A mediados de septiembre, más de 20 pacientes con fiebre paratifoidea y tifoidea aparecieron en un campo de trabajos forzados en el condado de Dongrim”, dijo el 5 de octubre una fuente de la provincia de Pyongan del Norte. “El Ministerio de Seguridad Social, la oficina de seguridad provincial, el comité del partido del condado y la oficina del Ministerio de Seguridad Social del condado ayudaron a movilizar la oficina local contra epidemias y capacitar a los médicos para hacer frente a la situación”.

Después de que algunos de los prisioneros se quejaron de dolor abdominal repentino o fiebre continua, los funcionarios del campo alertaron inmediatamente a sus superiores. Establecieron conexiones entre los síntomas que vieron y la COVID-19 y pensaron que el brote debía tomarse en serio.

El personal de una oficina local de control de enfermedades y los médicos cercanos se movilizaron rápidamente para realizar pruebas médicas a los pacientes. Comenzaron entonces los esfuerzos completos para tratar a las personas enfermas después de diagnosticarles que tenían fiebre paratifoidea y tifoidea.

Las autoridades se han centrado en la mala calidad del agua como posible culpable del brote. Se dieron instrucciones para hervir el agua antes de beber y se ordenó a los lugareños que vivían cerca del campo de trabajo de Dongrim que no se acercaran al campo.

Diecinueve personas que habían sido liberadas del campo de trabajo a fines de septiembre no han podido regresar a sus hogares y actualmente se encuentran en cuarentena en el Hospital Popular del condado de Dongrim, sometiéndose a análisis de sangre, orina y temperatura. Recién podrán regresar a sus lugares de residencia después del 10 de octubre.

No se pudo confirmar la causa exacta del brote en el campo de trabajo, pero las autoridades piensan que la causa más probable es que la bacteria ingresó a través de familiares visitantes. El Ministerio de Seguridad Social, que administra la instalación, decidió prohibir las visitas familiares hasta que los enfermos se recuperen.

Los reclusos en el campo de trabajo deben realizar tareas muy exigentes, y se quejan de la comida que actualmente les proporcionan las autoridades del campo, y afirman que están preocupados de no poder soportar los intensos niveles de trabajo que se les exige en octubre y noviembre si no pueden obtener alimentos de sus familias. Durante estos meses, los reclusos generalmente se ven obligados a dirigirse a las montañas para recolectar troncos y leña.

Las familias de los presos también lamentan el hecho de que no podrán enviar alimentos a las instalaciones.

Las autoridades de Corea del Norte se niegan a divulgar datos de salud pública sobre el bienestar de sus ciudadanos. En junio, dieron órdenes a los líderes locales para prevenir la propagación de la fiebre tifoidea y la COVID-19 mejorando las prácticas de higiene.

El Ministerio de Salud Pública de Corea del Norte agregó en su orden que los norcoreanos tienden a buscar tratamiento en personas sin licencia en lugar de en hospitales, lo que genera temores de que las enfermedades infecciosas puedan aumentar o propagarse sin un diagnóstico claro.

El gobierno de Kim Jong-un se niega a confirmar cualquier caso de COVID-19 en el país desde que comenzó la pandemia. Pero en julio ordenó que se cerrara la ciudad de Kaesong después de que se descubriera una persona con síntomas compatibles con la enfermedad. Todo esto después de alabar la respuesta de su gobierno a la pandemia como un “éxito brillante”.

El embajador de Corea del Norte ante la Organización de Naciones Unidas también ha instado a los líderes mundiales a mostrar un “liderazgo eficaz” para abordar juntos la pandemia.

europa
press

EUROPA

EL PROYECTO ‘MOSQUITO ALERT’ SE
AMPLÍA A 18 PAÍSES DE LA REGIÓN

06/10/2020

El proyecto de ciencia ciudadana ‘Mosquito Alert’ ya está disponible en 18 países europeos, incluida España, con el fin de permitir a los científicos controlar la propagación de estos insectos, que pueden transmitir enfermedades virales como el dengue, la fiebre chikungunya, la fiebre del Nilo Occidental y la encefalitis japonesa.

La iniciativa se ha desarrollado en forma de aplicación móvil y forma parte de la red europea AIM-COST Action y el Versatile Emerging Infectious Disease Observatory (Observatorio Versátil de Enfermedades Infecciosas Emergentes).

Según estas organizaciones, a medida que el planeta se calienta y las lluvias intensas se vuelven más frecuentes, se espera que muchas especies de mosquitos, actualmente restringidas a latitudes tropicales, colonicen nuevas regiones templadas, particularmente en Europa.




A través de la aplicación, las personas pueden fotografiar a los mosquitos que vean y hacerlas llegar a los científicos. Un equipo formado por más de 50 entomólogos expertos internacionales, son responsables de validar las observaciones.

Según datos de septiembre de 2020 del Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades, Europa ha registrado 18 casos autóctonos de dengue (10 en Italia y 8 en Francia) y 168 casos de fiebre del Nilo Occidental, de los que 77 han tenido lugar en Grecia (con 9 muertos), 49 en España (con 4 muertos), 29 en Italia, nueve en Alemania y cuatro en Rumania.

Además, un estudio, al que hacen referencia los organizadores de la aplicación, realizado en 2019 estimó que en caso de que las emisiones de gases de efecto invernadero continúen aumentando, en 2080 alrededor de 400 millones de personas en Europa estarán expuestas, por primera vez, al riesgo de transmisión de dengue, fiebre zika o fiebre chikungunya causado por la expansión de mosquitos del género *Aedes*.

En el caso de España, 'Mosquito Alert' ha funcionado los últimos cinco años, en los que se han avisado de más de 18.300 avistamientos de mosquitos, lo que ha valido para hacer un seguimiento del mosquito *Aedes albopictus*, una especie que puede transmitir el dengue, la fiebre zika y la fiebre chikungunya.

“Nunca podremos lograr una vigilancia global en tiempo real sin nuevas formas de monitorear la distribución y los patrones de actividad de los mosquitos. Los medios tradicionales de recolección de datos son demasiado costosos para cubrir una escala nacional durante mucho tiempo”, confesó el codirector de 'Mosquito Alert', Frederic Bartumeus.

 World Health Organization REGIONAL OFFICE FOR Africa	<i>NAMIBIA</i>
SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA HEPATITIS E	
<i>04/10/2020</i>	

El brote de hepatitis E de larga duración en Namibia, que se declaró el 14 de diciembre de 2017, ha mostrado una tendencia a la baja desde la semana epidemiológica (SE) 30 de 2019. El número de casos fluctuó hasta alrededor de la SE 16 de 2020, y desde entonces ha habido una disminución general bastante constante. Entre el 24 de agosto y el 6 de septiembre de 2020, se notificó un total de 19 casos de hepatitis E en todo el país, en comparación con 29 casos del 10 al 23 de agosto de 2020. De los 19 casos notificados recientemente, la región de Erongo registró el número más alto (10 casos; 53%), seguido de Otjozondjupa (4 casos; 21%), Khomas (4 casos; 21%) y Omoheke (1 caso; 5%). No se notificaron casos en otras partes del país.

Al 6 de septiembre de 2020, se había notificado un total acumulado de 7.954 casos de hepatitis E, incluidos 2.066 casos confirmados por laboratorio, 4.520 por vínculo epidemiológico y 1.368 casos sospechosos. Un total de 2.118 muestras resultaron negativas hasta la fecha y se descartaron. Se ha informado un total de 65 muertes asociadas con la hepatitis E a nivel nacional, con una tasa de letalidad de 0,8%. Entre estas muertes, 26 fueron en mujeres embarazadas o en el período periparto, lo que representa 40% del total de muertes y 6,1% de todos los casos de hepatitis E materna notificados. La última muerte por hepatitis E se informó el 3 de marzo de 2020.

Desde que comenzó el brote, se han notificado casos principalmente en asentamientos informales como Havana y Goreangab en Windhoek, Democratic Resettlement Community en Swakopmund y Kuisebmond en la bahía de Walvis. Se ven afectados entornos similares en otras regiones, donde el acceso al agua potable, el saneamiento y la higiene es limitado. La región de Khomas es la más afectada (4.928 casos, 62% del total), seguida de Erongo (1.675 casos; 21%). Las áreas restantes suman 1.351 casos, 17% de los casos notificados. Actualmente, la región de Omusati sigue notificando un número creciente de casos de hepatitis E, con un total acumulado de 245 casos desde enero de 2020. Entre el 13 de julio y el 6 de septiembre de 2020, la región de Khomas ha notificado un total de 52 casos. Las localidades afectadas más recientemente en la región son Havana (16 casos), Okuryangava (8), Goreangab (6) y Hakahana (3). El asentamiento informal de Democratic Resettlement Community en Swakopmund informó 18 de los 27 casos de la región de Erongo, por lo que es la zona residencial más afectada de la región.

La mayoría de los casos (5.681; 71%) corresponde al grupo etario de 20 a 39 años, y muy pocos (15; 0,2%) son menores de un año. Los hombres (4.720 casos; 59%) se vieron más afectados que las mujeres (3.234; 41%).

Acciones de salud pública

- Las actividades de coordinación se han ralentizado porque la atención se ha desviado hacia el brote de COVID-19 desde la declaración del estado de emergencia en marzo de 2020.
- Los equipos de vigilancia regionales y distritales continúan impartiendo educación sanitaria, rastreando casos e informando semanalmente.
- Actualmente, las existencias de kits de diagnóstico rápido para hepatitis E están agotadas y la adquisición se retrasa, pero el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) está apoyando al Ministerio de Salud y Servicios Sociales para adquirir más kits.
- Se están realizando reuniones comunitarias para sensibilizar a las comunidades acerca de la hepatitis E, junto con materiales de comunicación de riesgos impresos en los periódicos locales y un ejercicio de concienciación realizado el 28 de julio de 2020 en el Día Mundial de la Hepatitis.
- Los asociados para las políticas de agua, saneamiento e higiene (WASH) –el PNUD, el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Ministerio de Salud y Servicios Sociales– están trabajando en conjunto para facilitar la implementación del saneamiento total liderado por la comunidad en Windhoek, para reducir la defecación al aire libre.
- Todas las regiones han recibido tabletas de potabilización del agua.

Interpretación de la situación

La disminución en la incidencia de casos de este prolongado brote de hepatitis E en Namibia es bienvenida, pero hasta que se aborden por completo los problemas de agua, saneamiento e higiene en todos los asentamientos informales de las regiones, la transmisión sigue siendo un riesgo. Hay muchos desafíos, incluidos el desabastecimiento de kits de diagnóstico rápido, los listados regionales de personas asociadas a los casos de hepatitis E que no se envían a tiempo, problemas de calidad de los datos, incluidos errores de datos en los listados y la presentación incompleta y tardía de informes de situación de las regiones, e inadecuadas intervenciones proactivas de los sectores WASH para mejorar el acceso al agua potable y las instalaciones adecuadas de saneamiento en los asentamientos informales urbanos afectados. Estos, junto con las estrategias inadecuadas de comunicación de riesgos para facilitar el cambio de com-

portamiento y hacer cumplir las prácticas de higiene y saneamiento y el comportamiento temprano de búsqueda de salud, significan que la amenaza de nuevos brotes siempre está presente. Estos problemas requieren la atención urgente de las autoridades nacionales y los socios, particularmente en el contexto de las respuestas reducidas como resultado de la epidemia de COVID-19.

BBC

POR QUÉ ES TAN DIFÍCIL SABER QUÉ PAÍSES LO
HAN HECHO MEJOR Y PEOR FRENTE A LA PANDEMIA

06/10/2020

A medida que avanzaba la crisis de la COVID-19, los niveles de contagio han fluctuado y proliferado las restricciones. Pero ha estado siempre presente la idea de que poder diferenciar los países que la gestionan bien y los que no podría servir para sacar conclusiones.

Seguramente a los historiadores del futuro les será difícil saber por qué países de Europa Occidental con economías similares han producido hasta el momento resultados tan drásticamente diferentes.

Se usan las comparaciones internacionales constantemente, por supuesto. Son una manera de medir cómo lo están haciendo los gobiernos. Pero incluso la comparación de los datos más simples puede resultar compleja.

Puede haber diferencias en cómo y cuándo se comunican las muertes, cómo se reflejan las causas de los fallecimientos en los certificados de defunción, y cuánto tiempo debe pasar desde un test positivo hasta que murió el enfermo para considerar la COVID-19 como causa de muerte. Todos esos factores influirán en los resultados de un país en cualquier momento en el que se quiera evaluarlo.

Hasta ahora, las diferencias entre unos y otros países parecen ser sorprendentes.

La tasa de mortalidad en Alemania se sitúa en torno a 11,40 muertes cada 100.000 personas, mientras que en la vecina Bélgica es siete veces más alta (87,03). Francia se sitúa en un nivel intermedio, con 49,15, mientras que el Reino Unido se acerca a lo más alto de la tabla europea con 62,48.

Todos son países prósperos y cuentan con sistemas sanitarios capaces, y todos han aplicado medidas similares para combatir al virus, con una combinación de cierres, distanciamiento físico y consejos para mejorar la higiene de manos. En algunas localidades se ha llegado a reforzar todo esto con toques de queda.



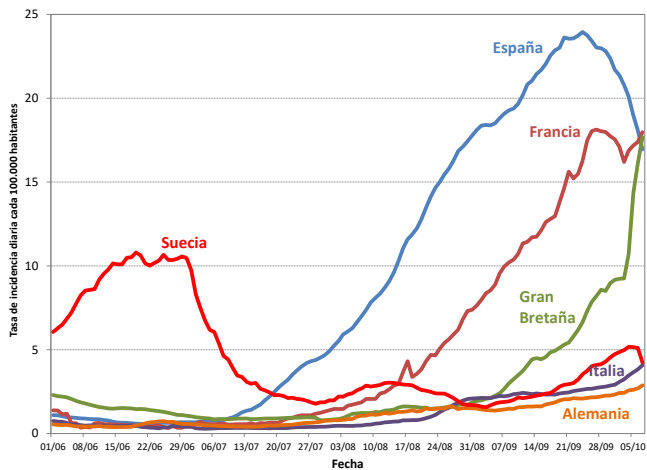


Gráfico 7. Promedio móvil semanal de incidencia cada 100.000 habitantes. Países seleccionados. Año 2020, del 1 de junio al 7 de octubre. Datos al 7 de octubre de 2020, 16:23 horas. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

oportunidad: cuán rápido se toman medidas puede ser tan importante como las medidas adoptadas.

El prestigioso científico alemán Christian Heinrich Maria Drosten lo expresó así en los días previos a la cumbre de la Organización Mundial de la Salud celebrada este mes en Berlín: “Ya hay discursos celebrando el éxito alemán, pero no está muy claro en qué se basan. Nos hemos movido exactamente con las mismas medidas que otros. No hemos hecho nada especialmente bien; simplemente lo hicimos antes”.

Alemania cuenta con un extenso sistema de pruebas diagnósticas, un sistema público de rastreo bien asentado y dotado de funcionarios, y más camas de cuidados intensivos que la mayoría de países.

Pero es posible que haya sido igual de importante el hecho de que la canciller Angela Dorothea Merkel, uno de los pocos líderes mundiales con formación en ciencia, pueda interpretar los datos por sí misma.

En una rueda de prensa tras reunirse con los jefes de los gobiernos de los estados federales que conforman Alemania, inició así una de sus respuestas: “Simplemente, llevo a cabo un modelo de cálculo”.

A continuación siguió hablando de la lógica matemática que explica el crecimiento exponencial de una pandemia, para concluir con la advertencia de que su país podría necesitar tomar medidas adicionales. Tuvo cuidado en describir la situación como “urgente”, pero no dramática.

Drosten afirma que una población que se siente bien informada se mostrará más inclinada a cumplir con las instrucciones del gobierno.

“Estoy leyendo sobre un nivel de apoyo a las medidas de 85 a 90%; es un logro enorme. Todo el mundo conoce a alguien en su propio círculo que no acepta las medidas, pero se puede hablar con ellos, y es lo que deberíamos estar haciendo. Creo que es una de las mayores ventajas que tenemos en Alemania”.

Drosten subraya que la cuestión es si la ciencia confluye con la sociedad. En otras palabras, no se trata de las herramientas con las que cuenta el gobierno, sino de cómo reacciona el país cuando el gobierno hace uso de ellas.

El profesor Yves Van Laethem, asesor del gobierno belga, y dijo que es posible que este haya confundido al público al cambiar sus mensajes demasiado rápido y con excesiva frecuencia.

Pero cuanto más se observan los datos, más difícil se hace explicar las diferencias.

Por ejemplo, Lombardia y Veneto son dos regiones vecinas en el norte de Italia, pero presentan diferencias impactantes. La tasa de mortalidad en Lombardia llega a 167 cada 100.000 habitantes, mientras que la de Veneto es de 43.

Quizá por esa dificultad para explicar los números, la visión en Alemania sobre si lo está haciendo mejor que otros países es bastante más prudente de lo que pudieran imaginar. Un factor, se reconoce, puede ser la

“La gente se pregunta por qué”

Van Laethem afirmó que hacían falta medidas sostenibles y estables a medida que se acerca el invierno pero había bajado la disposición de los belgas a aceptar más cambios en las reglas, un fenómeno que se detecta también en Reino Unido y otros países.

“El gobierno propone algo y de inmediato hay una disputa; en marzo y abril la gente estaba tan asustada que cumplía las reglas sin protestar tanto. Pero ahora la gente ve que, mientras los casos suben, la tasa de mortalidad se mantiene baja y se pregunta por qué tienen que hacer todas esas cosas”.

Quizá sea eso lo que explica que Bélgica se convirtiera en uno de los pocos países en relajar las restricciones justo cuando crecía el temor a una segunda ola en otoño.

Desde fines de julio, el uso de barbijo en los espacios públicos abiertos y cerrados era obligatorio en Bélgica. Debía usarse incluso si se caminaba solo por un parque desierto en mitad de la noche.

Desde el 1 de octubre, esas reglas se han relajado. Ahora sigue siendo obligatorio en los comercios y el transporte público, pero en los espacios abiertos solo cuando hay mucha gente.

En cambio, después de meses resistiéndose, sus vecinos de los Países Bajos comenzaron a endurecer sus reglas, recomendando el uso de barbijos en tiendas y autobuses.

Nils Anders Tegnell, el virólogo jefe en Suecia, recibió críticas por quienes reclaman a las autoridades coherencia y sostenibilidad en las medidas a aplicar.

Su consejo de permitir abrir a bares y restaurantes y no obligar al uso de barbijo fue cuestionado por muchos en la primera fase de la pandemia, pero parece cada vez más respaldada por las evidencias disponibles en la segunda.

Por supuesto, es un mito que el gobierno sueco “no hizo nada” en respuesta a la crisis. Ha tomado medidas para ralentizar al virus, incluidas las de distanciamiento físico y fomento de la higiene de manos. Tegnell destaca la importancia de “darle mucha influencia a la población” en el diseño de esas medidas.

El sosegado sentido comunitario de la cultura política sueca puede hacer un poco más fácil el trabajo del virólogo y plantea una interesante cuestión sobre hasta qué punto el desenlace de los acontecimientos viene determinado no solo por las medidas gubernamentales sino por la reacción a las mismas una vez han sido anunciadas.

Si puede confiarse en que los suecos y los alemanes aceptarán las órdenes y consejos de sus gobiernos, ¿qué pasa en las sociedades en las que los gobiernos son vistos con más escepticismo, donde los partidos de oposición, sindicatos, diarios sensacionalistas y responsables locales enojados en las áreas más afectadas rechazan las decisiones del poder central?

“Es demasiado pronto”

En Francia, por ejemplo el ministro de Salud, Olivier Véran, anunció nuevas restricciones para la populosa zona costera que rodea a la ciudad de Marseille sin consultar con las autoridades locales. El cierre parcial incluye bares y restaurantes.

El presidente del gobierno regional, el médico Renaud Muselier, describió la decisión como “inadecuada, unilateral y brutal”, advirtiendo de que provocaría un sentimiento de “revolución y revuelta” entre la población.

Por supuesto, este no es solo un debate académico sobre epidemiología. Marseille se ve a sí misma como rival de la lejana París y nunca costará encontrar allí una sensación de resentimiento hacia el poder central parisino.

Pero será interesante ver qué efecto tiene, si es que tiene alguno, la hostil reacción local a la decisión del gobierno.

En definitiva, a estas alturas de la pandemia, se encuentran todo tipo de dificultades para hacer comparaciones internacionales.

Incluso algo tan básico como el distanciamiento físico es complejo. Francia, Alemania y Reino Unido, por ejemplo, tienen distintas medidas en vigor sobre esto (un metro, metro y medio, y dos metros respectivamente). Pero dilucidar cuál de ellas es la correcta y cómo encontrar el balance entre minimizar el riesgo y las molestias llevará meses, o tal vez, años de estudios.



Indicaciones de distanciamiento físico en Alemania.

Los problemas de hacer ese tipo de comparaciones pueden ilustrarse con las expresiones de uno de los más destacados políticos de Bélgica, el día que científicos y políticos británicos habían elogiado algunos aspectos de la respuesta belga a la segunda ola.

Estaba sorprendido: “Honestamente, cada noche se puede ver en la televisión un experto en Stockholm, Londres o París decir algo ligeramente diferente. Pero, claro, todos son expertos. Es demasiado pronto para las comparaciones. Quizá eso sea posible el año que viene, quizá haya que esperar a 2022, pero ahora no”, dijo.

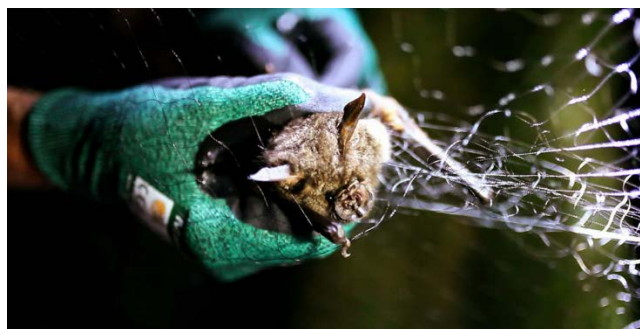
Quizá la única conclusión que se puede afirmar con seguridad es que el desenlace para la salud global de esta crisis no dependerá solamente de lo que cada gobierno diga que se debe hacer y no hacer; dependerá tanto, si no más, de las decisiones que cada individuo tome sobre lo que se le ha dicho.

Science

VIRUS RECIÉN DESCUBIERTOS SUGIEREN QUE LA
RUBÉOLA SALTÓ DE LOS ANIMALES A LOS HUMANOS

07/10/2020

El virus que causa la rubéola finalmente tiene compañía. Los científicos nunca habían identificado parientes cercanos del virus, dejándolo como el único miembro de su género, *Rubivirus*. Pero un reciente informe ha revelado que la rubéola ha ganado una familia. Uno de sus dos parientes recién descubiertos infecta a los murciélagos en Uganda;



el otro mató animales de tres especies diferentes en un zoológico alemán y también se encontró en ratones silvestres que vivían cerca.

Los hallazgos sugieren fuertemente que en algún momento del pasado, un virus similar saltó de los animales a los humanos, dando lugar al actual virus de la rubéola. Aunque se sabe que ninguno de los nuevos virus infecta a los seres humanos, el hecho de que un virus relacionado haya saltado de especie genera preocupaciones de que los dos virus u otros parientes aún desconocidos puedan causar brotes en humanos.

Altamente infeccioso, el virus de la rubéola generalmente causa erupciones y fiebre, pero en mujeres embarazadas puede provocar abortos espontáneos, muerte fetal y bebés que nacen con síndrome de rubéola congénita, que incluye sordera y problemas oculares, cardíacos y cerebrales. Se estima que 100.000 recién nacidos se ven afectados por el síndrome anualmente, principalmente en África, el Pacífico Occidental y el Mediterráneo Oriental; en muchos otros países, la vacuna triple viral –contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola– la ha convertido en una rareza.

Un equipo de investigadores descubrió uno de los nuevos virus en ejemplares aparentemente sanos del murciélago *Hipposideros cyclops*, capturados por la noche en el Parque Nacional Kibale en Uganda. Lo llamaron virus Ruhugu, en honor a la región de Ruteete de Uganda y la palabra local para murciélago. La arquitectura del genoma de Ruhugu es idéntica a la del virus de la rubéola, y 56% de los aminoácidos en sus ocho proteínas coinciden con los de el de la rubéola. La proteína que interactúa con las células inmunitarias del hospedador era casi idéntica en ambos virus.

Mientras se preparaban para publicar, los investigadores se enteraron de que otro equipo había detectado otro pariente de la rubéola en el tejido cerebral de un burro, un canguro y un carpincho (*Hydrochoerus hydrochaeris*). Todos murieron de encefalitis, en un zoológico no identificado. Encontraron el mismo virus en ratones leonados (*Apodemus flavicollis*) capturados en el zoológico y en un radio de 10 kilómetros. Los ratones parecían estar bien, lo que sugiere que eran un reservorio natural desde el cual el virus se propagaba a los animales del zoológico. Al comparar sus datos, los equipos se dieron cuenta de que sus virus estaban relacionados, aunque el Ruhugu estaba más cerca de la rubéola que el segundo pariente, el virus Rustrela, que lleva el nombre de una laguna en el mar Báltico.

Otros dos virus que afectan principalmente a los niños, los del sarampión y la parotiditis, también provienen de animales, por lo que ahora se sabe que todas las enfermedades que previene la vacuna triple viral tienen un origen zoonótico. Dada la distancia genética entre la rubéola y los virus Ruhugu y Rustrela, los investigadores no creen que ninguno de ellos haya dado el salto a los humanos, pero sospechan que encontrarán otros *Rubivirus* si miran más de cerca.

La investigación es realmente importante, dado que hay muy poca comprensión de la procedencia de la rubéola. El hallazgo subraya la importancia del enfoque de “Una sola salud”, que reconoce que la salud de las personas está estrechamente relacionada con la de los animales y el ambiente.

Ambos virus merecen una estrecha vigilancia. Es realmente interesante que Rustrela fuera capaz de infectar tanto a mamíferos placentarios como marsupiales, y que saltara activamente entre especies. Esa flexibilidad podría significar problemas.

“¿Has oído hablar de los dedos de los pies COVID?” Mi esposa, mientras trabajaba en las notas clínicas de su práctica de pediatría ese día, hizo la pregunta con un tono de resignación.

No había oído nada acerca de eso, pero busqué rápidamente en la Web y encontré varios informes de erupciones en los dedos de los pies de niños infectados con el SARS-CoV-2. Recordé de la escuela de medicina que las erupciones eran un síntoma relativamente común en los niños con infecciones virales, pero el hecho de que los niños mostraran cualquier signo de infección por SARS-CoV-2 era preocupante.

“Vaya. ¿Viste eso hoy?”, pregunté.

“Acabo de leer sobre eso”, suspiró. “Estoy seguro de que recibiremos llamadas”.

Una estadística comúnmente citada por los educadores médicos es que el corpus de conocimiento médico se duplica aproximadamente cada dos años. Pero aunque eso puede muy bien ser cierto en conjunto, la práctica diaria de la medicina no cambia a un ritmo vertiginoso. El tratamiento de la gran mayoría de las dolencias humanas se basa en décadas de conocimiento y se basa en la investigación del funcionamiento normal del cuerpo humano y el origen y naturaleza de las enfermedades y las formas en que el campo de la medicina puede detectarlas y tratarlas.

En mi experiencia, la profesión médica tiende a seleccionar personas que anhelan un tipo particular de especialidad a la que domina. Durante muchos años, nos sumergimos en la ciencia y la práctica de la curación, memorizando información de libros y artículos que nos brindan la imagen más precisa de una miríada de enfermedades y su tratamiento. Aunque a veces un solo artículo puede abrirse paso y llegar a la vanguardia de la medicina en cuestión de meses, la verdad es que estos cambios suelen ocurrir lentamente, lo que permite a los médicos actualizar cuidadosamente sus conocimientos y conservar su experiencia.

La COVID-19 ha hecho un agujero en esa versión de la medicina.

A mediados de marzo de 2020, cuando quedó claro que la crisis de la COVID-19 estaría avanzando en Boston, el Hospital General de Massachusetts (MGH), donde practico psiquiatría, solicitó voluntarios para ayudar en el sitio de pruebas de saturación, ubicado en lo que había sido una bahía interior de ambulancias junto al Departamento de Emergencias del MGH. Tuve la suerte de poder servir como evaluador clínico junto con los médicos tratantes de otros departamentos tan diversos como cirugía, radiología y medicina. Había pasado una década

⁴ James Niels Rosenquist se desempeña en el Departamento de Psiquiatría del Hospital General de Massachusetts y en la Escuela de Medicina de Harvard, ambos en Boston, Estados Unidos.

desde que había tratado a pacientes por afecciones no psiquiátricas, por lo que hice todo lo posible por memorizar la información permanente sobre los síntomas y la historia que cumplirían los criterios para una prueba de COVID-19 o una transferencia al Departamento de Emergencias. En mi segundo día, obtuve una nueva copia impresa de estos criterios y noté que ya no incluía diarrea, pero sí dolor muscular. Le pregunté a la jefa de enfermería sobre la nueva lista. Me dijo que los criterios se habían cambiado de la noche a la mañana debido a nuevas pruebas que habían sido revisadas por los médicos principales a cargo de la respuesta a la COVID-19.

Aunque sospecho que tal improvisación frente a la información y las condiciones cambiantes puede ser común para las personas en otras profesiones, no era a lo que la mayoría de los profesionales de la medicina estábamos acostumbrados. En un momento, escuché a un asistente senior hablar con el gerente clínico sobre un paciente que técnicamente no cumplía con los criterios para las pruebas, pero que tenía factores de riesgo sustanciales. Señalando la lista de criterios en la pared, preguntó cuál era el punto de tener criterios si no se seguían. Estos criterios no habían sido formulados durante años por los comités de expertos, pero estaban destinados a ayudar a guiar un trabajo en progreso.

Al hablar con colegas durante los meses siguientes, he detectado repetidamente una especie de “fatiga bayesiana”: una disforia inducida por el estrés que se experimenta cuando el corpus de conocimiento que uno ha adquirido durante años o décadas y que es la base de su trabajo se vuelve menos importante que la información que se recopila de fuentes dispares en tiempo real. Esta revisión constante afecta no solo al trabajo clínico, sino también a la vida personal. Cuando nuestros familiares y amigos nos preguntan si deberían tomar antimaláricos, si el ibuprofeno podría empeorar sus síntomas, o simplemente “¿Cuándo terminará esto?” tenemos que decirles: “Todavía no podemos estar seguros”. Sospecho que la mayoría de mis colegas están acostumbrados a recibir preguntas sobre temas fuera de sus campos de especialización, pero nunca en un volumen tan alto y sin contar con recursos confiables en línea, consultas de pasillo con colegas, o especialmente en nuestro bagaje previo de conocimiento.

No es que los médicos hayan estado volando a ciegas. En los últimos meses, ha habido un tremendo aumento en el conocimiento, basado tanto en la adaptación de las prácticas utilizadas para tratar enfermedades virales similares como en nuevas investigaciones que se están realizando a una escala tan masiva que las actualizaciones diarias del conocimiento pueden al menos ser considerado de mejor calidad. Me asombra el ritmo al que mis colegas se han adaptado a la nueva información, incluso cuando la incertidumbre cobra un precio psicológico, además de todos los demás que les ha impuesto esta crisis.

También sé, especialmente como psiquiatra, que la medicina no es una ciencia exacta. No tengo ninguna duda de que la mayoría de mis colegas estarían de acuerdo en principio. Sin embargo, el “arte” ampliamente aceptado de la medicina al que muchos de nosotros nos suscribimos a menudo se considera un arte dentro de un conjunto de restricciones: disponemos nuestras pruebas, órdenes y medicamentos siguiendo un pentámetro clínico yámbico que es cauteloso, minucioso y confidente. Aunque es posible que no siempre lleguemos a un diagnóstico, tratamiento o pronóstico definitivo, sabemos que estamos adoptando un enfoque consagrado que es integral y reflexivo, digno de la vida que los pacientes ponen en nuestras manos.

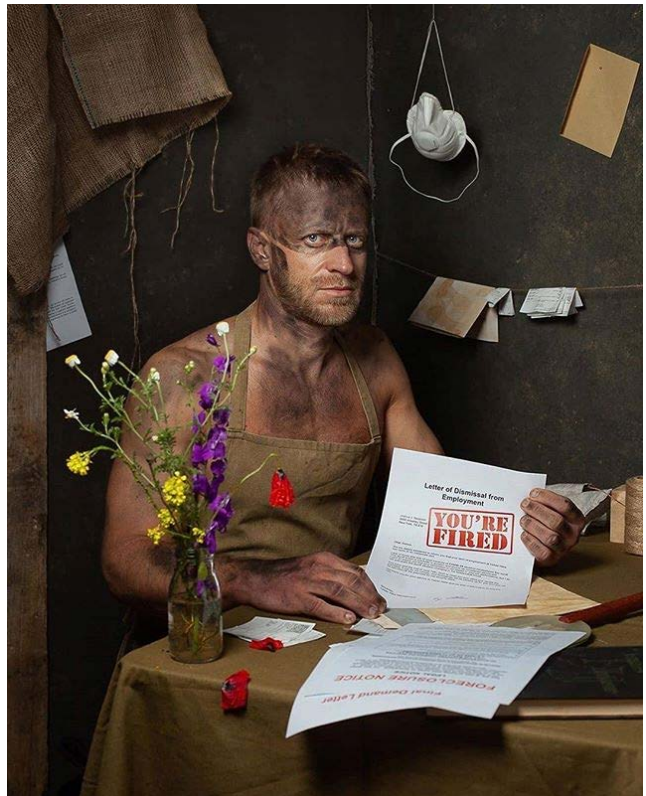
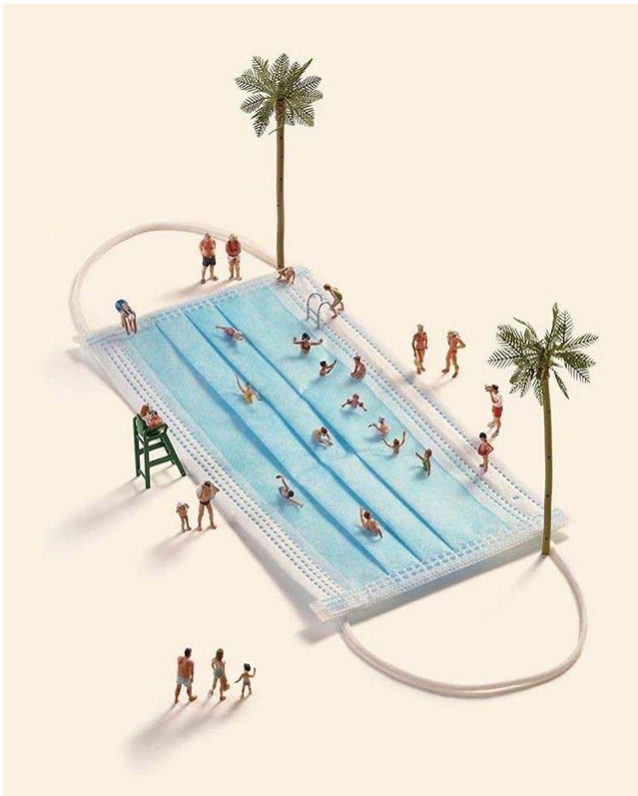
Sospecho que es la pérdida incluso de ese tipo de estabilidad lo que ha generado un nuevo y particular tipo de angustia entre los médicos. Estas condiciones nos dificultan brindar una de las cosas más importantes que podemos ofrecer a los pacientes: tranquilidad. La tranquilidad

de que, pase lo que pase, estamos aquí como sanadores que hemos trabajado durante años o décadas para adquirir los conocimientos y las habilidades para trazar el mejor curso posible y mejor informado para su atención. O la tranquilidad de que las afirmaciones infundadas realizadas en las plataformas de redes sociales que los pacientes leen a diario son de hecho falsas. Esta tranquilidad es en sí misma una forma de curación: puede brindar a los pacientes la tranquilidad de sentir que realmente conocemos una enfermedad y podemos hacer predicciones precisas sobre su resolución.

Desde aquellos aterradores primeros días de marzo, hemos aprendido más sobre el diagnóstico y el tratamiento de la COVID-19. Los médicos pueden aplicar las mejores prácticas emergentes que se comparten entre las nuevas redes de médicos de todo el mundo que han surgido desde que comenzó la pandemia. Los tratamientos más prometedores ahora se están estudiando en ensayos que utilizan los métodos de mayor nivel. Estos desarrollos han ayudado a los médicos a ajustar la atención mucho más rápido de lo que podrían haber sido capaces antes de que llegara la pandemia. Aun así, incluso en este estado crónico sobre agudo en el que ha evolucionado la pandemia, los médicos seguirán enfrentándose a choques inesperados, como la aprobación temprana de medicamentos y vacunas antes de completar sus ensayos clínicos o presentaciones de complicaciones clínicas emergentes. Los médicos seguirán en la difícil posición de comunicar noticias de esta enfermedad a pacientes, amigos y seres queridos cuando no haya consenso sobre detalles importantes y una incertidumbre potencialmente creciente. Mi esperanza es que al menos estemos preparados para nuevas interrupciones en nuestras zonas de confort clínico a medida que continuamos haciendo lo mejor que podemos por nuestros pacientes y comunidades.⁵

⁵ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

Arte y pandemia



The COVID Art Museum ([@COVIDartmuseum](https://www.instagram.com/COVIDartmuseum/)).

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