



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente

www.reporteepidemiologicocordoba.com

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

2.063

15 de junio 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 intoxicaciones por monóxido de carbono
- Alerta por enfermedad meningocócica
- Santa Fe, Esperanza: Detectan dos casos de hantavirosis

América

- Estados Unidos, South Carolina: Oportunidades perdidas en la prescripción de la PrEP en personas en situación de alto riesgo de adquirir el VIH
- Estados Unidos, Idaho: Primer caso humano confirmado de peste en el estado desde 1992
- México, Tamaulipas: Confirmaron tres casos de rickettsiosis en lo que va del año
- Venezuela: Actualización epidemiológica sobre la detección de poliovirus vacunal, Sabin tipo 3, en un caso de parálisis flácida aguda

El mundo

- África: Nueve países se preparan ante una potencial propagación de la enfermedad por el virus del Ébola
- Angola desecha la mitad del plasma recolectado por problemas de infección en las muestras de sangre
- China: La incidencia de la escarlatina se triplicó entre 2004 y 2016
- India, Kerala: El brote de infecciones por el virus Nipah habría sido contenido
- Kenya en alerta por brotes de cólera, dengue, sarampión y fiebre chikungunya
- La ONU advierte que los progresos para acabar con el sida en 2030 son desiguales y frágiles en todo el mundo
- Las vacunas contra *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* tipo b salvaron 1,35 millones de vidas de niños desde el año 2000

Adhieren:

SLAMVI

Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/

CIRCULO MÉDICO DE CÓRDOBA

www.circulomedicocba.org/

CMPC Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba

www.consejomedico.org.ar/



Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas

Universidad Nacional de Córdoba

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



S.A.D.I.

www.sadi.org.ar/

Comité Nacional de Infectología

Sociedad Argentina de Pediatría

www.sap.org.ar/



www.apinfectologia.org/

Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica

www.sadip.net/

Asociación Parasitológica Argentina

www.apargentina.org.ar/

Vigilancia de intoxicaciones por monóxido de carbono

4 de junio 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	27	7	23	4
Buenos Aires	51	38	29	19
Córdoba	19	11	12	7
Entre Ríos	5	5	12	12
Santa Fe	2	2	3	3
Centro	104	63	79	45
Mendoza	14	—	12	—
San Juan	—	—	2	2
San Luis	—	—	1	1
Cuyo	14	—	15	3
Corrientes	1	—	—	—
Chaco	—	—	—	—
Formosa	—	—	1	—
Misiones	2	—	5	—
NEA	3	—	6	—
Catamarca	2	—	3	—
Jujuy	—	—	—	—
La Rioja	—	—	—	—
Salta	9	—	10	—
Santiago del Estero	1	—	3	—
Tucumán	3	3	3	3
NOA	15	3	19	3
Chubut	8	5	—	—
La Pampa	—	—	—	—
Neuquén	10	2	19	—
Río Negro	17	10	24	9
Santa Cruz	3	—	13	3
Tierra del Fuego	8	2	10	—
Sur	46	19	66	12
Total Argentina	182	85	185	63

Tabla 1. Casos notificados y confirmados, según provincia y región. Argentina. Años 2017/2018, hasta semana epidemiológica 14. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVI-LA.¹

Alerta por enfermedad meningocócica

12 de junio de 2018 – Fuente: Sociedad Argentina de Pediatría (Argentina)

Recientemente se han detectados casos de enfermedad meningocócica fatal en la provincia de Chaco, identificándose *Neisseria meningitidis* serogrupo C, por lo que creemos oportuno repasar algunos aspectos inherentes al manejo y la prevención de este cuadro infeccioso.

La enfermedad meningocócica es un problema de salud en todo el mundo. *Neisseria meningitidis* es un agente etiológico destacado por la producción de meningitis y sepsis fulminante. Es claramente más frecuente en los niños menores de 5 años, aunque pueden ocurrir casos en todos los grupos etarios.

Esta bacteria se transmite de persona a persona a través de gotitas respiratorias desde un portador asintomático y menos frecuentemente desde un enfermo, hasta 24 horas de iniciado el tratamiento eficaz.

La epidemiología de la enfermedad meningocócica cambia constantemente, con fluctuaciones importantes en la incidencia de la enfermedad en las distintas regiones y en la distribución de los serogrupos.

En Argentina, en los últimos años se notifican de 170-300 casos de enfermedad meningocócica por año (tasa de incidencia de 0,44 a 0,75 casos cada 100.000 habitantes), afectando principalmente a niños menores de 5 años.

El mayor impacto se observa en la población infantil menor de un año (13,2 casos cada 100.000 habitantes). El grupo de lactantes menor de 9 meses es el grupo etario más afectado (64%).

Actualmente en Argentina no se observa un aumento de la incidencia en la población de adolescentes, como se ha visto en otros países.

Según datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de Argentina, se registra un total de 20-30 fallecidos anualmente por enfermedad meningocócica (tasa de letalidad de 10%). El mayor impacto se observa en los menores de un año.

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

La infección por *Neisseria meningitidis* tiene varias modalidades de presentación clínica, a saber:

- **Enfermedad meningocócica invasiva grave:** Puede tener una evolución rápida con progresión de los síntomas iniciales inespecíficos a la muerte tan sólo en 24-48 horas. La letalidad de este cuadro es mayor a 10%. Se presenta como una púrpura fulminante (síndrome de Waterhouse-Friderichsen) con marcada inestabilidad hemodinámica y desarrollo de coagulación intravascular diseminada. Este cuadro puede ocurrir con meningitis concomitante, lo que reconoce un mejor pronóstico evolutivo. La mortalidad de la enfermedad invasiva es muy alta, aun con tratamiento adecuado entre 10% y 20% de los pacientes fallecen y hasta 15% de los que sobreviven tienen secuelas graves (convulsiones, sordera, insuficiencia renal).

- **Meningitis de presentación subaguda:** Con fiebre alta y trastornos del sensorio, pero con buen pronóstico evolutivo, siendo la infección meníngea bacteriana relacionada con el menor número de complicaciones.

- **Otras manifestaciones menos frecuentes:** Neumonía, pericarditis, miocarditis, artritis, endoftalmítis.

- **Meningococemia crónica:** Ocurre en pacientes con ciertas situaciones predisponentes, tales como déficit de un componente terminal del complemento C5-C9, deficiencia de C3 y properdina, asplenia anatómica o funcional, hipo/agammaglobulinemia y VIH/sida. Es una forma infrecuente y se caracteriza por fiebre, lesiones cutáneas, compromiso articular, y desarrollo en hemocultivo de la bacteria responsable, habitualmente sin compromiso hemodinámico ni meníngeo.

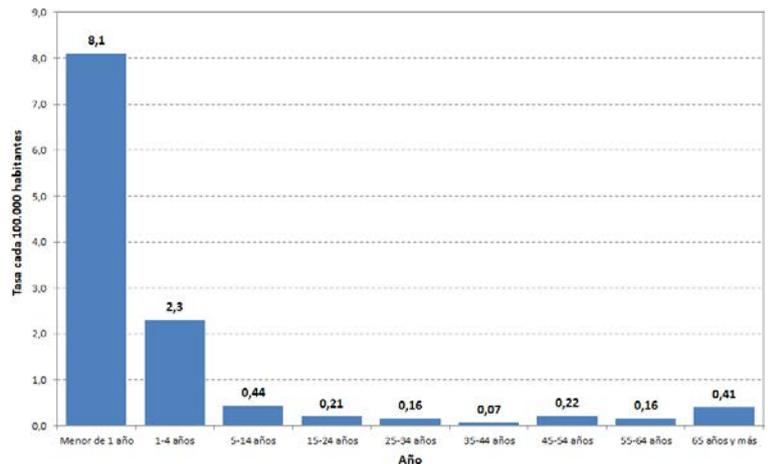


Gráfico 1. Promedio de tasa de mortalidad cada millón de habitantes, según grupos etarios. Argentina. Años 2005/2013. Fuente: Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud de Argentina.

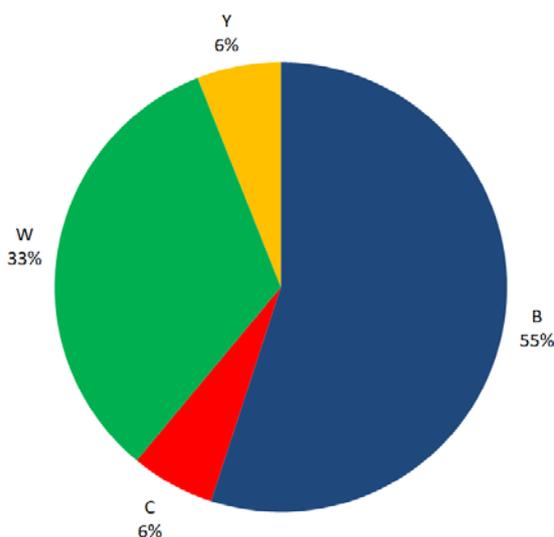


Gráfico 2. Distribución porcentual de serogrupos. Argentina. Año 2016. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

Quimioprofilaxis pos exposición

La tasa de ataque para los contactos domiciliarios o en jardines maternos y de infantes se estima en 4 casos cada mil personas expuestas, lo que es 500 a 800 veces mayor que la tasa para el total de la población.

Es importante definir con certeza cuál es el contacto cercano con riesgo aumentado de infección que ocurre en el miembro de la casa, el asistente a los centros de cuidados diurnos, jardines maternos y de infantes, colegios, universidades, comunidades semicerradas que haya estado en contacto con un paciente con enfermedad meningocócica, por más de 4 horas diarias, durante 5 días de la semana; o cualquier persona expuesta directamente a las secreciones orales del enfermo (compartir utensilios de comida o bebidas, besos, estornudar o toser, realizar maniobras de reanimación sin protección, etc.)

También debe conocerse la definición de caso secundario, que es aquel que ocurre en un contacto cercano, a las 24 horas o más de presentada la enfermedad en el caso primario.

Los cuidados que deben tenerse en cuenta en las personas expuestas a un caso de enfermedad invasiva por meningococo son las siguientes:

- **Observación cuidadosa:** Los contactos domésticos, escolares y de jardines y guarderías que desarrollan una enfermedad febril deben ser evaluados en forma perentoria.
- **La quimioprofilaxis se recomienda en varias situaciones:**
 - Contacto doméstico, en especial los niños pequeños.
 - Contactos en el jardín o guardería en los 7 días previos.
 - Exposición directa a secreciones del caso índice a través del beso o por compartir cepillos de dientes o cubiertos durante los 7 días previos.
 - Reanimación boca a boca, contacto sin protección durante la intubación endotraqueal o durante la aspiración de secreciones respiratorias.
 - Dormir o comer con frecuencia en la misma vivienda que el caso índice en los 7 días previos.

La administración de quimioprofilaxis a los contactos convivientes durante los primeros 30 días tras el inicio de los síntomas en el caso índice reduce en 89% la aparición de casos secundarios de enfermedad meningocócica invasiva. El número necesario a tratar para prevenir un caso es 218 (IC95% 121 a 1.135).

También es importante recordar que no se recomienda profilaxis frente a:

- Un contacto casual, sin antecedentes de exposición directa a las secreciones respiratorias del caso índice (ej. compañero de la escuela o del trabajo).
- Un contacto indirecto con un contacto de alto riesgo, sin contacto directo con el caso índice.
- Personal médico sin exposición directa a las secreciones respiratorias del paciente.

– Los cultivos de aspirados nasofaríngeos y de hisopados de fauces no son útiles para determinar el riesgo.

En relación con el manejo del caso índice, debe recordarse que si el enfermo recibió cefalosporinas de tercera generación como tratamiento, no requiere quimioprofilaxis antes del alta.

La rifampicina es la droga de elección para realizar la quimioprofilaxis en los niños, pero hay otras alternativas para adultos.²



Santa Fe, Esperanza: Detectan dos casos de hantaviriosis

12 de junio de 2018 – Fuente: Uno Santa Fe (Argentina)

Tras la detección de dos casos de hantaviriosis en la ciudad de Esperanza, el equipo de salud de esa ciudad, con el apoyo del Ministerio de Salud de la provincia, difundió información a la comunidad con el objetivo de prevenir la enfermedad.

Se trata de una enfermedad viral poco frecuente que puede ser grave para los humanos. Las dos personas enfermas, oriundas de Esperanza, permanecen internadas en la capital provincial.

Según fuentes no oficiales, se trataría de dos adolescentes de unos 15 años de edad, que serían novios. Uno de los casos permanece internado hace un mes, mientras que el segundo se detectó hace una semana, según Carolina Cudos, directora de Epidemiología de la provincia de Santa Fe.

Desde el área de Salud recalcaron que “siempre aparecen casos en la provincia” y que son aislados, en diferentes localidades. En esta oportunidad, si bien se trata de dos casos en una misma ciudad, la cartera sanitaria descarta un posible brote.

América

Clinical Infectious Diseases

Estados Unidos, South Carolina: Oportunidades perdidas en la prescripción de la PrEP en personas en situación de alto riesgo de adquirir el VIH

22 de mayo de 2018 – Fuente: *Clinical Infectious Diseases*

El personal sanitario está perdiendo oportunidades de prescribir la profilaxis preexposición al VIH (PrEP) a personas en situación de alto riesgo de adquirir el VIH. Las mujeres, las personas negras y las personas jóvenes fueron especialmente propensas a no recibir la prescripción de esta herramienta preventiva.

En el año 2012, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de Estados Unidos autorizó la indicación de Truvada® [un comprimido que combina emtricitabina y tenofovir disoproxil fumarato] como PrEP. Con una adherencia correcta, este fármaco reduce el riesgo de infección por el VIH entre personas que no tienen el virus, pero que están en situación de alto riesgo de contraerlo por vía sexual.

Según la evidencia acumulada, se calcula que más de 1,2 millones de estadounidenses se encuentran en riesgo de contraer el VIH y que, por tanto, son candidatos a recibir PrEP. Sin embargo, solamente se ha prescrito esta herramienta preventiva a, aproximadamente, 100.000 personas. Ampliar el uso de la PrEP, eliminando las diferencias de acceso según la etnia, es un objetivo primordial en el abordaje de la prevención del VIH.

Con el fin de conocer si se están perdiendo oportunidades de proporcionar la PrEP durante las visitas médicas previas a la infección por el VIH, se llevó a cabo un estudio retrospectivo en South Carolina. Dicho estudio incluyó a 885 personas mayores de 13 años que habían sido diagnosticadas de infección por el VIH entre el año 2013 y 2016 y con evidencia de infección reciente.

A través de tres bases de datos médicas, se recopiló información sobre los pacientes, las visitas a los centros de salud anteriores al diagnóstico, las infecciones de transmisión sexual (ITS), así como las razones por las que los pacientes no reciben atención médica.

Del total de personas participantes del estudio, 586 (66%) sumaron 4.029 visitas a un centro de salud previamente al diagnóstico del VIH, lo que representa una media de 6,9 visitas por persona. La mayoría de las visitas (84%) fueron a urgencias hospitalarias, 42% de las visitas fueron realizadas por parte de pacientes sin seguro médico o que pagaron por su propia atención médica, mientras que 36% contaba con seguro médico público y 18% con seguro médico privado. Entre todas las visitas, pocas fueron realizadas por personas hispanas o latinas.

En el análisis multivariable se halló que ser mujer, de origen afroamericano o menor de 30 años fueron factores estadísticamente significativos que predecían mayor número de visitas médicas previas a la infección por VIH y, por tanto, más oportunidades perdidas de prescripción de la PrEP.

Entre las personas que recibieron al menos una visita de atención médica antes del diagnóstico de VIH, 28,5% tenía un diagnóstico de gonorrea, sífilis o clamidiosis. Este hallazgo sugiere que los médicos podrían no estar respondiendo al hecho de que la presencia de una ITS es un factor de riesgo para la adquisición del VIH, tanto en los hombres que practican sexo con hombres (HSH) como en las mujeres heterosexuales.

El bajo número de visitas médicas previas al diagnóstico por parte de personas hispanas o latinas resulta preocupante dado que los índices de nuevas infecciones están aumentando entre los HSH de origen hispano y latino.

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

Pese a que la aceptación de la estrategia preventiva ha ido en aumento en todo el país, su difusión entre los estados del sur donde a su vez se están dando el mayor número de diagnósticos, ha sido preocupantemente baja. Como medidas para abordar de manera urgente estas desigualdades geográficas y demográficas, se propone aumentar el uso de la atención médica por parte de hombres y mujeres negras y personas hispanas/latinas, reducir el número de oportunidades perdidas para la prueba del VIH en las visitas de atención médica e identificar los factores que pueden alertar del uso de la PrEP en personas no infectadas, especialmente en aquellas con una ITS bacteriana diagnosticada.

Además, una actitud libre de prejuicios resulta clave para que los médicos pongan en valor esta nueva herramienta preventiva y la prescriban a las personas que la necesitan.³



Estados Unidos, Idaho: Primer caso humano confirmado de peste en el estado desde 1992

12 de junio de 2018 – Fuente: Idaho Department of Health & Welfare (Estados Unidos)

Un niño del condado de Elmore, en el centro de Idaho, se está recuperando tras haber contraído peste, el primer caso humano confirmado identificado en el estado desde 1992. Los epidemiólogos del Departamento de Salud del Distrito Central informaron que no se conoce si el niño estuvo expuesto a la peste en Idaho o durante un viaje reciente a Oregon. La peste se ha encontrado históricamente en animales silvestres en ambos estados.

El caso sirve como un recordatorio para quienes viven o visitan áreas silvestres en el sur de Idaho que la peste es una enfermedad peligrosa para las personas y las mascotas, pero con las precauciones y el tratamiento oportuno cuando sea necesario, no debería desanimar a nadie a disfrutar de las actividades al aire libre. La peste fue identificada en 2015 y 2016 en ardillas terrestres que se encuentran en el desierto al sur de la carretera interestatal 84 en el condado de Ada. Desde esos hallazgos, el Departamento de Pesca y Caza de Idaho, los distritos de salud pública y el Departamento de Salud y Bienestar de Idaho han estado trabajando para crear conciencia sobre la peste en el área cada año.



Desde 1940, solo se han reportado cinco casos humanos de peste en Idaho. Antes de este caso, los dos últimos casos informados en el estado ocurrieron en 1991 y 1992, y ambos pacientes se recuperaron por completo.



México, Tamaulipas: Confirmaron tres casos de rickettsiosis en lo que va del año

13 de junio de 2018 – Fuente: El Mercurio (México)

La Secretaría de Salud de Tamaulipas dio a conocer que en lo que va del año han sido tres las personas diagnosticadas con rickettsiosis, enfermedad transmitida por la picadura de la garrapata café del perro (*Rhipicephalus sanguineus*).

“Afortunadamente no hemos tenido decesos; en otros estados ya se han registrado defunciones por esta causa”, expresó el encargado del Departamento de Zoonosis, Lauro Salazar Martínez, tras indicar que además de estos casos positivos, existen cerca 30 casos sospechosos.

Estableció que la mayoría de estos casos han sido diagnosticados por el Instituto Mexicano del Seguro Social, y agregó que es en la zona de Nuevo Laredo donde se registra con mayor frecuencia: 16 casos.

La rickettsiosis puede ser una enfermedad mortal si no se diagnostica y trata a tiempo, sin embargo la detección de este padecimiento no siempre es sencilla, ya que sus síntomas son muy semejantes a los del dengue y se puede confundir.

Aunque esta enfermedad no es endémica de Tamaulipas “ha venido avanzando desde el noreste de Baja California hacia Sonora, pasó a Chihuahua y se supone que viene de Estados Unidos, de la parte de California”, manifestó Salazar, quien agregó que la presencia de la garrapata vector representa ya un motivo de preocupación, particularmente durante esta época, que es cuando se incrementa la proliferación de este tipo de ácaros.

Para hacer frente a esta enfermedad, se indicó que cuando se confirma un caso de rickettsiosis, se procede a fumigar en la manzana dónde se localiza la vivienda de la persona afectada.



Venezuela: Actualización epidemiológica sobre la detección de poliovirus vacunal, Sabin tipo 3, en un caso de parálisis flácida aguda

8 de junio de 2018 – Fuente: Organización Panamericana de la Salud

El 7 de junio de 2018 el Punto Regional de Contacto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) recibió un reporte no oficial sobre la detección de poliovirus vacunal, Sabin tipo 3, en muestra de un paciente venezolano con parálisis flácida aguda (PFA). Ese mismo día se solicitó verificación al Centro Nacional de Enlace (CNE) para el RSI de Venezuela.

El 8 de junio de 2018 la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recibió información actualizada. En particular, se trata de un niño de 2 años y 10 meses de edad, sin antecedente de

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

vacunación, residente de una comunidad indígena sub-inmunizada en el Delta Amacuro, en Venezuela. El niño inició parálisis el 29 de abril de 2018 y al 31 de mayo de 2018 persiste la parálisis flácida de un miembro inferior. Un poliovirus vacunal Sabin tipo 3 fue aislado y tipificado por el laboratorio de referencia nacional, el Instituto Nacional de Higiene 'Rafael Rangel' (INHRR), en la muestra de este paciente colectada el 30 de abril de 2018. Las muestras serán remitidas al laboratorio de referencia regional para secuenciación y confirmación de los hallazgos virológicos. Otros niños de la misma comunidad fueron vacunados en el mes de abril con vacuna antipoliomielítica oral bivalente.

La investigación de campo que está en curso identificó a una niña de 8 años, residente de la misma comunidad y con antecedente vacunal de por lo menos una dosis de vacuna antipoliomielítica trivalente oral (tOPV), que presenta flacidez en un miembro inferior. Hasta la fecha, la búsqueda activa de casos de PFA realizada en la comunidad no identificó más casos compatibles.

Orientaciones para las autoridades nacionales

La OPS/OMS reitera a los Estados Miembros la importancia de alcanzar y mantener una cobertura de vacunación antipoliomielítica superior a 95% en cada distrito o municipio. También reitera la necesidad de mantener una vigilancia epidemiológica de alta calidad y de actualizar los planes nacionales de respuesta a los brotes de poliovirus.⁴

El mundo

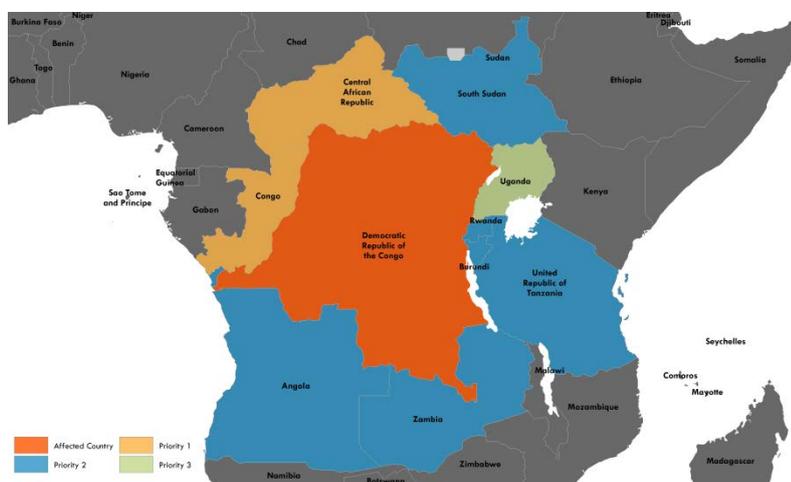


África: Nueve países se preparan ante una potencial propagación de la enfermedad por el virus del Ébola

11 de junio de 2018 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

Tras la notificación de un brote de enfermedad por el virus del Ébola en la provincia de Équateur en la República Democrática del Congo el 5 de mayo de 2018, la Organización Mundial de la Salud (OMS) llevó a cabo una evaluación rápida formal del riesgo que determinó que éste es alto a nivel regional.

Sobre la base de la evaluación rápida de riesgos, la Oficina Regional de la OMS para África identificó nueve países vecinos de la República Democrática del Congo para apoyarlos con actividades de preparación: Angola, Burundi, República Centroafricana, República del Congo, Rwanda, Sudán del Sur, Tanzania, Uganda y Zambia. Durante el mes pasado, la OMS desplegó equipos de expertos conocidos como Equipos de Apoyo para la Preparación (EAT) en ocho de estos países. El objetivo de estas misiones era evaluar la preparación de los países utilizando la lista de verificación estandarizada de la OMS, y proporcionar apoyo técnico para desarrollar e iniciar planes nacionales de contingencia en colaboración con los asociados.



Mapa 1. Nivel de prioridad de los nueve países vecinos. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Riesgo en los nueve países vecinos

Existe un riesgo significativo de propagación del brote actual de EVE en la República Democrática del Congo a los países vecinos debido a la proximidad geográfica, el gran volumen de movimiento de personas y mercancías a través de las fronteras y a lo largo del río Congo, las capacidades nacionales insuficientes para prevenir, detectar y responder a los casos de EVE y otros factores que pueden favorecer la transmisión. Los nueve países vecinos se clasificaron en tres niveles de prioridad en función de su capacidad para manejar los brotes de EVE y fiebres hemorrágicas virales (FHV) y la proximidad a las áreas afectadas (ver Mapa 1). Los nueve países se categorizaron de la siguiente manera, con la prioridad 1 como la más alta:

- **Prioridad 1:** República Centroafricana y República del Congo, debido a su proximidad al evento actual. Estos dos países comparten fronteras con el epicentro del brote en la provincia de Équateur y existe un continuo movimiento de población a través de las porosas fronteras terrestres y los ríos Congo y Oubangui.
- **Prioridad 2:** Angola, Burundi, Rwanda, Sudán del Sur, Tanzania y Zambia, que están próximos a la República Democrática del Congo, pero que no están directamente vinculados con la provincia de Équateur.
- **Prioridad 3:** Uganda porque, aunque limita con la República Democrática del Congo, ha demostrado regularmente su capacidad para responder a los brotes recientes de fiebres hemorrágicas virales.

Plan estratégico regional

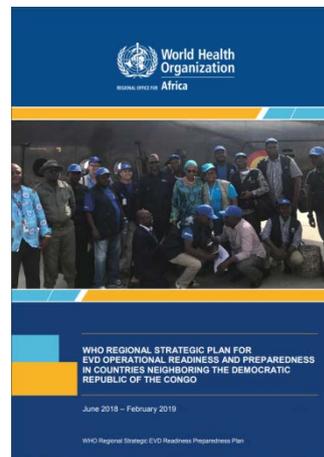
La OMS, en colaboración con los países, ha desarrollado un Plan Estratégico Regional para la Preparación Operacional para la EVE en Países Vecinos de la República Democrática del Congo⁵, de una duración de nueve meses (junio de 2018/febrero de 2019). El plan estratégico tiene como objetivo garantizar la alineación de las acciones de

⁴ Puede consultar el documento completo haciendo clic [aquí](#).

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

preparación en los nueve países, centrándose en ocho áreas técnicas: fortalecimiento de la coordinación multisectorial; vigilancia para la detección temprana; capacidad de diagnóstico de laboratorio; puntos de entrada; equipos de respuesta rápida; comunicación de riesgos, movilización social y participación de la comunidad; capacidades para manejo de casos y prevención y control de infecciones; y apoyo operacional y logístico. El objetivo del Plan es garantizar que los países limítrofes de la República Democrática del Congo estén preparados y listos para implementar medidas oportunas y efectivas de mitigación de riesgos, detección y respuesta ante cualquier importación de casos de EVE.

Al 7 de junio de 2018, ocho países (Angola, Burundi, República Centroafricana, República del Congo, Rwanda, Sudán del Sur, Tanzania y Uganda) han completado planes de contingencia; de estos, un plan ha sido totalmente financiado por un asociado. Bajo el liderazgo de los Ministerios de Salud, las actividades de preparación ya se están implementando en los nueve países con el apoyo técnico y financiero proporcionado por los presupuestos nacionales, la OMS y los asociados.



Advertencias de la OMS

El Director General de la OMS convocó el 18 de mayo de 2018 una reunión del Comité de Emergencia de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (2005) en relación con el brote de EVE en la República Democrática del Congo. El Comité consideró que no se cumplen actualmente las condiciones para una Emergencia de Salud Pública de Interés Internacional (ESPII)⁶. El comité desaconsejó la aplicación de restricciones a los viajes o el comercio con la República Democrática del Congo.

El comité también concluyó que los países vecinos deben fortalecer urgentemente la preparación y la vigilancia a fin de mitigar el riesgo de propagación internacional.

Acciones prioritarias

Los Ministerios de Salud, la OMS y los socios ya están involucrados en la implementación de las actividades de preparación para enfrentar la EVE en los países seleccionados. Los hallazgos de las misiones de EAT ayudaron a identificar desafíos y prioridades clave e informaron sobre el desarrollo de los planes nacionales de contingencia para enfrentar la EVE.

La OMS seguirá colaborando estrechamente con los ministerios de salud, otros sectores y asociados para llenar las lagunas e implementar los planes de contingencia. Las áreas clave son las siguientes:

Coordinación:

- Desarrollar un plan de contingencia para enfrentar la EVE con un marco de monitoreo, proporcionando capacitación donde sea necesario para su implementación.
- Establecer un mecanismo de coordinación de emergencia a nivel nacional y en las áreas fronterizas.
- Establecer centros operacionales de emergencia (COE) nacionales para coordinar una respuesta de emergencia y estudiar las capacidades claves para implementar el plan de contingencia a través de ejercicios de simulación.

Vigilancia:

- Acelerar las actividades de vigilancia y alerta temprana en regiones de alto riesgo mediante el fortalecimiento de sistemas de vigilancia basados en la Vigilancia y Respuesta Integradas de Enfermedades.
- Proporcionar capacitación específica para la detección de EVE a los trabajadores de salud y de salud comunitaria en las regiones de alto riesgo.

Equipos de respuesta rápida:

- Establecer al menos un Equipo de Respuesta Rápida completamente equipado y entrenado específicamente para la respuesta a la EVE, con base inicial en la capital o cerca de una región de alto riesgo.

Puntos de entrada:

- Mapear y capacitar los puntos de entrada relevantes de alto riesgo con trabajadores sanitarios capacitados que evalúen de forma segura a los viajeros que ingresan, recopilen información relevante que permita el rastreo de contactos y proporcionen mensajes apropiados sobre cómo minimizar el riesgo de infección y dónde buscar asistencia médica si desarrollan síntomas consistentes con la EVE.
- Identifique las necesidades de promoción de la salud en los puntos de ingreso sin control oficial.

Laboratorio:

- Fortalecer las capacidades nacionales de laboratorio para el análisis de muestras de EVE. Cada instalación debe estar equipada con personal de laboratorio capacitado y suministros.

Manejo de casos:

⁶ Una "emergencia de salud pública de interés internacional" es un evento extraordinario que se determina según lo dispuesto en el Reglamento Sanitario Internacional (2005): (i) constituir un riesgo de salud pública para otros Estados a través de la propagación internacional de enfermedades y (ii) requerir potencialmente de una respuesta internacional coordinada.

- Establecer la capacidad de triage y aislamiento en el/los hospital/es regional/es en las áreas de alto riesgo. Las instalaciones de las unidades de triage y aislamiento estarán equipadas con equipamientos esenciales y se capacitará al personal.
- Identificar la capacidad de transporte adecuada para los casos sospechosos/confirmados de EVE y garantizar la seguridad de todos los involucrados en las vías de derivación.

Comunicación de riesgos:

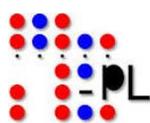
- Activar la comunicación de riesgos, la movilización social y los mecanismos de coordinación de la participación comunitaria a nivel nacional.
- Desarrollar un plan nacional para la comunicación de riesgos, la movilización social y la participación de la comunidad; mapear los asociados clave, partes interesadas y capacidades.

Logística:

- Desarrollar y adoptar un plan de apoyo logístico a la operación con el Ministerio de Salud, asociados y sectores relevantes.
- Mantener un inventario suficiente de medicamentos esenciales y suministros médicos, incluyendo equipos de protección personal y bolsas para cadáveres.

Coordinación de asociados

- La OMS tiene una red de asociados de salud que están apoyando a los países en la implementación de actividades de preparación. La OMS trabaja estrechamente con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, la Organización Internacional para las Migraciones, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Médicos Sin Fronteras para aumentar la preparación operacional en los países vecinos.
- La OMS también facilitó el despliegue de expertos en laboratorio, vigilancia, prevención y control de infecciones y comunicación de riesgos, de la Red Mundial de Alerta y Respuesta a Brotes.
- La OMS también desplegó equipos médicos de emergencia para apoyar la capacitación y la preparación para el manejo de casos en los países prioritarios.



Angola desecha la mitad del plasma recolectado por problemas de infección en las muestras de sangre

14 de junio de 2018 – Fuente: Prensa Latina (Cuba)

En medio de la escasez por la insuficiente cantidad de donantes voluntarios de sangre, Angola desecha hoy la mitad del plasma recolectado por problemas de infección en las muestras.

Para el Instituto Nacional de Sangre (INS) se requiere un cambio radical en el perfil de los suministradores, pues se debe descartar 50% de las bolsas recogidas por contaminación, sobre todo por hepatitis B.

“La mayor parte de la sangre en el país procede de familiares de enfermos sometidos a operaciones quirúrgicas, pero una gran parte es descartada”, expuso la directora del INS, Antonia Constantino, basándose en datos de 2015 y 2016.

“En 2015, perdimos cerca de 12.000 bolsas de sangre, por resultar positivas a microorganismos, de los cuales la hepatitis B fue la predominante, aunque las personas temen más al VIH/sida”, comentó.

“Hasta mayo pasado el perfil no cambió absolutamente nada, pues continuamos con pérdidas de hasta 50% de la sangre recogida”, añadió.

Constantino dijo que Angola requiere unas 258.000 donaciones por año, para lo que necesitan al menos 322.000 donantes voluntarios.

Las cifras ahora confirman lo contrario, pues del total de muestras, solo 10% pertenece a donantes voluntarios.

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que la totalidad de las donaciones sean voluntarias y regulares, por lo que estamos muy lejos de alcanzar el objetivo”, puntualizó.

La OMS recomienda que la tasa de donaciones de sangre oscile de 3 a 5% de la población.

El viceministro de Salud para el área hospitalaria ejemplificó este jueves que, de las 151.000 donaciones de sangre reportadas en 2017, 126.000 fueron realizadas por familiares.

THE LANCET China: La incidencia de la escarlatina se triplicó entre 2004 y 2016

13 de junio de 2018 – Fuente: *The Lancet – Infectious Diseases*

La incidencia de la escarlatina en China se duplicó entre 2004 y 2016, de acuerdo con un estudio poblacional de vigilancia epidemiológica.

Vietnam, Hong Kong, Corea del Sur y Gran Bretaña acaban de publicar sobre la reaparición de la escarlatina. Los menores de 10 años serían el grupo de más alto riesgo de contraer la infección.

Se analizaron los datos de una base de datos de reportes de acceso abierto y del Sistema Nacional de Vigilancia de Infecciones Notificables. Se indagaron los cambios de los patrones de la enfermedad antes y después del aumento nacional de escarlatina que comenzó en el año 2011.

En 2004, la incidencia promedio de la escarlatina de 31 provincias y áreas monitoreadas era de 1,45 cada 100.000 habitantes, aumentando a 4,76 cada 100.000 habitantes con el primer brote de 2011, un aumento de 228%.

La incidencia de la infección alcanzó su valor máximo de 5,01 cada 100.000 habitantes en 2015, antes de caer levemente a 4,32 en 2016.

La incidencia anual promedio fue mayor en los niños de seis años (49,47 cada 100.000) y menor en la población de 80-85 años (0,01 cada 100.000).

Con el brote de 2011, los menores de siete años registraron el mayor aumento de la incidencia y, luego de esa ola epidémica, los aumentos más significativos ocurrieron en los menores de tres y cuatro años.

Los hombres y los niños eran 50% más propensos a contraer escarlatina que las mujeres y las niñas de todas las edades, antes y después del aumento de la incidencia.

Los picos estacionales semianuales ocurrieron después del inicio de los semestres escolares de primavera y otoño.

La distribución geográfica de la escarlatina era similar antes y después de 2011.

Todas estas estimaciones son clave para combatir en China la amenaza de esta enfermedad reemergente y de otras infecciones infantiles sin vacunas disponibles.⁷



India, Kerala: El brote de infecciones por el virus Nipah habría sido contenido

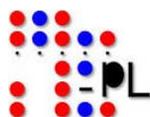
10 de junio de 2018 – Fuente: Indo-Asian News Service

El virus Nipah, que afectó a Kozhikode el mes pasado y se cobró 16 vidas en Kerala, finalmente ha sido contenido y los últimos dos casos positivos se han recuperado por completo, informó el 10 de junio el ministro de Salud de Kerala, K.K. Shailaja.

El virus atacó Kozhikode, causando 13 personas muertas, y otras tres se registraron en el cercano distrito de Malappuram, mientras que más de 2.000 pacientes con fiebre se mantuvieron bajo observación.

Después de presidir una reunión, el ministro expresó que el temor al virus finalmente había terminado. "Visitamos a los dos pacientes positivos para virus Nipah, que han sanado por completo, lo que, según algunos, es algo bastante raro. El temor a la propagación de la enfermedad finalmente ha terminado, ya que no hay más pacientes positivos, pero aquellos que están bajo observación aún deben tener cuidado, ya que no se puede asegurar que estén completamente libres de la enfermedad", aclaró Shailaja.

Las autoridades del distrito pidieron la reapertura de las escuelas en el nuevo año académico, y todas estas instituciones comenzaron a abrir desde el 12 de junio, mientras que la prohibición de las reuniones públicas también se ha levantado.



Kenya en alerta por brotes de cólera, dengue, sarampión y fiebre chikungunya

13 de junio de 2018 – Fuente: Prensa Latina (Cuba)

Las autoridades de salud de Kenya se mantienen hoy en alerta por brotes de dengue, sarampión, cólera y fiebre chikungunya reportados en los primeros cinco meses del año en diversas regiones de esta nación africana.

El director de Servicios Médicos de esa cartera, Jackson Kioko, explicó que se trazó una estrategia para contener la propagación de esas enfermedades.

"Desde enero se contabilizan 4.954 casos de cólera y 75 fallecidos", apuntó.

"Ante la situación se inició una campaña que incluyó respaldo técnico y logístico a los condados afectados mediante la distribución de medicamentos y equipos de análisis para detectar nuevos contagios", detalló.

Kioko reveló que en los condados de Wajir y Mandera también fueron reportados este año 39 y 103 casos de sarampión, respectivamente.

En cuanto al brote de esas enfermedades, el funcionario detalló que hay más de 1.300 casos de sarampión y al menos siete de fiebre chikungunya.

"Hemos instalado centros de aislamiento para evitar la propagación de esas enfermedades y aplicado medidas de control de vectores para combatir la proliferación de los mosquitos transmisores", manifestó.



La ONU advierte que los progresos para acabar con el sida en 2030 son desiguales y frágiles en todo el mundo

13 de junio de 2018 – Fuente: Europa Press

Un informe elaborado por el secretario general de la Organización de Naciones Unidas (ONU), António Manuel de Oliveira Guterres, y presentado en una reunión con los estados miembros celebrada en New York (Estados Unidos),

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

ha puesto de manifiesto que aunque los países están haciendo progresos para poner fin a la epidemia de sida para 2030 el avance está siendo “desigual y frágil”.

Asimismo, el trabajo mostró que la ampliación exponencial de la terapia antirretroviral ha alcanzado a más de la mitad de las personas que viven con el VIH, lo que a su vez ha contribuido a un descenso de un tercio en muertes relacionadas con el sida, de 1,5 millones en 2010 a un millón en 2016.

Del mismo modo, el secretario general de la ONU informó sobre la detención de nuevas infecciones por el VIH entre los niños, al tiempo que ha destacado que la eliminación de la transmisión del VIH de madre a hijo es posible si el mundo se mantiene enfocado.

“Estamos en una coyuntura crítica en el camino hacia la eliminación del sida. Debemos unirnos y usar nuestra fuerza colectiva para empujar al VIH hacia un declive permanente”, enfatizó el director ejecutivo del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), Michel Sidibé.

Más de 30 estados miembros han informado sobre los progresos en sus países, muchos de los cuales han expresado su agradecimiento y apoyo al trabajo del ONUSIDA, al tiempo que han reiterado su compromiso de alcanzar los objetivos de la Declaración Política de las Naciones Unidas para acabar con el Sida de 2016.

“Estados Unidos apoya firmemente al ONUSIDA y su liderazgo en la lucha contra la pandemia de VIH. El enfoque de la organización en la recopilación de datos más extensa sobre epidemiología del VIH sigue siendo de fundamental importancia y es nuestra hoja de ruta para controlar esta pandemia. No podemos lograr los objetivos para poner fin a la epidemia de sida para el año 2030 sin los datos correctos para rastrear nuestro progreso, identificar nuestras necesidades no satisfechas y dirigir los recursos de manera eficaz para lograr el máximo impacto”, apostilló la coordinadora global de Sida de Estados Unidos y representante Especial para la Diplomacia Mundial de Salud, Deborah Birx.

15,8 millones de personas necesitan aún tratamiento

Además, el informe del secretario general de la ONU muestra que mientras el número de personas que acceden al tratamiento casi se triplicó de 2010 a junio de 2017, de 7,7 millones de personas en tratamiento a 20,9 millones, unas 15,8 millones de personas aún necesitan tratamiento y el avance en la expansión el acceso al tratamiento para niños es “particularmente lento”. De hecho, solo 43% de los niños que viven con el VIH tuvieron acceso a tratamiento en 2016.

También destacó la necesidad de hacer más para detener las nuevas infecciones por el VIH, recordando que las nuevas infecciones por VIH disminuyeron 18% de 2010 a 2016 (de 2,2 millones a 1,8 millones), si bien para alcanzar el objetivo de 500.000 nuevas infecciones para 2020, los esfuerzos de prevención del VIH deben intensificarse significativamente, particularmente entre poblaciones con mayor riesgo.

“Queda mucho por hacer, ya que el sida continúa afectando desproporcionadamente al África Subsahariana, con el riesgo de que las nuevas infecciones sigan siendo excepcionalmente altas entre las mujeres jóvenes de África Oriental y Meridional”, aseveró el representante permanente de Kenya ante la ONU, Lazarus O. Amayo.

En el este y sur de África, las mujeres jóvenes de entre 15 y 24 años representan 26% de las nuevas infecciones por VIH, a pesar de componer solo 10% de la población.

El informe muestra que aún queda mucho trabajo por hacer para alcanzar los objetivos en la Declaración Política de las Naciones Unidas para acabar con el sida de 2016, incluido llenar el déficit de unos 7.000 millones de dólares en fondos para la respuesta al sida.

Finalmente, el secretario general de la ONU estableció cinco recomendaciones para que los países sigan su curso, incluida la movilización de una revolución en la prueba del VIH, la protección de los derechos humanos y la promoción de la igualdad de género, así como el uso de la ‘Hoja de ruta de prevención del VIH 2020’ para acelerar la reducción de nuevas infecciones por el VIH.

THE LANCET Global Health **Las vacunas contra *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* tipo b salvaron 1,35 millones de vidas de niños desde el año 2000**

13 de junio de 2018 – Fuente: *The Lancet – Global Health*

Las muertes infantiles por dos causas bacterianas principales de neumonía y meningitis, *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* tipo b disminuyeron bruscamente durante el periodo 2000-2015, especialmente debido a que las vacunas contra estos patógenos se introdujeron en países de alta carga de estas enfermedades, según nuevas estimaciones.

Los hallazgos resaltan el éxito de la lucha mundial contra estas enfermedades y también proporcionan una imagen clara de la carga de morbilidad restante, ahora concentrada principalmente en el sur de Asia y África.

Un mayor progreso contra estas enfermedades dependerá de los esfuerzos en unos pocos países grandes.

Haemophilus influenzae tipo b (Hib) y *Streptococcus pneumoniae* son bacterias que pueden causar meningitis, neumonía, sepsis y otras complicaciones graves, especialmente en niños, y han sido las principales causas de morta-



lidad infantil en los países en desarrollo. Las estimaciones para el año 2000 mostraron aproximadamente 2,1 millones de infecciones graves y 299.000 muertes infantiles por Hib, y 6,6 millones de infecciones graves y 600.000 muertes infantiles por neumococo, sin incluir los casos de infección oportunista en niños con VIH.

Las vacunas conjugadas contra Hib se han utilizado en Estados Unidos, Europa y otros países durante casi tres décadas. Prácticamente eliminaron a Hib como una amenaza importante para la salud pública en áreas de cobertura alta y mantenida, pero los niños de varios países en desarrollo con una gran carga de morbilidad solo han comenzado a recibir la vacuna contra Hib en la última década. La vacuna neumocócica conjugada (PCV) comenzó a utilizarse en muchos países de bajos ingresos, donde se encuentra gran parte de la carga de la enfermedad, en 2009.

Se desarrollaron estimaciones actualizadas, país por país, para cada año entre 2000 y 2015, de los números de casos de Hib y enfermedad neumocócica y muertes en niños. Se utilizaron cifras específicas de países de niños que murieron de neumonía y meningitis, junto con pruebas de campo sobre la fracción de muertes causadas por neumococo e Hib, y estimaciones de cobertura de vacunas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) para estimar la carga de muertes por neumococo y Hib y los casos.

Disminuciones de 90 y 50% en las muertes

Los hallazgos principales son que tanto Hib como el neumococo causaron muchos menos casos de enfermedad grave y muerte en niños de entre uno y 59 meses en 2015 en comparación con 2000. Para Hib en 2015, hubo aproximadamente 29.500 muertes infantiles, y en el caso del neumococo se estima que 294.000 niños murieron. Estas cifras sugieren disminuciones de 90 y 51%, respectivamente, de las muertes estimadas en el año 2000.

Los investigadores estimaron que las muertes por Hib y neumococo entre los niños con VIH/sida también cayeron marcadamente, 75%, de aproximadamente 95.000 en 2000 a aproximadamente 23.000 en 2015. Las fuertes disminuciones en la mortalidad infantil por Hib y neumococo se debieron no solo a la introducción de vacunas, sino también a factores generales que redujeron las muertes por neumonía y meningitis por todas las causas, como una mejor higiene y acceso a la atención médica.

En 2015, en comparación con 2000, murieron menos niños por todas las causas, no solo por Hib y neumococo. Sin embargo, hay pruebas de que las vacunas fueron específicamente responsables de una reducción considerable de la mortalidad. La disminución anual promedio estimada en las muertes infantiles por neumococo aumentó de 3% durante 2000-2010 a 8% después de 2010, cuando muchos países de alta carga comenzaron a inmunizar ampliamente con la PCV.

Se calculó que durante 2000-2015 la PCV impidió un total de alrededor de 250.000 muertes infantiles, principalmente después de 2010, mientras que las vacunas contra Hib evitaron 1,2 millones de muertes infantiles. Estas cifras no incluyen los casos prevenidos de muertes por neumococo y Hib entre niños infectados por el VIH.

Las nuevas estimaciones guiarán los esfuerzos en curso para reducir la carga del Hib y las enfermedades neumocócicas, que en conjunto matan aproximadamente a 900 niños al día en todo el mundo. Las estimaciones sugieren, por ejemplo, que aproximadamente la mitad de las muertes infantiles por neumococo en 2015 ocurrieron en solo cuatro países: India, Nigeria, República Democrática del Congo y Pakistán.

La carga de la enfermedad neumocócica ahora se limita a un pequeño número de países que no han introducido la vacuna o aún no han aplicado por completo las vacunas. La introducción de la vacuna contra Hib y la PCV en países de alta carga y bajos ingresos desde 2009 se ha producido con el apoyo de la Alianza Mundial para el Fomento de la Vacunación y la Inmunización, la Vaccine Alliance, una asociación público-privada de países, la OMS, el UNICEF y otros asociados.⁸

⁸ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

HANSENÍASE, VERMINOSES E TRACOMA

TÊM CURA

EM CASA OU NA ESCOLA, SEMPRE É HORA DE PREVENIR E TRATAR.

Proteja-se! Fique de olho nos sinais e sintomas abaixo:

<p>Hanseníase Manchas ou placas esbranquiçadas, avermelhadas ou amarronzadas, caroços e áreas do corpo com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos.</p>	<p>Vermínozes Dores abdominais, diarreia, anemia, perda de peso, palidez excessiva, barriga grande e sangramento intestinal.</p>	<p>Esquistossomose A maioria dos casos não apresenta sintomas. Pode ocorrer febre, dor abdominal, falta de apetite, diarreia ou prisão de ventre.</p>	<p>Tracoma Pode ocorrer coceira nos olhos, lacrimejamento, irritação, ardor, intolerância à luz e sensação de areia nos olhos. Alguns casos podem não apresentar sintomas.</p>
--	---	--	---

Em caso de dúvida, procure uma Unidade de Saúde.

TeleHansen ☎ 0800 026 2001

SUS + MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministério da Saúde (2017. Brasil).

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

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

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