



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.

2.064

18 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 intoxicación por plaguicidas**

• **Chaco: Confirmaron 89 casos de dengue**

América

• **América Latina: A mayor temperatura global, más casos de dengue**

• **Bolivia: Registran más de un millón y medio de casos de infecciones respiratorias**

• **Costa Rica aprobó la vacuna contra el virus del papiloma humano**

• **El Salvador: El brote de fiebre tifoidea afecta a 28 municipios**

• **Estados Unidos: Anuncian el fin del brote de salmonelosis vinculado al consumo de huevos**

• **Estados Unidos: Aumenta la cifra de niños no vacunados en estados que autorizan las excepciones no médicas**

• **República Dominicana: La mortalidad infantil continúa en aumento**

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

El mundo

• **Camerún: Brote de cólera**

• **España: Descienden los casos de hepatitis A tras el brote de 2017**

• **Palestina, Franja de Gaza: La mortalidad infantil se ha estancado en la última década**

• **República Democrática del Congo: Actualización sobre el brote de enfermedad por el virus del Ébola**

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 intoxicación por plaguicidas

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	—	—	3	1
Buenos Aires	38	32	49	35
Córdoba	27	20	12	6
Entre Ríos	15	10	28	27
Santa Fe	9	5	6	4
Centro	89	67	98	73
Mendoza	40	—	20	—
San Juan	2	1	—	—
San Luis	9	—	3	—
Cuyo	51	1	23	—
Corrientes	4	—	1	—
Chaco	21	—	19	—
Formosa	—	—	2	—
Misiones	11	—	26	—
NEA	36	—	48	—
Catamarca	3	—	13	1
Jujuy	4	3	—	—
La Rioja	—	—	2	—
Salta	19	—	4	—
Santiago del Estero	5	—	6	—
Tucumán	54	54	44	40
NOA	85	57	69	41
Chubut	13	—	44	1
La Pampa	—	—	4	—
Neuquén	2	—	3	—
Río Negro	1	—	1	1
Santa Cruz	10	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—
Sur	26	—	52	2
Total Argentina	287	125	290	116

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

datachaco

Chaco: Confirmaron 89 casos de dengue

17 de junio de 2018 – Fuente: DataChaco (Argentina)

El Ministerio de Salud Pública de Chaco informó que hasta la fecha son 89 los casos de dengue confirmados y son 564 los probables registrados. Ante la situación epidemiológica, los equipos técnicos de la Dirección de Epidemiología trabajan activamente en los controles de foco y promoción y concientización de las medidas de cuidado.

La titular del área, Mariela Fabiani, destacó que “durante el invierno y las bajas temperaturas, es importante que cada chaqueño refuerce los cuidados en el hogar y sus alrededores, para evitar la reproducción de los mosquitos transmisores de la fiebre zika, el dengue y la fiebre chikungunya”.

“El frío se mantiene y continúan los riesgos, por ello cada vecino debe contribuir con desechar recipientes en desuso que puedan acumular agua, utilizar lociones y tabletas repelentes y mantener limpios patios y jardines”, expresó.

Las localidades que presentan más casos confirmados son Charata con 41, Hermoso Campo con 19 y Resistencia con 13.

También presentaron casos probables o confirmados las comunas de Barranqueras, Presidencia Roque Sáenz Peña, Campo Largo, San Martín, El Sauzalito y Villa Ángela, entre otros. En todos los sitios mencionados, se efectuaron



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

todas las acciones previstas en el protocolo de acción: operativos de control de foco, fumigación, saneamiento y descacharrado, tratamiento de aguas de depósito con larvicidas, visitas domiciliarias y concientización.

América



América Latina: A mayor temperatura global, más casos de dengue

27 de abril de 2018 – Fuente: *Proceedings of the National Academy of Sciences*

Hasta 3,3 millones de nuevos casos de dengue podrán evitarse anualmente en América Latina si el aumento de temperatura no supera los 1,5°C para fin de siglo. Y si el calentamiento global se mantiene en 2°C, se evitará el surgimiento de 2,8 millones de casos anuales de dengue en América Latina hasta el 2100, según un nuevo estudio.

En cambio, en un escenario en el que se haga poco para controlar la emisión de gases de efecto invernadero, el avance de la temperatura media global llegaría a 3,7°C y la región podría tener en promedio 12 millones de casos adicionales por año de la enfermedad hasta finales del siglo.

El aumento de la temperatura media global aumentaría el área de reproducción de *Aedes aegypti*, transmisor de la enfermedad, y con ello aumentaría la posibilidad de que más personas en áreas templadas contraigan dengue.

En los tres escenarios, el número de casos alcanzaría su punto culminante a mediados de siglo y comenzaría a reducirse un poco hasta 2100, debido a cambios en el clima, ya que la temperatura comenzaría a descender un poco a fines de este siglo.

La investigación se basó en las cifras de los casos de dengue ocurridos entre 1961 y 1990 en los tres países más poblados de América Latina: Brasil, Colombia y México, que fueron comparadas con los patrones climáticos y de transmisión de la enfermedad en ese período. Los resultados se cruzaron con las proyecciones de cambios climáticos futuros generados a partir de tres escenarios de aumento de temperatura global considerados en los modelos del Panel Intergubernamental sobre Cambio Climático (IPCC).

Así se estableció que el número de casos de dengue a mediados de este siglo sería 260% mayor de lo que fue en el período estudiado, y 234% más hasta 2100, si la temperatura media global alcanza los 3,7°C.

La meta establecida por el Acuerdo Climático firmado en París en 2015 es un aumento de 1,5 a 2°C.

Estudios como éste son interesantes porque proporcionan datos cuantitativos a partir de los cuales los gestores pueden planear políticas públicas y orientarse para tomar decisiones.

Sin embargo, el vínculo entre clima y enfermedad no es lineal: el clima afecta el crecimiento y la expansión del vector, y no necesariamente a la expansión de la enfermedad.

Factores como el desarrollo socioeconómico y políticas de salud pública pueden contener el avance de enfermedades como el dengue, incluso si hay cierto aumento en el número de mosquitos *Aedes aegypti*, transmisor de la enfermedad.

El desarrollo socioeconómico, que garantiza una buena infraestructura para el tratamiento de enfermedades como el dengue, falta en muchas regiones donde es endémico, como América Latina, el Sudeste Asiático y el continente africano.

Enfermedades como las transmitidas por *Aedes aegypti*, y también la malaria y la fiebre amarilla, afectan más a las poblaciones marginadas y vulnerables. Y son las que tienden a avanzar más en la región en el futuro cercano debido al cambio climático. Los impactos del cambio climático terminan recayendo más sobre las poblaciones vulnerables, y por lo tanto sus efectos sobre ellas son mucho peores.

Las poblaciones de los países en desarrollo, especialmente de los pequeños estados insulares, sufrirán más los efectos del cambio climático. El aumento de períodos de sequías, del nivel de los océanos y la reducción de la biodiversidad de estos lugares, junto con la incidencia de enfermedades, será especialmente impactante para los habitantes de los trópicos. Por eso, la naturaleza del impacto del cambio climático es profundamente desigual.

La meta de mantener el aumento de la temperatura global muy por debajo de 2°C, tal como se acordó en la Conferencia Climática de París, es sólo un comienzo: el reconocimiento de que el problema existe. Por más que, históricamente, metas como las trazadas en el Acuerdo de París no se cumplen, sigue siendo importante tener metas y acordar internacionalmente cuáles son.²



Bolivia: Registran más de un millón y medio de casos de infecciones respiratorias

17 de junio de 2018 – Fuente: Educación Radiofónica de Bolivia (Bolivia)

El jefe nacional de la Unidad de Epidemiología del Ministerio de Salud de Bolivia, Jorge Rodrigo Cor-

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

dero Guzmán, informó que se han registrado más de un millón y medio de casos de infecciones respiratorias agudas (IRA), más de 69.000 casos de neumonía y 1.014 casos confirmados de influenza, con 27 fallecidos a nivel nacional. El último caso identificado fue el de un menor de tres años en La Paz.

Asimismo, indicó que la cobertura de vacunación contra la influenza a nivel nacional está en 30%, y que sólo en Santa Cruz se sobrepasó el 50% y Tarija tiene alrededor de 30%. Sin embargo, los otros departamentos llaman la atención por las bajas coberturas de vacunación que han presentado, según Cordero.

“En número de casos positivos, Santa Cruz representa 97% de los casos y, de las 27 muertes, 23 son en este departamento”, informó el funcionario.

Cordero recomendó a la población en general recordar las medidas de prevención, como el lavado de manos, el uso del alcohol en gel y la vacuna contra la influenza.

“La vacuna es la defensa contra esta enfermedad, y está en nuestro país a disposición de la población. Es totalmente gratuita para los grupos de riesgo, como las personas mayores de 70 años, los niños, las mujeres embarazadas, las personas con alguna enfermedad crónica y para el personal de salud que está en contacto constante con personas enfermas”, informó.



Costa Rica aprobó la vacuna contra el virus del papiloma humano

14 de junio de 2018 – Fuente: Caja Costarricense del Seguro Social (Costa Rica)

El 14 de junio, la junta directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) acordó la compra de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) para evitar el cáncer de cérvix, la cual será aplicada a niñas a los 10 años a partir del año 2019, informó el presidente ejecutivo de la entidad, Dr. Fernando Llorca Castro.

“Nuestro país ha decidido proteger la salud de toda la población, y muy especialmente la vida de las mujeres con esta decisión. La CCSS por su cuenta, apuesta nuevamente por invertir en la prevención de la enfermedad”, indicó Llorca Castro.

La decisión se basa en la aprobación de la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología, integrada por representantes de la CCSS, el Ministerio de Salud y las asociaciones de pediatría y de medicina interna, quienes determinaron la idoneidad de la vacuna, según los estudios internacionales de efectividad de acción y la experiencia reportada por los países con grandes cantidades de niñas vacunadas.

La vacuna elegida se aplicará en dos dosis con seis meses de diferencia entre la primera y la segunda. La vacuna previene el cáncer causado por cuatro serotipos del VPH, que son los causantes de 70% de los cánceres de cérvix, según los estudios internacionales.

La inversión primaria que realizará la CCSS para vacunar a 35.015 niñas durante 2019 asciende a 980.420 dólares.

Hito en la prevención del cáncer

“Aunque la muerte por cáncer de cérvix ha disminuido en el país en los últimos 26 años, gracias a los esfuerzos en detección oportuna y al abordaje de la enfermedad, el uso de la vacuna se considera un hito histórico en el esfuerzo institucional por ofrecer prevención para evitar el cáncer en las mujeres” aseguró Llorca Castro.

Entre 1990 y 2016, según datos del *Proyecto de Fortalecimiento para la atención del cáncer*, con base en los datos del Registro Nacional de Tumores, el cáncer de cérvix ha disminuido 48% en incidencia y 56% en mortalidad.

Sin embargo, todavía hay un amplio margen de mejoría en un esfuerzo que debe ser tanto institucional como personal. Durante 2016, 12 cada 100.000 mujeres recibieron el diagnóstico de cáncer de cérvix, y 5 cada 100.000 mujeres fallecieron por esta causa.

La vacuna se aplicará a niñas antes de que comiencen la vida sexual, porque se ha demostrado que es eficaz si la inmunización se produce antes del primer contacto con el virus.

“El VPH es un virus común, que se transmite fácilmente por contacto sexual y en algunos casos es la causa del cáncer cervicouterino” indicó la Dra. Leandra Abarca, de vigilancia epidemiológica de la CCSS.

La vacuna que comprará la CCSS cuenta con todos los controles de calidad tanto internacionales como nacionales, lo que garantiza la eficacia y la seguridad en el momento de la aplicación.



El Salvador: El brote de fiebre tifoidea afecta a 28 municipios

17 de junio de 2018 – Fuente: La Prensa Gráfica (El Salvador)

La ministra de Salud de El Salvador, Elvia Violeta Menjívar Escalante, reconoció que existe un brote epidémico de fiebre tifoidea en 28 municipios de los departamentos de San Salvador, La Libertad, Sonsonate, San Vicente y Usulután, por lo que exhortó a la población a guardar las debidas medidas higiénicas a fin de no contraer esta enfermedad.

Menjívar dijo que el número de casos de fiebre tifoidea que se ha registrado este año sobrepasa al observado durante 2017. Sin embargo, no proporcionó las estadísticas actualizadas de pacientes que han sido atendidos por esta enfermedad.

“Este año tenemos casi el doble de casos que el año pasado. En 28 municipios tenemos un brote epidémico; no es una epidemia porque para eso tendría que afectar a todo el país”, dijo la funcionaria.

La ministra de Salud agregó que todavía no hay ningún municipio que esté en el rango de afectación alta. Aunque ya se reportan nueve que tienen afectación moderada y otros 19 en los que se registra una baja afectación.

Entre los municipios con afectación moderada están: San Antonio Pajonal, Santa Tecla, Apopa, Cuscatancingo, Ilopango, Mejicanos, Panchimalco, San Salvador y Soyapango.

Mientras que entre los municipios donde se reporta menor número de casos o baja afectación figuran: San Francisco Menéndez, Santa Ana, Texistepeque, Sonsonate, Chalatenango, Quezaltepeque, Cojutepeque, Suchitoto, Olocuilta, Zacatecoluca, Ilobasco, Jiquilisco, Puerto El Triunfo, Santa Elena, Santiago de María y Usulután.

Menjívar recordó que esta enfermedad está directamente relacionada con los hábitos de higiene de las personas, por lo que instó a la población a tomar las debidas precauciones para no contraerla. La ministra agregó que la población en general tiene que asegurarse de que el agua que toma es apta para el consumo humano y si no lo es, se debe hervirla o colocar gotas de lavandina.

Recordó, además, que hay que lavarse las manos antes de comer y después de ir al baño.



Estados Unidos: Anuncian el fin del brote de salmonelosis vinculado al consumo de huevos

14 de junio de 2018 – Fuente: Centers for Disease Control and Prevention (Estados Unidos)

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos informaron el 14 de junio que el brote de salmonelosis vinculado a huevos llegó a su fin, con un saldo de 45 personas enfermas y al menos 11 hospitalizaciones.

El brote, relacionado con huevos de la marca Rose Acre Farms, provocó casos registrados entre el 16 de noviembre de 2017 y el 13 de mayo de 2018 en un total de diez estados: Alaska, Colorado, Florida, New Jersey, New York, North Carolina, Pennsylvania, South Carolina, Virginia y West Virginia.

El rango de las edades de los afectados fue de 1 a 90 años, y 56% de ellos correspondió a mujeres.

Si bien en la mayoría de los casos los síntomas se extienden entre 4 y 7 días, y las personas se recuperan sin mayores problemas, algunas pueden desarrollar complicaciones y requerir ser hospitalizadas en especial si la infección se propaga desde los intestinos al torrente sanguíneo y a otras partes del cuerpo.

Los síntomas de la salmonelosis se presentan generalmente entre 12 y 72 horas después de haber estado expuesto a la bacteria y comúnmente incluyen diarrea, fiebre y cólicos estomacales.

Como medida de precaución, los CDC recomiendan cocinar los huevos hasta que la clara y la yema estén firmes.

Asimismo, aconsejan lavarse las manos con agua y jabón y lavar los objetos y superficies que estuvieron en contacto con el huevo crudo.

El brote provocó el retiro del mercado de más de 200 millones de huevos en todo Estados Unidos.

La pasada semana, la compañía Caito Foods anunció el retiro del mercado de melón y sandía cortados, procesados en sus instalaciones en Indianapolis, en el estado de Indiana, luego de ser alertados por expertos de los CDC del posible riesgo de salmonelosis.

Según informaron hoy los CDC, este brote de salmonelosis vinculado a las citadas frutas han ocasionado 60 casos en cinco estados y la hospitalización de 31 personas, sin ninguna muerte.

Los productos que han sido retirados del mercado como medida de precaución fueron distribuidos en North Carolina, Georgia, Illinois, Indiana, Iowa, Kentucky, Michigan, Missouri y Ohio.



Estados Unidos: Aumenta la cifra de niños no vacunados en estados que autorizan las excepciones no médicas

12 de junio de 2018 – Fuente: Public Library of Science – Medicine

Cada vez más niños no están recibiendo las vacunas recomendadas en los estados que les permiten a los padres saltar la inmunización por creencias personales aun cuando no exista un motivo médico para no vacunar a sus hijos.

Dieciocho estados del país permiten que los padres opten por saltar las vacunas recomendadas en la infancia si tienen una objeción filosófica o religiosa. Desde el año 2009, la proporción de niños sin esas vacunas creció en 12 estados: Arkansas, Arizona, Idaho, Maine, Minnesota, Missouri, North Dakota, Ohio, Oklahoma, Oregon, Texas y Utah.

En varios de esos estados hay "zonas rojas" con tasas de excepciones demasiado altas como para proteger a la comunidad de las enfermedades que se pueden prevenir con vacunas, como el sarampión. Esos puntos incluyen a varias comunidades rurales y ciudades como Detroit, Houston, Kansas City, Phoenix, Pittsburgh, Portland, Salt Lake City y Seattle.

La excepción por creencias personales causó mucho daño, al facilitar la reaparición de una epidemia de sarampión.

Mientras que los casos de influenza a menudo aumentan donde las tasas de vacunación son más bajas, los casos de sarampión a menudo aportan la primera evidencia de puntos críticos, porque cada caso está asociado con el contagio de entre 12 y 18 niños y adultos sin vacunar.

Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, la población infectada disemina el virus durante cuatro días antes y después de la aparición de los síntomas. Es necesario que 90 a 95% de la población esté vacunada contra la enfermedad para proporcionar la "inmunidad de rebaño", que protege a la comunidad.³



República Dominicana: La mortalidad infantil continúa en aumento

14 de junio de 2018 – Fuente: EFE

La muerte de 206 neonatos en República Dominicana durante el último mes sitúa en 1.323 la cifra de muertes infantiles en lo que va del año, frente a las 1.010 registradas en el mismo periodo de 2017, para un incremento de 31%.

Según el Boletín Epidemiológico 21 del Ministerio de Salud Pública, en la última semana se notificaron 42 muertes, 11 menos que en la misma semana del año pasado.

El 77% del total de decesos, que suponen 1.014 casos, se produjeron durante los primeros 27 días desde el nacimiento, indica el documento.

En cuanto a los casos de muerte materna, se aprecia una ligera disminución con respecto al año pasado, al registrarse 73 casos frente a los 79 de 2017 para el mismo periodo, a los que se suman 16 muertes obstétricas tardías (43 días después del parto) en lo que va de 2018.

Durante las últimas cuatro semanas se notificaron 12 casos de muerte materna, mientras que en el mismo periodo de 2017 fallecieron 22 mujeres; en la última semana se han registrado tres muertes maternas frente a las once notificadas en la misma semana del año pasado.

Por región de residencia, las regiones Metropolitana y Cibao Central concentran la mayor cantidad de muertes maternas notificadas durante este año, apunta el boletín.

Esta semana, el ministro de Salud Pública, Rafael Sánchez Cárdenas, trató sobre las muertes maternas e infantiles con los representantes de la Organización de Naciones Unidas y del Fondo de Población de las Naciones Unidas en el país.

En el encuentro se acordó realizar diversas actividades e intervenciones clave para disminuir el embarazo en adolescentes y otros factores de riesgo en los índices de mortalidad materna e infantil.

Entre las acciones planteadas figura la formación de los médicos residentes de primer año en cuidados obstétricos y neonatales de emergencia, antes de su ingreso formal a la especialización.

Asimismo, existe un proyecto de profesionalización de las enfermeras en el área obstetricia y neonatología y el establecimiento de guías de funcionamiento de los comités de vigilancia y respuesta a la mortalidad materna.



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

15 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 fláccida aguda (PFA).

El caso es un niño de 34 meses de edad, sin antecedente de vacunación, residente de una comunidad indígena en Delta Amacuro, Venezuela, que inició parálisis el 29 de abril de 2018. La investigación clínico-epidemiológica realizada indicó que al 11 de junio de 2018 persiste la parálisis fláccida de miembro inferior. Otros niños de la misma comunidad fueron vacunados en el mes de abril con vacuna antipoliomielítica oral bivalente, por lo que el caso pudo haber contraído la infección por la vía fecal-oral.

Las pruebas de laboratorio (secuenciación genética) realizadas recientemente en el laboratorio de referencia regional permitieron confirmar un poliovirus vacunal Sabin tipo 3 en el aislamiento viral obtenido a partir de la muestra de este paciente, colectada el 30 de abril de 2018. Los resultados de la secuenciación del poliovirus aislado evidenciaron que el virus no presentaba variaciones genéticas respecto de la cepa vacunal prototipo (Sabin tipo 3), con lo cual se descarta la presencia de un poliovirus derivado de la vacuna (VDPV).

La clasificación final del caso de parálisis fláccida aguda (para definir si la misma es o no asociada a la vacuna) se realizará con base a los criterios clínicos y virológicos; y para tal efecto se aguarda la evaluación del déficit neurológico residual a los 60 días del inicio de la parálisis (28 de junio).

Los resultados preliminares de la investigación de campo realizada en la comunidad de ocurrencia del caso habían identificado a una niña de 8 años, con antecedente vacunal de por lo menos una dosis de tOPV (vacuna antipoliomielítica trivalente oral), con sospecha de PFA. La evaluación clínica posteriormente realizada por profesionales de la salud permitió descartar que se trate de un caso de PFA.

Hasta la fecha, la búsqueda activa de casos de PFA realizada en la comunidad no identificó más casos compatibles.

Orientaciones para las autoridades nacionales

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

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (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



Camerún: Brote de cólera

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

Entre el 18 y el 21 de mayo de 2018, la zona sanitaria de Mayo Oulo en Camerún, informó de tres casos sospechosos de cólera, sin registrarse muertes, en dos áreas sanitarias en el norte de Camerún, en la frontera con Nigeria: Guirviza (2 casos) y Doumo (1 caso).

El 18 de mayo, los primeros dos casos (dos mujeres de 26 y 30 años de edad, ambas del mismo hogar) de la aldea de Mbouiri, Área Sanitaria de Guirviza, fueron al Centro Integrado de Salud de Guirviza. El 19 de mayo, se internaron los casos y se tomaron muestras de materia fecal, que se enviaron al Centro 'Dr. Louis Pasteur' de Camerún, en Garoua, para su confirmación. El 21 de mayo, un tercer caso (una mujer de 30 años) del Área Sanitaria de Doumo concurre a un establecimiento de salud y fue ingresada. Se envió una muestra para la confirmación de laboratorio.

Según los informes, los tres casos consumieron alimentos del lado nigeriano de la frontera, con el subsecuente inicio de los síntomas. El 23 de mayo, el Centro Pasteur de Camerún dio a conocer los resultados de laboratorio, indicando una muestra positiva para *Vibrio cholerae* y una negativa, de los dos casos sospechosos del Área Sanitaria de Guirviza. La muestra de Doumo no se analizó debido a que era inadecuada para la prueba⁵. Todos los casos se están manejando clínicamente en establecimientos de salud locales. Desde el 21 de mayo, no se han informado nuevos casos.

Las áreas sanitarias de Guirviza y Doumo están ubicadas en áreas de difícil acceso en el norte de Camerún y pueden representar desafíos debido a la inseguridad extrema como resultado de su proximidad a la frontera nigeriana y la presencia del movimiento Boko Haram.

El último brote importante de cólera se informó en 2014, en la misma región, con más de 1.500 casos reportados.

Respuesta de salud pública

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus asociados están apoyando las actividades de respuesta para contener el brote. Están en curso las siguientes medidas de respuesta:

- La Oficina de la OMS en el país está fortaleciendo la vigilancia. Se ha producido y distribuido un listado de casos. Están en curso la búsqueda activa de casos en las áreas afectadas y la alerta de los distritos vecinos.
- Se han producido y difundido informes de situación.
- Desde el 24 de mayo, se han distribuido kits de cólera.
- Desde el 24 de mayo, la OMS y sus asociados han realizado la cloración de los sitios y suministros de agua. Además, se ha llevado a cabo en las instalaciones de atención médica el aislamiento y tratamiento de los casos.
- Están en curso actividades de comunicación y movilización social. Los trabajadores comunitarios de salud en pueblos y sus alrededores están realizando actividades de promoción y conciencia pública con el apoyo del Alcalde de Mayo Oulo para incrementar la sensibilización de la población.
- El Gobernador de la Región Norte de Camerún ha organizado y presidido las reuniones del Comité Regional de Crisis.
- A partir de la confirmación de este brote, se activó el plan de contingencia contra el cólera, desarrollado previamente para la Región Norte de Camerún.
- Se realizó una reunión de consulta con múltiples partes interesadas, de la que participaron el Ministerio de Salud de Camerún, la OMS, el Equipo Ejecutivo del Distrito y el Centro Regional para la Prevención y Lucha contra Epidemias para responder al brote.
- Desde el 24 de mayo, los jefes de las áreas afectadas y los centros de salud han sido informados sobre la gestión de casos, y está en curso la difusión de la definición de casos.

Evaluación de riesgos de la OMS

El cólera es una infección intestinal aguda causada por la ingestión de la bacteria *Vibrio cholerae* presente en el agua o los alimentos contaminados con materia fecal. Está relacionado principalmente con el acceso inadecuado al agua potable y el saneamiento. Es una enfermedad infecciosa potencialmente grave y puede causar una alta morbilidad y mortalidad. Tiene el potencial de propagarse rápidamente, dependiendo de la frecuencia de la exposición, la población expuesta y el contexto.

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

⁵ Cuando la cantidad de la muestra de materia fecal no es suficiente o no se recoge en el contenedor correcto para mantener vivo al patógeno, se considera inadecuada.

El distrito de Mayo Oulo en la región norte de Camerún, limita al oeste con el distrito de Mubi, estado de Adama-wa, Nigeria, que actualmente es el epicentro de un brote de cólera. El área afectada es remota y en una zona de conflicto, y es probable que el número de casos esté subnotificado.

Con una población estimada de más de 500.000 habitantes, existe la posibilidad de movimientos entre las áreas afectadas en el distrito de Mayo Oulo y el distrito de Mubi en Nigeria, que se encuentra aproximadamente a 42 km de distancia. Debido a su ubicación (entre Nigeria y Chad), las fronteras porosas, y el movimiento de personas entre estas áreas, no se puede descartar una mayor propagación.

La existencia de refugiados centroafricanos (alrededor de 21.200 personas) en la Región Norte de Camerún, junto con las deficientes condiciones sanitarias e higiénicas, y el acceso limitado a la atención médica y el tratamiento en las comunidades afectadas, pueden predisponer a la población a una mayor propagación de la enfermedad. También ha habido informes de inseguridad en el área con repetidos secuestros, demandas de rescate y ataques frecuentes de grupos de bandidos organizados. Esta situación de seguridad puede tener implicaciones en las actividades de respuesta.

El evento continuará siendo monitoreado y evaluado a medida que haya más información disponible.

Advertencias de la OMS

La OMS recomienda mejorar el acceso al agua potable y al saneamiento, la gestión adecuada de los desechos, la inocuidad de los alimentos y las prácticas higiénicas para prevenir la transmisión del cólera. También se deben proporcionar mensajes clave de comunicación de salud pública.

Se recomienda reforzar la vigilancia, especialmente a nivel comunitario. Se debe implementar un manejo de casos apropiado en las áreas afectadas por el brote para disminuir la mortalidad. Es necesario asegurar la preparación nacional para detectar rápidamente y responder al brote de cólera a fin de disminuir el riesgo de propagación a nuevas áreas. Dado que el brote se produce en zonas fronterizas con movimientos de población activos, la OMS alienta a los respectivos países a garantizar la cooperación y el intercambio periódico de información.

La OMS no recomienda ninguna restricción a los viajes o comerciales con Camerún sobre la base de la información disponible sobre el brote actual.



España: Descienden los casos de hepatitis A tras el brote de 2017

17 de junio de 2018 – Fuente: ConSalud (España)

España fue uno de los países de la Unión Europea donde el año pasado se registraron brotes de hepatitis A, tal y como informó a nivel internacional la Organización Mundial de la Salud (OMS). En junio del año pasado, la cifra de casos de la enfermedad en el país fue casi ocho veces superior a la registrada en el mismo periodo de 2016. El Instituto de Salud 'Carlos III' tenía declarados ese mes 2.306 casos de hepatitis A, mientras que en el año anterior sólo había 283.

Ahora, justo un año después del repunte, son 865 los casos registrados del virus, una cifra todavía alta en comparación con los años previos al brote de 2017. En España el año pasado la situación se agravó debido al desabastecimiento temporal de la vacuna para prevenir la hepatitis A. En este sentido, la situación no es tan diferente, ya que desde la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) continúan indicando problemas de suministro en algunas de las vacunas que se comercializan en España para combatir este virus.

La OMS recomienda la vacunación contra el virus para todos los grupos de riesgo alto de infección, como las personas que viajan a zonas endémicas, los hombres que mantienen sexo con hombres, así como aquellos pacientes que padecen una enfermedad crónica.



Palestina, Franja de Gaza: La mortalidad infantil se ha estancado en la última década

13 de junio de 2018 – Fuente: Public Library of Science – ONE

Según un nuevo estudio de la Agencia de Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en Cercano Oriente (UNRWA), la mortalidad infantil, que en la mayor parte del mundo está disminuyendo, no ha disminuido en la última década en Gaza.

Según el Dr. Akihiro Seita, Director del Departamento de Salud de la UNRWA, "esta es una extraordinaria señal de advertencia, una tendencia alarmante en la situación general no solo de la salud de los niños sino también de la salud de toda la población de refugiados palestinos en Gaza. Además, es una señal de advertencia sobre la situación general social y económica de Gaza, ya que los refugiados palestinos representan más de 70% de la población total en Gaza. La mortalidad infantil es un barómetro de la salud de la población en su totalidad".



El nuevo estudio encontró que la tasa de mortalidad infantil entre los refugiados palestinos en Gaza era de 22,7 cada 1.000 nacidos vivos. Esto se encuentra dentro del mismo rango de la tasa previamente informada de 22,4 cada 1.000 nacidos vivos en 2015 y de 20,2 cada 1.000 nacidos vivos de un estudio realizado en 2006.

“Este hallazgo requiere de nuestra atención, ya que el objetivo final es mantener una declinación continua de la mortalidad infantil y detener las muertes infantiles evitables. Gaza no pudo cumplir el Objetivo Cuatro de Desarrollo del Milenio de una reducción en dos tercios de la mortalidad en niños menores de cinco años. Se deben realizar esfuerzos para alcanzar el nuevo objetivo de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de una tasa de mortalidad neonatal inferior a 12 cada 1.000 nacidos vivos en 2030”, dijo Seita.

En Gaza, la situación socioeconómica se ha deteriorado dramáticamente en la última década después de la imposición del bloqueo y los conflictos posteriores. El bloqueo ha afectado al sector de la salud en Gaza, ya que los hospitales siguen careciendo de adecuada infraestructura física, medicamentos, suministros y material para la prevención de infecciones. Es razonable suponer que las fuentes de energía inestables, el deterioro de la funcionalidad del equipamiento médico, la periódica escasez de medicamentos esenciales y los insumos médicos han tenido impacto en la calidad de la atención médica con el consiguiente impacto en la mortalidad infantil.⁶



República Democrática del Congo: Actualización sobre el brote de enfermedad por el virus del Ébola

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

Entre el 10 de mayo y el 12 de junio de 2018, el enfoque principal de la respuesta a la enfermedad por el virus del Ébola (EVE) en la República Democrática del Congo se ha mudado de las zonas urbanas de la provincia de Équateur a lugares remotos y de difícil acceso. Este cambio se produjo después de una serie de acciones concertadas y medidas efectivas implementadas por el Ministerio de Salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y asociados.

La primera etapa de la respuesta se centró en proteger la populosa ciudad de Bikoro y la de Mbandaka de un aumento en los casos, lo que podría amenazar a las principales ciudades del país, así como a sus vecinos a lo largo del río. La etapa posterior está centrada en la implementación de expediciones de vigilancia, el seguimiento de los contactos y la participación de las comunidades en áreas remotas, incluidas las poblaciones indígenas en y alrededor de las aldeas de Itipo e Iboko en la República Democrática del Congo.

Desde el 17 de mayo de 2018, no se han notificado nuevos casos confirmados en las zonas sanitarias de Bikoro y Wangata, mientras que el último caso confirmado en Iboko presentó síntomas el 2 de junio (ver Gráfico 1).

Del 1 de abril al 10 de junio de 2018, se notificó un total de 55 casos⁷, incluidas 28 muertes, en tres zonas sanitarias de la provincia de Équateur.



Gráfico 1. Casos confirmados y probables, según fecha de inicio de los síntomas. República Democrática del Congo. Año 2018, del 4 de abril al 10 de junio. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

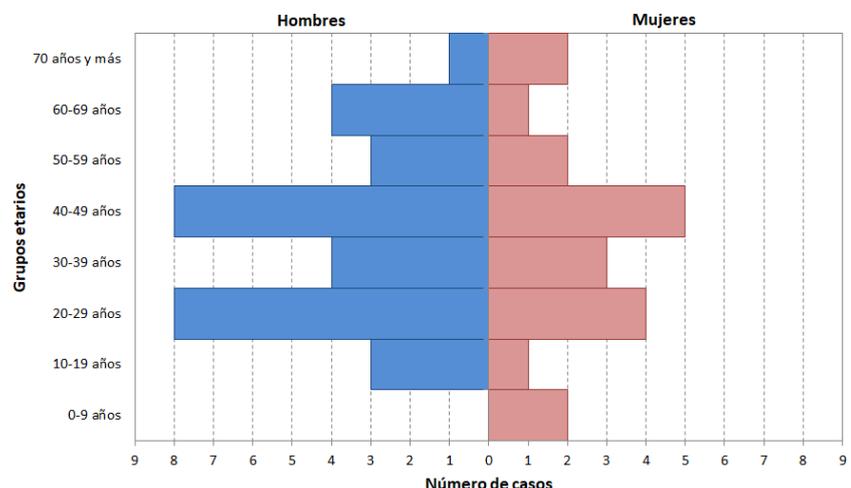


Gráfico 2. Casos confirmados y probables, según género y edad. República Democrática del Congo. Año 2018, del 4 de abril al 10 de junio. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

⁶ La UNRWA se enfrenta a una mayor demanda de servicios, el grado de vulnerabilidad y la profundización de la pobreza, la UNRWA, que respalda la prestación de servicios esenciales básicos, opera con un gran déficit. La UNRWA alienta a todos los Estados Miembros a que trabajen colectivamente para hacer todos los esfuerzos posibles por financiar plenamente el presupuesto de los programas de la Agencia. Los programas de emergencia del UNRWA y los proyectos clave, que también operan con grandes déficits, se financian a través de portales de financiación independientes.

La UNRWA es un organismo de la Organización de Naciones Unidas establecido por la Asamblea General de 1949 y encargado de proporcionar asistencia y protección a unos 5,4 millones de refugiados palestinos inscritos en la UNRWA en sus cinco campos de operaciones. Su misión es ayudar a los refugiados palestinos en Jordania, El Líbano, Siria y Cisjordania, incluido Jerusalén Este y la Franja de Gaza a alcanzar su pleno potencial de desarrollo humano, a la espera de una solución justa y duradera a su difícil situación. Los servicios de la UNRWA abarcan servicios de educación, atención médica, socorro y servicios sociales, infraestructura y mejora de campamentos, protección y microfinanciación.

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

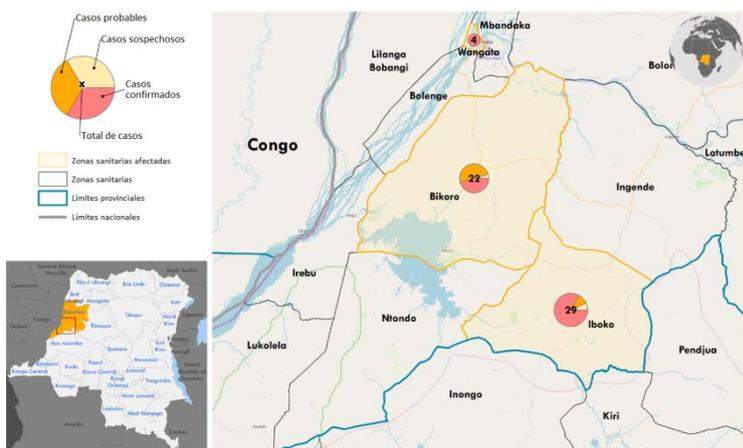
⁷ El número total de casos está sujeto a cambios debido a la reclasificación en curso, la investigación retrospectiva y la disponibilidad de los resultados de laboratorio. Los datos informados en este artículo son información oficial del Ministerio de Salud de República Democrática del Congo.

El total incluye 38 casos confirmados, 14 probables y tres sospechosos de las tres zonas sanitarias: Bikoro (22 casos; 10 confirmados, 11 probables y uno sospechoso), Iboko (29 casos; 24 confirmados, tres probables y dos sospechosos) y Wangata (cuatro casos confirmados) (ver Mapa 1). La mediana de edad de los casos fue de 41 años (rango: 8-80 años) y 31 (60%) fueron masculinos (ver Gráfico 2). Se han reportado cinco casos entre trabajadores de la salud. Hasta el 10 de junio, un total de 634 contactos permanecen bajo seguimiento activo.

Respuesta de salud pública

El Ministerio de Salud lidera la respuesta en las zonas sanitarias afectadas con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus asociados. Las prioridades incluyen el fortalecimiento de la vigilancia y el rastreo de contratos, la capacidad de laboratorio, la prevención y control de infecciones, el manejo de casos, la participación de la comunidad, los entierros seguros y dignos, la coordinación de la respuesta y la vacunación. Además, para evitar la propagación de la enfermedad desde las provincias afectadas a las no afectadas y a otros países, la República Democrática del Congo ha puesto en marcha la vigilancia transfronteriza en los puntos de ingreso (zonas vecinas, en riesgo, provincias, países, y en los puntos importantes de reunión de viajeros). La OMS continúa trabajando estrechamente con los Ministerios de Salud de nueve países vecinos para fortalecer la preparación a fin de mitigar el riesgo de una propagación internacional.

- El 11 de junio de 2018, el Director General de la OMS y el Ministro de Salud visitaron el área sanitaria de Itipo en la zona sanitaria de Iboko para apoyar las operaciones de respuesta.
- Desde el lanzamiento de la intervención de vacunación el 21 de mayo y hasta el 10 de junio, un total de 2.295 personas han sido vacunadas en Wangata (713), Iboko (1.054) y Bikoro (498). Las poblaciones elegibles para la vacunación en anillo son los profesionales de salud de primera línea, las personas que han estado expuestas a casos confirmados (contactos) y contactos de contactos.
- Los sistemas de alerta temprana y respuesta (EWAR) y las herramientas de recolección de datos de campo se han establecido en sitios estratégicos para respaldar estas actividades.
- La semana pasada, el Ministerio de Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la OMS capacitaron a más de 60 miembros del ejército congoleño, 65 mujeres líderes, 50 líderes provinciales y de pigmeos y 100 líderes juveniles en Mbandaka, Bikoro e Iboko en la prevención de la EVE.
- Se están llevando a cabo en 11 aldeas de Itipo evaluaciones antropológicas y encuestas de conocimiento, actitudes y prácticas. Están en marcha actividades de movilización social y diálogo comunitario en aldeas de Itipo, Be-sefe y Loondo.
- Médicos Sin Fronteras (MSF) ha establecido instalaciones de aislamiento en el hospital principal de Mbandaka (20 camas) y en el hospital de Bikoro (15 camas). Se están estableciendo dos centros de tratamiento del Ébola en Iboko e Itipo.
- El manejo de casos y las actividades de control y prevención de infecciones continúan ampliándose con el establecimiento, almacenamiento y dotación de personal de los centros de tratamiento del Ébola dentro de las áreas afectadas. La OMS está coordinando el despliegue de múltiples equipos médicos para apoyar los centros de tratamiento del Ébola, los sistemas de derivación de casos y para apoyar a los centros de salud para que permanezcan disponibles para casos que no sean de EVE.
- Hasta el 12 de junio de 2018, la OMS ha desplegado un total de 271 técnicos expertos en diversas funciones críticas del Sistema de Gestión de Incidentes para apoyar la respuesta al brote de EVE, incluidos 37 expertos de instituciones participantes de la Red Mundial de Alerta y Respuesta a Brotes (GOARN). Un antropólogo de la OMS y expertos en comunicación de riesgos han capacitado a los que responden al brote sobre el compromiso de la comunidad, incluido los entierros seguros y el rastreo de contactos.
- Hasta el 12 de junio de 2018, 26 países han implementado el control de ingreso para viajeros internacionales provenientes de la República Democrática del Congo. Sin embargo, actualmente no existen restricciones de viajes internacionales. La OMS continúa monitoreando las medidas a los viajes y el comercio en relación con este evento.
- En colaboración con la OMS, la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), el Centro para el Control de Enfermedades de África y otros asociados, el Gobierno de la República Democrática del Congo ha desarrollado un plan integral de respuesta estratégica para los puntos de ingreso. El objetivo es evitar la propagación de la enfermedad a otras provincias y a nivel internacional. Se identificó un total de 30 puntos de ingreso (puerto y aeropuertos) y sitios de reuniones (mercados, escuelas, iglesias y estacionamientos) a lo largo de tres cordones sanitarios, incluyendo a Mbandaka, Bikoro, Iboko, Ntonde, Igende, la provincia de Équateur, Kinshasa y Kisangani.⁸



Mapa 1. Distribución geográfica de los casos de enfermedad por el virus del Ébola, según zona sanitaria. República Democrática del Congo, provincia de Équateur. Datos hasta el 10 de junio de 2018. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

⁸ Las medidas implementadas en estos puntos estratégicos incluyen: 1) concienciar a los viajeros y a la población sobre cómo evitar la exposición al virus del Ébola y qué hacer en caso de síntomas similares a los de la enfermedad por el virus del Ébola (EVE); 2) detectar y manejar posibles casos de EVE (verificaciones de temperatura, formularios de declaración de salud, procedimientos de alerta, investiga-

- Desde el 6 de junio de 2018, la subcomisión de vigilancia de puntos de ingreso de la República Democrática del Congo continúa reuniéndose a diario para revisar y fortalecer los exámenes y la sensibilización de la EVE en los 30 sitios de ingreso considerados claves, que incluyen puertos sobre el río Congo, el aeropuerto internacional de Kinshasa y el aeropuerto de Mbandaka.
- La OMS ha elaborado con los Estados miembros y los asociados el Plan Estratégico Regional para la Preparación Operacional contra la EVE. La Fase I del plan pretende implementarse en los próximos tres meses para mejorar las capacidades de los países para responder en caso de importación de casos de EVE. La Fase II tiene como objetivo ampliar las acciones de preparación para garantizar la sustentabilidad de las capacidades de preparación operacional que se vinculan con la preparación de emergencia a largo plazo y la implementación de las capacidades básicas del Reglamento Sanitario Internacional (RSI).

Evaluación de riesgos de la OMS

La OMS considera que el riesgo para la salud pública es muy alto a nivel nacional debido a la gravedad de la enfermedad, la insuficiente información epidemiológica y el retraso en la detección de los casos iniciales, lo que dificulta la evaluación de la magnitud y la extensión geográfica del brote.

La OMS ha evaluado que el riesgo para la salud pública es alto a nivel regional. Se ha informado a nueve países vecinos, incluidas la República del Congo y la República Centroafricana, que corren un alto riesgo de propagación, y se están llevando a cabo actividades de preparación.

A nivel mundial, el riesgo actualmente permanece bajo. Esta evaluación de riesgos se revisa continuamente a medida que se dispone de más información.

Advertencias de la OMS

El Director General de la OMS convocó el Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional el 18 de mayo de 2018 y desaconsejó la aplicación de restricciones a los viajes o comerciales con la República Democrática del Congo en relación con el actual brote de EVE. Las cancelaciones de vuelos y otras restricciones de viaje pueden obstaculizar la respuesta de salud pública internacional y pueden causar un daño económico significativo al país afectado. El Comité de Emergencia también informó que la detección al egreso, incluyendo el que se realiza en aeropuertos y puertos sobre el río Congo, se considera de gran importancia. Sin embargo, el examen al ingreso, particularmente en aeropuertos distantes, no se considera de valor para la salud pública o económico. El Comité de Emergencia declaró que las condiciones para una Emergencia de Salud Pública de Interés Internacional (ESPII) no se cumplen actualmente.⁹

La OMS emitió un asesoramiento para viajes¹⁰ el 29 de mayo, con el objetivo de sensibilizar a los viajeros sobre cómo reducir el riesgo de exposición y dónde obtener asistencia médica adecuada en caso de presentar síntomas similares a los de la EVE después de una posible exposición, considerando que el riesgo de que un viajero internacional se infecte con el virus del Ébola durante una visita a las áreas afectadas, y desarrolle la enfermedad después de regresar es baja, incluso si la visita incluyó viajar a áreas donde se informaron casos primarios. Además, la OMS, en colaboración asociados en transportes y viajes (Organización de Aviación Civil Internacional, Asociación Internacional de Transporte Aéreo) trabajan juntos para aumentar la conciencia de los viajeros, la vigilancia a bordo de los medios de transporte y los puntos de ingreso y enfatizar la importancia de establecer y mantener un plan de contingencia de emergencia de salud pública en los puntos de ingreso con un enfoque multisectorial, de conformidad con los requerimientos de RSI.

Curso

Curso de posgrado: Herramientas para comprender y abordar la multidimensionalidad de problemáticas regionales de salud

Objetivos:

- Comprender las problemáticas de la enfermedad de Chagas, las enfermedades transmitidas por mosquitos, y la leptospirosis desde una perspectiva multidimensional.
- Apropiarse de herramientas teórico-metodológicas para un abordaje integral de estas problemáticas en las prácticas profesionales.
- Analizar y producir recursos pedagógico-didácticos para la educación-comunicación sobre estas problemáticas y para la promoción de la salud en general.

Destinatarios: estudiantes de carreras de postgrado, docentes, investigadores o profesionales vinculados a disciplinas que aborden problemáticas de la salud.

Fechas: Miércoles 27 de junio y sábado 30 de junio de 2018.



ción y derivación; 3) cualquier persona con una enfermedad compatible con la EVE no debe viajar, a menos que el viaje sea parte de una evacuación médica adecuada; 4) provisión de materiales de higiene y saneamiento de manos.

⁹ 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.

¹⁰ Puede consultar el documento completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

Carga horaria: 45 horas (3 créditos para carreras de posgrado).

Fecha límite de inscripción: 19 de junio de 2018.

Docentes:

- Dra. Mariana Sanmartino (CONICET, Grupo de Didáctica de las Ciencias, IFLYSIB, La Plata).
- Dr. Fernando Garelli (Univ. Nac. de Luján y Grupo de Didáctica de las Ciencias, IFLYSIB, La Plata).
- Dr. Diego Mendicino (Centro de Investigaciones sobre Endemias Nacionales, FBCB, Univ. Nac. del Litoral, Santa Fe).
- Dra. Andrea Previtali (CONICET, Depto. de Cs. Naturales, FHUC, UNL, Santa Fe).

Lugar: Facultad de Humanidades y Ciencias, Univ. Nac. del Litoral, ciudad de Santa Fe.

Contacto: andrea.previtali@gmail.com Teléfono: 342 4511627.

Publicidad relacionada con la salud



Organización Mundial de la Salud (2018).

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 electrón-

nico a reporteepidemiologicocba@gmail.com, aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.