



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina



Número 1.153

14 de junio de 2013

Publicación de:
**Servicio de Infectología
Hospital Nuestra Señora
de la Misericordia**
Ciudad de Córdoba
República Argentina

Comité Editorial

Editor Jefe
Angel Minguez

Editores Adjuntos
Ílide Selene De Lisa
Enrique Fariás

Editores Asociados

Jorge Benetucci (Arg.)
Pablo Bonvehí (Arg.)
Marina Bottiglieri (Arg.)
María Belén Bouzas (Arg.)
Lydia Carvajal (Arg.)
Arnaldo Casiró (Arg.)
Ana Ceballos (Arg.)
Sergio Cimerman (Bra.)
Ángela Gentile (Arg.)
Ezequiel Klimovsky (Arg.)
Gabriel Levy Hara (Arg.)
Susana Lloveras (Arg.)
Eduardo López (Arg.)
Tomás Orduna (Arg.)
Dominique Peyramond (Fra.)
Daniel Pryluka (Arg.)
Charlotte Russ (Arg.)
Eduardo Savio (Uru.)
Daniel Stecher (Arg.)

Colaboradores

Germán Bernardi (Arg.)
Guillermo Cuervo (Esp.)
Milagros Ferreyra (Fra.)
Leonardo Marianelli (Arg.)
Lorena Ravera (Arg.)
Gisela Sejenovich (Arg.)
Natalia Spitale (Arg.)
María Lola Voza (Arg.)

Noticias

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

Argentina

- Seroprevalencia de hepatitis B en embarazadas
- Un antiveneno argentino contra la picadura de las arañas *Phoneutria*

América

- Costa Rica: Se cuadruplicaron los casos de dengue respecto de 2012
- Estados Unidos: Las campañas de vacunación contra la influenza en las escuelas ayudan a incrementar las coberturas de inmunización
- Estados Unidos, Florida: Las autoridades sanitarias detectan la bacteria *Escherichia coli* en el agua de grifo
- República Dominicana: El dengue provoca la muerte de 34 personas en este año

El mundo

- Arabia Saudí: Reportan tres nuevos casos de MERS, uno de ellos fatal

- La OMS actualiza sus recomendaciones para los viajeros a Medio Oriente en relación con el MERS
- España: Los efectos de la austeridad en la salud de la población
- Nigeria registra 3,4 millones de personas que viven con VIH/sida
- Yemen: Detener el ciclo de la desnutrición en favor de los niños
- Según Julio González Montaner, "hoy podemos decir que el fin de la epidemia de sida ya comenzó"
- Una dosis doble de oseltamivir no da mejores resultados en la influenza severa
- La OMS publica una guía provisional sobre el uso de bedaquiline para tratar la tuberculosis multirresistente
- Aumentan los casos de hepatitis C a causa de la criminalización del consumo de drogas

Adhieren:



www.apinfectologia.org/



www.sadi.org.ar/

SLAMVI
Sociedad Latinoamericana
de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/



www.sadip.net/

**Comité Nacional de
Infectología**

Sociedad Argentina de Pediatría
www.sap.org.ar/

Seroprevalencia de hepatitis B en embarazadas

10 de junio de 2013 – Fuente: Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

Tabla 1. Casos estudiados y positivos, y tasa de prevalencia cada 10.000 casos estudiados, según provincia y región. Argentina. Años 2012/2013. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.

Provincia/Región	2012 (semanas 1 a 52)			2013 (semanas 1 a 17)		
	Estudiados	Casos*	Prevalencia	Estudiados	Casos*	Prevalencia
Buenos Aires	34.095	56	16,42	10.450	19	18,18
Córdoba	4.889	3	6,14	2.712	1	3,69
Entre Ríos	3.243	21	64,75	1.319	6	45,49
Santa Fe	14.928	39	26,13	6.423	15	23,35
Centro	57.155	119	20,82	20.904	41	19,61
La Rioja	676	2	29,59	413	—	—
Mendoza	13.215	14	10,59	5.363	—	—
San Juan	2.263	—	—	1.373	—	—
San Luis	7.474	6	8,03	2.193	1	4,56
Cuyo	23.628	22	9,31	9.342	1	1,07
Corrientes	129	—	—	78	—	—
Chaco	13.894	42	30,23	2.092	2	9,56
Formosa	8.178	11	13,45	2.761	2	7,24
Misiones	11.937	34	28,48	4.048	3	7,41
NEA	34.138	87	25,48	8.979	7	7,80
Catamarca	936	2	21,37	158	1	63,29
Jujuy	940	5	53,19	270	—	—
Salta	8.176	39	47,70	2.225	13	58,43
Santiago del Estero	195	2	102,56	40	—	—
Tucumán	16.349	7	4,28	5.337	—	—
NOA	26.596	55	20,68	8.030	14	17,43
Chubut	3.668	1	2,73	528	—	—
La Pampa	2.044	—	—	592	1	16,89
Neuquén	2.191	2	9,13	1.864	6	32,19
Río Negro	8.456	1	1,18	2.489	—	—
Santa Cruz	2.220	9	40,54	715	—	—
Tierra del Fuego	533	—	—	127	—	—
Sur	19.112	13	6,80	6.315	7	11,08
Total Argentina	160.629	296	18,43	53.570	70	13,07

* Pruebas: HBsAG (antígeno de superficie HB) reactivas

Un antiveneno argentino contra la picadura de las arañas *Phoneutria*

12 de junio de 2013 – Fuente: Archivos Argentinos de Pediatría

En la película “Mercado de Abasto”, de 1955, una “araña de los bananeros” pica al hijo del personaje representado por Tita Merello. Esta ficción ocurre ocasionalmente en la realidad: la picadura produce un intenso dolor y puede provocar la muerte en dos a doce horas, especialmente en niños. Ahora, un equipo de científicos argentinos desarrolló un antiveneno que, en estudios de laboratorio con ratones y cobayos, logró neutralizar en un cien por ciento dosis de venenos provenientes de arañas de ese género, *Phoneutria*.

Si bien ya existe un producto antiveneno específico, fabricado en Brasil, la producción local permitiría “no depender de la adquisición de este tipo de productos del extranjero, lo que en ocasiones es imposible pues está supeditada al excedente de stock del productor”, indicó el Dr. Adolfo Rafael de Ordt, del Laboratorio de Toxinopatología del Centro de Patología Experimental y Aplicada de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

Según el especialista, escalar la producción del antídoto no debería llevar más de un año hasta la obtención del “frasquito” disponible en la heladera de un hospital.

“Las arañas del género *Phoneutria* incluyen diferentes especies. *Phoneutria nigriventer* se encuentra en Misiones, Chaco, Formosa, Salta y Jujuy; mientras que *Phoneutria fera* es una especie de Brasil que llega a encontrarse en Argentina, principalmente en puertos y mercados de frutas relacionada a cargamentos”, indicó De Ordt, quien también trabaja en el área Investigación y Desarrollo en el Instituto Nacional de Producción de Biológicos (INPB) de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) ‘Dr. Carlos Gregorio Malbrán’, del Ministerio de Salud de la Nación.



De día, estos arácnidos permanecen ocultos en cortezas de árboles, bajo troncos, en bananeros, palmeras o bromelias. "Pueden estar en el interior de viviendas, en lugares oscuros y húmedos, dentro de roperos o calzado, atrás de muebles y de cortinas, entre otros sitios. Al sentirse amenazadas son capaces de atacar saltando hacia adelante más de 20 centímetros", puntualizó el investigador.

La inoculación de veneno produce dolor inmediato y muy intenso, que se irradia a partir del sitio de la picadura. Puede haber edema, calambres dolorosos, temblores, convulsiones tónicas, sudoración, taquicardia, arritmias, disnea y disturbios visuales.

Aunque no hay registros precisos en Argentina, se calcula que, en Misiones, apenas 10% de los casos requieren de antiveneno.¹

América



Costa Rica: Se cuadruplicaron los casos de dengue respecto de 2012

6 de junio de 2013 – Fuente: France Press

La epidemia de dengue que azota Costa Rica ya supera los 12.000 casos en 2013, el cuádruple que el año pasado, informó una fuente oficial cuando apenas se inicia la temporada de lluvias, la época de mayor proliferación de los mosquitos vectores.

"A inicios de esta semana teníamos más de 12.000 casos acumulados atendidos en lo que va del año, graves tenemos 20 y ninguna muerte, excepto un caso en proceso de revisión del que estamos esperando resultados", dijo la Dra. Catalina Ramírez, de Vigilancia Epidemiológica de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS).

En los cinco primeros meses de 2012 se habían registrado 3.000 casos de dengue y el año completo cerró con 27.000, ya que la temporada lluviosa va de mayo a noviembre. El Ministerio de Salud advirtió que 2013 podría convertirse en el año más crítico desde el reingreso del virus al país, en 1993. En 2005 hubo un brote que causó unos 40.000 casos y luego en 2007 el país tuvo una epidemia de dengue grave, con casi 400 casos.

En 2013 año los enfermos se ubican mayormente en las zonas del Pacífico Central, el Pacífico Norte y en la región Atlántica, las que además concentran la más importante oferta turística del país, que atrae cada año a decenas de miles de estadounidense y canadienses.

"La situación se va a mantener porque empezamos este año acarreado casos del brote de 2012. Ahora ya empezaron las lluvias y los casos seguirán en aumento", agregó Ramírez, al apuntar que 2013 cerraría con "una cantidad considerable de casos respecto al año anterior".

"No es la primera vez que tenemos esta situación y estamos abocados a amortiguar la cantidad de casos con estrategias a nivel comunitario por parte de diferentes instituciones", apuntó la funcionaria.

Sobre las causas del aumento, explicó que son difíciles de definir, pero señaló que se están presentando más casos del serotipo DEN-3 del virus. "Hace más de 10 años que no se presentaba y eso hace más vulnerables a las personas".

La CCSS y el Ministerio de Salud coinciden en que una de las causas principales del aumento de casos de dengue es el abastecimiento de agua en varios sectores del país durante la pasada temporada seca. "El verano nos desfavoreció, pues había poca agua. La gente la acumuló en recipientes destapados", comentó Ramírez. Por su parte, María Ethel Trejos, directora de Vigilancia de la Salud, en el Ministerio de Salud, explicó que el desabastecimiento de agua generó que la población almacenara el líquido sin dar mantenimiento a los recipientes donde lo guardan.

Casos en alza

Hasta el 10 de abril del 2013, se presentaron 2.401 casos en la región Pacífico Central, 2.587 en la Chorotega y 891 en la Brunca. Los casos también se dispararon en la región Central Norte (2.121), en la Huetar Norte (315), en Huetar Atlántica (429) y en la región Central Sur (861).

En la región Pacífico Central, los casos aumentaron 811% en relación con los tres primeros meses de 2012, y en la Chorotega el incremento fue de 636%. Hay cantones que, como Tibás –ubicado a mayor altura–, enfrentan la amenaza del virus.

Esos números, finalmente, se reflejan en servicios de emergencia saturados por el aumento de la demanda en la atención, como sucedió hace una semana en Siquirres, Limón, donde la clínica colapsó. Igual sucedió en Parrita, Puntarenas, donde la clínica tuvo que atender a 287 enfermos en mayo.



Estados Unidos: Las campañas de vacunación contra la influenza en las escuelas ayudan a incrementar las coberturas de inmunización

10 de junio de 2013 – Fuente: Vaccine

Ofrecer vacunas contra la influenza en escuelas de primaria podría reducir el número de casos y los fallecimientos en los niños a causa de la enfermedad.

La vacunación es la forma más efectiva de proteger a los niños de 6 meses de edad en adelante contra la influenza estacional, pero las coberturas de vacunación de los niños estadounidenses son bajas. Alrededor de 40% de los

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

niños se vacunaron contra la influenza durante el periodo 2012-2013, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos.

Aproximadamente 90% de los niños que fallecieron a causa de la influenza durante el periodo 2012-2013 no se habían vacunado, señalaron los CDC.

El estudio, realizado a finales de 2009, contó con la participación de 32 escuelas primarias del área de Rochester, New York. Dos clínicas de vacunación contra la influenza trabajaron con 21 de las escuelas, mientras que las otras 11 escuelas no estuvieron en contacto con ninguna clínica.

La cobertura de vacunación contra la influenza de los estudiantes de las escuelas que contaron con clínicas de vacunación fue 13% más alta que la de los estudiantes que no tenían ninguna.

“La influenza es una enfermedad con una alta probabilidad de alcanzar un nivel de epidemia aun en el caso que se disponga de una vacuna efectiva. Nuestro objetivo es hallar el modo de asegurarnos de que la mejor manera de prevenirla sea lo más accesible posible”, afirmó el autor del estudio, Byung-Kwang Yoo, profesor asociado de ciencias de salud pública en la Universidad de California, en Davis.

Normalmente se vacuna contra la influenza a los niños en las salas de atención primaria, pero “podrían no tener la capacidad de vacunar contra la influenza estacional a todos los niños de Estados Unidos”, señaló Yoo. “Si han de seguirse las recomendaciones de los CDC, las salas de atención primaria tendrían que recibir la visita de 42 millones de pacientes adicionales durante los cinco meses que dura cada temporada de influenza”.

Por eso es importante encontrar la manera de ampliar el acceso de los niños a las vacunas contra la influenza, añadió.²



Estados Unidos, Florida: Las autoridades sanitarias detectan la bacteria *Escherichia coli* en el agua de grifo

12 de junio de 2013 – Fuente: EFE

Las autoridades sanitarias del condado de Broward, al norte de Miami (Florida), detectaron la presencia de la bacteria *Escherichia coli* en el agua de grifo, por lo que pidieron hoy a la población que no la beban sin hervirla previamente, confirmó el Departamento de Salud del citado condado.

El Departamento de Salud de Broward emitió una alerta sanitaria por la contaminación del agua para las ciudades de Hallandale Beach, Denia Beach, Hollywoods, Miramar, West Park, Pembroke Pines, Pembroke Park y el aeropuerto internacional de Fort Lauderdale, señaló un portavoz de ese organismo.

Las autoridades alertaron a los residentes en las zonas afectadas de la importancia de hervir el agua varios minutos antes de cocinar con ella o consumirla para evitar una posible infección.

Los expertos detectaron este martes la presencia de esta bacteria en el agua, por lo que “ésta debe ser desinfectada y hervida antes de su consumo o uso” hasta que los análisis de laboratorio muestren que es de nuevo potable, señaló el Departamento de Aguas y Aguas Residuales del condado de Broward.



República Dominicana: El dengue provoca la muerte de 34 personas en este año

13 de junio de 2013 – Fuente: Listín Diario (República Dominicana)

La epidemia de dengue que afecta al país desde el comienzo de este año ha causado la muerte a por lo menos 34 personas, mientras unos 4.806 pacientes han presentado la enfermedad, lo que equivale a 374% más que los registrados el año pasado para esta fecha.

Mientras a los centros asistenciales continúan llegando pacientes, adultos y niños con síntomas respiratorios, algunos de ellos como consecuencia de la circulación del virus de la influenza A(H1N1), que hasta el momento ha provocado el fallecimiento de ocho personas, entre ellas cuatro embarazadas.

De acuerdo al boletín epidemiológico de la semana epidemiológica 22, divulgado por el Ministerio de Salud Pública, 81% de los casos de dengue en las últimas cuatro semanas se concentran en las provincias de Santo Domingo, Santiago, Espaillat, San Cristóbal, Puerto Plata, Monte Cristi, Azua, Sánchez Ramírez, Hermanas Mirabal y en el Distrito Nacional.

Indica que de las 34 defunciones sospechosas de dengue reportadas, doce se han confirmado. Durante el año pasado, a esta fecha el dengue había provocado cuatro fallecimientos y afectado a 1.001 personas. Durante la última semana se notificaron 204 casos de la enfermedad.

Malaria

Sobre la malaria, el sistema de vigilancia epidemiológica reporta que la provincia Dajabón se encuentra en alerta amarilla y que otras siete provincias, más el Distrito Nacional, se encuentran en alerta verde, según las tasas de incidencia de esa enfermedad de las últimas cuatro semanas.

En la última semana se presentaron cinco casos nuevos de malaria en el país, todos autóctonos, con lo que suman 343 los registrados en lo que va del año.

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



Arabia Saudí: Reportan tres nuevos casos de MERS, uno de ellos fatal

12 de junio de 2013 – Fuente: Ministerio de Salud (Arabia Saudí)

En el marco de la vigilancia epidemiológica del novel coronavirus MERS-CoV, el Ministerio de Salud de Arabia Saudí anunció que se han registrado tres casos nuevos de infección por este virus. El primero es una ciudadana saudí de 63 años, en la Región Oriental, que sufre de enfermedades crónicas, y su condición es estable. El segundo es un ciudadano saudí de 75 años, en la gobernación de Al-Ahsa, que también sufre de enfermedades crónicas, y permanece en una unidad de cuidados intensivos (UCI) recibiendo el tratamiento adecuado. El tercer caso es un residente de 21 años, en Hafr Al-Batin, que falleció después de ser ingresado en la UCI a comienzos de esta semana.

El Ministerio de Salud señala que se han analizado 87 muestras durante los últimos tres días, todas con resultados negativos, excepto los tres anteriores.³



La OMS actualiza sus recomendaciones para los viajeros a Medio Oriente en relación con el MERS

5 de junio de 2013 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

Desde septiembre de 2012, se han identificado más de 50 casos del síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS) a nivel mundial. Aproximadamente la mitad de estas personas murieron. Todos los casos identificados hasta la fecha han tenido una conexión directa o indirecta con Medio Oriente. Sin embargo, algunos casos identificados en viajeros recientes procedentes de esa región han dado lugar a una transmisión local, no sostenida, entre sus contactos cercanos. Hasta ahora, toda la transmisión de humano a humano ha ocurrido, ya sea en una casa, un ambiente laboral o un centro de salud. El modo de transmisión actualmente se desconoce. Se cree que el virus es de origen animal, pero hasta el momento no ha sido identificado en ninguna especie. Los tipos específicos de exposición que dan como resultado la infección son también desconocidos. La infección por el MERS-CoV se presenta generalmente como una neumonía, pero también ha causado insuficiencia renal. Los síntomas más comunes son fiebre, tos y dificultad para respirar, aunque también se han registrado síntomas atípicos, como diarrea, en pacientes con inmunosupresión.

Recomendaciones para el equipo de salud

- Considere la posibilidad de infección por MERS-CoV en viajeros con fiebre, tos, falta de aliento o dificultad para respirar u otros síntomas que sugieran una infección, y con una historia reciente de viajes a Medio Oriente.
- Si se considera posible un diagnóstico de infección por MERS-CoV, aplicar las medidas de prevención y control de la infección recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁴, o las indicadas por los lineamientos nacionales, y remitir al paciente a una unidad especial de enfermedades infecciosas para una mayor investigación.

Recomendaciones para los ministerios de salud

- Revisar las actuales pautas de vigilancia y definiciones de caso para la notificación de casos de MERS disponibles en la página web de la OMS⁴.
- Alertar al equipo de salud sobre la posibilidad de infección por MERS-CoV en viajeros sintomáticos con antecedentes recientes de viaje a Medio Oriente.
- Brindar al equipo de salud instrucciones claras para la derivación de los pacientes con sospecha de infección por MERS-CoV para su manejo y análisis correspondientes.

Recomendaciones para los viajeros

Aunque aún se desconoce el origen del virus y el mecanismo de transmisión, sería prudente tratar de reducir el riesgo general de infección durante el viaje respetando las siguientes recomendaciones:

- Evitar el contacto cercano con personas que sufran infecciones respiratorias agudas.
- Realizar un frecuente lavado de manos, en especial después del contacto directo con personas enfermas o su entorno.
- Respetar las normas de seguridad e higiene alimentaria, tales como evitar las carnes poco cocidas, frutas y verduras crudas –a menos que hayan sido peladas–, o agua no segura.
- Evitar el contacto cercano con animales de granja o silvestres.

Se recomienda a los viajeros a Medio Oriente que presenten síntomas, ya sea durante su viaje o después de su regreso, a buscar atención médica y relatar su historial de viajes. Las personas con síntomas de infección respirato-

³ Esto eleva el total mundial de casos confirmados por laboratorio de MERS a 58, incluyendo 32 muertes. De acuerdo con el Ministerio de Salud saudí, el número de casos confirmados por laboratorio en Arabia Saudí es ahora de 43, incluyendo 27 muertes.

Hafr Al-Batin se encuentra en el noreste de la Provincia Oriental de Arabia Saudí, a 90 km de la frontera con Kuwait y a 70 km de la frontera con Irak.

⁴ Puede consultar las medidas de prevención y control de la infección recomendadas por la OMS haciendo clic [aquí](#).

ria aguda deben respetar la etiqueta de la tos (mantener la distancia, cubrirse al toser y estornudar con pañuelos desechables o ropa, y lavarse las manos) y aplazar los viajes hasta estar asintomáticos.

En base a la información disponible, la OMS no aconseja la realización de cribados especiales en los puntos de entrada ni, por el momento, la imposición de restricciones a los viajes ni al comercio en relación con este evento.⁵

BMJ España: Los efectos de la austeridad en la salud de la población

13 de junio de 2013 – Fuente: *British Medical Journal*

Primero fue Grecia, ahora le toca el turno a España. Después del detallado análisis realizado en *The Lancet* sobre los efectos de la austeridad en la salud de la población griega⁶, ahora le toca el turno a España en un reciente artículo que advierte de los riesgos para la salud que implican los recortes en el Sistema Nacional de Salud.

Helena Legido-Quigley lleva 10 años como profesora en la prestigiosa Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (Gran Bretaña), y es autora del informe que pone de manifiesto el efecto que los recortes del Gobierno puede tener a largo plazo en la salud de los españoles. Para su análisis, Legido-Quigley viajó a España y, además de entrevistar a 34 médicos catalanes, contó con la colaboración del profesor José María Martín Moreno, de la Universidad de Valencia; Carlos Álvarez Dardet, especialista del Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBER) de Salud Pública y Laura Otero, de la Universidad de Lleida.



El documento realiza un repaso descriptivo por las últimas medidas impuestas por el Gobierno a través del Real Decreto 16/2012, desde la exclusión de la atención a inmigrantes sin papeles, el copago farmacéutico y para productos protésicos, el euro por receta en Madrid y Cataluña (posteriormente anulado por el Tribunal Constitucional)...

“Para mí era sorprendente que todas estas medidas se aplicasen en uno de los sistemas de salud más baratos de la Unión Europea –España invierte 7% de su PIB frente a 7,6% de la media europea–; con mejores indicadores de salud y mejor valorado por la población”, señala Legido-Quigley.

La autora admite sin embargo que el estudio no ha podido analizar en profundidad los efectos numéricos que la austeridad puede estar teniendo en algunos indicadores de salud; “primero, porque quizás falta algo más de tiempo para que el impacto de la crisis se vea, pero es que además no hay datos, es algo terrible”. De hecho, la autora se pregunta qué datos avalan, por ejemplo, la privatización de hospitales prevista en la Comunidad de Madrid, cuando las experiencias de otros países como Alemania, Estados Unidos, Gran Bretaña o Australia demuestran que la gestión privada no es necesariamente más eficiente.

La falta de indicadores de salud y datos oficiales sobre la Sanidad española es algo que llevan tiempo denunciando los especialistas. Sin embargo, sí se pueden apoyar con datos algunas cuestiones que ya empiezan a notarse en las consultas, como el aumento de los casos de depresión y ansiedad (con un aumento de 17% a 20%, según diversos estudios) e incluso un incremento de los suicidios (según un informe de la Policía realizado en Cataluña entre 2010 y 2011). “Además, sugerimos que, viendo lo que ya está pasando en Grecia, es previsible un aumento de los casos de enfermedades infecciosas como el VIH y la tuberculosis a consecuencia de dejar sin atención sanitaria a unas 500.000 personas sin papeles”, añade la especialista.

El profesor Martin McKee –profesor de Salud Pública, autor del informe sobre Grecia– trabaja ya en un análisis más detallado de los efectos de los recortes sanitarios en términos cuantitativos, aunque como admite Legido-Quigley no es un trabajo fácil debido a la “preocupante falta de datos, de indicadores, que se publican en España hasta con tres o cuatro años de retraso”.

“Durante cinco años, las políticas para afrontar la crisis se han centrado exclusivamente en indicadores económicos. Nuestro estudio arroja luz sobre el sufrimiento humano que estas políticas están causando”, concluye McKee.⁷

⁵ Éstas son las recomendaciones de viaje de la OMS más recientes con respecto al MERS, y que incluyen todos los niveles: equipo de salud, ministerios de salud y viajeros individuales. Con el próximo incremento previsto de viajeros a Arabia Saudí para la Umrah, y más tarde para el Hajj, en los últimos días se han publicado una gran cantidad de noticias que promueven el uso de mascarillas para todos los viajeros que realicen la peregrinación a La Meca.

Como la principal vía de transmisión del MERS-CoV es aún desconocida, las precauciones para la vía respiratoria en el seno de la comunidad debería (haciendo hincapié en 'debería') evitar la transmisión de persona a persona a través del contacto cercano, pero estas precauciones respiratorias no deben hacernos olvidar de una posible transmisión por la vía mano-boca u otras mucosas, o a través del consumo de alimentos o bebidas contaminados, si esa es una de las vías de transmisión.

⁶ Ver ‘Grecia: La crisis daña la salud’ en Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 767, de fecha 12 de octubre de 2011.

⁷ Coincidiendo con la publicación en *British Medical Journal*, la consultora Ipsos dió a conocer su ‘Informe Global @dvisor’ que analiza la percepción de la salud que tienen los ciudadanos en 15 países de todo el mundo.

En el caso de España, según señala la compañía, 53% de los encuestados cree que la situación ha empeorado en los últimos años, lo que se traduce en una caída de la valoración de 171 puntos, cuando la media mundial mejora 32.

Concretamente, los pacientes españoles califican como negativa la evolución de la sanidad y creen que el acceso médico ha caído cinco puntos, 47 desciende el acceso a tratamientos y 39 las pruebas diagnósticas. En lo que se refiere a la valoración global del paciente, se desploma nada menos que 164 puntos, frente a los 91 que sube de media en el resto de los países.

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

Más de 3,4 millones de nigerianos, en un universo de 160 millones de habitantes, viven hoy con VIH/sida, advirtió en Abuja una fuente humanitaria.

Durante una comparecencia ante el Senado, el director general de la Agencia Nacional para el Control del Sida, John Idoko, señaló que aparejado a esa situación, más de 40% de los portadores del virus en el país desconoce su estatus serológico.

El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) reveló recientemente que en este territorio más de 180.000 adolescentes se contagiaron el sida por lo que llamó a las autoridades sanitarias a implementar medidas para contener la expansión de ese flagelo.

La cifra fue dada a conocer durante una reunión nacional en Abuja sobre adolescentes con VIH, que tuvo como propósito esencial reflexionar en relación a cómo asistir a los jóvenes pacientes.

Organizaciones humanitarias en Nigeria, el país más poblado de África, exhortan a la población a prevenir la enfermedad y a que las personas realicen sistemáticamente pruebas clínicas para determinar si están libres de la dolencia.

Según Idoko, 13 de los 36 estados son los más afectados por la enfermedad y una de cada tres personas que precisa de medicamentos antirretrovirales se beneficia de forma efectiva con ese tipo de tratamiento.



Yemen: Detener el ciclo de la desnutrición en favor de los niños

21 de mayo de 2013 – Fuente: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Nacidas con poco más de un año de diferencia, puede que las hermanas Onood y Ohood Nassar Al Hajria se enfrenten a futuros muy diferentes. Los ojos de Ohood brillan y relucen cuando juega con su hermana menor. Con una cierta inseguridad, Onood, de 3 años, mira a su hermana mayor para recibir su aprobación.

Cuando Onood tenía tan sólo 4 meses de edad, su madre se dio cuenta de que algo andaba mal: "Tenía fiebre y diarrea, y no era como mi primera hija", dice. "Estaba perdiendo peso". A pesar de sus visitas al médico y al hospital durante el par de años siguientes, no fue sino hasta que Latifah, una voluntaria de salud local, realizó una visita, que se supo que la niña no estaba recibiendo la cantidad adecuada de nutrientes y sufría de desnutrición.

La madre de Onood recibió suministros de alimentos terapéuticos para una semana y le dijeron que volviera a la semana siguiente por más. Pero ella no volvió.



Amat Hassan tiene 9 meses de edad. Su madre lo llevó al hospital cuando empezó a vomitar y a sufrir diarrea. Las pruebas revelaron que estaba gravemente desnutrido y necesitaba atención inmediata.

Complicaciones

Ella y el padre de Onood estaban teniendo problemas, por lo que se mudó con sus hijas a casa de su madre. Quería ir al hospital, pero no había nadie para llevarla: no tiene hermanos ni hijos, sólo hermanas.

En Yemen, una mujer no sale de la casa sin un hombre que la acompañe. Por ello se quedaron en casa, la madre y la niña, y Onood empeoró. Se puso más débil y volvió a sufrir de diarrea y vómitos.

"Estoy muy cansada, porque quiero que mi hija se cure. Pero cada vez que vamos al hospital o a la farmacia gastamos 5.000 riales (unos 25 dólares)", dice la madre. "Y ahora debemos a la farmacia 8.000 riales (unos 40 dólares)".

Además de las crecientes deudas, el padre de Onood no está satisfecho con tener dos hijas. Él anhela un niño y ha dicho que si no consigue uno, se casa con otra mujer. Su salario diario no es suficiente para que vivan los cuatro.

La madre de Onood dice: "Un niño no va a resolver nuestros problemas, va a crear más".



A pesar de que padece desnutrición grave, la madre de Amat quiere sacarlo de hospital porque tiene que cuidar el resto de su familia.

Detener el ciclo

Si Onood no recibe pronto el tratamiento que necesita, se enfrentará a un futuro muy difícil. No morirá, pero tendrá retraso en el crecimiento para su edad y no alcanzará su pleno potencial. Estará rezagada con respecto a sus compañeros en la escuela y no se desarrollará adecuadamente en la edad adulta. Si tiene hijos, es probable que sean pequeños y desnutridos, y así el ciclo continuará.

Afortunadamente, Latifah entiende esta situación. En el último año desde que trabaja como voluntaria para el hospital, ha referido a alrededor de 55 niños con desnutrición grave aguda para que reciban tratamiento, y siempre realiza un seguimiento de los que lo abandonan. Onood es uno de esos casos, y Latifah ha estado cuidándola desde su última cita. Una medición rápida de la circunferencia del brazo superior muestra que Onood está gravemente desnutrida, mientras que Ohood es saludable.

En 2011, el retraso del crecimiento afectó a más de la cuarta parte de los niños menores de 5 años en todo el mundo. Estos niños corren el riesgo de sufrir complicaciones de enfermedades comunes de la que un niño sano puede recuperarse fácilmente. Los niños con desnutrición grave aguda tienen nueve veces más probabilidades de morir que los niños bien nutridos.

En Yemen, donde 58% de los niños menores de 5 años sufren de desnutrición crónica, muchas personas no son conscientes de los síntomas que hay que vigilar ni de la gravedad que supone no hacer nada.

A pesar de que ya han pasado los primeros mil días del desarrollo –la “ventana de oportunidad” fundamental– aún no es demasiado tarde para Onod. El enfoque correcto puede revertir gran parte del daño potencial que la continuación de la desnutrición traería: se espera que 75% de los niños con desnutrición grave aguda que reciben tratamiento apropiado mediante una intervención coordinada se recuperen.

Esta visita ha sido positiva. Después de haber encontrado a Onod de nuevo, Latifah está decidida a inscribirla en el programa esta misma semana y ha ayudado a la familia a encontrar un pariente varón para acompañarlos. Latifah no los dejará caer de nuevo en la misma situación, por lo que ahora hay esperanzas de que las vidas de las hermanas sigan caminos similares en el futuro, después de todo.

lanacion **Según Julio González Montaner, “hoy podemos decir que el fin de la epidemia de sida ya comenzó”**

13 de junio de 2013 – Fuente: La Nación (Argentina)

Aunque a veces se las olvide, las cifras del sida son todavía abrumadoras. Cada minuto, una mujer joven se infecta con el VIH. Y cada año, son 2,6 millones de personas (de las cuales 370.000 tienen menos de 15 años) las que contraen la infección. Pero, a pesar de que aún no hay forma de curarlo definitivamente, para el médico argentino residente en Canadá Julio Sergio González Montaner hay razones para ser optimistas: hoy se sabe cómo controlar la transmisión del VIH.

“Si se amplía el testeo y se trata a todas las personas que viven con el virus, se reduce la transmisión, y la epidemia puede frenarse drásticamente –dice Montaner, que vino a Argentina para participar del Congreso de la Sociedad Argentina de Infectología–. La mejor arma para prevenir la transmisión del VIH es el tratamiento de los infectados”.

Dentro de dos semanas, las nuevas guías para el tratamiento del sida que se presentarán en la conferencia mundial sobre la especialidad incluirán la estrategia que este argentino nacido en el barrio de Caballito y padre de cuatro hijos probó en 2006 y que en 2011 fue elegida uno de los avances del año por la revista *Science*.⁸

“Dentro de las nuevas guías terapéuticas de la Organización Mundial de la Salud estarán las medidas que nosotros desarrollamos”, cuenta el especialista, que ayer recibió la Mención de Honor ‘Senador Domingo Faustino Sarmiento’ en el Senado de la Nación, rodeado de su familia.

Montaner jugó un papel importante en el descubrimiento del tratamiento con antirretrovirales de alta efectividad. “Lo digo con gran orgullo, porque se lo copié a mi padre, que era tisiólogo: el tratamiento de combinación para el sida está inspirado en el de la tuberculosis –recuerda–. En 1996 estábamos organizando la Conferencia Internacional de Vancouver y ese evento nos dio el podio para presentar ante los colegas la estrategia de terapia triple como una nueva herramienta terapéutica. Para 2000, ya vimos una caída muy importante en la progresión de la mortalidad y habíamos cambiado dramáticamente el curso de la enfermedad. Pero especialmente lo que vimos es que el número de infectados por año caía en forma proporcional a la cantidad de personas que tratábamos: reducir la progresión de la enfermedad tenía un efecto secundario que se traducía en que también frenábamos el avance de la epidemia. Era como sustraer donantes potenciales de VIH de la comunidad. Nos entusiasmos porque vimos que el mismo fenómeno estaba involucrado en la transmisión vertical”.

El éxito del que habla Montaner puede ilustrarse con cifras: en British Columbia, donde trabaja, en los últimos siete años hubo sólo dos casos de transmisión vertical. “O sea que cuando se habla de alcanzar una generación sin VIH nosotros decimos que, por lo menos en lo que hace a los bebés, ya está”, se entusiasma.

Con esos datos en la mano, Montaner convenció al gobernador de su provincia de que en lugar de invertir más dinero, una parte muy importante de la estrategia para eliminar la morbimortalidad era tratar a todos los que vivían con VIH. “El retorno de la inversión aumenta en forma exponencial –subraya–. Gastar un poco más al principio en realidad permite ahorrar dinero. Porque si en lugar de tratar a 20% de los infectados uno trata al 80%, en un año reduce una gran cantidad de las infecciones. Cuando se trata a todos los infectados también les está ofreciendo un beneficio a los no infectados”.

Actualmente, se calcula que para 2015 habrá unos 15.000.000 de personas con VIH en tratamiento. Con los nuevos lineamientos serán 25.000.000 o más, porque aconsejan tratar a las embarazadas y a las personas con tuberculosis sin importar el nivel de CD4 (linfocitos responsables de la respuesta inmune) que tengan.



⁸ Ver ‘La batalla contra el sida fue uno de los avances científicos del año 2011’ en Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 820, de fecha 3 de enero de 2012.

“En 2011 tuvimos dos millones y medio de nuevas infecciones. Nosotros desarrollamos un modelo matemático que indica que, si seguimos como hasta ahora, en 2030 tendríamos tres millones y medio. Es como una hipoteca que te come vivo –ilustra Montaner–. Yo pido que me avances el depósito cinco años. Si me lo das hoy, la epidemia frena, como uno frena ante una luz roja”.

Si se implementan adecuadamente los lineamientos que se van a anunciar dentro de dos semanas, el número de nuevas infecciones caería por debajo de un millón dentro de los próximos tres años y por debajo de 500.000 dentro de diez a quince años. La experiencia de Montaner en British Columbia es convincente: lograron un descenso de la morbimortalidad de más de 90%, de 90% en la mortalidad y de 60% en las nuevas infecciones.

“En la década de 1990 diagnosticábamos entre 800 y 900 casos por año –detalla–. En 2012, en British Columbia se diagnosticaron 238. Nos ahorramos 600”.

Claro que implementar estos programas, además de dinero, cuesta mucho trabajo. Entre otras cosas, se requiere mantener una pesquisa continua. “Nosotros tenemos el testeo para el VIH normalizado en los centros de salud – cuenta–: ya no preguntamos más a los pacientes si quieren hacerse la prueba del sida. Les decimos: ‘Si usted tuvo un encuentro sexual en las últimas cinco décadas, tiene que hacérselo’. El éxito más grande lo tuvimos entre los usuarios de drogas endovenosas. En la década de 1990, diagnosticábamos 400 casos por año, en 2012, diagnosticamos 29”.

Según la visión de Montaner, no se trata simplemente de ofrecer la medicación, sino especialmente de buscar a los pacientes, testearlos, ayudarlos, incentivarlos (por ejemplo, ofreciéndoles comida, albergue y hasta algún estipendio). Con recursos como éstos logró que la tasa de cumplimiento del testeo en adictos fuera de más de 90%.

“En todo el mundo, los sistemas de salud están organizados como le conviene al médico –destaca–. Cuando se tiene una situación crónica como el VIH, hay que erradicar estas barreras sutiles que impiden el acceso de los pacientes. Hay que eludir esa perversión darwiniana por la cual los que tienen más recursos o son más hábiles logran extraer del sistema lo que es un derecho humano. Y los que no tienen esa capacidad o esa posibilidad porque tienen una enfermedad mental o son drogadictos son los que sufren. Lo que vimos es que si seguimos descuidando a las poblaciones más vulnerables se perjudican todos”.

Montaner y su equipo también compararon la efectividad del tratamiento con antirretrovirales en personas con VIH con la profilaxis previa a la exposición utilizando dos drogas en lugar de tres. “Si tomo el tratamiento, las chances de que mi pareja se contagie bajan más de 96% –detalla–. Con dos drogas, disminuyen 50%, y si las toma superbién, hasta 80%. El tratamiento de todos los infectados es la estrategia más efectiva. Y el retorno de la inversión es altísimo”.

Y se espera: “Hoy podemos decir que el final de la epidemia de sida ya comenzó”.

BMJ Una dosis doble de oseltamivir no da mejores resultados en la influenza severa

30 de mayo de 2013 – Fuente: *British Medical Journal*

Una dosis doble del antiviral oseltamivir para los pacientes que sufren una influenza severa no genera beneficios, pese a los llamamientos de algunos expertos a utilizar mayores dosis en los casos más serios.

El veredicto de la primera prueba clínica aleatoria realizada para estudiar el tema tiene consecuencias para los lineamientos globales de reservas de medicinas para una potencial pandemia de influenza.

“Nuestros hallazgos no apoyan el uso rutinario de dosis dobles para tratar infecciones severas de influenza, lo que podría ayudar a conservar las reservas de medicamentos ante una posible pandemia”, dijo Jeremy Farrar, director de la Red de Investigación Clínica de Enfermedades Infecciosas del Sudeste Asiático.

Los expertos están en alerta por una potencial pandemia, con los temores concentrados en la nueva cepa A(H7N9) que ha causado la muerte de 36 personas en China.

Hasta el momento, la cepa A(H7N9) no ha tenido la capacidad de contagiarse fácilmente entre personas y los casos de la enfermedad van en descenso, aunque los expertos están preocupados de que la cepa pueda desarrollar rápidamente una resistencia al oseltamivir.

Estudios previos han demostrado que el tratamiento temprano con oseltamivir ayuda a una rápida recuperación de la influenza estacional y pandémica. También mejora la supervivencia de pacientes hospitalizados por el virus, lo que ha llevado a algunas autoridades sanitarias a recomendar dosis dobles en casos graves.

Los resultados se basan en un estudio entre 326 pacientes con una infección severa de influenza en Indonesia, Singapur, Tailandia y Vietnam, a quienes se les dio una dosis estándar o una dosis doble de la droga durante cinco días. Los investigadores no encontraron evidencia en los niveles de virus o en los resultados clínicos entre ambos grupos.⁹



⁹ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

13 de junio de 2013 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que hasta medio millón de nuevos casos de tuberculosis multi-resistente (TB-MDR) se producen en todo el mundo, cada año. Los regímenes actuales de tratamiento para la TB-MDR presentan muchos desafíos: el tratamiento dura 20 meses o más, lo que requiere la administración diaria de fármacos que son más tóxicos, menos eficaces y más costosos que los que se utilizan para tratar la tuberculosis sensible a los medicamentos. A nivel mundial, menos de la mitad de todos los pacientes que inician el tratamiento para la TB-MDR tienen éxito.

Por primera vez en más de 40 años, un nuevo fármaco contra la tuberculosis, con un nuevo mecanismo de acción –bedaquiline– está disponible, y recibió la aprobación acelerada por parte de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de Estados Unidos en diciembre de 2012.

Hay un interés considerable en el potencial de este medicamento para tratar la TB-MDR. Sin embargo, la información acerca de este nuevo medicamento sigue siendo limitada. Sólo ha sido obtenida a través de dos ensayos de Fase IIb de seguridad y eficacia. Por lo tanto, la OMS emite una “guía provisional de recomendaciones”.

Esta guía provisional proporciona asesoramiento sobre la inclusión de bedaquiline en la terapia de combinación contra la TB-MDR, de conformidad con las ya existentes ‘Directrices para la gestión programática de la tuberculosis resistente a los medicamentos (Actualización 2011)’ de la OMS. La guía provisional enumera cinco condiciones que deben tener lugar para el uso de bedaquiline en el tratamiento de adultos con TB-MDR:

- 1. Tratamiento y monitoreo efectivo:** El tratamiento debe ser estrechamente monitorizados para medir su eficacia y seguridad, el uso de tratamiento de sonido y los protocolos de manejo aprobados por las autoridades nacionales competentes.
- 2. Adecuada inclusión del paciente:** Se requiere precaución especial cuando se utiliza bedaquiline en personas mayores de 65 años y en los adultos con VIH. El uso en mujeres embarazadas y los niños no se aconseja.
- 3. Consentimiento informado:** Los pacientes deben ser plenamente conscientes de los beneficios y daños potenciales de la nueva droga, y documentar su consentimiento informado antes de iniciar el tratamiento.
- 4. Adherencia a las recomendaciones de la OMS:** Deben respetarse todos los principios en que se basan los regímenes de tratamiento de la TB-MDR recomendados por la OMS, en particular la inclusión de cuatro fármacos de segunda línea eficaces. En línea con los principios generales de la terapéutica de la tuberculosis, bedaquiline solo no debe ser introducido en un régimen en el que los medicamentos complementarios no han mostrado eficacia.
- 5. Farmacovigilancia activa y gestión de eventos adversos:** Deben implementarse medidas activas de farmacovigilancia para asegurar la detección temprana y el manejo adecuado de las reacciones adversas y las interacciones potenciales con otros medicamentos.

La OMS recomienda la aceleración de los estudios de fase III para generar una base de datos más completa para poder informar la política futura sobre bedaquiline.

La OMS revisará, modificará o actualizará la guía provisional cuando disponga de información adicional sobre eficacia y seguridad. La OMS también está desarrollando un documento operativo para facilitar la aplicación de bedaquiline y está trabajando con sus socios para ayudar a asegurar su introducción racional.¹⁰

**Aumentan los casos de hepatitis C a causa de la criminalización del consumo de drogas**

30 de mayo de 2013 – Fuente: EFE

El mundo se enfrenta a una epidemia silenciosa y oculta que afecta a más de 10 millones de personas que padecen hepatitis C, la inmensa mayoría de las cuales morirán sin obtener el tratamiento que les salvaría la vida, una plaga que “la guerra” contra el consumo de drogas alienta.

Así lo afirmaron dos de los miembros de la Comisión Global de Política de Drogas, que denuncian que la criminalización del uso de las drogas favorece la epidemia de hepatitis C.

“La epidemia de la hepatitis C es silenciosa porque no presenta síntomas clínicos por años y porque no existe ni conciencia ni atención a un problema que sin embargo es enorme”, señaló Michel Kazatchkine, miembro de la comisión y enviado especial de la Organización de Naciones Unidas (ONU) para el VIH/Sida en Europa del Este y Asia Central.

Los cifras, “subestimadas” según Kazatchkine, con las que cuenta la Comisión, indican que de los 16 millones de usuarios de drogas, 10 millones –60%– padecen hepatitis C. Por regiones, la mayoría de los casos se producen en el sudeste asiático (2,6 millones), y en Europa del Este y Asia Central (2,3 millones).

Pero por países, la mayor incidencia se da en China (1,6 millones), Rusia (1,3 millones) y Estados Unidos (1,5 millones).

“Pero en los lugares donde la represión contra las drogas es más feroz es donde se dan los índices más altos de incidencia, que alcanzan hasta 90%, como en el caso de Rusia”, afirmó Kazatchkine.

¹⁰ Puede consultar la guía provisional, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

De hecho, la hepatitis C está tres veces más extendida entre los usuarios de drogas que el VIH, y la mayoría de los drogadictos que conviven con el virus del sida también padecen hepatitis C.

El virus de la hepatitis C es muy contagioso y se transmite por contacto sanguíneo, "pero no sólo sangre con sangre, sino que el virus puede sobrevivir durante largo tiempo en las agujas, pero también en el algodón o cualquier otro material contaminado", explicó el experto.

"Las políticas represivas en materia de drogas llevan a los usuarios a la marginación y los alejan de los centros de atención médica, que es donde deberían inyectarse para hacerlo con seguridad", explicó a su vez Ruth Dreifuss, miembro de la comisión y antigua presidenta de Suiza.

La comisión ha publicado un informe al respecto que denuncia "el fracaso flagrante de las políticas represivas en la reducción de la oferta del mercado mundial de drogas ilícitas", al especificar que el aprovisionamiento mundial de opiáceos ilícitos como la heroína ha aumentado en los últimos decenios 380%.

"La guerra contra la droga contribuye al crecimiento del crimen organizado, a la violencia y a la encarcelación a gran escala de los usuarios de drogas. Y la encarcelación en masa de los usuarios no violentos juega un rol mayor en la propagación de la epidemia", agregó Dreifuss.

Otro problema es que a pesar de que la enfermedad es tratable y curable, la mayoría de los que la padecen no obtienen el tratamiento necesario, bien porque no han sido diagnosticados, bien porque es demasiado caro y no se lo pueden permitir, como ocurre con la mayoría de los usuarios de drogas.

"Se calcula que en el mundo sólo 2% de los enfermos de hepatitis C obtiene tratamiento", se lamentó Kazatchkine.

Es por ello que la comisión ha hecho un llamamiento para que los gobiernos se replanteen la criminalización del consumo de drogas y subsanen las consecuencias que, como la epidemia de la hepatitis C, acarrea.

La lucha por la despenalización del consumo de drogas comenzó en Latinoamérica de la mano de los ex presidentes Fernando Henrique Cardoso (Brasil), Ricardo Lagos (Chile), César Gaviria (Colombia) y Ernesto Zedillo (México), que formaron una comisión que se ha ampliado con autoridades del mundo entero.

Un poquitito de humor



Joaquín Salvador Lavado (Quino)

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.