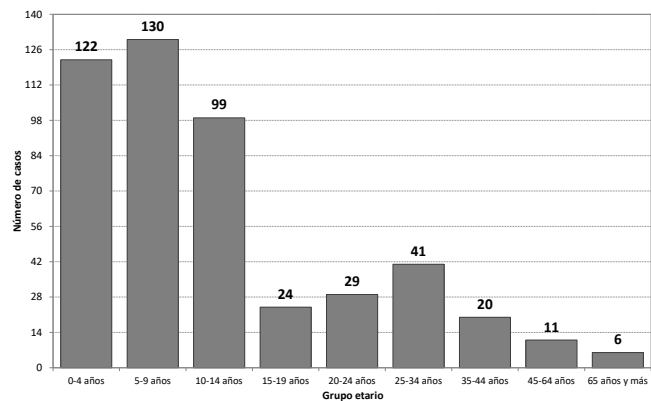


En los primeros 25 días de enero, se notificaron en la provincia 571 casos sospechosos de infección por *Salmonella*, de los cuales 482 fueron confirmados, lo que representa un 84% de positividad.

De dicha cantidad, la mayor proporción de individuos afectados corresponde a la franja etaria de 5 a 9 años, con un total de 130 casos. En segundo lugar, con 122 casos, se ubican los niños de 0 a 4 años. Los datos reflejan que 72,8% de los casos corresponde a niños de 0 a 14 años.



Casos confirmados de salmonelosis, según grupos etarios. Provincia de Salta. Año 2022, hasta el 25 de enero. Fuente: Ministerio de Salud Pública de Salta.

En cuanto a la localización de casos, el departamento con mayor número es Capital, con 366, lo que equivale a 76% del total.

De 23 departamentos en que se divide la provincia de Salta, en el período 1 al 25 de enero, se registraron casos de salmonelosis en 19 de ellos. No hubo casos en La Candelaria, Rosario de la Frontera, San Carlos y Los Andes.

Según registros del programa de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud Pública, en el año 2021 se contabilizaron 1.930 casos sospechosos, con 1.748 confirmados (91% de positividad).

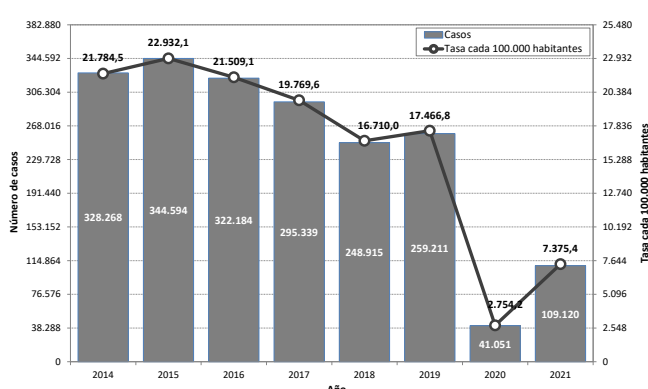
Provincia/Región	2014/2019		2020		2021	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	128.212	25.647,02	649	789,21	1.970	2.434,80
Buenos Aires	659.658	19.020,63	11.984	2.103,87	39.101	6.948,09
Córdoba	117.135	16.574,83	1.299	1.097,81	6.047	5.114,04
Entre Ríos	58.306	21.888,87	1.333	2.995,83	2.614	5.886,86
Santa Fe	53.956	8.368,10	847	788,65	2.709	2.537,75
Centro	1.017.267	18.211,37	16.112	1.747,37	52.441	5.743,41
Mendoza	59.228	14.656,14	1.567	2.341,25	6.116	9.212,37
San Juan	73.141	45.675,56	1.859	6.954,00	5.131	19.177,72
San Luis	17.749	18.229,90	517	3.149,06	1.746	10.567,73
Cuyo	150.118	22.689,77	3.943	3.581,93	12.993	11.847,79
Chaco	71.519	26.352,07	3.552	7.864,39	8.051	17.972,59
Corrientes	29.796	12.213,48	870	2.141,57	871	2.161,50
Formosa	28.738	20.936,36	982	4.306,72	397	1.757,26
Misiones	39.699	13.652,20	1.058	2.197,26	3.056	6.401,61
Noreste Argentino	169.752	17.993,45	6.462	4.122,69	12.375	7.962,19
Catamarca	15.428	18.768,03	522	3.796,47	909	6.626,33
Jujuy	47.574	29.680,25	1.245	4.644,90	1.834	6.858,90
La Rioja	15.450	20.012,95	1.074	8.165,81	1.607	12.094,53
Salta	103.825	31.527,47	3.389	6.183,76	7.084	12.992,21
Santiago del Estero	98.576	46.358,34	3.114	8.669,07	2.258	6.259,01
Tucumán	83.001	23.061,65	2.852	4.739,30	8.814	14.677,28
Noroeste Argentino	363.854	29.786,10	12.196	5.960,64	22.506	11.010,92
Chubut	20.195	16.501,72	267	1.303,71	1.091	5.326,63
La Pampa	13.224	20.136,07	316	2.889,64	1.464	13.422,57
Neuquén	31.367	22.676,60	285	1.252,75	2.459	10.939,10
Río Negro	30.566	21.171,70	1.130	4.684,52	2.749	11.414,69
Santa Cruz	14.267	18.603,76	212	1.625,57	549	4.149,66
Tierra del Fuego	8.014	24.666,96	128	2.272,24	493	8.508,80
Sur	117.633	20.284,10	2.338	2.411,24	8.805	9.079,66
Total Argentina	1.818.624	20.224,03	41.051	2.754,24	109.120	7.375,35

Tabla 1. Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 menores de 2 años, según jurisdicción. Argentina. Años 2014/2021. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

En el año 2021 se notificaron a la vigilancia clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) 109.120 casos. La tasa de incidencia de este año es 167,78% superior a la de 2020. Solo dos jurisdicciones presentan una menor incidencia en 2021 respecto de 2020: las provincias de Formosa y Santiago del Estero.

Asimismo, la incidencia del año 2021 equivale a 36,47% de la correspondiente al periodo 2014/2019. Ninguna jurisdicción presenta una mayor incidencia en comparación con el periodo 2014/2019.

En base a los datos de los últimos ocho años, se observa un pico en el año 2015, a partir del cual se produce en general una tendencia en descenso, con un leve repunte en 2019 y una caída muy pronunciada en 2020, aunque con un fuerte incremento en el año 2021, en el que los casos casi triplican los del año anterior.



Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 menores de 2 años. Argentina. Años 2014-2021. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



LA OPS PIDE PONER FIN A LA POSTERGACIÓN DE LAS ENFERMEDADES TROPICALES DESATENDIDAS EN LA REGIÓN

27/01/2022

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) instó a los gobiernos a brindar atención integral y universal a los millones de personas afectadas por las enfermedades tropicales desatendidas, relacionadas con la pobreza en las Américas.

La lepra, el dengue, la leishmaniosis, la esquistosomosis, la rabia humana transmitida por perros, la sarna, la enfermedad de Chagas, los parásitos intestinales y el tracoma son algunas de las más de 20 de patologías presentes en la región, donde se las conoce como enfermedades infecciosas desatendidas, y que ponen en riesgo la salud de más de 200 millones de personas.



“Prevenir y tratar estas enfermedades es costo efectivo. Las estrategias para combatir las implican acercar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento a comunidades vulnerables, así como mejorar sus condiciones de vida, como el acceso a la educación, al agua potable, al saneamiento básico y a la vivienda”, afirmó Marcos Antonio Espinal Fuentes, director de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud de la OPS.

El Día Mundial de las Enfermedades Tropicales Desatendidas tiene lugar el 30 de enero desde que fue establecido en 2020 por la Asamblea Mundial de la Salud. El lema de este año es “Hacer realidad la equidad sanitaria para acabar con la postergación de las enfermedades relacionadas con la pobreza”.

La pandemia de COVID-19 interrumpió intervenciones de los programas de control y eliminación de estas enfermedades en las Américas, como la administración masiva de medicamentos, las encuestas y la búsqueda activa de casos. Estas actividades se cancelaron en su mayoría en 2020 y se reanudaron gradualmente en 2021. La OPS advirtió que estas interrupciones pueden demorar la eliminación o el control de algunas de estas enfermedades más allá de los tiempos propuestos antes de la pandemia.

La OPS viene apoyando a los países para fortalecer la implementación, monitoreo y evaluación de sus programas de control y eliminación de estas enfermedades a través de cooperación técnica y del desarrollo de guías, talleres y cursos, así como mediante el apoyo a procesos de donación de medicamentos y otros insumos como pruebas diagnósticas.

La Organización también lleva adelante una iniciativa nueva para eliminar una treintena de enfermedades infecciosas y otras condiciones relacionadas con ellas para 2030.

Con el apoyo de la OPS, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros socios, la región ha alcanzado varios hitos frente a estas enfermedades. En 2013, Colombia se convirtió en el primer país del mundo en eliminar la oncocercosis, una enfermedad parasitaria que puede llevar a la ceguera. Le siguieron luego Ecuador, Guatemala y México, y actualmente a nivel regional solo queda un foco de oncocercosis en la frontera entre Brasil y Venezuela.

Costa Rica, Suriname y Trinidad y Tobago terminaron con la filariasis linfática, conocida como elefantiasis por el engrosamiento de los miembros del cuerpo que provoca. Brasil, Guyana, Haití y República Dominicana avanzan hacia su eliminación.

Por su parte, México puso fin a la rabia humana transmitida por los perros y al tracoma como problema de salud pública. Guatemala está a punto de alcanzar la eliminación del tracoma y se espera que, en los próximos años, varios países del Caribe verifiquen la eliminación de la esquistosomosis, una infección causada por gusanos parásitos.

Actualmente, en América Latina y el Caribe, 59 millones de niños viven en zonas de riesgo de infección o reinfección por geohelminthos (parásitos intestinales) y aproximadamente 5,7 millones de personas están infectadas con la enfermedad de Chagas, con alrededor de 70 millones en riesgo de contraerla.

Además, casi 68.000 nuevos casos de leishmaniosis visceral se registraron entre 2001 y 2020 en 13 países de las Américas y más de 39.700 casos de leishmaniosis cutánea y mucosa se reportaron en 2020 en América Latina y el Caribe. Mientras la leishmaniosis visceral es causada por un parásito y es mortal en más de 95% de los casos, la cutánea produce úlceras que provocan la destrucción parcial o completa de las membranas mucosas de la nariz, la boca y la garganta.

REPORTAN MÁS DE 100 CASOS DE SALMONELOSIS VINCULADOS AL CONSUMO DE MAÍZ EN GRANO

21/01/2022

La Agencia de Salud Pública de Canadá (PHAC) está colaborando con sus socios provinciales de salud pública, la Agencia Canadiense de Inspección de Alimentos (CFIA) y Salud de Canadá en la investigación de un brote de infecciones por *Salmonella* que afecta a cinco provincias: British Columbia, Alberta, Saskatchewan, Manitoba y Ontario.

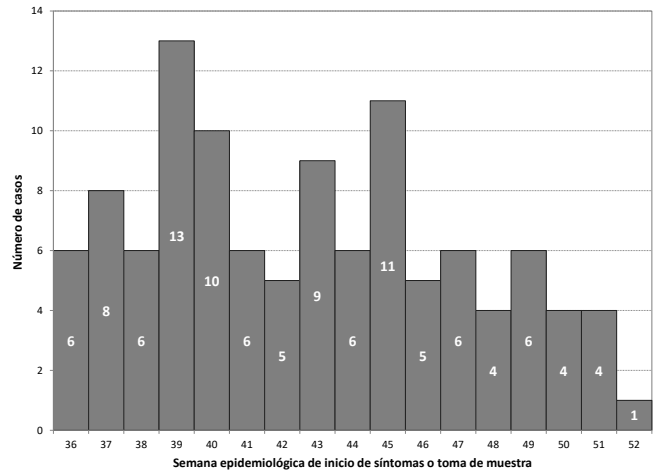
Muchos de los casos informaron haber consumido una variedad de productos agrícolas crudos y cocidos antes de enfermarse. Inicialmente, los investigadores identificaron que muchos casos informaron el consumo de aguacates frescos antes de que enfermaran; sin embargo, se necesitaba más información para confirmar la fuente del brote.

Como parte de la investigación de seguridad alimentaria, la CFIA recolectó diferentes alimentos de los restaurantes donde comieron los casos. Los análisis detectaron la cepa del brote de salmonelosis en un paquete sin abrir de maíz en grano entero congelado de la marca Alasko. Los hallazgos de rastreo identificaron a Alasko como la marca común de maíz congelado consumido en varios establecimientos de servicio de alimentos por personas que enfermaron. Según los hallazgos de la investigación hasta la fecha, el brote está relacionado con el maíz en grano entero congelado de la marca Alasko.

La CFIA emitió advertencias de retiro de alimentos el 14 y 19 de diciembre para el maíz en grano entero congelado de la marca Alasko. Los productos retirados se distribuyeron en British Columbia, Alberta, Saskatchewan, Manitoba y Quebec, y es posible que se hayan distribuido en otras provincias y territorios. Esto condujo a un retiro secundario del mercado de maíz integral congelado de la marca Fraser Valley Meats el 18 de diciembre. Desde entonces, se han emitido varios retiros secundarios adicionales para productos elaborados con maíz en grano entero congelado de la marca Alasko. La CFIA continúa con su investigación de seguridad alimentaria, lo que puede conducir al retiro de otros productos.

El brote parece estar en curso, ya que se han seguido informando casos recientemente. Se ha recomendado no comer, usar, vender ni servir ninguno de los productos de maíz retirados del mercado o elaborados con el maíz retirado. Este consejo se aplica a las personas, así como a los minoristas, distribuidores, fabricantes y establecimientos de servicios alimentarios como hoteles, restaurantes, cafeterías, hospitales y residencias de ancianos en todo Canadá.

Este brote es un recordatorio importante para los canadienses y las empresas de que las verduras congeladas pueden contener gérmenes dañinos que pueden provocar enfermedades transmitidas por los alimentos si no se manipulan y cocinan adecuadamente antes del consumo.



Casos de salmonelosis vinculados con el brote, según semana epidemiológica de inicio de síntomas o toma de muestra. Canadá. Semanas epidemiológicas 36 a 52 de 2021. Fuente: Agencia de Salud Pública de Canadá.

Hasta el 21 de enero de 2022, se han investigado 110 casos de infección por *Salmonella enterica enterica* serovar Enteritidis confirmados por laboratorio en: Alberta (49 casos), British Columbia (42), Manitoba (13), Saskatchewan (4) y Ontario (2). Los casos reportados en Ontario están relacionados con viajes a Alberta y British Columbia.

Las personas enfermaron entre principios de septiembre y fines de diciembre de 2021. Cuatro personas han sido hospitalizadas. No se han reportado muertes. Los casos tienen entre 1 y 89 años de edad; la mayoría son mujeres (64%).

Todas las personas pueden contraer una infección por *Salmonella*, pero los niños pequeños, los ancianos, las mujeres embarazadas y las personas con sistemas inmunitarios debilitados corren un mayor riesgo de contraer una enfermedad grave.

La mayoría de las personas que contraen una infección por *Salmonella* se recuperan por completo después de unos días. Es posible que algunas se infecten con la bacteria y no enfermen ni muestren ningún síntoma, pero aun así puedan transmitir la infección a otros.

La Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Salud de la Región de Ñuble confirmó el fallecimiento por hantavirosis de una persona de sexo masculino de 51 años. Así lo informó Cristian Roberto Maldonado Barriga, Secretario Regional Ministerial de Salud subrogante, quien precisó que la investigación epidemiológica determinó como posible zona de contagio el sector Flores, ubicado en el límite rural de las comunas de San Fabián y Coihueco. Ello, tras la inspección realizada en esa área por las Unidades de Epidemiología y Zoonosis de la Autoridad Sanitaria.

Maldonado explicó que en la zona rural de residencia de la persona fallecida se observó un aumento significativo de floración de la quila (*Chusquea quila*), alimento del ratón colilargo (*Oligorizomys longicaudatus*), lo que hace presumir un incremento de la población del roedor y de la posibilidad de contagio. Además, se consignó como acción de riesgo, un paseo al sector La Balsa, de San Fabián.

“El paciente fue hospitalizado en Chillán la madrugada del 25 de enero, agravándose y falleciendo el mismo día, con sospecha de contagio por hantavirus, diagnóstico que fue confirmado recientemente por el Instituto de Salud Pública (ISP)”, acotó Maldonado.

Es el primer caso de hantavirosis confirmado este año en Ñuble. En 2021 se registraron tres casos, uno de los cuales falleció. La SEREMI de Salud recordó que la transmisión más común del hantavirus se produce a través de la inhalación de aerosoles producidos a partir de la orina de roedores contagiados, mientras que las zonas de más peligro se focalizan en sectores rurales y específicamente en áreas pocas intervenidas por el hombre. La enfermedad tiene síntomas similares a un cuadro de influenza, acompañado a veces con síntomas gastrointestinales y dificultad respiratoria progresiva; y los pacientes necesitan ser diagnosticados oportunamente y derivados a hospitales con terapia intensiva: su manejo es de complejidad y requiere atención especial.

La SEREMI de Salud reiteró que es imperioso adoptar medidas preventivas en los lugares de trabajo campestres, tales como mantener medidas de control de roedores al realizar faenas de riesgo, la utilización de los elementos de protección personal adecuados (barbijos y antiparras). En actividades de desmalezamiento, corte o tala, limpieza de canales o pastizales en lugares abiertos se recomienda su ropa habitual de trabajo: guantes de goma, overol, botas o zapatos de seguridad. Lavar las manos con guantes puestos en solución desinfectante y después lavar las manos con abundante agua y jabón. Asimismo, se reitera el llamado a concurrir solo a campings autorizados.¹

¹ Aunque no se especifica en la noticia, el hantavirus involucrado en estos casos sin duda es el virus Andes. Este virus es endémico en Chile, y todos los años se presentan casos de síndrome pulmonar por hantavirus. El virus Andes se puede transmitir directamente de persona a persona, pero solo con una proximidad física muy cercana, generalmente dentro de la familia. Sin embargo, a menos que se realicen pruebas de laboratorio específicas, no se puede descartar el hantavirus Seoul.

En el año 2021 se notificaron 13.888 casos de varicela en Colombia, con una incidencia nacional de 27,2 casos cada 100.000 habitantes. El 52,9% de los casos (7.356) se presentó en el sexo masculino, con una incidencia de 24,5 casos cada 100.000 hombres.

El 98,8% de los casos (13.729) se confirmaron por clínica y 1,14% (159) por nexo epidemiológico. Los grupos más afectados son los menores de un año con una incidencia de 151 casos cada 100.000 y los de uno a cuatro años con una incidencia de 136,5 casos cada 100.000; los mayores de 50 años representan la incidencia más baja de la enfermedad con 3,8 casos cada 100.000.

Las entidades territoriales de Amazonas, San Andrés, Putumayo, Cartagena, Casanare, Quindío, Atlántico, Córdoba, Meta y Guaviare presentaron las incidencias más altas de 2021, con valores por encima de la incidencia nacional. Amazonas fue la entidad territorial con la mayor incidencia (165 casos cada 100.000 habitantes) seguido por San Andrés (68).

Entre las entidades territoriales con menor incidencia estuvieron Chocó (2,7 casos cada 100.000 habitantes), Buenaventura (6,1) y Vaupés con (8,5).

El 45,5% de las entidades territoriales estuvieron por encima de la incidencia nacional para menores de un año, siendo los departamentos con mayores incidencias los de Amazonas (1.074 casos cada 100.000 menores de 1 año), Putumayo (570) y San Andrés (417).

En menores de 6 años la incidencia fue de 141,0 casos cada 100.000 menores de seis años, y las entidades territoriales que tuvieron las mayores incidencias fueron las de Amazonas (1.236 casos cada 100.000 menores de 6 años), Putumayo (465) y San Andrés (363).

La tasa de hospitalización en Colombia desde 2011 ha estado por debajo de 3,1%. En 2021 se notificaron 413 hospitalizaciones, de las cuales 53,5% fueron hombres; los menores de 5 años son los que más se hospitalizaron, con 8,40% (1.167 casos) en menores de un año y 30,9% (4.301 casos) en niños de uno a cuatro años.

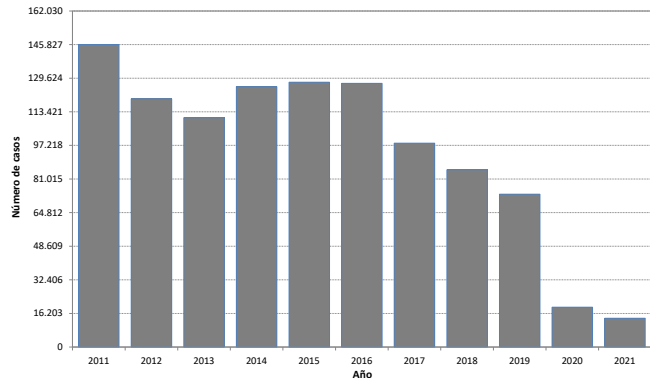
Durante 2021 se registraron siete muertes, todas en adultos mayores de 40 años que registraban comorbilidades y fallecieron por complicaciones como neumonitis y encefalitis asociadas a varicela; entre 2011 y 2021, la letalidad por este evento ha sido inferior a 1,0%.

Se identifica una tendencia al incremento en las cifras de hospitalizaciones por varicela, con un porcentaje de cambio anual estadísticamente significativo de 6,95%. En 2020 y 2021 se presentaron las mayores tasas de hospitalización, con 2,6% y 3,0%, respectivamente.

Se identifica una tendencia al incremento en las cifras de hospitalizaciones por varicela, con un porcentaje de cambio anual estadísticamente significativo de 6,95%. En 2020 y 2021 se presentaron las mayores tasas de hospitalización, con 2,6% y 3,0%, respectivamente.

Conclusiones

- La notificación de varicela en 2021 se encontró por debajo del comportamiento de años anteriores, por lo cual es necesario dar continuidad a la activación e intensificación de la vigilancia del evento.



Casos notificados de varicela. Colombia. Años 2011/2021. Fuente: Instituto Nacional de Salud.

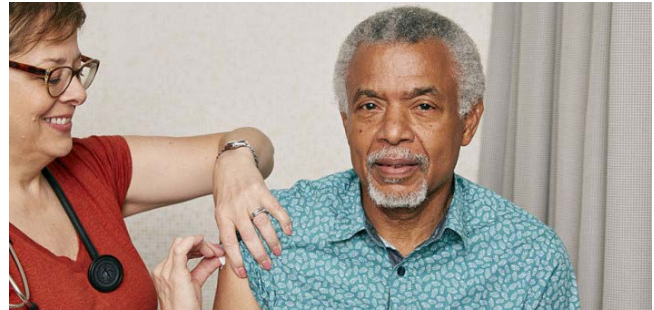
- Los departamentos que presentaron mayores incidencias fueron aquellos con menores coberturas de vacunación contra la varicela: Amazonas, San Andrés y Putumayo.

Recomendaciones

- Las entidades municipales deben realizar la búsqueda activa institucional de manera mensual y seguimiento a las unidades primarias generadoras de datos para asegurar la notificación de los casos que se están diagnosticando y se identifican en los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud.
- Las unidades notificadoras municipales y las distritales deben fortalecer el seguimiento a instituciones con población confinada, puesto que los brotes deben ser atendidos durante las primeras 24 horas para interrumpir las cadenas de transmisión.
- Debe fortalecerse el seguimiento de jardines de infantes e instituciones educativas, las cuales iniciarán la presencialidad durante 2022.²

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

El 1 de diciembre de 2021, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de Estados Unidos aprobó PreHevbrio®, la primera vacuna que se dirige a tres proteínas diferentes del [virus de la hepatitis B \(VHB\)](#). En los ensayos clínicos, PreHevbrio® ofreció más protección que la vacuna Engerix-B® de un solo objetivo, especialmente en adultos mayores y personas con sistemas inmunitarios débiles, y lo hizo más rápido. La nueva vacuna está aprobada para adultos con cualquier subtipo conocido del VHB.



La vacunación ha llevado a una [caída dramática en los nuevos casos de hepatitis B](#) en todo el mundo, una disminución que finalmente resultará en una disminución de la cirrosis, el [cáncer de hígado](#) y la necesidad de trasplantes de hígado. La inmunización universal para bebés se implementó en Estados Unidos en 1991, y el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) [amplió recientemente su recomendación de vacunación para adultos](#) al incluir a todas las personas de hasta 60 años, independientemente de los factores de riesgo.

Sin embargo, algunos adultos que reciben el esquema completo de tres dosis de vacunas contra el VHB ampliamente utilizadas no logran una protección completa, lo que significa que no producen niveles suficientemente altos de anticuerpos contra el virus. Esto es más probable entre las personas con una función inmunológica deficiente, incluidas las personas mayores y las que tienen comorbilidades.

Las vacunas existentes contra el VHB (Engerix-B®, Recombivax HB®, Heplisav-B® y la vacuna doble contra la hepatitis A y B Twinrix®) son vacunas monovalentes o de un solo objetivo que contienen una versión modificada genéticamente de la pequeña proteína S del antígeno de superficie de la hepatitis B. PreHevbrio® (anteriormente conocido como Sci-B-Vac®), de VBI Vaccines, es una vacuna trivalente o de triple objetivo que contiene la proteína S más dos proteínas de superficie viral más grandes, pre-S1 y pre-S2.

Los resultados del ensayo PROTECT de Fase III, [informados previamente](#) en una reunión en 2019 y [publicados en una revista científica](#), mostraron que los participantes asignados para recibir tres dosis de PreHevbrio®, una al comienzo del estudio, otra 28 días después y una tercera aproximadamente seis meses después, tenían más probabilidades de producir niveles adecuados de anticuerpos que los que recibieron tres dosis de Engerix-B®.

Entre todos los adultos, 91% de los que recibieron PreHevbrio® y 77% de los que recibieron Engerix-B® lograron una protección inmunitaria adecuada cuatro semanas después de la última dosis, y la tasa de protección se mantuvo más alta en el grupo de PreHevbrio® después de casi un año de seguimiento (89% versus 69%, respectivamente). Entre los participantes de 45 años o más, las tasas de protección fueron de 89% versus 73% un mes después de la última dosis. También se observaron tasas de respuesta más altas con PreHevbrio® en personas con obesidad (89% versus 68%) y personas con diabetes (83% versus 58%).

Los resultados del ensayo fase III CONSTANT, [publicados recientemente](#), mostraron que tres dosis de PreHevbrio® dieron como resultado concentraciones más altas de anticuerpos de superficie contra la hepatitis B y tasas más altas de seroprotección (niveles adecuados de anticuerpos) que Engerix-B® en adultos sanos de 18 a 45 años.

Después de tres dosis, los niveles promedio de anticuerpos fueron 3,5 veces más altos con PreHevbrio® en comparación con Engerix-B®, y las tasas de seroprotección fueron de 99% versus 95%, respectivamente. Además, la diferencia fue más pronunciada después de dos dosis: la concentración media de anticuerpos fue casi ocho veces mayor con PreHevbrio® y las tasas de seroprotección fueron de 90% versus 52%, respectivamente.

“La rápida inducción de niveles de anticuerpos protectores en más de 90% de los participantes después de dos dosis de PreHevbrio® en el estudio actual es notable, particularmente para las poblaciones en las que se requiere una seroprotección rápida”, escribieron los autores del estudio.

PreHevbrio® fue en general segura y bien tolerada, pero las tasas de reacciones locales (85% versus 66%) y reacciones sistémicas (68% versus 60%) fueron más altas en comparación con Engerix-B®. Sin embargo, los eventos adversos graves fueron poco frecuentes (2% versus 0,4%) y pocas personas interrumpieron el esquema de vacunas debido a los efectos secundarios. Las reacciones locales más comunes son dolor y sensibilidad en el lugar de la inyección, mientras que los efectos secundarios sistémicos más comunes son fatiga, dolores musculares y dolor de cabeza, que generalmente se resuelven en dos días.

“A medida que trabajamos para implementar la nueva recomendación de vacuna universal contra la hepatitis B del ACIP para todos los adultos de 19 a 59 años, tal como se votó en noviembre, nos beneficiamos de tener más herramientas, incluida esta vacuna contra la hepatitis B de tres antígenos recientemente aprobada”, dijo Chari Cohen, vicepresidente sénior de la [Hepatitis B Foundation](#).

“Tener más opciones de vacunas ayudará a expandir de manera efectiva la aceptación de la vacuna, garantizar que más personas estén protegidas contra la infección por el virus de la hepatitis B y alcanzar la meta para 2030 de eliminar la hepatitis B en Estados Unidos”, agregó.

Las olas de la pandemia de COVID-19 de 2020 causaron el mayor aumento en la tasa de mortalidad general ajustada por edad de Estados Unidos que el país haya registrado jamás, y su impacto fue mayor que el de la catastrófica pandemia de influenza de 1918, según un reciente [análisis](#).



Hospital de campaña para el tratamiento de la COVID-19 en New York, en marzo de 2020.

El trabajo se basó en el análisis de los datos del Centro Nacional de Estadísticas de Salud, que es una rama de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, e incluye solo las cifras del impacto de la mortalidad pandémica para 2020, no las devastadoras olas de COVID-19 que golpearon al país en 2021.

El estudio reveló que la tasa de mortalidad por todas las causas ajustada por edad en el país aumentó 16,8% entre 2019 y 2020, después de caer 1,2% entre 2018 y 2019.

La pandemia de gripe de 1918, que mató a unas 500.000 de los 100 millones de personas que vivían en Estados Unidos en ese momento, y dio forma a las ideas de las aseguradoras de vida sobre cómo se ve un “evento de mortalidad extrema”, provocó un aumento de solo 11,7%.

La COVID-19 aumentó la tasa de mortalidad de Estados Unidos tanto al matar a las personas directamente como al aumentar la tasa de mortalidad por todas las demás causas de muerte.

La COVID-19 en sí provocó un aumento de 11,9 puntos porcentuales en la tasa de mortalidad de Estados Unidos de 2020, y los cambios en las tasas de mortalidad por todas las demás causas elevaron la tasa de mortalidad general en otros 4,9 puntos porcentuales.

Posibles razones

El aparente aumento en la cantidad de muertes atribuidas a condiciones distintas a la COVID-19 podría deberse en parte a las decisiones que tomaron los médicos al enumerar las causas de muerte. En algunos casos, por ejemplo, las muertes atribuidas a accidentes o diabetes podrían haber sido causadas por la COVID-19.

Pero la pandemia también podría haber aumentado las tasas de mortalidad por otras causas al interferir con la capacidad de las personas para obtener atención médica ordinaria. Las aseguradoras de salud han informado repetidamente que las disminuciones en el gasto en atención médica ordinaria han compensado el gasto en atención para COVID-19.

En algunos casos, los efectos psicológicos y económicos causados por los esfuerzos de control de la pandemia, como las medidas de cerrar negocios minoristas y alentar a las personas a quedarse en casa, podrían haber aumentado aún más los efectos indirectos de la COVID-19 en la mortalidad.

La pandemia y la edad

Las tablas que se produjeron para el trabajo muestran cómo la pandemia afectó las tasas de mortalidad en personas de diferentes grupos etarios:

- Las tasas de mortalidad cayeron en 2020 para bebés varones y mujeres, y para niñas de 1 a 4 años.
- Para mujeres y niñas de 5 a 44 años, y para hombres y niños de 1 a 44 años, los efectos pandémicos indirectos causaron un aumento en las tasas de mortalidad mucho mayor que el causado por la COVID-19.
- Para las personas de 45 a 54 años, los efectos directos de la COVID-19 provocaron un aumento de la mortalidad ligeramente mayor que los efectos indirectos.
- Para las personas de 55 años o más, la COVID-19 en sí tuvo un efecto mucho mayor sobre la mortalidad que los efectos indirectos.

Debido a que los efectos indirectos de la pandemia fueron tan mortales para las mujeres de 25 a 44 años y para los hombres y niños de 15 a 34 años, sus tasas generales de muerte aumentaron más de 20% entre 2019 y 2020.

La pandemia y el estado socioeconómico

Las personas con seguros de vida y rentas vitalicias individuales tienden a tener mayores ingresos, riqueza financiera y niveles de salud que los miembros de la población general.

El estudio intentó descifrar los efectos de los ingresos y otros factores económicos en las tasas de mortalidad de 2020 al observar los datos de mortalidad de 2020 a nivel de condado de los CDC.

Se dividieron los condados en quintiles, utilizando datos sobre los niveles de ingreso familiar promedio, las tasas de desempleo, el valor promedio de las viviendas y otros factores que reflejan el estatus socioeconómico de los residentes.

La COVID-19 y los efectos indirectos de la pandemia afectaron duramente a las personas en los condados de todos los quintiles, pero más a las personas en los condados menos ricos.

En los condados del quintil más rico, por ejemplo, la tasa de mortalidad general cada 100.000 habitantes aumentó a 736,1 en 2020, de 638,4 en 2019. La COVID-19 provocó 79,1 muertes adicionales cada 100.000 habitantes, y otras causas provocaron 18,5 muertes adicionales cada 100.000 habitantes.

Para los condados en el quintil más pobre, la tasa de mortalidad general cada 100.000 habitantes aumentó de 922,7 a 1.097,2, y la COVID-19 representó 117,5 muertes adicionales cada 100.000 habitantes y otras causas provocaron 57 muertes adicionales cada 100.000 habitantes.

Las cifras indican que las personas de los condados más pobres tenían 33% más probabilidades de morir a causa de la COVID-19 que las personas de los condados más ricos, y unas tres veces más probabilidades de morir por los efectos de la pandemia en todas las demás causas de muerte.

Un estudio reciente concluyó en que las tasas de reinfección por el virus de la hepatitis C (VHC) entre personas con el VIH europeas experimentaron un descenso notable desde la llegada de los antivirales de acción directa (AAD). Los datos provienen de la cohorte EuroSIDA, que aglutina unos 23.000 participantes provenientes de diversas cohortes de personas con el VIH de hasta 35 países.

Las personas que se curaron de la hepatitis C con tratamientos farmacológicos (ya sea con AAD o con los antiguos tratamientos basados en interferón) no cuentan con inmunidad frente a posteriores reinfecciones, por lo que aquellas personas que seguían manteniendo prácticas de riesgo tras haberse curado presentaban un alto riesgo de reinfectarse. El uso de material compartido para la inyección de drogas y/o las prácticas sexuales anales sin preservativo define grupos de alta vulnerabilidad a la reinfección por el VHC y con alta prevalencia del VIH por ser un virus que comparte vías de transmisión con el virus hepático.

Para investigar cómo han ido evolucionando las tasas de reinfección por VHC en personas europeas con el VIH, el estudio se enfocó en aquellos integrantes de la cohorte EuroSIDA que habían logrado curarse –al menos en una ocasión– de una infección por el VHC.

Entre los 23.000 integrantes de la cohorte se identificaron 6.915 personas que habían dado positivo a una prueba de detección de ARN del VHC y 1.022 que se habían logrado curar y contaban con un mínimo de dos años de seguimiento tras la curación, durante los cuales se habían realizado al menos una prueba del VHC.

La población del estudio era predominantemente masculina (78%) y de etnia blanca (86%). La mediana de la edad era de 50 años. El 52% de los participantes habían adquirido el VHC a través del uso de drogas intravenosas.

El 19% de los participantes se curaron de la hepatitis C antes de 2014, de los cuales 91% lo hicieron gracias a un régimen de tratamiento basado en interferón. El 22% se curó con un régimen basado en interferón a partir de 2014 y 60% se curó con AAD a partir de 2014 (cuando dicha familia de fármacos finalmente fue accesible de forma extendida).

Durante los dos años de seguimiento, 75 personas se reinfectaron con el VHC; 31 de dichas reinfecciones tuvieron lugar antes de 2014. A partir de 2014, 18 personas se reinfectaron tras un tratamiento basado en interferón y 26 se reinfectaron tras haberse curado previamente con AAD. La tasa de reinfección fue máxima entre quienes se habían curado antes de 2014 (18%) y mínima entre quienes se habían curado con AAD (4%).

Mientras que más de la mitad de los curados antes de 2014 tenían el uso de drogas intravenosas como la causa más probable de adquisición del VIH, en los curados con posterioridad dicha causa cayó significativamente tras 2014, mostrando un cambio en la epidemiología de la coinfección ya ampliamente detectado en estudios anteriores, puesto que la epidemia del VIH ha seguido una pauta de transmisión claramente sexual en los últimos tiempos.

La mediana del tiempo desde la curación hasta la reinfección fue de 8 meses y no varió con el tiempo. Respecto a los curados con tratamientos basados con interferón antes de 2014, el riesgo de reinfección fue inferior en casi 80% entre los tratados con AAD a partir de 2014, y alrededor de 55% inferior entre los curados con tratamientos basados en interferón a partir de 2014.

Aunque la naturaleza observacional del estudio impide establecer causalidades, las asociaciones detectadas parecen indicar que, dada su alta eficacia, su tolerabilidad y la relativa facilidad de acceso, los antivirales de acción directa han logrado reducir la prevalencia del VHC incluso en grupos altamente vulnerables a la reinfección, lo cual habría conllevado una reducción efectiva de la tasa de reinfecciones.

Australia envió un equipo reducido de especialistas médicos a Honiara, después de que Islas Salomon pidiera ayuda para enfrentar un preocupante brote de COVID-19.

Las autoridades australianas indicaron que el equipo, de ocho expertos, aterrizó en la capital de Islas Salomon con un cargamento de más de 37.000 dosis de vacunas contra la COVID-19.



Honiara, capital de Islas Salomon.

“El equipo multidisciplinario incluye especialistas en medicina de urgencias, control de enfermedades infecciosas, logística y terapia ocupacional”, indicó el departamento de Relaciones Exteriores en un comunicado.

Previamente, Canberra había enviado concentradores de oxígeno y equipos de protección a Honiara.

Hasta la semana pasada, el país, de 700.000 habitantes no había registrado ninguna muerte por COVID-19 y solo había reportado 31 casos, pero el 28 de enero confirmó que ya se habían detectado cerca de 900 contagios y cinco decesos.

Pero, en realidad, se teme que las cifras reales sean mucho mayores, pues la capacidad del país para realizar testeos de detección es limitada.

En la capital se decretó un confinamiento el 25 de enero, que fue extendido hasta el 30 de enero por la mañana, pese a que en principio debía terminar un día antes.

Todos los ciudadanos deben quedarse en casa, salvo aquellos que tengan empleos considerados “esenciales”.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, hasta el 22 de enero se habían administrado en Islas Salomon poco más de 270.000 vacunas contra la COVID-19.

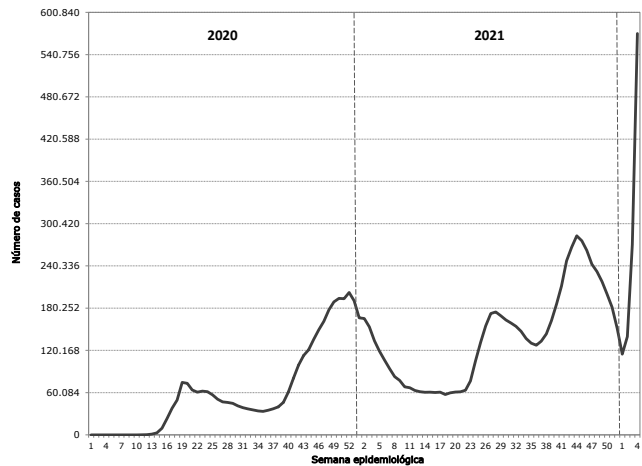
Rusia superó el 29 de enero por primera vez el umbral simbólico de los 100.000 casos diarios de COVID-19, un récord que ilustra el azote de la nueva ola, causada por la variante Omicron.

Según las cifras del gobierno, en las últimas 24 horas se registraron 113.122 nuevos casos y 668 decesos. La capital, Moscú, continúa siendo el principal foco de la epidemia en Rusia, con 26.488 nuevas infecciones y 76 muertes.

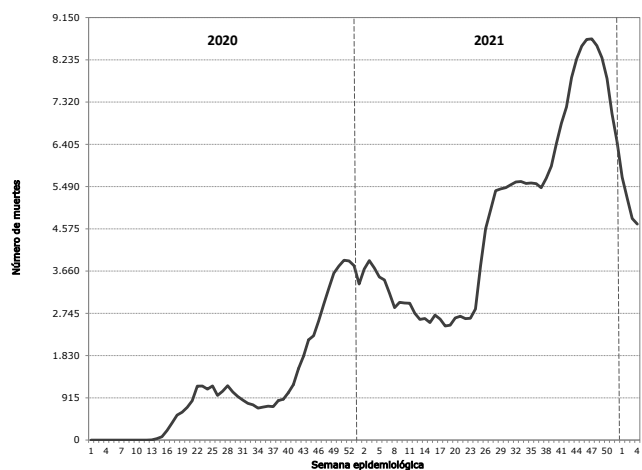
Se trata de un récord de casos por noveno día consecutivo en ese país, el más castigado de Europa por la COVID-19.

Aunque las autoridades hayan reportado 330.111 muertos por COVID-19 desde que empezó la pandemia, la agencia de estadísticas Rosstat, que tiene una definición más amplia de los decesos, considera que más de 660.000 personas murieron a causa de la enfermedad.

Este balance se explica por la lenta campaña de vacunación, el hecho de que prácticamente no se hayan decretado medidas de confinamiento desde la primavera de 2020 y por el caso omiso que hace gran parte de la población a medidas sanitarias como el uso del barbijo en el transporte público.



Casos confirmados de COVID-19. Rusia. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 4 de 2022. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 28 de enero de 2022, 16:00 horas.



Muertes confirmadas por COVID-19. Rusia. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 4 de 2022. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 28 de enero de 2022, 16:00 horas.

Timor-Leste, un país insular en el Sudeste Asiático, registró un gran aumento en los casos de dengue durante el mes de enero de 2022, según datos del Ministerio de Salud.

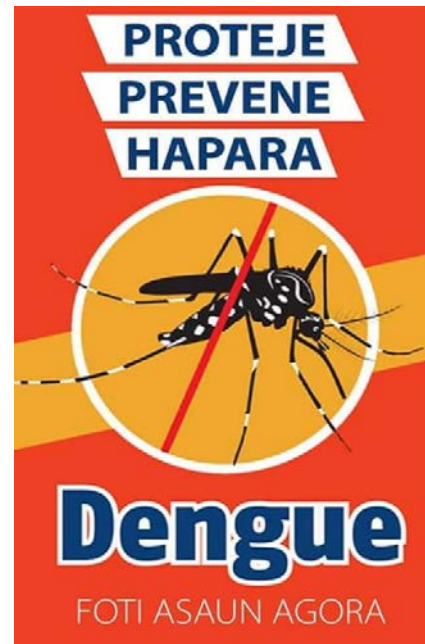
Según la última actualización del 30 de enero, el país registró un total de 1.198 casos de dengue. En todo 2021, el país había informado un total de 901 casos.

Un tercio de los casos se han notificado en la ciudad capital de Dili (809), seguida de Manatuto y Ermera con 77 casos cada una.

En cuanto a las muertes por dengue, se han reportado 20 hasta la fecha, 11 de Dili. En 2021, se informaron 11 muertes en todo el año.

Los funcionarios de salud informaron que aproximadamente 78% del total de casos hasta la fecha se reportan en niños de 1 a 14 años.

El Ministerio de Salud instó a los residentes de Dili y otras ciudades a acudir de inmediato al centro de salud más cercano si experimentan síntomas de dengue.³



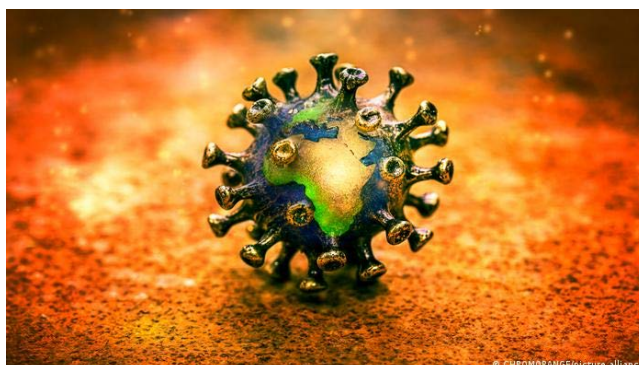
³ El dengue en Timor-Leste es altamente estacional, con picos de casos durante los meses más húmedos y calurosos del año (diciembre-febrero). Es probable que el aumento de los casos con el aumento de la temperatura media y la precipitación esté asociado con la dinámica del vector. El aumento de la temperatura prolonga la longevidad de los mosquitos *Aedes*, siendo las temperaturas ideales de supervivencia entre 27 y 30°C. Las temperaturas más altas también acortan el período de incubación extrínseco del virus Dengue (DENV) en los mosquitos. En lugares donde hay escasez de agua, el aumento de la temperatura conduce al almacenamiento de agua en contenedores, lo que a su vez proporciona un lugar de reproducción para los mosquitos. Del mismo modo, el aumento de las precipitaciones facilitaría el crecimiento de la población de vectores al proporcionar agua para su reproducción.

Las temperaturas más altas en Asia causadas por el fenómeno de El Niño también podrían desempeñar un papel en los patrones interanuales del dengue. Otras razones plausibles para este aumento en los casos de dengue incluyen la expansión de la población y el aumento de la migración de las regiones rurales a las urbanas, donde el riesgo de dengue es mayor. Esto se hace evidente debido a que el riesgo de dengue se agrupa espacialmente en Dili, Manatuto, Ermera y sus alrededores. Dili, la ciudad capital de Timor-Leste, se enfrenta a una serie de problemas típicos de las zonas urbanas de los países en desarrollo, como el aumento de la población a través de la migración desde las zonas rurales y una expansión no planificada de la ciudad. Esto podría haber dado lugar a un suministro deficiente de agua y saneamiento con una eliminación inadecuada de los desechos, como botellas y recipientes, que sirven como criaderos para los mosquitos *Aedes*.

El dengue es predominantemente una enfermedad infantil, y hay estudios que indican que el riesgo de contraer la enfermedad disminuye con la edad. Esto es plausible ya que los mosquitos *Aedes* se reproducen en recipientes con agua ubicados dentro y alrededor de las casas, donde es probable que los niños pasen la mayor parte de su tiempo. Esto ofrece oportunidades para las repetidas picaduras de los mosquitos y facilita la transmisión del DENV. Además, los adultos tienen menos probabilidades que los niños de padecer la infección por dengue debido a la inmunidad adquirida que se ha desarrollado como resultado de la infección por dengue en la infancia. El mayor número de casos de dengue observados en niños pequeños también podría deberse a tasas de notificación más altas: es más probable que los padres lleven a sus hijos al centro de salud o al hospital que ellos mismos en caso de enfermedad.

Las mujeres presentan más probabilidades de padecer dengue que los hombres, lo que podría explicarse por el hecho de que es más probable que las mujeres trabajen dentro y alrededor del hogar y, por lo tanto, corren un mayor riesgo de picaduras de mosquitos *Aedes*.

Desde que se conoció la existencia del subtipo BA.1 de la variante Omicron, se supó que era mucho más contagiosa que las anteriores variantes del SARS-CoV-2. Ahora se ha detectado el subtipo BA.2, con el que se han infectado al menos 400 personas en Reino Unido durante los primeros diez días de enero de 2022.



Ya se ha identificado su presencia en más de cuarenta países. Dinamarca es el más afectado de ellos, con alrededor de 79% de los casos. Le siguen Reino Unido (6%), India (5%), Suecia (2%) y Singapur (2%), aunque hay que resaltar que la detección del subtipo depende de la capacidad de secuenciación de los test de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de los distintos sistemas de salud.

Incertidumbre sobre su gravedad

La vertiginosa expansión del nuevo subtipo indica que podría ser aún más contagioso que el primer subtipo de Omicron. Las autoridades sanitarias británicas han clasificado el subtipo BA.2 como “variante en observación”.

“Es propio de la naturaleza de los virus multiplicarse y mutar”, dijo al respecto Meera Chand, directiva de la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKHSA). “En ese sentido, también es de esperar que se produzcan nuevas variantes mientras dure la pandemia. Como las autoridades sanitarias continuamente estudian de forma aleatoria el material genético de los virus, es posible identificar las variantes con rapidez y valorar si las mutaciones son peligrosas”, agregó Chand.

Y aseguró que, “hasta ahora, no existen suficientes pruebas para decir que BA.2 provoca cursos más graves de la enfermedad que BA.1”.

La vacunación sigue siendo importante

Por su parte, Sajid Javid, ministro de Salud británico, dijo que el surgimiento del nuevo subtipo muestra la importancia que sigue teniendo la vacunación: “Animo a todos a protegerse a sí mismos y a los demás y a que se apliquen ya la dosis de refuerzo”.

“Lo que nos ha sorprendido es la rapidez con la que se ha extendido en Dinamarca este subtipo, que circula ampliamente en Asia”, dijo, por su parte, el epidemiólogo francés Antoine Flahault. El experto aseguró, sin embargo, que las infecciones causadas por el subtipo BA.2 no son más graves que las provocadas por BA.1.

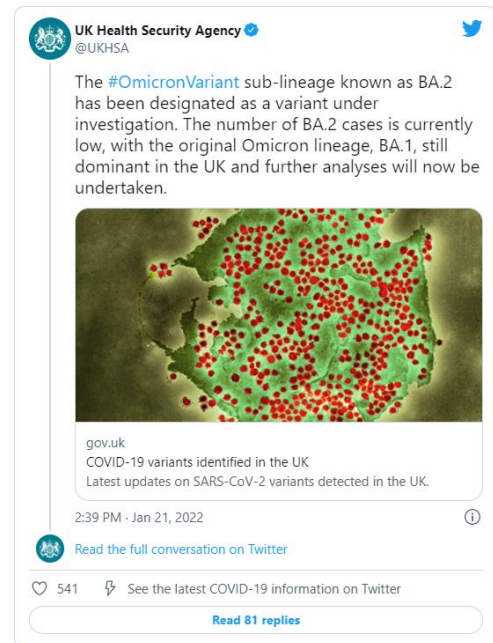
También el ministro francés de Salud, Olivier Véran, se mostró tranquilo al respecto: “Lo que de momento sabemos es que el subtipo BA.2 tiene más o menos las mismas características que ya conocemos de Omicron”.

¿Y si se recombinan Delta y Omicron?

Entretanto, el virólogo alemán Christian Drosten, del hospital Charité de Berlín, dijo que, de la unión entre una de las dos variantes Omicron y la variante Delta, podría surgir un virus más peligroso.

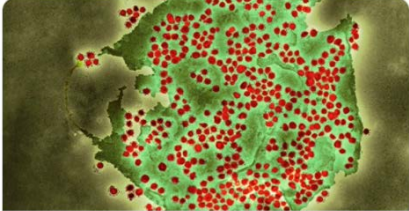
Omicron cuenta con determinadas mutaciones en la proteína de la superficie, la conocida como proteína de espiga, con las que puede evadir más fácilmente el sistema inmunitario de las personas. Esta cualidad podría volverse especialmente peligrosa si se produjera una recombinación tal, que “mantenga la proteína de espiga de la variante Omicron, que posee esta ventaja inmunitaria, pero que porte el resto del genoma de la variante Delta”, dijo Drosten. De esta manera, se fusionarían las cualidades más potentes de ambas variantes.

Hace poco, un investigador de Chipre informó sobre un nuevo tipo de SARS-CoV-2 que podría ser una recombinación de ambas variantes, aunque el supuesto hallazgo de “Deltacron” podría haberse tratado de un error de medición.



UK Health Security Agency
@UKHSA

The #OmicronVariant sub-lineage known as BA.2 has been designated as a variant under investigation. The number of BA.2 cases is currently low, with the original Omicron lineage, BA.1, still dominant in the UK and further analyses will now be undertaken.



gov.uk
COVID-19 variants identified in the UK
Latest updates on SARS-CoV-2 variants detected in the UK.

2:39 PM · Jan 21, 2022

[Read the full conversation on Twitter](#)

541 See the latest COVID-19 information on Twitter

[Read 81 replies](#)

Afganistán

- Esta semana no se informaron casos de poliovirus salvaje tipo 1 (WPV1) ni de poliovirus circulante tipo 2 derivado de la vacuna (cVDPV2). Se registraron en 2021 cuatro casos de WPV1, y 43 de cVDPV2.

Benín

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron tres casos en 2021.

Burkina Faso

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron dos casos en 2021.

Camerún

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron tres casos en 2021.

Egipto

- Esta semana no se informaron muestras ambientales positivas para cVDPV2. Se notificaron 11 muestras positivas en 2021.

Etiopia

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron 10 casos en 2021.

Gambia

- Esta semana no se informaron muestras ambientales positivas para cVDPV2. Se notificaron nueve muestras positivas en 2021.

Guinea

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron seis casos en 2021.

Guinea-Bissau

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron tres casos en 2021, relacionados con el brote de Jigawa en Nigeria.

Kenya

- Esta semana no se informaron muestras ambientales positivas para cVDPV2. Se notificaron dos muestras positivas, una en 2020 y otra en 2021. El virus está relacionado con el brote de Banadir en Somalia.

Liberia

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron tres casos en 2021.

Madagascar

- Esta semana no se informaron casos de poliovirus circulante tipo 1 derivado de la vacuna (cVDPV1). Se notificaron 11 casos en 2021.

Mauritania

- Esta semana no se informaron muestras ambientales positivas para cVDPV2. Se notificaron seis muestras positivas en 2021, vinculadas al brote de Jigawa en Nigeria.

Níger

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron 10 casos en 2021.

Nigeria

- Esta semana se informaron cinco casos de cVDPV2, en Bauchi, Borno, Gombe, Katsina y Plateau. Se notificaron 393 casos en 2021.
- Esta semana se notificaron 23 muestras ambientales positivas para cVDPV2, en Sokoto (4), Borno (3), Kano (2), Katsina (2), Kwara (1), Bauchi (1), Benue (1), Ekiti (1), Nasarawa (1), Niger (1), Ondo (1), Osun (1), Oyo (1), Yobe (1) y Zamfara (1).

Pakistán

- Esta semana no se informaron casos de WPV1 ni de cVDPV2. Se registraron en 2021 un caso de WPV1, y ocho de cVDPV2.

República del Congo

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron dos casos en 2021.

República Democrática del Congo

- Esta semana se informaron dos casos de cVDPV2 en Maniema, lo que eleva a 21 el total de casos en 2021.

Senegal

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron 17 casos en 2021.

Sierra Leona

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron cinco casos en 2021.

Somalia

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificó un caso en 2021.

Sudán del Sur

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron nueve casos en 2021.

Tayikistán

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron 32 casos en 2021.

Ucrania

- Esta semana se informó un caso de cVDPV2 en Zakarpattia, lo que eleva a dos el total de casos en 2021.

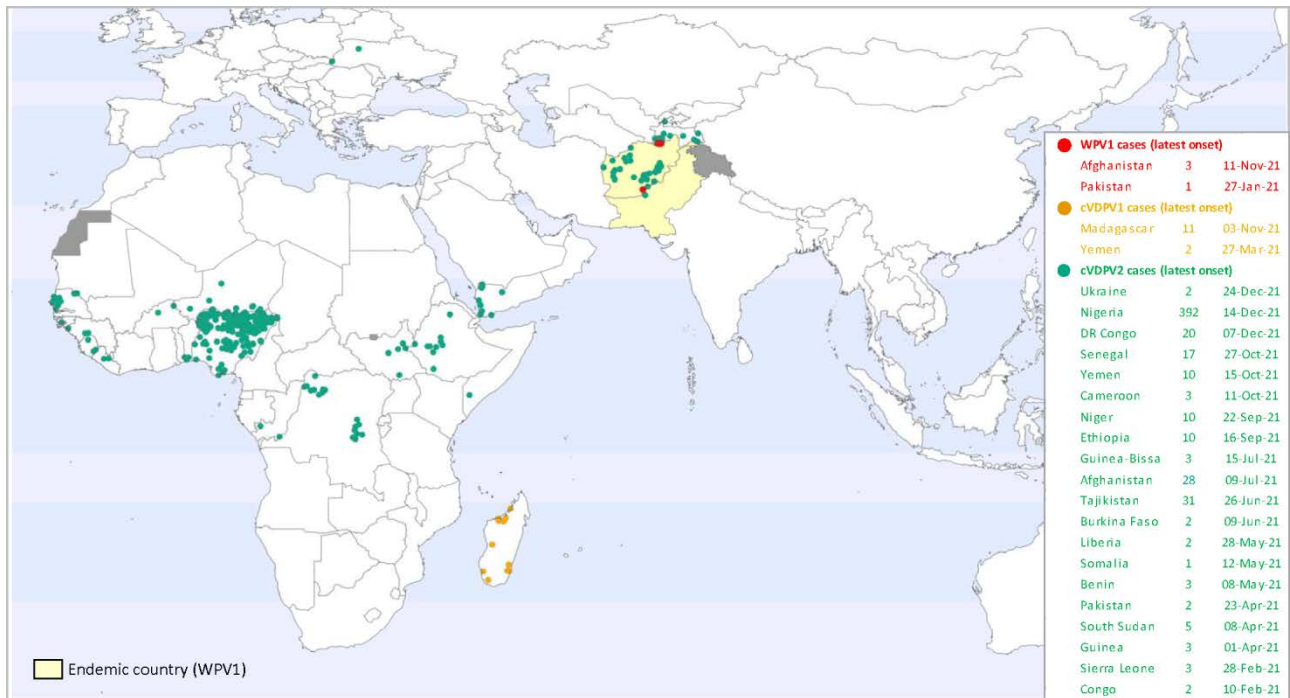
Uganda

- Esta semana no se informaron muestras ambientales positivas para cVDPV2. Se notificaron dos muestras positivas en 2021, relacionadas con el brote en N'Djamena, Chad.

Yemen

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2 ni de cVDPV1. En 2021 se notificaron tres casos de cVDPV1 y 10 casos de cVDPV2 (ninguno desde marzo de 2021).
- En respuesta al brote de cVDPV2:

- Se ha finalizado y se está implementando un plan de fortalecimiento de la vigilancia.
- La respuesta de vacunación está planificada tentativamente para comenzar el 23 de enero de 2022.
- El presupuesto de las actividades de inmunización suplementarias ha sido aprobado y los equipos están esperando que se entreguen los fondos a la oficina del país.
- 12,4 millones de dosis de la vacuna antipoliomielítica oral con virus atenuados (OPV) tri-valente han llegado a Adén (2,9 millones de dosis) y Sana'a (9,5 millones de dosis).
- Se ha finalizado el plan de respuesta al brote, incluidas las actividades de inmunización suplementarias, la gestión de vacunas y las actividades de Comunicación para el Desarrollo.



Ubicación de los casos de poliovirus salvaje tipo 1 (WPV1) y de poliovirus circulante derivado de la vacuna (cVDPV) en los últimos 12 meses. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Arte y pandemia



Quinho Ravelli (@quinho_cartum).

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

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

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