ISSN 2796-7050

REC Argentina

Reporte Epidemiológico de Córdoba

1 DE MARZO
2024
REC 2.781

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de covid
- Comienza en todo el país la vacunación contra el virus sincicial respiratorio

AMÉRICA

- Chile: Detectan murciélagos con rabia en tres localidades de la Región Bernardo O'Higgins
- Estados Unidos: El preservativo, un arma que va desapareciendo en la lucha contra el VIH
- Estados Unidos: Advierten sobre una posible escasez de la vacuna antitetánica
- Puerto Rico: Reportaron 35 muertes en 2023 vinculadas a casos de leptospirosis

EL MUNDO

- Bangladesh: Dos casos fatales de infección por el virus Nipah
- Burkina Faso: Se registran 1.269 casos sospechosos de sarampión en lo que va del año
- España: Toledo y Alicante sufren los primeros brotes de sarampión en el país tras la pandemia
- India: Las causas del desconcertante escaso uso de las sales de rehidratación oral
- India: Karnataka registra una nueva muerte por la enfermedad de la Selva de Kyasanur
- Nigeria: Al menos 20 estudiantes muertos por un brote de meningitis en seis escuelas
- Palestina: El alto el fuego en Gaza podría salvar de la muerte a 75.000 personas
- El proyecto de tratado pandémico de la OMS sería perjudicial para los países más pobres

Comité Editorial

Editor Honorario ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021)

Por su invaluable legado como científico y humanista destacado, y por su esfuerzo en la consolidación del proyecto editorial del REC, como órgano de divulgación destacado en el ámbito de la Epidemiología.

Editor en Jefe
ÍLIDE SELENE DE LISA

Editores adjuntos
RUTH BRITO
ENRIQUE FARÍAS

Editores Asociados

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

Patrocinadores

sadi Sociedad Argentina de Infectología WWW.SADI.ORG.AR
CSL Seqirus WWW.SEQIRUS.COM.AR

Adherentes

SLAMVI Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero
GEMICOMED seimc.org
Comité Nacional de Infectología SAP
UCC

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

© Copyright 2020 - ISSN 2796-7050 - recfot - All Rights Reserved
Nota de la Editorial: La Editorial no se responsabiliza por los conceptos u opiniones vertidos en entrevistas, artículos y documentos traducidos y/o reseñados en este Reporte, los cuales son de exclusiva responsabilidad de los respectivos entrevistados, traductores, autores o colaboradores.

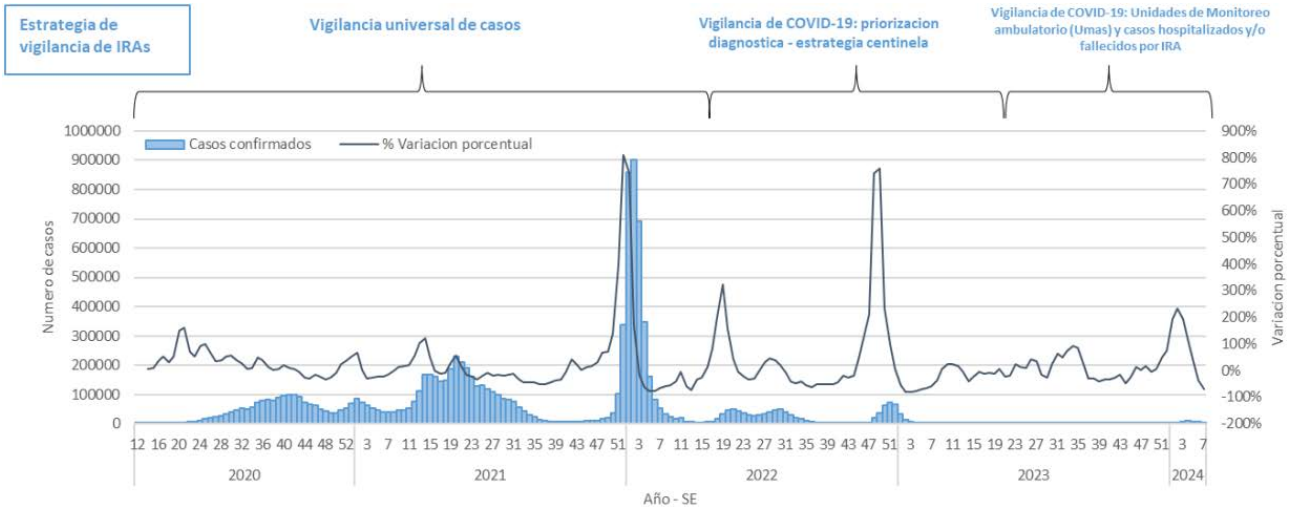
BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL
DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE COVID

24/02/2024

Si bien el número de casos confirmados de covid por semana epidemiológica (SE) durante el año 2023 y las primeras siete SE del año 2024 es menor en comparación con años previos, se observa un ascenso de las detecciones de SARS-CoV-2 entre las SE 52 de 2023 y la SE 4 de 2024, con tendencia descendente de las notificaciones en las últimas tres SE (SE 5 a 7).

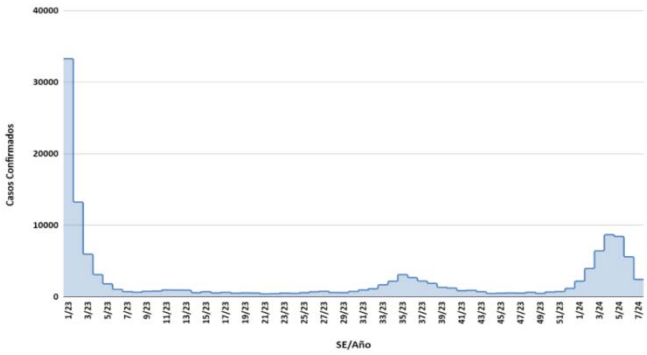
Considerando la distribución de los casos de covid por SE, se verifica una pendiente de ascenso pronunciada desde la SE 52 de 2023, si bien este incremento representa una variación porcentual menor en comparación con los ascensos observados en años anteriores. Respecto de las últimas SE analizadas, se registra una desaceleración de la tendencia ascendente de casos a partir de la SE 3 de 2024, con una variación porcentual negativa en la última SE analizada (-71,08% en la SE 7 respecto de la SE 5).



Casos confirmados y variación porcentual respecto a dos semanas epidemiológicas previas. Argentina. De semana epidemiológica 12 de 2020 a 7 de 2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Luego del último ascenso en el número de casos registrado entre las SE 30 y 40 de 2023 (el cual fue de una magnitud muy inferior al registrado hacia fines de 2022 y comienzos de 2023), las notificaciones permanecieron en números bajos, con oscilaciones en el rango de 400 a 800 casos semanales. Entre la SE 52 de 2023 y la SE 4 de 2024 se verificó un incremento, con un descenso de los casos en las últimas tres SE, con un promedio de 4.870 casos entre la SE 52 de 2023 y la SE 7 de 2024. Si bien esto representa un número muy inferior al observado para el mismo periodo del año previo (promedio de 15.568 casos semanales entre la SE 52 de 2022 y la SE 7 de 2023), en la SE 4 de 2024 se registraron 8.689 casos confirmados, valor que supera al pico del último ascenso.

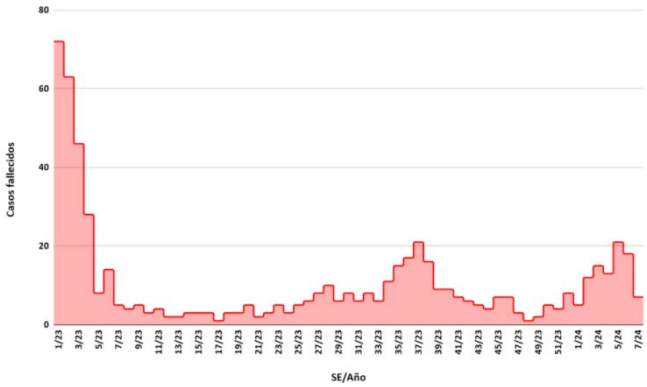
Respecto de los fallecimientos, se observa un ligero aumento en las notificaciones en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS$^{2.0}$) en las últimas SE, con 7 fallecidos notificados en la SE 7 de 2024.



Casos confirmados. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 7 de 2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

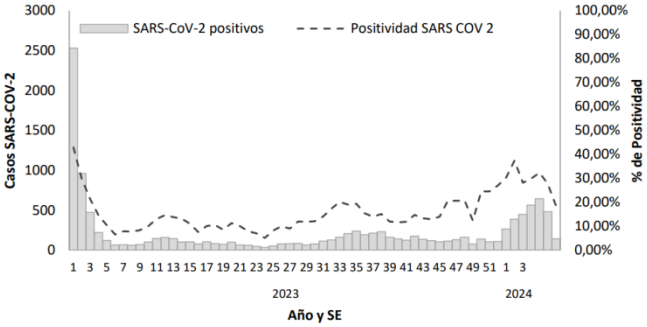
Vigilancia en unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios (UMAs)

Desde el inicio de 2023, se analizaron 65.149 muestras para SARS-CoV-2 por todas las técnicas: reacción en cadena de la polimerasa (PCR), amplificación isotérmica y test de antígeno. De éstas, 12.574 resultaron positivas. En 2024, hasta la SE 5, se observó un ascenso de los casos confirmados, acompañado de un ascenso del porcentaje de positividad, que alcanzó un máximo de 37,32% en la SE 2. En las SE 6 y 7 se verificó un descenso en el número de casos, así como de la positividad, registrándose en la última SE analizada 141 casos confirmados entre las 768 muestras estudiadas por todas las técnicas, con un porcentaje de positividad de 18,36%.

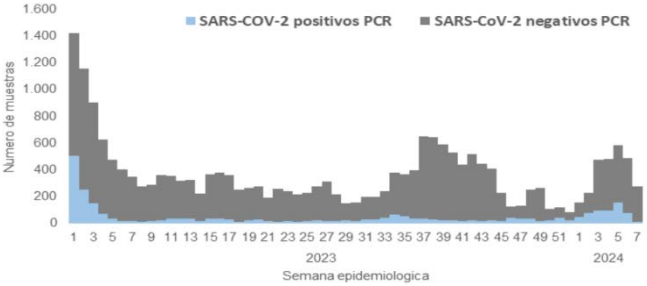


Casos fallecidos. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 7 de 2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Desde la SE 1 de 2023 se estudiaron para SARS-CoV-2 21.626 muestras mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR), de las que 2.768 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 12,80%. Este indicador presentó una tendencia descendente en las primeras 6 SE del año 2023, oscilando posteriormente en valores bajos. Entre la SE 28 y la SE 36 se observó un ascenso en la positividad, asociado a un ligero aumento en el número de detecciones del virus. Durante las últimas semanas de 2023, las detecciones de SARS-CoV-2 fueron estables, con algunas oscilaciones. En 2024, hasta la SE 5, se observó un ascenso tanto en las muestras estudiadas como en las detecciones de SARS-CoV-2 en UMAs mediante técnica molecular, con un descenso posterior, analizándose 275 muestras en la SE 7, de las cuales 12 resultaron positivas.



Casos y porcentaje de positividad de SARS-CoV-2 por todas las técnicas. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 7 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Muestras positivas y negativas para SARS-COV-2, mediante reacción en cadena de la polimerasa. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 7 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Vigilancia en personas internadas

Desde la SE 1 de 2023, en términos acumulados, se estudiaron 119.823 muestras para SARS-CoV-2 en casos hospitalizados, de las cuales 9.941 fueron positivas (porcentaje de positividad

de 8,30%). Las detecciones de SARS-CoV-2 en personas hospitalizadas presentaron una tendencia descendente durante las nueve primeras SE de 2023, correspondiente al último ascenso del año previo. Posteriormente, las notificaciones semanales permanecieron en niveles bajos hasta la SE 23, cuando se registró un nuevo aumento de casos que alcanzó su máximo en la SE3 5, aunque de menor magnitud que el ascenso previo. A partir de esa SE, la tendencia de notificaciones descendió hasta la SE 46, con una relativa estabilización de las notificaciones en las SE siguientes. Sin embargo, entre la SE 52 de 2023 y la SE 5 de 2024 se registró un aumento de las notificaciones, así como del porcentaje de positividad, que superó el 10% por primera vez desde la SE 36 de 2023. En la SE 7 de 2024 se notificaron 152 casos de SARS-COV-2 entre las 610 muestras estudiadas, lo que representa un porcentaje de positividad de 24,92%.

Nuevas variantes del SARS-CoV-2

A nivel mundial, durante el periodo de 28 días comprendido entre el 8 de enero y el 4 de febrero de 2024, fueron compartidas 25.304 secuencias del SARS-CoV-2 a través del GISAID.

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) está monitoreando cinco variantes de interés (VOI): XBB.1.5, XBB.1.16, EG.5, BA.2.86 y JN.1. Adicionalmente, se identificaron tres variantes bajo seguimiento (VUM) y sus linajes descendientes: XBB, XBB.1.9.1 y XBB.2.3.

En la actualidad, a nivel mundial, JN.1 es la VOI circulante dominante (notificada por 99 países), representando 88,2% de las secuencias en la SE 5 de 2024, en comparación con el 77,1% registrado en la SE 2. Su linaje parental, BA.2.86, se encuentra en descenso y representó 3,7% de las secuencias en la SE 5, en comparación con el 5,4% en la SE 2 de 2024.

En relación a los últimos sublinajes designados como VOI por la OMS, BA.2.86 fue designado el 21 de noviembre de 2023 y anteriormente designado como VUM el 17 de agosto de 2023, debido a una gran cantidad de mutaciones en la proteína spike. La variante JN.1, descendiente del linaje BA.2.86, ha sido clasificada por la OMS como VOI el 19 de diciembre de 2023.

Según la valoración de riesgo realizada por la OMS, JN.1 posee una mayor ventaja de crecimiento, ya que ha crecido rápidamente en algunos países de todas las regiones de la OMS.

Aun cuando estas variantes pudieran estar asociadas con un aumento en la incidencia de casos en algunos países y volverse dominantes, no hay informes de aumento de la gravedad asociado con estas variantes. Por lo tanto, según la evidencia disponible, el riesgo para la salud pública que representan BA.2.68 y JN.1 se evaluó como bajo a nivel global, en consonancia con el riesgo asociado con otras VOI actualmente en circulación.

Las otras VOI han disminuido su prevalencia global durante el mismo periodo. Además, respecto de las VUM, todas han mostrado una tendencia decreciente durante el periodo de notificación.

A nivel regional, durante las SE 2 a 4 de 2024, se dispuso de datos de secuenciación suficientes para calcular la prevalencia de variantes en cuatro regiones de la OMS: la Región de las Américas, la Región del Pacífico Occidental, la Región del Sudeste Asiático y la Región Europea. Entre las VOI, JN.1 fue la variante más reportada y mostró una tendencia en aumento en las cuatro regiones. Las demás VOI y todas las VUM observaron tendencias decrecientes en las regiones mencionadas.

Las tasas decrecientes de pruebas y secuenciación a nivel mundial hacen que sea cada vez más difícil estimar el impacto de la gravedad de las variantes emergentes del SARS-CoV-2.

Actualmente no se han reportado datos de laboratorio o informes epidemiológicos que indiquen cualquier asociación entre VOI/VUM y una mayor gravedad de la enfermedad.

En Argentina, la situación actual de variantes de SARS-CoV-2 se caracteriza por una circulación exclusiva de la variante Omicron. En relación a los linajes de Omicron, se verifica un predominio de las variantes JN.1*, XBB* y EG.5, con algunas detecciones de BA.2.86*.

Entre la SE 49 de 2023 y la SE 4 de 2024, se notificaron al SNVS$^{2.0}$ 265 muestras analizadas por secuenciación genómica de SARS-CoV-2, de las cuales JN.1 se identificó en 46,42% (123 casos), seguida de XBB* en 30,19% (80 casos), EG.5 en 16,98% (45 casos) y BA.2.86* en 0,75% (2 casos).

Entre las secuencias positivas para XBB*, 78,75% (63 casos) corresponden a XBB.1.5* y 6,25% (5 casos) a XBB.1.16*. (*Indica la inclusión de linajes descendientes).

En relación a las VOI designadas recientemente por la OMS, al 21 de febrero de 2024 se detectaron en Argentina un total de 128 casos de la variante JN.1* y tres casos de la variante BA.2.86*.

Los casos fueron detectados a partir del trabajo conjunto de la Red Nacional de Virus Respiratorios, coordinada por el Laboratorio Nacional de Referencia de Virosis Respiratorias del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas/Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán' (INEI-ANLIS), la Red Federal de Genómica y Bioinformática y por el Laboratorio de Salud Pública, Área Genómica y Diagnóstico Molecular de la Facultad de Ciencias Exactas de la Universidad Nacional de La Plata.

En Argentina, al momento actual, y a los fines de la vigilancia epidemiológica, el estudio etiológico para SARS-COV-2 se recomienda en los casos asistidos en las UMAs de virus respiratorios distribuidas en las diferentes jurisdicciones del país y en aquellos casos que requieran internación por infección respiratoria aguda y/o fallecidos.

En este sentido, es importante mantener una vigilancia epidemiológica de virus respiratorios robusta durante todo el año, incluido el periodo estival, según la estrategia nacional de vigilancia de infecciones respiratorias agudas (IRAs) vigente, así como también continuar fortaleciendo la vigilancia genómica de virus respiratorios.

Adicionalmente, se recomienda continuar con las medidas generales de prevención y control de las IRAs: mantener completos los esquemas de vacunación contra el SARS-CoV-2, así como también vacuna contra influenza, antineumocócica, contra *Bordetella pertussis* y contra *Haemophilus influenzae* tipo b, según los lineamientos nacionales, mantener una ventilación adecuada de los ambientes, lavado frecuente y adecuado de manos. Para aquellas personas que presenten síntomas de enfermedad respiratoria, como fiebre o síntomas que dificultan sus actividades habituales, lo recomendado (no solo en enfermedades respiratorias), es permanecer en su casa y evitar estar en contacto con otras personas hasta la mejoría sintomática.

El viernes 1 de marzo comenzará en todo el país la estrategia de vacunación contra el virus sincicial respiratorio (VSR) para embarazadas con el objetivo de proporcionar, a través del pasaje transplacentario de anticuerpos, protección contra la bronquiolitis durante los primeros seis meses de vida, que es el momento de mayor vulnerabilidad para padecer cuadros severos por la infección por este virus.

A tal fin, se aplicará una dosis de esta vacuna a todas las mujeres embarazadas entre las semanas 32 y 36 de gestación, antes del inicio y durante la temporada de circulación del VSR. Esta nueva estrategia fue incorporada al Calendario Nacional de Vacunación el 1 de enero de 2024, con carácter gratuito y obligatorio, mediante la resolución 4218/2023 publicada el 18 de diciembre en el Boletín Oficial.

El VSR es la causa principal de infecciones respiratorias agudas bajas en la infancia y en particular en lactantes menores de un año. También provoca aumento de hospitalizaciones, con eventuales complicaciones con requerimientos de cuidados críticos y elevado nivel de consulta ambulatoria en la época invernal.

La incorporación de la vacuna contra el VSR para embarazadas al Calendario Nacional de Vacunación contribuiría al descenso de la mortalidad infantil neonatal y postneonatal en el país, al reducir la infección por este virus en niños menores de seis meses de vida. Asimismo, contribuirá a disminuir los altos porcentajes de ocupación en salas de internación general, camas de terapia intensiva pediátrica y neonatal causados por el virus, así como el consiguiente incremento en los costos del sistema de salud.

Sobre la vacuna contra el VSR

La vacuna contra el VSR fue autorizada por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) para su uso en mujeres que se encuentran entre las semanas 32 y 36 de gestación. Cuenta con atributos de calidad, eficacia y seguridad, y protege contra las variantes RSV-A y RSV-B. Los estudios indican que la eficacia contra enfermedad severa es de 81,8% en los primeros 90 días de vida.

Durante el último mes se difundieron los *Lineamientos técnicos de vacunación contra el virus sincicial respiratorio en personas gestantes*, junto con la *Guía rápida para la vacuna contra el virus sincicial respiratorio en personas gestantes* destinada al personal de salud de los vacunatorios de todo el país, contando con una capacitación disponible online que permite que el personal de salud del país tenga acceso a la mejor calidad de información sobre la nueva estrategia.

También se realizaron acciones de capacitación focalizadas dirigidas a los actores estratégicos, parte esencial de esta nueva estrategia, incluyendo a los Jefes de Programas de Inmuni-

zaciones de las 24 jurisdicciones del país, los referentes nacionales de la Dirección de Salud Perinatal y Niñez, junto con referentes del 0800. También se realizó un conversatorio con los referentes de Atención Primaria de la Salud de todas las jurisdicciones.

Es importante destacar que esta estrategia se agrega a las otras vacunas indicadas para la protección de las personas gestantes, como la antigripal y la vacuna contra la covid, que se aplican en cualquier trimestre de la gestación. Además, la vacuna triple bacteriana acelular se aplica a partir de las 20 semanas de gestación y protege al recién nacido contra la tos convulsa durante los primeros meses de vida.

Chile

Detectan murciélagos con rabia en tres localidades de la Región Bernardo O´Higgins

28/02/2024

Durante el mes de febrero de 2024, el Instituto de Salud Pública (ISP) de Chile confirmó tres casos de rabia en murciélagos, provenientes de Rancagua, San Vicente y San Fernando, por lo que la Unidad de Zoonosis y oficinas sectoriales de la Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Salud de la Región del Libertador General Bernardo O'Higgins realizaron la vacunación de perros y gatos que se encuentran a 200 metros a la redonda del lugar donde se identificaron los quirópteros.

Las inmunizaciones fueron realizadas en Rancagua y San Vicente en conjunto con educación sanitaria sobre la materia. Para el caso de San Fernando la vacunación será dentro de las próximas horas. Es importante recordar que es obligación de los dueños de perros y gatos mantener al día la vacuna antirrábica.

"Hemos recibido la confirmación de parte del ISP de tres casos de rabia en murciélagos en las comunas de Rancagua, San Fernando y San Vicente, por lo que queremos hacer un llamado a la calma a la población y a confiar en el trabajo que está haciendo la SEREMI de Salud. Estamos tomando todas las medidas que corresponden a los casos", puntualizó el secretario regional ministerial de Salud, Rodrigo Proharam Troncoso.

Por su parte, la Dra. Fabiola Faúndez, encargada de la Unidad de Zoonosis y Control de Vectores de la SEREMI de Salud O'Higgins, expresó que "el año pasado enviamos alrededor de 180 muestras al ISP, de las que 17 fueron positivas. Este año hemos enviado 40 muestras de las cuales tres han resultado positivas".

Faúndez agregó que "es importante recalcar que no todos los murciélagos tienen rabia. Un murciélago sospechoso es aquel que tiene un comportamiento errático durante el día. La forma relevante para prevenir la rabia en humanos es mantener a las mascotas con la vacuna antirrábica vigente, como también revisar las estructuras de las casas, para evitar que los murciélagos colonicen las viviendas".

En Chile, los murciélagos son casi todos insectívoros y están representados por al menos cuatro géneros ampliamente distribuidos en el territorio. En ellos se han identificado variantes de virus rábicos asociados a las especies de *Tadarida*, *Histiotus*, *Lasiurus* y *Myotis*, por lo cual los murciélagos en Chile se deben considerar como portadores activos del virus de la rabia. Lo anterior permite afirmar que existe circulación de diversas variantes virales de la rabia en el país, las que son hospedadas por diferentes especies de murciélagos. Varias de estas especies de murciélagos viven en estrecho contacto con los seres humanos y sus mascotas en el entorno urbano, situación que representa un riesgo potencial de transmisión de la enfermedad.

Desde el año 1990 se encuentra interrumpida la circulación de la variante canina V1 y en el año 1985 se detectó por primera vez rabia en murciélagos insectívoros de la especie *Tadarida brasiliensis*; todos los casos en animales domésticos detectados posteriormente corresponden a variantes antigénicas de murciélagos insectívoros. En el año 2010, Chile fue declarado como territorio libre de rabia canina (V1 y V2), pero al existir rabia en murciélagos insectívoros, es de vital importancia reforzar las actividades de educación y difusión a la población en torno a las medidas de prevención frente al riesgo de contacto de murciélagos con el hombre y los animales domésticos.

El preservativo, un arma que va desapareciendo en la lucha contra el VIH

27/02/2024

Los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) están usando condones menos que nunca, y el declive ha sido particularmente pronunciado entre los jóvenes e hispanos, según un reciente estudio.

La preocupante tendencia señala una necesidad urgente de mejores estrategias de prevención mientras la nación lucha por vencer la epidemia del VIH, dijeron los investigadores.

Durante la última década, los medicamentos de prevención conocidos como profilaxis preexposición (PrEP) han ayudado a impulsar una reducción moderada en las tasas de VIH. Y, sin embargo, a pesar de las persistentes campañas de salud pública que promueven los medicamentos, estos no han sido adoptados en cantidades sustanciales por hombres negros e hispanos que son HSH.

El uso de condones, los cuales previenen el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), ha ido disminuyendo en todos los ámbitos en los últimos años, no solo entre los HSH, lo que ha contribuido a un incremento de las ITS.

Los investigadores dijeron que, al centrarse tanto en la PrEP, los funcionarios de salud pública han pasado por alto los condones, lo que ha contribuido a la disminución de su uso.

”El objetivo de promover la PrEP es valioso, pero ha eclipsado otras estrategias de prevención como los condones”, afirmó Steven Goodreau, experto en VIH de la Universidad de Washington y director del nuevo estudio.

Un portavoz de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) reconoció una disminución en el uso de condones, pero dijo que la agencia continúa promoviéndolos. Por ejemplo, los departamentos de salud locales que reciben dinero federal para la prevención del VIH deben incluir la distribución de condones en sus estrategias.

Las tasas de VIH han disminuido en los últimos años gracias en parte a la PrEP. Pero la disminución en Estados Unidos –de 12% entre 2017 y 2021, según estimaciones del gobierno– ha quedado rezagada en comparación con la de muchas otras naciones occidentales ricas e incluso la de algunos países africanos muy afectados.

Los HSH se ven afectados de manera desproporcionada: representan solo 2% de los adultos estadounidenses y 70% de los nuevos casos de VIH. Además, las tasas de infección son mucho más altas entre los HSH negros e hispanos que entre los HSH blancos.

En 2012, la PrEP debutó en medio de investigaciones históricas que demostraron que, al consumirse diariamente, los medicamentos antirretrovirales prácticamente eliminan el riesgo de contraer el VIH.

Al cabo de unos años, los investigadores establecieron que las personas con VIH tratado con éxito no podían transmitirlo a través del sexo. “Estos avances relajaron las preocupaciones de los HSH y probablemente aceleraron su abandono de los condones”, afirmó Goodreau.

Agencias de salud pública, clínicas, organizaciones sin fines de lucro y compañías farmacéuticas canalizaron cientos de millones de dólares para promover la PrEP, contribuyendo a su uso generalizado entre los HSH blancos. Pero la popularidad de los medicamentos se ha mantenido relativamente baja entre los HSH negros e hispanos, quienes están asegurados a tasas más bajas y tienden a albergar una mayor desconfianza hacia los médicos.

El nuevo estudio sobre el uso de condones examinó las respuestas a una masiva encuesta de salud en línea de HSH entre 2014 y 2019. Alrededor de 10% de los encuestados de cada año procedían del grupo del año anterior, lo que permitió a los investigadores realizar un seguimiento de los cambios a lo largo del tiempo.

Entre los encuestados VIH negativos, los condones eran más populares que la PrEP. En 2019, aproximadamente la mitad de los participantes afirmó que usaba condones de manera inconsistente y 17% reportó un uso constante. En contraste, solo 12% de los encuestados reportó haber usado PrEP recientemente.

Luego, los investigadores observaron a las tres cuartas partes de los encuestados que tenían mayor riesgo: aquellos que eran VIH negativos y no habían usado PrEP recientemente.

En un año determinado, alrededor de dos tercios de estas personas afirmaron que había tenido relaciones sexuales recientemente sin condón. Y entre el subconjunto de hombres que respondió encuestas consecutivas, la proporción que informó tener relaciones sexuales sin condón aumentó 3% entre el primer y el segundo año.

El patrón fue más sorprendente entre los jóvenes hispanos de entre 15 y 25 años, que tuvieron un aumento de 19% en las relaciones sexuales sin condón en tan solo un año.

Alrededor del mismo periodo, las tasas de VIH entre los HSH hispanos aumentaron 3% por año, incluso cuando estas se estabilizaron entre los HSH negros y disminuyeron entre los HSH blancos, según estimaciones gubernamentales.

Carlos Saldana, experto en enfermedades infecciosas de la Facultad de Medicina de la Universidad Emory, afirmó que las escuelas y los líderes de la salud pública no están abordando las necesidades de salud sexual de los jóvenes hispanos, incluidos los migrantes.

“Cuando llegué a Atlanta en 2020, no había ninguna campaña en español ni mensajes culturalmente sensibles sobre salud sexual relacionados con las comunidades hispanas”, afirmó.

Según los CDC, solo la mitad de los bachilleratos brindaron educación sexual inclusiva con la comunidad LGBTQ en el año escolar 2019-20. Desde entonces, algunos republicanos han intensificado sus esfuerzos para eliminar el contenido LGBTQ de las escuelas. LaRon Nelson, investigador del VIH en la Universidad de Yale, señaló una de esas leyes en Florida, que tiene una gran población hispana y la tercera tasa más alta del país de nuevos diagnósticos de VIH.

“Las organizaciones comunitarias de Florida deberían llenar el vacío educativo para garantizar que los jóvenes en riesgo aprendan sobre la PrEP y los condones”, dijo Nelson. “Debemos encontrar nuevas maneras de estimular el interés de los jóvenes por los condones y ampliar su accesibilidad”, afirmó.

“El gobierno federal también está descuidando apuntalar el uso de condones”, afirmó Goodreau, señalando que los condones no se mencionan en los planes estratégicos oficiales para combatir el VIH emitidos por múltiples agencias de salud.

Carl Dieffenbach, director de la división de sida del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas, cuestionó esa premisa y dijo que los condones son “una parte clave del mensaje en todos nuestros estudios”.

Advierten sobre una posible escasez de la vacuna antitetánica

29/02/2024

Después de que un fabricante de un tipo de vacuna antitetánica dejara de producir, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos aconsejan a los médicos que conserven las dosis en vista de una posible escasez.

La vacuna en cuestión es la Td, que protege tanto contra el tétanos como contra la difteria.

En una actualización, la agencia dijo que "MassBiologics ha descontinuado la producción de su vacuna Td, TdVax". El distribuidor del producto sólo espera tener la vacuna disponible hasta junio, añade la actualización.

Mientras que otra empresa, Sanofi, planea aumentar la producción de su propia vacuna Td, "se prevé que el suministro de vacuna Td en el mercado estadounidense se verá limitado durante 2024", dijeron los CDC.

Los médicos tienen una alternativa: la vacuna Tdap, contra el tétanos, la difteria y la tos convulsa.

"La vacuna Tdap está disponible de ambos fabricantes autorizados en Estados Unidos sin restricciones de suministro en este momento", por lo que los médicos deben cambiar a esa vacuna cuando sea posible, aconsejaron los CDC.

Según algunos medios, los médicos ya han estado migrando al uso de la vacuna Tdap.

Un portavoz de la organización sin fines de lucro MassBiologics dijo que "vacunas similares han provocado una reducción de la demanda", lo que llevó a la empresa a decidir recortar la producción.

El tétanos es una infección de heridas potencialmente grave causada por la bacteria *Clostridium tetani*, que a menudo se encuentra en el suelo. Un síntoma temprano es el "trismo", donde los músculos se tensan debido al ataque de la bacteria al cerebro y al sistema nervioso. Sobrevivir al tétanos a menudo implica meses de recuperación.

Si bien el tétanos estaba mucho más extendido a principios del siglo XX, ahora sólo se registran unas pocas docenas de casos cada año en todo el país, según los CDC.

Las vacunas contra el tétanos suelen aplicarse como refuerzo cada 10 años, aunque los médicos suelen aplicarlas antes si un paciente tiene una herida o quemadura grave que podría dejarlo vulnerable a la bacteria.

Reportaron 35 muertes en 2023 vinculadas a casos de leptospirosis

27/02/2024

Unas 35 personas murieron en Puerto Rico en 2023 asociadas a casos de leptospirosis, una enfermedad bacteriana que puede afectar gravemente a los riñones e hígado y causar meningitis, dificultad para respirar y sangrado, informó el 27 de febrero el Departamento de Salud local.

De esas 35 defunciones notificadas, cinco han sido confirmadas, 16 se consideran probables y 14 sospechosas, detalla un boletín especial de Vigilancia de Leptospirosis, División de Epidemiología e Investigación del Departamento de Salud.

El mes de enero fue el más mortal, con seis fallecidos, y marzo y septiembre le siguieron con cinco cada uno.

En total, durante 2023 se reportaron 1.573 casos en 76 de los 78 municipios de todas las regiones de la isla. La región con más casos reportados fue Ponce con 424, y el municipio con mayor número de casos fue San Juan con 193.

Según el más reciente Informe Mensual de Vigilancia de Leptospirosis –del 16 de febrero de 2024– para el periodo del 1 de enero de 2023 al 3 de febrero de este año el Departamento de Salud ha recibido preliminarmente 2.463 reportes de leptospirosis en la isla.

En ese periodo, se reportaron 311 casos que cumplieron con la definición de caso, especificó el informe. Estos se distribuyen en 263 casos probables y 48 confirmados.

En tanto, entre el 31 de diciembre de 2023 y el 3 de febrero de 2024, se han recibido preliminarmente 22 reportes que cumplieron con la definición de caso: 18 probables y cuatro confirmados.

La incidencia del periodo fue estimada preliminarmente en 0,65 cada 100.000 habitantes. El nivel más bajo de incidencia se observó durante el mes de abril de 2023, con una tasa de 0,47 cada 100.000 habitantes, mientras el nivel más alto se observó durante el mes de octubre de 2023, con una tasa de 1,06 casos cada 100.000 habitantes.

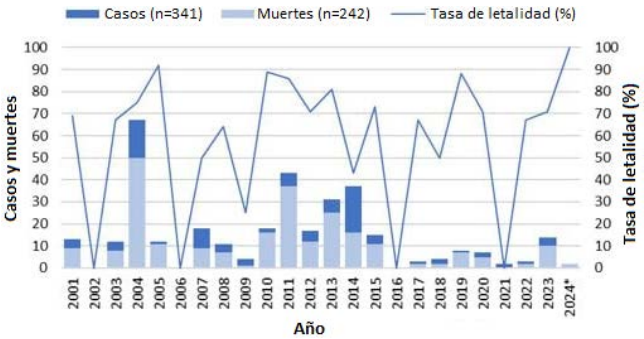
Organización Mundial de la Salud

Bangladesh

Dos casos fatales de infección por el virus Nipah

27/02/2024

El 30 de enero y el 7 de febrero de 2024, el Punto Focal Nacional (PFN) de Bangladesh para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) dos casos de infección por el virus Nipah no relacionados epidemiológicamente.



Casos, muertes y tasa de letalidad por infección por virus Nipah. Bangladesh. Años 2001/2024 (2024 hasta febrero). Fuente: Ministerio de Salud y Bienestar Familiar de Bangladesh.

- **Primer caso**: Confirmado el 21 de enero de 2024. Se trató de un hombre de 38 años del distrito de Manikganj, división de Dhaka. El paciente desarrolló fiebre seguida de dificultad respiratoria, inquietud e insomnio el 11 de enero de 2024 y fue ingresado en un hospital local el 16 de enero. Fue trasladado a la unidad de cuidados intensivos de un hospital de la ciudad de Dhaka el 18 de enero, donde fue intubado debido al agravamiento de los síntomas.

  El 21 de enero, se recogieron muestras de sangre y garganta y el paciente dio positivo mediante la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) para el ARN del virus Nipah de la muestra de garganta y mediante un ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas (ELISA) para la inmunoglobulina M anti-virus Nipah (IgM) del suero. El 27 de enero, el caso fue trasladado a otro hospital de la ciudad de Dhaka, donde falleció el 28 de enero.

  El caso tenía antecedentes de consumo de savia de palmera datilera sin pasteurizar el 31 de diciembre de 2023. Al 30 de enero de 2024 se había identificado un total de 91 contactos, entre ellos 11 familiares, 20 de la comunidad y 60 del personal sanitario de diferentes hospitales. Sin embargo, ninguno de los contactos dio positivo para virus Nipah mediante PCR o anti-virus Nipah IgM mediante ELISA.

- **Segundo caso**: Confirmado el 31 de enero de 2024. Se trató de una niña de tres años del distrito de Shariatpur, división de Dhaka. La paciente acudió a un centro sanitario el 30 de enero de 2024 con antecedentes de dos días de fiebre, alteración del conocimiento y convulsiones. Al caso se le diagnosticó encefalitis y shock y ese mismo día fue trasladado a la sala de aislamiento de otro hospital de la ciudad de Dhaka. Se recogieron muestras de sangre y garganta el 30 de enero y el 31 de enero; se confirmó en laboratorio la infección por virus Nipah mediante RT-PCR de la muestra de garganta y mediante ELISA para IgM anti-virus Nipah del suero y falleció el mismo día.

El caso tenía antecedentes de consumo regular de savia fresca de palmera datilera sin pasteurizar. Al 7 de febrero de 2024 se identificaron 67 contactos, entre ellos tres familiares, 21 de la comunidad y 46 del personal sanitario de diferentes hospitales. Todos los contactos identificados dieron negativo para virus Nipah mediante PCR o IgM anti-virus Nipah mediante ELISA.

Desde el informe del primer caso en 2001, se han notificado infecciones humanas casi todos los años, con una tasa de letalidad que varía entre 25% (en 2009) y 92% (en 2005). Los conglomerados de casos se notifican principalmente en los distritos del centro y noroeste del país.

Respuesta de salud pública

El gobierno de Bangladesh y la OMS han implementado la siguiente respuesta de salud pública:

- Se están llevando a cabo actividades de sensibilización y educación sanitaria a nivel nacional a través de medios impresos y electrónicos, incluida la distribución de carteles y folletos en los distritos endémicos.
- Se están llevando a cabo actividades de comunicación de riesgos en las que participan funcionarios gubernamentales, médicos, predicadores y agricultores. Al 31 de enero, se habían completado en los distritos de Rajshahi, Jashore, Madaripur y Rajbari.
- La OMS está trabajando con sus contrapartes para fortalecer la vigilancia, la prevención y el control de infecciones, la comunicación de riesgos, el diagnóstico rápido y el tratamiento de los pacientes infectados.
- Los socios de Una Salud (Departamento de Ganadería, Instituto de Investigación Ganadera de Bangladesh, Departamento de Bosques, ICDDR,B) han sido sensibilizados y comprometidos. Se han producido folletos impresos con mensajes de educación sanitaria.

Evaluación de riesgos de la OMS

La OMS considera que el riesgo general a nivel nacional es moderado por las siguientes razones:

- La tasa de letalidad por infección por el virus Nipah es alta. Los signos y síntomas iniciales no son específicos y, a menudo, el diagnóstico no se sospecha al momento de la presentación. Esto puede dificultar un diagnóstico preciso y crear desafíos en la detección de brotes, medidas efectivas y oportunas de control de infecciones y actividades de respuesta a brotes.
- Actualmente no hay medicamentos ni vacunas específicos disponibles para la infección por el virus Nipah, aunque la OMS la ha identificado como una enfermedad prioritaria para el Plan de Investigación y Desarrollo de la OMS. Se recomiendan cuidados de apoyo intensivos para tratar las complicaciones respiratorias y neurológicas graves.
- La comunidad continúa consumiendo savia de palmera datilera sin pasteurizar a pesar de los esfuerzos continuos para la comunicación de riesgos y la participación de la comunidad para abordar la inocuidad de los alimentos y los riesgos para la salud.
- A pesar de estos criterios de riesgo, existen fuertes medidas de salud pública para detectar y controlar brotes, incluso mediante el uso del sistema hospitalario sistemático de vigilancia de infecciones humanas por virus Nipah que ha estado en vigor desde 2006, y la utilización del Equipo Nacional de Respuesta Rápida (NRRT) a nivel central y el Equipo de Respuesta Rápida (RRT) a nivel de distrito.

La OMS considera que el riesgo a nivel regional es moderado. Aunque Bangladesh limita con India y Myanmar, los distritos actualmente afectados no comparten una frontera terrestre internacional. Si bien no ha habido ningún caso de transmisión transfronteriza anteriormente, este riesgo persiste dado el corredor ecológico compartido para el huésped natural del virus (murciélagos *Pteropus*) y su presencia entre animales domésticos y humanos anteriormente tanto en Bangladesh como en India. Este último país, sin embargo, tiene experiencia en el control de brotes anteriores de infección por el virus Nipah.

La OMS considera que el riesgo a nivel mundial es bajo, ya que no ha habido casos confirmados anteriormente fuera de Bangladesh, India, Malasia y Singapur.

Consejos de la OMS

En ausencia de una vacuna o un tratamiento autorizado disponible para la enfermedad por el virus Nipah, la clave para reducir o prevenir la infección es fortalecer la detección temprana y el rastreo de contactos, crear conciencia sobre los factores de riesgo y apoyar a las personas con medidas que pueden tomar para reducir la exposición al virus. La gestión de casos debe centrarse en la prestación de atención de apoyo oportuna y estar respaldada por un buen sistema de laboratorio. Se recomiendan cuidados de apoyo intensivos para tratar las complicaciones respiratorias y neurológicas graves.

Los mensajes educativos sobre salud pública deben centrarse en:

- **Reducir el riesgo de transmisión de murciélagos a humanos**: Los esfuerzos para prevenir la transmisión deberían centrarse primero en disminuir el acceso de los murciélagos a la savia de la palmera datilera y otros productos alimenticios frescos. El jugo de palmera datilera recién recolectado se debe hervir y las frutas se deben lavar y pelar bien antes de consumirlas. Las frutas con signos de mordeduras de murciélago deben desecharse. Deben evitarse las áreas donde se sabe que los murciélagos descansan.
- **Reducir el riesgo de transmisión de animales a humanos**: La infección natural en animales se ha descrito en cerdos de granja, caballos y gatos domésticos y salvajes. Se deben usar guantes y otras prendas protectoras al manipular animales enfermos o sus tejidos, y durante los procedimientos de sacrificio y destazado. En la medida de lo posible, las personas deben evitar el contacto con cerdos infectados. En áreas endémicas, al establecer nuevas granjas de cerdos, se debe tener en cuenta la presencia de murciélagos frugívoros en el área y, en general, los piensos y los cobertizos para cerdos deben protegerse contra los murciélagos cuando sea posible.
- **Reducir el riesgo de transmisión de persona a persona**: Se debe evitar el contacto físico cercano y sin protección con personas infectadas por el virus Nipah. Deben lavarse las manos periódicamente después de cuidar o visitar a personas enfermas.
- **Controlar la infección en entornos de atención sanitaria**: Los trabajadores de la salud que atienden a pacientes con infección sospechosa o confirmada, o que manipulan sus muestras, deben implementar precauciones estándar de control de infecciones en todo momento. Como se ha informado la transmisión de persona a persona, particularmente en entornos de atención médica, se deben tomar precauciones de contacto y gotitas junto con las precauciones estándar. En determinadas circunstancias, es posible que se requieran precauciones en el aire. Las muestras tomadas de personas y animales con sospecha de infección por el virus Nipah deben ser manipuladas por personal capacitado que trabaje en laboratorios adecuadamente equipados.

La OMS no recomienda ninguna restricción de viajes y/o comercio hacia Bangladesh según la información disponible actualmente.

La infección por el virus Nipah es una enfermedad zoonótica transmitida por murciélagos que se transmite a los humanos a través de animales infectados (como murciélagos o cerdos) o alimentos contaminados con saliva, orina y excrementos de animales infectados. También se puede transmitir directamente de persona a persona a través del contacto cercano con una persona infectada (aunque es menos común). Los murciélagos frugívoros o los zorros voladores (género *Pteropus*) son los huéspedes naturales del virus Nipah.

Se cree que el período de incubación oscila entre 4 y 14 días. Sin embargo, se ha informado de un período de incubación de hasta 45 días. El diagnóstico de laboratorio de un paciente con antecedentes clínicos de infección por el virus Nipah se puede realizar durante las fases aguda y de convalecencia de la enfermedad mediante el uso de una combinación de pruebas. Las principales pruebas utilizadas son la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa de fluidos corporales y la detección de anticuerpos mediante ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas.

La infección por el virus Nipah en humanos causa una variedad de presentaciones clínicas que incluyen infección respiratoria aguda y encefalitis fatal. Puede encontrarse más información sobre la infección por el virus Nipah haciendo clic aquí.

Las tasas de letalidad en los brotes en Bangladesh, India, Malasia y Singapur suelen oscilar entre 40% y 100%, dependiendo de las capacidades locales para la detección temprana y el manejo clínico. Aunque se están desarrollando antivirales, no existen vacunas ni tratamientos autorizados disponibles para la prevención o el tratamiento de la infección por el virus Nipah.

Se registran 1.269 casos sospechosos de sarampión en lo que va del año

19/02/2024

El sarampión se está cobrando víctimas en Burkina Faso. En efecto, durante el año 2023 se registraron 2.190 casos sospechosos, de los cuales 960 fueron confirmados y se produjeron cinco muertes. Y en 2024, hasta el 10 de febrero, se registraron 1.269 casos sospechosos, con cuatro muertes.

Estos preocupantes datos fueron brindados por Aka Vidoumou, agente del Departamento de Salud y Protección de la Población.

"Estas cifras nos llevan ante todo a fortalecer la comunicación con la población y también a mejorar el conocimiento sobre la enfermedad. Pero también debemos actuar con los centros sanitarios para aliviar la congestión donde hay afluencias masivas, de modo que la transmisión no se produzca por el contacto entre nuestros pacientes", declaró el Dr. Hamed Sawadogo, director de Protección de la Salud y Población.

Según el funcionario, estos casos de sarampión afectan a los distritos de Boulmiougou y Bogodogo en la región Centre, Ouahigouya en la región Nord, Tougouri en la región Centre-Nord y los distritos de Solenzo y Boromo en la región Boucle du Mouhoun.

Para superar estos casos de sarampión, el gobierno, a través del Departamento de Salud y Protección de la Población, está planificando varias acciones. Así, Sawadogo dijo que el 15 de marzo se lanzará una campaña de vacunación a nivel nacional. Pero la situación exige que, en los distritos sanitarios con una alta tasa de casos sospechosos de sarampión, una campaña de vacunación anticipada que comenzará el 26 de febrero.

En total, la campaña de vacunación afectará a más de 3 millones de niños de entre 9 y 59 meses de edad. Es una oportunidad para invitar a toda la población a sumarse a estas campañas de vacunación.

Toledo y Alicante sufren los primeros brotes de sarampión en el país tras la pandemia

29/02/2024

El sarampión está de regreso en España. Tras cuatro años sin apenas diagnósticos, los contagios locales han vuelto a producirse en el país desde enero a partir del ligero pero constante goteo de casos importados. Toledo y Alicante han sido las dos primeras provincias en sufrir brotes desde antes de la pandemia de covid, aunque han sido pequeños –cinco y cuatro casos, respectivamente– y ya se dan por cerrados. Aragón y Catalunya, por su parte, investigan un caso cada una en el que el origen del contagio es por ahora desconocido.

En total, España ha confirmado desde el 1 de enero 15 casos de sarampión, de los que siete son importados y ocho autóctonos, según los datos facilitados por las comunidades. Esta cifra supera ya los 11 detectados en todo 2023 (seis importados, cuatro relacionados con alguno de los anteriores y uno de origen desconocido), mientras entre 2021 y 2022 en España solo se diagnosticaron tres casos, según el informe anual del Centro Nacional de Epidemiología.

“La incidencia del sarampión está aumentando en varios países europeos y del resto del mundo. Mientras esto ocurra, seguirán llegando a España casos importados que pueden dar lugar a brotes. Las altas coberturas vacunales de las que disfruta el país es lo que está frenando la circulación del virus, pero no se puede bajar la guardia. Lo habitual es que las personas no inmunizadas tiendan a estar agrupadas en determinadas zonas o grupos sociales, y formen bolsas de población susceptibles. Si las coberturas bajan y este virus, que es muy contagioso, llega a una estas bolsas, el brote puede ser mucho mayor”, afirmó Enrique Bassat Orellana, pediatra y epidemiólogo del Instituto de Salud Global (ISGlobal) de Barcelona.

El Centro Europeo para el Control y Prevención de Enfermedades (ECDC) publicó el pasado 16 de febrero un informe de riesgo alertando del aumento de casos en el continente, donde ya han fallecido siete personas en los últimos meses (seis en Rumania y una en Irlanda). “Desde 2023, se han observado incrementos significativos del número de casos y brotes de sarampión a nivel mundial, incluidos 40 de los 53 países de la Región Europea y al menos 10 países de la Unión Europea (UE) y el Espacio Económico Europeo (EEE). Se espera que los contagios sigan aumentando en la UE en los próximos meses debido a las coberturas de vacunación subóptimas”, defendió el organismo en el documento.

El brote de Toledo se inició por un caso importado de un país que no ha sido hecho público. La cadena de contagios ha sumado otros cuatro enfermos, según la Junta de Castilla-La Mancha, que no ha ofrecido más información, aunque da “por cerrado, en principio”, el brote.

En la Comunidad Valenciana, dos niños de ocho y 12 años adquirieron la enfermedad durante un viaje a Rusia y, posteriormente, dos personas de su entorno fueron diagnosticadas de la enfermedad: un hermano menor de 22 meses y un hombre de 43 años. Todos ellos viven en la provincia de Alicante, al igual que una mujer de 34 años sin relación con los anteriores que

durante el periodo de incubación viajó a Francia, por lo que previsiblemente se contagió en ese país. Ninguno de estos casos estaba vacunado.

La Consejería de Sanidad de Aragón, por su parte, informó el 26 de febrero que ha abierto una investigación para aclarar el origen del contagio de "un caso autóctono de sarampión". Se trata de un hombre de 46 años que vive en la provincia de Zaragoza, cuyo caso fue confirmado el 20 de febrero. "Esta persona no había viajado durante el periodo de incubación, se ha mantenido en aislamiento durante el periodo de transmisión de la enfermedad y se encuentra bien. Los epidemiólogos han realizado el estudio de contactos precisos e informado a la red sanitaria para que los profesionales estén atentos por si surgen más casos", afirmó el Gobierno regional.

La Generalitat también investiga el origen de otro contagio de "un niño residente en Catalunya, pero que ha iniciado síntomas fuera de España". El menor se "encuentra bien", según el Gobierno catalán, que por ahora no ha ofrecido más información sobre este caso.

Catalunya también diagnosticó en enero el caso de "un hombre joven residente en Catalunya, no vacunado y con antecedentes de viaje internacional durante el periodo de incubación". Este caso no tuvo complicaciones. "Como actuaciones de salud pública se recomendó el aislamiento domiciliario del caso y la actualización de su estado vacunal. Se revisaron y actualizaron los calendarios vacunales de los contactos familiares durante el viaje, así como los de los profesionales sanitarios y pacientes de la sala de espera y de urgencias donde le atendieron", detalló la Generalitat, que añadió que "a día de hoy, no hay noticia de que haya habido casos secundarios relacionados".

Galicia y Castilla y León han registrado también un caso importado cada una, sin que por el momento hayan registrado contagios relacionados.

La cobertura vacunal

El virus del sarampión es uno de los más contagiosos que se conoce y es necesario mantener unas coberturas vacunales de 95% o superiores para evitar que circule en un grupo de población. En su reciente informe, con datos correspondientes a 2022, el ECDC alertó de que la cobertura media en la UE es notablemente inferior y se queda en 92,4% en la primera dosis y 89,7% en la segunda.

Estos porcentajes son más elevados en España, donde 97,2% de los niños nacidos en 2022 recibieron la primera dosis al cumplir el año. Pese a ello, cinco comunidades quedaron por debajo: Castilla y León (94,8%), Canarias (94,7%), Catalunya (94,4%), La Rioja (91,1%) y Castilla-La Mancha (90,4%). Las cifras son peores con la segunda, que se recibe entre los cuatro y seis años. El porcentaje para toda España se quedó en 93,7%, con cinco comunidades con niveles notablemente más bajos: Canarias (90,3%), Extremadura (90,3%), Castilla-La Mancha (88,8%), La Rioja (88,1%) y Euskadi (88%).

José Miguel Cisneros Herreros, jefe del Servicio de Enfermedades Infecciosas en el Hospital Virgen del Rocío (Sevilla), insistió en una idea: "Si todos los niños son vacunados, el sarampión desaparecerá. Es una enfermedad grave, que produce en uno de cada 1.000 menores que la adquieren complicaciones importantes en forma de encefalitis, que puede ser mortal o dejar secuelas. Existe una herramienta extraordinaria, que es la vacuna, para protegerlos. Nadie debería olvidarlo", concluyó este especialista.

Los niños pequeños de India que sufren diarrea potencialmente mortal reciben con frecuencia tratamientos ineficaces porque los proveedores de atención sanitaria no perciben correctamente los deseos de los padres, según muestra un estudio internacional.

La diarrea es la segunda causa de muerte entre niños menores de cinco años en todo el mundo, a pesar de que casi todas esas muertes podrían prevenirse con sales de rehidratación oral (SRO), un pequeño paquete de electrolitos mezclados con agua antes de beber.

Aunque los beneficios de las SRO se conocen desde hace mucho tiempo, se han infrautilizado durante décadas. En la actualidad, casi la mitad de los casos de diarrea en todo el mundo no reciben tratamiento con SRO.

A pesar de décadas de conocimiento generalizado de que las SRO son una intervención que puede salvar vidas de niños que sufren de diarrea, sus tasas de uso siguen siendo obstinadamente bajas en muchos países, como India.

El alcance del problema

Los investigadores enviaron pacientes estandarizados –actores entrenados para presentarse como pacientes– a realizar visitas sin previo aviso a centros de atención médica y presentar un caso de diarrea en su hijo de dos años.

Se le asignó aleatoriamente que expresara preferencia por SRO, antibióticos o ninguna preferencia. Esto permitió conocer si los prescriptores respetaban los deseos de los padres que solicitaban antibióticos. Tal escenario podría ser problemático, especialmente si el médico sospecha que el niño tiene diarrea causada por un virus y no por bacterias, ya que los antibióticos no son útiles para la diarrea viral.

Además, querían saber si los prescriptores ofrecían antibióticos en lugar de SRO porque era más rentable recetarlos debido a los incentivos financieros. Entonces, pidieron a algunos de los "pacientes" que dijeran a los proveedores que comprarían medicamentos en otro lugar si no se los recetaran.

Finalmente, los investigadores querían saber si había dosis suficientes de SRO disponibles en los centros de salud. Para ello, los proveedores de la mitad de las 253 ciudades donde se realizó el estudio recibieron un suministro de SRO para seis semanas.

Según los investigadores, la percepción de los proveedores de atención médica de que los pacientes no quieren SRO representó aproximadamente 42% de la subprescripción, mientras que el desabastecimiento y los incentivos financieros explicaron sólo 6% y 5%, respectivamente.

También encontraron que cuando los pacientes expresaron preferencia por las SRO, la prescripción del tratamiento aumentó en 27 puntos porcentuales. La eliminación de los desabastecimientos sólo aumentó la prescripción de SRO en 7 puntos porcentuales, mientras que la eliminación de los incentivos financieros sólo aumentó la prescripción de SRO en las farmacias.

A menudo se piensa que los incentivos financieros son un factor importante para explicar el comportamiento de los proveedores de atención médica. En este sentido, el hallazgo de que el comportamiento de los proveedores sobre la prescripción de SRO está impulsado más por las percepciones sobre lo que los pacientes podrían querer es una contribución novedosa a la literatura y a la comprensión del problema.

La enfermedad diarreica es más aguda en el sur de Asia y el África Subsahariana, debido al deficiente saneamiento e higiene y a la carencia de agua potable.

Este estudio proporciona nuevos conocimientos que permiten implementar intervenciones que puedan abordar este problema. Una de las intervenciones sugeridas apunta a los proveedores de atención médica y consiste en alentar a los pacientes y profesionales a solicitar las SRO para la diarrea.

La brecha entre el "saber y hacer"

Dos artículos publicados simultáneamente en India y Tanzania demostraron que, en su práctica clínica, los médicos se desempeñan muy por debajo de sus fronteras de conocimiento: muchos afirman que le darían SRO a un paciente con diarrea, pero no lo hacen en su práctica clínica.

Este fenómeno –conocido como brecha entre saber y hacer– es uno de los mayores enigmas de la salud mundial actual, con consecuencias fundamentales para la salud de la población.

Muchos pacientes no reciben los tratamientos que necesitan para salvar su vida, como la SRO, a pesar de acudir al médico y de que éste sepa qué es lo correcto.

Aunque esta investigación establece firmemente la validez de la brecha entre saber y hacer, la comunidad sanitaria mundial todavía no tiene una respuesta clara sobre las causas de esta brecha. Este artículo es importante precisamente porque demuestra un hallazgo clave de manera experimental.

El estudio en cuestión brinda una rica visión de lo que sucede entre los proveedores de atención médica y los pacientes. Antes, sólo se podía adivinar por qué los proveedores no recetaban las SRO para la diarrea infantil, a pesar de que son una solución increíblemente rentable y simple para un conjunto común de síntomas que fácilmente pueden tener resultados fatales.

A partir de esta investigación, se puede detectar que el mayor contribuyente a la prescripción insuficiente de las SRO es que los proveedores perciben erróneamente que los pacientes no las quieren.

Karnataka registra una nueva muerte por la enfermedad de la Selva de Kyasanur

26/02/2024

Una mujer de 57 años sucumbió a la enfermedad de la Selva de Kyasanur, en el distrito de Shivamogga, elevando la cifra de muertos por el virus en Karnataka a cuatro en lo que va de este año, dijeron el 26 de febrero funcionarios de Salud. La mujer provenía del distrito de Uttara Kannada, una de las regiones afectadas por el virus.

"La víctima fatal estuvo ingresada en la unidad de cuidados intensivos durante los últimos 20 días y recibió asistencia respiratoria. Tenía múltiples problemas. El número total de muertes en el estado debido a este virus ha llegado a cuatro", dijo un alto funcionario de salud.

Según los últimos datos facilitados por el Departamento de Salud, entre el 1 de enero y el 25 de febrero se han realizado un total de 4.641 pruebas, de las cuales 120 fueron positivas. Han sido dadas de alta 95 personas. A la fecha, hay 22 casos activos. La primera muerte de este año se informó en el taluk de Hosanagara, distrito de Shivamogga, el 8 de enero, donde una joven de 18 años sucumbió al virus. Las otras dos muertes se produjeron en los distritos de Uttara Kannada y Chikkamagaluru.

A principios de este mes, el Ministro de Salud, Dinesh Gundu Rao, celebró una reunión de alto nivel con legisladores y funcionarios de los distritos en el que informó sobre un brote de la enfermedad. El gobierno estatal también está en conversaciones con el Consejo Indio de Investigación Médica (ICMR) para implementar una vacuna eficaz, dijeron los funcionarios.

Según los funcionarios, la enfermedad de la Selva de Kyasanur se propaga debido a las picaduras de garrapatas que generalmente parasitan a los monos. Esta garrapata pica a los humanos y causa la infección. Los humanos también contraen la enfermedad al entrar en contacto con ganado picado por garrapatas.

Las autoridades están realizando programas de concientización puerta a puerta sobre las precauciones a tomar. Quienes viven dentro y alrededor del área forestal deben tener más cuidado ya que corren un alto riesgo de contraer la enfermedad, dijeron.

La enfermedad de la Selva de Kyasanur es causada por el virus de la enfermedad de la Selva de Kyasanur, miembro de la familia de virus *Flaviviridae*. Este virus fue identificado en 1957, cuando se aisló de un mono enfermo de la Selva de Kyasanur, en el estado de Karnataka, India.

El virus se transmite a los humanos a través de la picadura de una garrapata o cuando los humanos entran en contacto con un animal infectado.

Las personas que visitan los bosques con frecuencia, como cazadores, agricultores, leñadores o trabajadores forestales, corren un alto riesgo de contraer la enfermedad.

No existe un tratamiento específico para la enfermedad de la Selva de Kyasanur, pero la hospitalización temprana y la terapia de apoyo son importantes. La terapia de apoyo incluye el mantenimiento de la hidratación y las precauciones habituales para pacientes con trastornos hemorrágicos.

AL MENOS 20 ESTUDIANTES MUERTOS POR UN BROTE DE MENINGITIS EN SEIS ESCUELAS

29/02/2024

Un brote de meningitis declarado en seis escuelas en el noreste de Nigeria ha causado ya la muerte de al menos 20 estudiantes y 473 posibles casos, alertó el comisario de Educación del estado de Yobe, Mohammed Sani Idriss.

“Hemos registrado un brote de meningitis en seis escuelas secundarias del estado que ha provocado la muerte de 20 estudiantes de los 472 infectados”, declaró Idriss.

El epicentro del brote, según Idriss, es la ciudad de Potiskum, en cuya escuela pública murieron 17 estudiantes, siendo la más afectada de las seis.

“La situación está bajo control porque no se han registrado nuevos casos en los últimos días, mientras que 370 de los hospitalizados se han recuperado y han sido dados de alta”, añadió el comisario.

Idriss señaló que, debido a este brote de meningitis, trasladó temporalmente su oficina a Potiskum “para sensibilizar a los directores, profesores y estudiantes”.

También visitó el centro de aislamiento de la escuela para ver a los estudiantes.

Nigeria se encuentra en el conocido como “cinturón de la meningitis”, una región que engloba a diez países africanos desde Senegal hasta Etiopía y que padece de forma recurrente brotes de esta enfermedad.

Los brotes de la letal enfermedad ocurren con frecuencia en Nigeria, el más reciente entre el 1 de octubre de 2022 y el 16 de abril de 2023, cuando fueron reportados los decesos de 124 pacientes.

Las autoridades sanitarias están tomando medidas urgentes para contener el brote y prevenir su propagación, mientras la comunidad internacional observa con preocupación la evolución de la situación en Nigeria.

El alto el fuego en Gaza podría salvar de la muerte a 75.000 personas

26/02/2024

Un nuevo informe sobre la escalada de la crisis sanitaria en Gaza proyecta que, debido a la magnitud de la destrucción provocada en la infraestructura de la región desde octubre, miles de palestinos seguirán muriendo de enfermedades, desnutrición, deshidratación y hambre, independientemente de si Israel continúa con su ataque militar.

"En caso de una escalada, se registrarían alrededor de 85.000 muertes", advirtió Zeina Jamaluddine, nutricionista y epidemióloga, una de las autoras principales de "Crisis en Gaza: proyecciones de impacto en la salud basadas en escenarios" de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y la Universidad Johns Hopkins. Jamaluddine también afirmó que no es demasiado tarde para detener la mayor parte de estas muertes previstas, en caso de que se establezca inmediatamente un alto el fuego y se reanuden las entregas de ayuda. "En caso de un alto el fuego ahora, estaríamos salvando unas 75.000 vidas".

Incluso en el mejor de los casos, el alto el fuego continuaría con miles de muertes en exceso. Esto ocurrirá principalmente debido al tiempo que llevará mejorar las condiciones de agua, saneamiento y vivienda, reducir la desnutrición y restablecer el funcionamiento de los servicios de salud en Gaza.

La semana pasada, el Dr. Richard Brennan, director regional de emergencias de la Organización Mundial de la Salud, opinó que "este estudio es absolutamente sorprendente. No sé cuántas llamadas de atención se necesitan para alertar sobre la terrible, absolutamente terrible y desesperada situación que se vive sobre el terreno. Ya se han perdido 29.000 vidas de palestinos por lesiones traumáticas. Y más de 70.000 personas más han sobrevivido a heridas, algunas de ellas terribles. Estuve en Gaza la semana pasada. No se pueden imaginar las deformidades, las pérdidas de extremidades de niños pequeños, adolescentes y adultos jóvenes, que quedarán con estas discapacidades en los años venideros. No se sabe cuántas personas han muerto porque no tuvieron acceso a sus medicamentos para la presión arterial o al tratamiento para la diabetes, etc. Pero lo que sí se sabe es que miles más han muerto innecesariamente debido a la falta de acceso a la atención médica".

"Nadie está en mejor posición para hacer este tipo de estimaciones que estas dos instituciones acreditadas. Y ahora se puede afirmar que si esta situación continúa, si hay una escalada, una operación militar en Rafah, habrá unas 80.000 muertes adicionales en seis meses. Si eso no es una llamada de atención, no sé qué lo será".

Zeina Jamaluddine es nutricionista, epidemióloga, investigadora de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y una de las autoras principales de este informe, que intenta proyectar cuál será el exceso de mortalidad en diferentes escenarios en Gaza.

“De hecho, se sabe que existe el efecto directo de la guerra, pero también queríamos entender cuál es el efecto indirecto de la guerra sobre las enfermedades infecciosas, por ejemplo, la mortalidad por covid, el aumento de la mortalidad por no poder acceder a los servicios de atención médica materna y neonatal, el aumento de la mortalidad debido a enfermedades crónicas específicamente para pacientes diabéticos tipo 1, personas con enfermedades renales crónicas, y otras. También se modeló el impacto de la desnutrición aguda, en términos del aumento de la emaciación de los niños como factor subyacente de todo este exceso de muerte”, explicó la científica.

“Encontramos que, en caso de un alto el fuego, se perderían entre 6.000 y 11.000 vidas. Pero en caso de una escalada, se registrarían alrededor de 85.000 muertes, que es lo que está sucediendo actualmente en Rafah, en los próximos seis meses. Pero también es importante señalar que, en caso de un alto el fuego ahora, estaríamos salvando unas 75.000 vidas”, agregó.

Antes de la guerra, la prevalencia de emaciación en Gaza era de alrededor de 3%. El 77% de la población de Gaza dependía en gran medida de la asistencia alimentaria. Dado que actualmente los camiones de alimentos que llegan a la zona son muy limitados, el estudio modeló la disminución en la disponibilidad de alimentos actualmente en Gaza, la disminución de las tierras agrícolas disponibles, y la disminución de los camiones con alimentos que llegan a la zona, para comprender realmente cuál es la ingesta calórica actual, y el aumento de la desnutrición o la emaciación.

“Lo que proyectamos, de hecho, es que, hasta la fecha, se registra una prevalencia de alrededor de 12% de niños menores de 5 años con emaciación. También proyectamos que en los próximos meses, en caso de una escalada, esta cifra alcanzaría el 26%, lo que se clasifica como catastrófico. En los próximos seis meses, la prevalencia alcanzaría el 50%. Entonces, básicamente, hoy estamos comenzando a ver la fase crítica de la desnutrición aguda”, dijo Jamaluddine.

Una manera de paliar esta crisis consistiría, en primer lugar, un alto el fuego. Un aumento significativo en el acceso a los alimentos, ya sea a través de lanzamientos aéreos o, básicamente, permitiendo que todos los camiones de alimentos y también la ayuda médica ingresen a Gaza, sin restricciones.

Muchos medios de comunicación occidentales, al presentar las cifras de víctimas, aclaran que estos son datos publicados por “el Ministerio de Salud de Gaza, dirigido por Hamás”, lo que ha llevado a muchos a cuestionar la veracidad de las cifras.

Respecto de esta situación, Jamaluddine aclaró: “Cuando el Ministerio de Salud publicó la primera lista de personas asesinadas durante octubre, los epidemiólogos tanto de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres como de la Universidad Johns Hopkins, tomamos estos datos y los analizamos por separado, para comprender lo que estaba sucediendo en términos de duplicación y precisión de los datos. Y ambos descubrimos que no hay razón para dudar de su exactitud”.

“Hay otro aspecto a considerar: en guerras anteriores, los datos del Ministerio de Salud fueron validados, básicamente, a partir de diferentes fuentes independientes. Además, este es el mismo sistema que el Ministerio de Salud utilizó anteriormente para informar sobre la covid u otras estimaciones e informes de mortalidad, por lo que confiaron en este sistema. Pero sí evaluamos la precisión y no encontramos ninguna razón para dudar de estos conjuntos de datos o de las cifras informadas por el Ministerio de Salud”.

Un grupo de científicos africanos está instando a sus gobiernos a exigir una revisión del papel de las organizaciones internacionales de salud con sede en el Norte en la configuración del nuevo tratado global de preparación y respuesta ante una pandemia antes de su finalización en la Asamblea Mundial de la Salud a realizarse en mayo.

El grupo –conocido como Grupo de Trabajo Panafricano sobre Epidemias y Pandemias– afirmó que las políticas sanitarias internacionales deberían dar prioridad a los países de bajos ingresos con una alta carga de enfermedades, y criticó el borrador actual por considerarlo "colonialista".

"Las regulaciones de confinamiento, que se impusieron durante la pandemia de covid, y que aún se están reforzando en los proyectos de instrumentos, fueron un instrumento clasista y poco científico, que causaron daños colaterales significativos a las personas de bajos ingresos e inútiles para entornos informales hacinados como en partes urbanas de África", dijo el grupo en un comunicado.

"Sólo conducirá a la perturbación de las economías y la educación, afianzando la pobreza futura y la desigualdad multigeneracional, y ampliando la deuda nacional directamente correlacionada con la actual crisis de deuda en África", sostuvo el grupo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y algunos líderes mundiales de países ricos iniciaron en marzo de 2021 la idea de un nuevo tratado internacional para preparar al mundo para una mejor respuesta a futuras pandemias.

Como seguimiento de la idea de un nuevo tratado internacional, la OMS, en diciembre de 2021, estableció el Órgano de Negociación Intergubernamental, que comprende a los 194 estados miembros, para negociar, redactar y debatir el contenido del tratado.

La OMS emprendió la revisión del ya existente Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de 2005, que obliga a los países a informar sobre emergencias de salud pública y restricciones a los viajes internacionales.

Se han introducido más de 300 enmiendas al RSI y está previsto que ambos instrumentos se presenten en mayo.

Pero el grupo dice que el borrador actual del tratado no refleja las lecciones aprendidas de los fracasos de la covid.

Específicamente, el grupo panafricano pide una revisión del artículo 12, el nuevo párrafo seis, y el nuevo artículo 13 del recién modificado RSI, que faculta al director general de la OMS a determinar "en cualquier momento" que un enfermedad es una emergencia de salud pública de importancia internacional o una pandemia.

Wellington Oyibo, médico parasitólogo de la Universidad de Lagos y director de asesoramiento sanitario del grupo, dijo que el impacto de estas medidas sería similar al uso de un mazo para matar una hormiga.

“Los confinamientos afectaron gravemente a los africanos porque son personas que se ganan la vida con ingresos subsistentes ¿y, sin embargo, los encierras durante meses?”, se preguntó.

“La población todavía no ha superado las consecuencias socioeconómicas y educativas de los confinamientos porque no hay apoyo del gobierno”.

Oyibo, también director del Centro de Investigación Transdisciplinaria sobre Malaria y Enfermedades Tropicales Desatendidas de la Universidad de Lagos, dijo que las medidas tomadas durante el brote de covid fueron drásticas y poco realistas para los africanos.

Dijo que los casos de covid eran bajos en África, pero la autoridad sanitaria mundial insistió en que toda África debería vacunarse.

“África tiene sus enfermedades, como el cólera, la fiebre amarilla, la malaria y otras que matan más que la covid”.

El grupo dijo que la frase del tratado que establece que “los Estados partes se comprometen a seguir” la recomendación de la OMS amenaza la soberanía sanitaria de las naciones.

Los científicos también dicen que los artículos 23 y 36 de las enmiendas al RSI, que se refieren a los formularios digitales obligatorios de localización de pasajeros y a los certificados de vacunación obligatorios, son problemáticos y van en contra del Código de Nürnberg de ética médica, que aboga por el consentimiento voluntario.

El grupo también dijo que el artículo 44 del RSI, que aborda la lucha contra la difusión de información en los medios de comunicación y las redes sociales, constituye censura y es una violación del derecho a la libertad de expresión, añadiendo que los organismos globales y los países ricos no son los árbitros del conocimiento.

Reginald Oduor, profesor titular del departamento de filosofía de la Universidad de Nairobi, Kenya, quien es el coordinador de redes sociales del grupo, dijo: “Esta es una perpetuación del imperialismo occidental clásico que entra por la puerta trasera. Es imperialismo sanitario subyugar el conocimiento de otras partes del mundo y pensar que las innovaciones médicas y el conocimiento sobre la covid u otras pandemias tienen que venir de Genève o de los países desarrollados. Esta es la razón por la que debemos abogar por múltiples centros de conocimiento. Toda sociedad tiene derecho a sus propias innovaciones”.

Mausi Segun, directora para África de Human Rights Watch, dijo que le preocupa que el borrador actual utilice la palabra “alienta” en varias oraciones. “Si se quiere que los países cumplan, entonces debe haber consecuencias”, afirmó.

“En este punto, todavía corresponde a cada país ‘alentar’ a adoptar esas políticas o no. No nos lleva más allá de donde estábamos cuando estalló la covid. La consecuencia son los fracasos que presenciamos con la covid”.

El director general de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, dijo durante su discurso de apertura en la octava reunión del Órgano de Negociación Intergubernamental que es necesario abordar el problema del déficit de confianza entre las naciones.

“Algunas de las barreras que nos impiden avanzar es el déficit de confianza”, dijo. “Pero si tratamos de entenderlo como un problema común y resolverlo con flexibilidad y creatividad, entonces se podrá generar confianza. Luego vendrá la solución beneficiosa para todos”.

100% online
Otorga créditos SADI
Inicio: Abril

Curso virtual

Los animales de compañía y las familias, desde la perspectiva de Una Salud

Zoonosis, multirresistencia y otros temas clave

Directores:
Dra. Susana Lloveras, Dr. Pablo Borrás

Programa

Módulo 1 | Los animales de compañía en la familia

1. Una Salud y Animales de Compañía (AC). Dinámica humano-animal. Situación actual. **Dra. Susana Lloveras**

2. Animales y personas: reflexiones desde la antropología social. **Dra. Andrea Mastrangelo**

3. Tenencia responsable. Vacunación, esterilización, control de reproducción, desparasitación y prevención de mordedura, desde los centros de zoonosis. ¿Cómo se trabaja en un centro de Zoonosis? **Dr. Gustavo Martinez**

Módulo 2 | Animales de compañía y riesgos para la salud

1. Los animales de compañía como centinelas para la Salud pública. **Dr. Gabriel Cicuttin**

2. Enfermedades zoonóticas en animales de compañía: nuevos escenarios. **Dr. Pablo Borrás**

3. Enfermedades zoonóticas asociadas a animales de compañía exóticos o no tradicionales. Venta ilegal de especies exóticas. **Dr. Guillermo Wiemeyer**

4. Los animales de compañía en la casa de personas con inmunosupresión. **Dra. Claudia Salgueira**

5. Enfermedades y problemas relacionados con AC en pediatría. **Dra. Silvia Gonzalez Ayala**

Módulo 3 | Animales de compañía y resistencia antimicrobiana

1. Diseminación de bacterias resistentes entre animales de compañía y humanos. Los mecanismos de resistencia más relevantes. **Dra. Paula Gagetti**

2. Dificultades en el tratamiento de algunas enfermedades frecuentes de los animales de compañía. El Diagnóstico microbiológico como pilar del tratamiento adecuado. **Dra. Gabriela Giacobonni**

Módulo 4 | Las nuevas tendencias en relación con los AC

1. La alimentación de los animales de compañía y las nuevas tendencias de dietas crudas. **Dra. Marta Zubaldia**

2. Atención centrada en el paciente: rol de los animales de compañía en la recuperación de pacientes (Los AC dentro de los hospitales). Riesgos y beneficios. **Lic. Daiana Anabel Pugliese**

Inscribite aquí con un beneficio especial

30% OFF
Por inscripción anticipada

Cuotas sin interés
Con Mercado Pago

Y promociones especiales para alumnos y ex alumnos del campus, residentes y Socios SADI. ¡Descuentos acumulativos hasta 50% OFF!

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