

**ARGENTINA**

- Situación epidemiológica de la hepatitis A

**AMÉRICA**

- Colombia: Alerta sanitaria en Tolima por brote de malaria en Ortega
- Estados Unidos: Caso humano de influenza porcina A(H3N2)v en Michigan
- Estados Unidos: Un brote de sarampión en Oregon ya causó 25 casos en tres condados

- México: Murieron dos niños en Nuevo León a causa de rickettsiosis
- Panamá: Alta prevalencia de sífilis en pacientes con VIH
- Perú: Detectaron 271 casos de leishmaniosis cutánea en cinco provincias de La Libertad

**EL MUNDO**

- Europa: La temporada de la fiebre del Nilo Occidental está en pleno apogeo

- India: Suman 73 los muertos por el virus de Chandipura y la encefalitis viral en Gujarat
- Reino Unido: Los casos de tos convulsa superan los 10.000 en lo que va del año en Inglaterra
- Sudáfrica: Seis casos humanos de rabia en el primer semestre del año
- Tailandia: Brote de leptospirosis en Nakhon Ratchasima
- La influenza aviar y el consumo de leche de vaca sin pasteurizar
- El cáncer en hombres se duplicará en 2050, con disparidades por la edad o economía

<b>Comité Editorial</b>	
<b>Editor Honorario</b> 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.	
<b>Editor en Jefe</b> ÍLIDE SELENE DE LISA	<b>Editores adjuntos</b> RUTH BRITO ENRIQUE FARÍAS
<b>Editores Asociados</b> ISSN 2796-7050	
ADRIÁN MORALES // ÁNGELA GENTILE // NATALIA SPITALE SUSANA LLOVERAS // TOMÁS ORDUNA // DANIEL STECHER GUSTAVO LOPARDO // 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 // EDUARDO LÓPEZ // ISABEL CASSETTI HORACIO SALOMÓN // JAVIER CASELLAS // EDUARDO SAVIO SERGIO CIMERMAN	

**Patrocinador**



WWW.SADI.ORG.AR

**Adherentes**



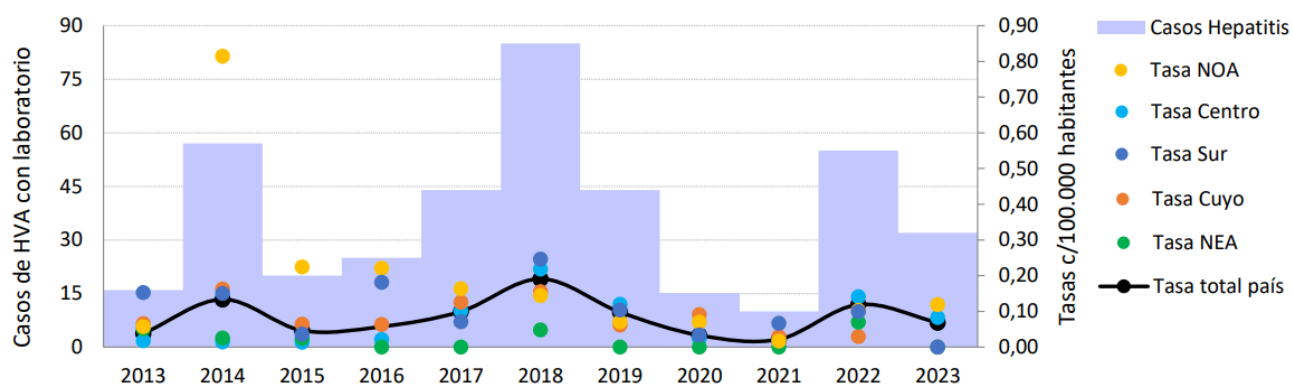
Distinguido por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

En Argentina, las tasas de notificación de hepatitis A aguda muestran una baja incidencia de casos confirmados en el período 2013/2023, que va de 0,02 a 0,18 casos cada 100.000 habitantes.

En este marco general de baja incidencia, pueden distinguirse, sobre todo en el análisis por regiones, dos picos diferenciados: uno en la Región Noroeste Argentino (NOA) en 2014 –fundamentalmente a expensas de brotes en la provincia de Salta, en los departamentos San Martín y Rivadavia entre 2014 y 2015–; el segundo pico, en el año 2018, corresponde a distintos conglomerados de casos dados fundamentalmente en la Región Centro (Santa Fe, Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Córdoba), pero también presentes en la región Sur y NOA.

Para el período analizado la mediana de edad de los casos es de 32 años, y 67% de los casos correspondió al sexo masculino.

En el año 2022 se observa un aumento en las tasas de incidencia correspondientes a la Región Centro (con casos en Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe), y en menor medida a la región NOA.



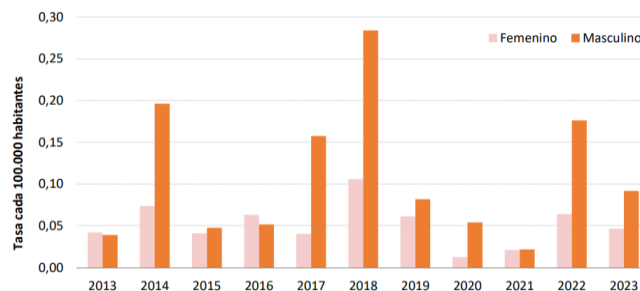
Casos totales de hepatitis A y tasas cada 100.000 habitantes, según región. Argentina. Años 2013/2023. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección Nacional de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

En cuanto a la distribución por grupos etarios, puede observarse que las tasas de notificación en menores de 20 años –si bien fueron fluctuantes– son responsables de los picos observados en la población general hasta 2014. En los últimos años el patrón se ha modificado y las tasas más altas corresponden a personas adultas mayores de 20 a 39 años.



Tasas de hepatitis A cada 100.000 habitantes, según grupos etarios. Argentina. Años 2013/2023. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección Nacional de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

El 67% de los casos confirmados correspondió a personas de sexo masculino. En los años con mayor número de casos –2014, 2017, 2018 y 2022– se observó una mayor diferencia en la distribución por sexos, con tasas en varones que hasta cuadruplicaban las del sexo femenino.



Tasas de hepatitis A cada 100.000 habitantes, según sexo. Argentina. Años 2013/2023. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección Nacional de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

La epidemiología de la hepatitis A en los últimos años muestra un cambio de patrón, siempre desde una baja incidencia, que va de casos y brotes limitados en población no vacunada menor de 20 años en diversas regiones según el año, a población principalmente masculina mayor a 20 años, fundamentalmente en la Región Centro.

Provincia/Región	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1	—	—	—	3	6	14	4	2	13	5
Buenos Aires	1	2	—	2	4	15	9	—	1	15	13
Córdoba	—	1	—	—	19	23	11	1	3	10	3
Entre Ríos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Santa Fe	3	1	4	4	3	19	1	2	—	4	4
<b>Centro</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>29</b>	<b>63</b>	<b>35</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>42</b>	<b>25</b>
Mendoza	1	2	—	—	3	4	1	3	—	1	—
San Juan	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
San Luis	1	3	2	2	1	1	—	—	1	—	—
<b>Cuyo</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>—</b>
Chaco	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—
Corrientes	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Formosa	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—
Misiones	2	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—
<b>Noreste Argentino</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>2</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>3</b>	<b>—</b>
Catamarca	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Jujuy	1	1	1	—	—	—	—	—	—	2	1
La Rioja	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
Salta	2	42	11	12	8	5	2	4	1	4	2
Santiago del Estero	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Tucumán	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	4
<b>Noroeste Argentino</b>	<b>3</b>	<b>43</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
Chubut	3	3	—	—	1	—	1	—	—	—	—
La Pampa	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Neuquén	—	1	—	2	—	5	—	—	1	2	—
Río Negro	1	—	—	—	1	—	1	1	—	1	—
Santa Cruz	—	—	1	—	—	2	1	—	1	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—
<b>Sur</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>—</b>
Otro país o desconocido	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
<b>Total Argentina</b>	<b>17</b>	<b>57</b>	<b>20</b>	<b>25</b>	<b>44</b>	<b>86</b>	<b>44</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>55</b>	<b>32</b>

Casos confirmados por laboratorio, según jurisdicción. Argentina. Años 2013/2023. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



GOBERNACIÓN  
DEL TOLIMA

COLOMBIA

ALERTA SANITARIA EN TOLIMA POR  
BROTE DE MALARIA EN ORTEGA

12/08/2024

La secretaria de Salud de Tolima, Ingrid Katherine Rengifo Hernández, lideró una visita a las veredas de Altozano y La Mesa en zona rural de Ortega, con el fin de sensibilizar a la comunidad frente a la necesidad de llevar a cabo una toma de muestras de sangre a toda la comunidad con el fin de detectar en el laboratorio nuevos casos de malaria en la zona.

Para el desarrollo de esta actividad se desplazó a la zona un equipo de profesionales del área de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría, un médico pediatra e infectólogo, y personal de la Secretaría de Salud de Ortega, el hospital local y equipos básicos en salud.



“La tarea desarrollada fue muy importante”, indicó Rengifo Hernández, quien aseguró que “se deben tomar las muestras por el bienestar de la comunidad y para controlar el brote de una enfermedad que hacía más de 20 años no se presentaba en el departamento”.

Se estima que son más de 350 las muestras que se deben tomar e incluye a toda la población menor de edad, especialmente los estudiantes y el personal docente.

“Hace 22 años no se registraba esta enfermedad en Tolima y logramos reunirnos con la comunidad en la institución educativa de Altozano y La Mesa; tuvimos una gran acogida de la población y abordamos los mitos y temores existentes y logramos acordar con ellos culminar el tamizaje y la toma de muestras para detectar casos e iniciar así el tratamiento a las personas que resulten positivas”, dijo la funcionaria.

Explicó, además, que este trabajo de tamizaje contará con el apoyo de los laboratorios de Salud Pública del departamento y del Hospital ‘San Juan Bautista’ de Chaparral, los cuales procesarán las muestras. En el día de la fecha se confirmaron 19 casos de la enfermedad en este municipio.

Por su parte, María Nidia Capera, presidenta de la Junta de Acción Comunal de La Mesa, indicó que esta actividad es un bien para toda la comunidad y se espera a toda la comitiva departamental para el próximo 20 de agosto cuando de nuevo se tomarán muestras.

Asimismo, el alcalde de Ortega, Diego Arbey Matiz Garzón, indicó que la Secretaría de Salud de Tolima hizo el acompañamiento en el territorio para el seguimiento del brote de malaria y se acordó una nueva articulación de esfuerzos para proteger a la comunidad de la enfermedad.



El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (MDHHS) y el Departamento de Salud del Condado de Ingham identificaron un caso humano de infección por la variante del virus de la influenza A (H3N2) –A(H3N2)v– en un residente del Condado de Ingham. La influenza A(H3N2)v es diferente de la influenza aviar altamente patógena A(H5N1), que ha afectado recientemente a granjas lecheras y avícolas. La influenza A(H3N2)v suele asociarse con porcinos, aunque la fuente de exposición de esta persona aún está bajo investigación.

El individuo dio positivo en la prueba de influenza A(H3N2)v a fines de julio. La muestra se envió a la Oficina de Laboratorios del MDHHS para un mejor monitoreo de la secuencia del virus como parte del [Programa de Infecciones Emergentes de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades \(CDC\)](#), donde nuevamente dio positivo presunto para influenza A(H3N2)v; posteriormente fue confirmado por los CDC.

“Si bien creemos que se trata de un caso aislado, los residentes de Michigan deben estar atentos a los síntomas similares a los de la influenza: fiebre, síntomas respiratorios como tos y secreción nasal y dolores corporales”, dijo la Dra. Natasha Bagdasarian, directora médica ejecutiva. “Si tiene estos síntomas, la recomendación es hacerse una prueba para detectar influenza y covid. Las pruebas de covid en el hogar están ampliamente disponibles, y tanto las pruebas de influenza como las de covid están disponibles en muchas farmacias, centros de atención de urgencias y clínicas. Independientemente de los resultados de la prueba, la persona debe quedarse en su casa hasta que se haya recuperado”.

“Mientras nuestros socios continúan investigando este caso, el Departamento de Agricultura y Desarrollo Rural de Michigan está listo para ayudar si se establece alguna conexión con un animal enfermo”, dijo Tim Boring, director del Departamento de Agricultura y Desarrollo Rural de Michigan. “Como parte del enfoque Una Salud de nuestro estado, nuestras agencias están comprometidas con la acción colaborativa para proteger la salud pública y animal”.

Actualmente, las visitas a los servicios de urgencias por influenza en Michigan [son bajas](#) y el MDHHS prevé que los riesgos de la influenza A(H3N2)v para el público en general sean bajos. Si bien la infección no se relacionó con la exposición conocida a cerdos u otros animales, el MDHHS reiteró las precauciones que el público puede tomar para evitar una posible exposición en granjas, ferias y exhibiciones:

- Abstenerse de comer o beber en establos de ganado o pistas de exhibición.
- No llevar juguetes, chupetes, tazas, biberones, cochecitos o artículos similares a las zonas de los cerdos.
- Cualquier persona que esté en alto riesgo de sufrir complicaciones graves a causa de la influenza y que planea asistir a una feria debe evitar el contacto con cerdos y granjas porcinas.
- Lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón. Si no se dispone de agua y jabón, utilizar un desinfectante para manos a base de alcohol.
- Evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca. De esta manera se propagan los gérmenes.

Si bien la mayoría de las personas se recuperan de la influenza, incluidas las enfermedades causadas por el virus A(H3N2)v, estas infecciones a veces pueden causar enfermedades graves,

incluso en personas sanas. Si alguien presenta síntomas respiratorios, debe informar a su médico sobre cualquier exposición reciente al ganado para que se pueda considerar la realización de pruebas de detección de la influenza. Los mismos medicamentos antivirales que se utilizan para tratar la influenza estacional se pueden utilizar para tratar el virus A(H3N2)v en niños y adultos. Estos tratamientos son más eficaces cuando se toman al principio de la enfermedad.

Los funcionarios de salud de Oregon dijeron el 8 de agosto que un brote de sarampión en el valle de Willamette ha afectado a 25 residentes, todos no vacunados.

El brote es inusual, a pesar de la naturaleza altamente contagiosa de la enfermedad, en parte porque se controla fácilmente mediante la vacunación. Pero las tasas de vacunación han disminuido en los últimos años, informaron los funcionarios de salud, lo que ha provocado brotes repetidos.

El último brote surgió hace dos meses, cuando el estado informó que un adulto no vacunado contrajo el virus en el condado de Marion. El adulto luego le transmitió el sarampión a un niño no vacunado en el mismo hogar.

Hasta la fecha, hay 16 casos en el condado de Marion, ocho en el condado de Clackamas y uno en el condado de Multnomah, según el Dr. Paul Cieslak, director médico de la Autoridad de Salud de Oregon. Cinco de esos casos involucran a adultos mayores de 20 años, mientras que el resto son menores de 20 años, dijo.

Cieslak afirmó que este es el brote más grande del estado desde 2019. Ese año, el estado confirmó 28 casos (el condado de Clark, al otro lado del río Columbia, enfrentó un “brote mucho más grande” ese año).

Las autoridades informaron que la propagación del sarampión, que puede ser mortal, representa el mayor riesgo para quienes no han recibido la vacuna contra el sarampión, las personas embarazadas, los bebés menores de 1 año y las personas con sistemas inmunes debilitados.

Antes de que existiera la vacuna contra el sarampión, un promedio de 400 a 500 personas morían a causa del virus cada año en Estados Unidos, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). En 2000, después de tres décadas de esfuerzos de vacunación, Estados Unidos erradicó el virus.

Cieslak dijo que antes de 2019, el último brote de sarampión en Oregon fue en la década de 1990, lo que atribuye a las “tasas de vacunación muy altas del estado y a los niveles muy altos de inmunidad de la población”.

“Desafortunadamente, hemos visto una erosión en el porcentaje de personas que se vacunan contra el sarampión”, dijo.

El año escolar pasado, Oregon tuvo la segunda tasa más alta de exenciones no médicas del país, según los CDC. Las autoridades afirman que la vacuna triple viral –contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola– es muy eficaz contra el sarampión, pero solo si se vacuna a suficientes personas.



Según Cieslak, antes del año 2000, aproximadamente 1% de los niños de jardín de infantes del estado obtenían una exención no médica de la vacunación escolar requerida. “Pero esa cifra ha aumentado de manera constante. Casi 9% de los niños de jardín de infantes del estado durante el último año escolar tenían una exención no médica”, afirmó.

“Eso está poniendo en peligro nuestra inmunidad colectiva”, dijo Cieslak, refiriéndose a la prevalencia de inmunidad a una enfermedad en una gran población. “El sarampión es quizás la enfermedad más contagiosa que conocemos... Se necesitan niveles muy altos de inmunidad de la población para detener la transmisión de esta enfermedad contagiosa”.

La Dra. Sarah Present, funcionaria de salud del condado de Clackamas, dijo que un gran número de personas que no están vacunadas contra el sarampión pueden poner en riesgo a sus comunidades.

“El sarampión es una enfermedad grave. No se trata solo de un pequeño sarpullido. Tiene complicaciones muy frecuentes”, afirmó. “No poder ir a la escuela cuando estás expuesto a esta enfermedad puede ser una carga importante. Por supuesto, la carga de contraer la enfermedad es mayor”.

Las autoridades instaron a las personas que experimentan síntomas de sarampión a que llamen a un proveedor de atención médica o a un centro de atención de urgencia con anticipación para organizar un plan que evite exponer a otras personas en las instalaciones a la enfermedad.



Dos hermanos, de 9 y 16 años, fallecieron a causa de complicaciones derivadas de una infección por *Rickettsia* en el sector Villas de San Francisco, en el municipio de Escobedo, Nuevo León. La noticia fue confirmada el 12 de agosto por la Secretaría de Salud de Nuevo León, encendiendo las alarmas sobre la peligrosidad de esta bacteria.

La tragedia comenzó cuando los niños presentaron los primeros síntomas, que incluían fiebre, dolor de cabeza y malestar general, típicos de una infección. Fueron atendidos primeramente en un consultorio particular el 4 de agosto, y cuatro días después fueron llevados a la Unidad de Especialidades Médicas de Escobedo en estado grave. Debido a que el estado de salud de los niños se deterioró rápidamente, fueron trasladados al Hospital Materno Infantil, donde los médicos hicieron todo lo posible por salvarles la vida. Lamentablemente, los esfuerzos fueron en vano, y los hermanos fallecieron.

### Casos registrados

De acuerdo con los datos más recientes proporcionados por la Secretaría de Salud de Nuevo León, el número total de casos de rickettsiosis reportados en el estado en lo que va de 2024 ha llegado a 32, mientras que en el mismo periodo de 2023 se presentaron 70 casos.

Las autoridades sanitarias de Nuevo León han hecho un llamado urgente a la población para que tome medidas preventivas, como evitar áreas infestadas por garrapatas, usar repelentes de insectos y realizar revisiones corporales exhaustivas después de haber estado al aire libre, sobre todo en regiones donde se sabe que estos insectos son comunes.

Mientras tanto, la Secretaría de Salud continúa monitoreando de cerca la situación y reforzando las campañas de concientización para prevenir más casos de rickettsiosis. Este incidente subraya la necesidad urgente de estar alerta ante los síntomas de la enfermedad y buscar atención médica inmediata, especialmente en áreas con alta incidencia de rickettsiosis.

Se espera que esta lamentable situación sirva para que la ciudadanía tome las prevenciones pertinentes y esté atenta a los síntomas.

---

La rickettsiosis es una enfermedad grave, con alta tasa de letalidad si no se identifica oportunamente. Las enfermedades causadas por las bacterias del género *Rickettsia* son zoonosis que en la naturaleza afectan a mamíferos e insectos vectores; el ser humano funge como huésped accidental.

En México, *Rhipicephalus sanguineus* sensu lato, la garrapata café del perro, fue identificada por primera vez en 1945 y se considera la responsable de la transmisión de las rickettsias. La transmisión de la infección al huésped animal (perro) o humano se da por medio de la saliva que excreta la garrapata cuando se está alimentando; también se puede transmitir por contaminación de escoriaciones de la piel o mucosas debido al contacto con las heces de las garrapatas o sus tejidos en caso de que el vector sea aplastado.

El periodo de incubación varía de dos a 21 días (promedio de 14 días) y posteriormente se inicia el cuadro clínico, el cual es inespecífico: al principio fiebre, cefalea y malestar general, y al segundo a cuarto día puede aparecer un exantema maculopapular en tobillos y muñecas, que posteriormente evoluciona a purpúrico y petequial; siempre afecta las palmas y plantas y suele ser el dato clínico que orienta el diagnóstico. Un diagnóstico adecuado y un tratamiento oportuno con doxiciclina, el antibiótico de elección, son claves para disminuir las complicaciones y la muerte por rickettsiosis.

La mortalidad por rickettsiosis varía de 5 a 10% de los casos. La mortalidad es mayor en la población pediátrica, especialmente en los menores de 10 años.

En México, los estados del norte son los más afectados por esta enfermedad, entre los que se incluyen Baja California, Sonora y la Comarca Lagunera (entre Coahuila y Durango), donde se reportan tasas de letalidad de entre 17 y 55%.

Un reciente estudio reveló una alta prevalencia de anticuerpos contra la sífilis entre personas que viven con el VIH en Panamá. Este hallazgo subraya la necesidad urgente de reforzar las estrategias de prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en esta población.



La investigación evaluó la presencia de anticuerpos contra la sífilis en individuos diagnosticados con el VIH. Los resultados indican que los más afectados son los hombres, los más jóvenes, aquellos con relaciones sexuales concurrentes, y aquellos que se identifican como homosexuales o bisexuales.

De los 378 participantes que se sometieron a la prueba, 377 completaron el cuestionario del estudio. La muestra incluyó a 216 hombres, 158 mujeres y tres personas intersexuales, con una mediana de edad de 36 años.

Los resultados mostraron una prevalencia general de anticuerpos contra la sífilis de 32,3% (122/378).

Los nuevos casos de sífilis entre personas de 15 a 49 años de edad aumentaron 30% entre 2020 y 2022 en las Américas, según un informe de la Organización Panamericana de la Salud.

El aumento de las infecciones por sífilis puede atribuirse a varios factores, como la insuficiente concienciación sobre la enfermedad, las disparidades en el acceso a los servicios de salud, el diagnóstico y tratamiento, y el persistente estigma en torno a las ITS, que puede disuadir a las personas de buscar asistencia médica.



A la fecha, se ha detectado en La Libertad 271 casos de leishmaniosis cutánea –conocida localmente como uta– en las provincias de Santiago de Chuco, la más afectada, Otuzco, Sánchez Carrión, Gran Chimú y Virú, según detalló el subgerente del Cuidado Integral de Salud de la Gerencia Regional de Salud de La Libertad (GERESA-LL), Víctor Manuel Alvarado Cáceres.



La leishmaniosis cutánea es una enfermedad transmitida por un insecto flebótomo –conocido localmente como manta blanca–, que vive en la sierra de Perú y que causa la aparición de úlceras en la piel.

“Lamentablemente, en los últimos años no hemos contado con el tratamiento, que ha estado agotado no solo en el país, sino a nivel internacional, pero las empresas han empezado a producirlo nuevamente. En 2023 no se dispuso del medicamento para la enfermedad, pero el Ministerio de Salud lo trajo de otros países y en La Libertad se lo consiguió de otras regiones, y se pudo brindar tratamiento a una cantidad aproximada de 120 pacientes”, precisó Alvarado.

Añadió que, del total de 271 afectados, 221 están en lista de espera de tratamiento y, justamente, se confirmó entre el 9 y el 12 de agosto la llegada de 8.000 ampollas del medicamento, pero cada paciente consume alrededor de 60, la cual se inyecta a diario.

“Hay 34 personas que se han negado a recibir tratamiento porque se aplica diariamente”, acotó Alvarado Cáceres.



EUROPA

LA TEMPORADA DE LA FIEBRE DEL NILO  
OCCIDENTAL ESTÁ EN PLENO APOGEO

08/08/2024

El aumento estacional esperado de las infecciones autóctonas por el virus del Nilo Occidental (VNO) en Europa se observó a partir de julio de este año, lo que indica que la temporada de transmisión está en marcha.

En 2024, hasta el 31 de julio, ocho países notificaron 69 casos autóctonos humanos de infección por el VNO. Los países que notificaron casos son Grecia (31 casos), Italia (25), España (5), Austria (2), Hungría (2), Serbia (2), Francia (1) y Rumania (1). Se reportaron ocho muertes en Grecia (5), Italia (2) y España (1).

A nivel regional, el número total de casos notificados en lo que va del año está dentro del rango esperado, a pesar de que el número de casos en Grecia y España es mayor que en años anteriores. Los indicadores clínicos y de gravedad también son similares a los de años anteriores. Todas las regiones afectadas este año habían reportado casos anteriormente o tuvieron regiones vecinas que lo han hecho.

Dadas las condiciones climáticas favorables para la transmisión del VNO en Europa, se esperan casos humanos adicionales en las próximas semanas y meses.

El VNO es transmitido por la picadura de mosquitos. La transmisión es más común entre las aves, pero los humanos y los mamíferos también pueden infectarse. Alrededor de 80% de las infecciones humanas no presentan síntomas. La mayoría de los casos en humanos ocurren entre julio y septiembre, cuando los mosquitos están activos.

El VNO tiene una amplia circulación geográfica en Europa debido a la abundancia de mosquitos *Culex pipiens* que son responsables de la propagación del VNO. Esta especie de mosquito es originaria de Europa y está presente en toda la Región.

Alrededor de 20% de las infecciones por el VNO en humanos pueden causar la fiebre del Nilo Occidental, caracterizada por síntomas como dolor de cabeza, malestar, fiebre, vómitos y fatiga. Menos de 1% de las infecciones pueden causar enfermedades graves que afectan el sistema nervioso.

Las medidas de protección personal para prevenir la infección por el VNO incluyen el uso de repelente de mosquitos, usar ropa que cubra la mayor parte del cuerpo y dormir en habitaciones con pantallas o aire acondicionado.

Gujarat está atravesando su peor brote de infecciones por el virus de Chandipura y encefalitis viral, en el que han muerto 73 personas hasta el momento.

El Estado reportó 162 casos de encefalitis viral, incluidos 60 casos del virus de Chandipura, desde que comenzó el brote el mes pasado.

La enfermedad se ha extendido a más de dos docenas de distritos –de los 33 distritos en total– y a ciudades como Ahmedabad, Rajkot, Jamnagar y Vadodara.

Cinco pacientes de los vecinos Rajasthan y Madhya Pradesh murieron en Gujarat, según los detalles compartidos el 8 de agosto por el Departamento de Salud del estado.

### Once personas bajo tratamiento

El 8 de agosto, 11 pacientes permanecían bajo tratamiento, mientras que 78 habían sido dados de alta después de su recuperación.

Las autoridades sanitarias del Estado han formado equipos de acción rápida para llevar a cabo la vigilancia en las zonas afectadas, pero sus esfuerzos no han ayudado a contener la enfermedad, ya que se reportan de dos a tres muertes cada día desde que comenzó el brote el mes pasado.

En un comunicado de prensa del día 8 de agosto, el Departamento de Salud del estado informó que, hasta el momento, se han visitado 53.323 hogares.

El Departamento de Salud puso en marcha un mecanismo de vigilancia para identificar rápidamente los casos y remitir los sospechosos a los hospitales más cercanos que ofrecen servicios especializados las 24 horas del día, los siete días de la semana y asistencia respiratoria. Se ha rociado malatión, un pesticida, en casi 750.000 casas de barro y cobertizos para el ganado en las aldeas para controlar la enfermedad. También se ha rociado pesticida líquido en casi 149.000 casas *kutchha* (sin cemento ni ladrillo). También se han cubierto las escuelas y los patios de recreo de los distritos afectados.

Según los expertos médicos, el flebotomo que transmite el virus de Chandipura, vive en las grietas de las casas de barro. En Gujarat, los primeros casos se notificaron en aldeas de la zona norte del estado.

Los síntomas de la infección por el virus de Chandipura son similares a los de la gripe, pero progresa rápidamente a encefalitis, coma y muerte en un plazo de 24 a 48 horas si no se trata de inmediato. Los menores de 15 años son los más vulnerables.

Los funcionarios de salud y los expertos médicos han descrito el brote como el peor que el Estado e incluso el país ha presenciado en más de 20 años, y la mayoría de las víctimas son niños y adolescentes menores de 15 años.

“En Gujarat, en 2005, se registraron unas dos docenas de casos y también hubo algunas muertes. Esta vez, la propagación y la gravedad son enormes”, dijo un médico de alto rango de un hospital público.

El primer caso de infección por el virus de Chandipura se registró en India en 1965 en el pueblo de Chandipura, en Maharashtra. En Andhra Pradesh se produjo un brote importante en 2003, cuando 329 niños dieron positivo en las pruebas para el virus y 183 murieron.

Este patógeno con forma de bastón es miembro de la familia del virus de la rabia que causa encefalitis grave, inflamación e hinchazón en el cerebro y se transmite principalmente por flebótomos, mosquitos y garrapatas.

Los nuevos datos sobre tos convulsa publicados el 8 de agosto por la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKHSA) muestran que los casos confirmados por laboratorio han aumentado a más de 10.000 en Inglaterra. La UKHSA instó a las mujeres embarazadas a vacunarse para proteger a sus bebés desde el nacimiento.

Los últimos datos muestran que los casos de tos convulsa alcanzaron su pico en mayo, pero siguen en niveles altos, con 2.427 casos notificados en junio. Esto sigue a los 555 casos de enero de 2024, que aumentaron a una cifra de 3.052 en mayo, lo que eleva a 10.493 el número total de casos confirmados por laboratorio de enero a junio de 2024.

Los casos confirmados en el segundo trimestre (abril a junio) de 2024 son muy altos y superan a los de cualquier trimestre desde el último gran brote de 2012.

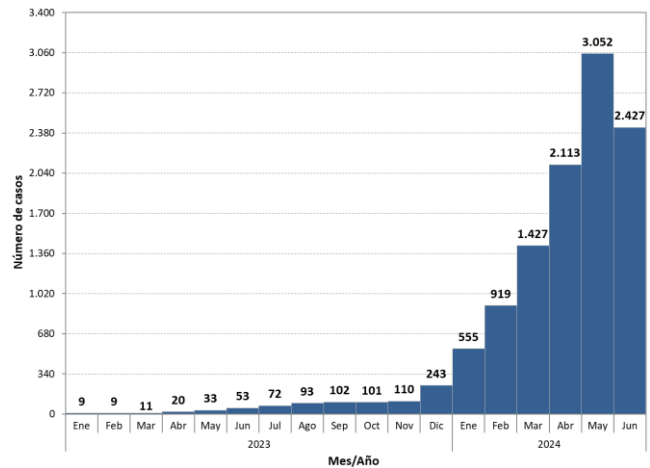
Desde que comenzó el brote actual en noviembre del año pasado, se han registrado diez muertes infantiles: una en diciembre de 2023 y nueve entre enero y junio de 2024.

Los bebés pequeños corren el mayor riesgo de sufrir complicaciones graves y morir a causa de la enfermedad. Los datos obtenidos demuestran que la vacunación en el momento adecuado del embarazo es muy eficaz y ofrece 92% de protección contra la muerte infantil.

De enero a junio de 2024, si bien la mayoría de los casos (55%, 5.769 casos) ocurrieron en personas de 15 años o más, que generalmente padecen una enfermedad leve, se siguen notificando cifras elevadas (328 casos) en bebés menores de 3 meses, que son quienes corren mayor riesgo de contraer la infección.

Desde fines de 2023, los casos de tos convulsa han alcanzado niveles elevados en todas las regiones de Inglaterra, así como en muchos otros países, debido a una combinación de factores. Se trata de una enfermedad cíclica, que alcanza su punto máximo cada tres a cinco años. El último aumento cíclico se produjo en 2016, tras un brote anterior en 2012. Sin embargo, al igual que con otras enfermedades, los casos se redujeron a cifras muy bajas durante la pandemia debido a las restricciones y los comportamientos públicos. Ya hace tiempo que debería haberse producido un año pico y el impacto de la pandemia también significa que hay una menor inmunidad a la tos convulsa en la población.

Los últimos datos de aceptación de la vacunación ofrecida a las mujeres embarazadas para proteger a los recién nacidos contra la tos convulsa siguen disminuyendo: en marzo de 2024 la cobertura fue de 58,9%, en comparación con la cobertura máxima (72,6%) en marzo de 2017.



Casos confirmados por laboratorio. Inglaterra. De enero de 2023 a junio de 2024. Fuente: Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido.

La vacunación oportuna durante el embarazo y la infancia es importante para proteger a los niños pequeños vulnerables de enfermedades graves. Es especialmente importante que las mujeres embarazadas se vacunen contra la tos convulsa, ya que esto permite que la protección se transmita al feto en el útero, de modo que los bebés estén protegidos desde el nacimiento en sus primeros meses de vida.

Todos los bebés reciben tres dosis de la vacuna séxtuple a las 8, 12 y 16 semanas de edad para protegerlos contra la tos convulsa y otras enfermedades graves como la difteria y la poliomielitis, y se ofrece una dosis de refuerzo preescolar a los 3 años y 4 meses.

La Dra. Mary Ramsay, directora de inmunización de la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido, dijo: “La vacunación es la mejor defensa contra la tos convulsa y es fundamental que las mujeres embarazadas y los bebés reciban sus vacunas en el momento adecuado. A las mujeres embarazadas se les ofrece una vacuna contra la tos convulsa en cada embarazo, idealmente entre las semanas 20 y 32. Esto transmite protección a su bebé en el útero para que esté protegido desde el nacimiento en los primeros meses de su vida, cuando son más vulnerables y antes de que puedan recibir sus propias vacunas”.

“Dado que los casos siguen aumentando y, lamentablemente, se han producido 10 muertes infantiles desde que comenzó el brote en noviembre pasado, garantizar que las mujeres se vacunen durante el embarazo nunca ha sido más importante”.



La rabia es una enfermedad viral mortal que persiste como una amenaza para la salud pública en más de 150 países y territorios de todo el mundo, y que provoca unas 59.000 muertes anuales, de las cuales 95% se producen en África y Asia. Entre 1983 y 2023, Sudáfrica notificó una media de 10 casos confirmados por laboratorio al año.

Muchos animales diferentes pueden contraer y transmitir el virus de la rabia, pero los perros domésticos son el vector más importante de transmisión a las personas. La prevención de salud pública más eficaz contra la rabia es la vacunación de perros y gatos, que es obligatoria por ley en Sudáfrica.

La rabia se puede prevenir en los seres humanos mediante la profilaxis post exposición (PEP), que incluye inmunoglobulina y vacunas antirrábicas. Se recomienda que las personas con un riesgo alto y continuo de exposición a la rabia –por ejemplo, los veterinarios– reciban una profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la rabia.

Desde mayo de 2024, se han confirmado varios casos de rabia en lobos marinos de El Cabo (*Arctocephalus pusillus*) en lugares a lo largo de la costa entre Plettenberg Bay y Melkbosstrand. La rabia se ha notificado con muy poca frecuencia en mamíferos marinos a nivel mundial y la detección de rabia en lobos marinos en Western Cape puede ser un hallazgo único. Se están realizando investigaciones para comprender el alcance de la aparición de la rabia en estos animales. A las personas expuestas a los lobos marinos –por ejemplo, mordidas–, se les recomienda la PEP.

En 2024, hasta el 31 de julio, seis personas murieron de rabia en Sudáfrica. En un caso, la rabia fue considerada probable con base en un historial de mordeduras de perro y síntomas y signos de rabia que llevaron a la muerte. Cinco de las muertes fueron confirmadas mediante pruebas de laboratorio. Estos casos se notificaron en Eastern Cape (tres casos), KwaZulu-Natal (dos casos) y la provincia de Gauteng (un caso). Todos los casos estaban relacionados con mordeduras de perros domésticos. Cuatro de los casos afectaban a niños menores de ocho años, y dos casos se notificaron en adultos, un hombre de 27 años y una mujer de 61 años. El caso de rabia notificado en la provincia de Gauteng fue causado por una mordedura de perro ocurrida en Zimbabwe, no en Sudáfrica.

Dos de las víctimas no recibieron la PEP completa, mientras que cuatro de los casos no buscaron atención médica en un centro de salud cercano. Los dos pacientes que recibieron la PEP inicial no recibieron vacunas de seguimiento los días 3, 7 y 14 después de la mordedura del perro. Un caso recibió inmunoglobulina antirrábica y una dosis de la vacuna antirrábica, mientras que el otro caso solo recibió una dosis de la vacuna. En 2023, se confirmaron en laboratorio 12 casos de rabia humana en Sudáfrica (seis en KwaZulu-Natal, cinco en Eastern Cape y uno en Limpopo), de los cuales siete (tres en KwaZulu-Natal, tres en Eastern Cape y uno en Limpopo) ocurrieron durante los dos primeros trimestres y julio de 2023.

El 11 de agosto de 2024, el Dr. Thaweechai Visanuyothin, director de la Oficina de Control de Enfermedades de Nakhon Ratchasima, informó que la región del noreste de Tailandia ha estado experimentando fuertes lluvias en muchas áreas e inundaciones, y advirtió que quienes caminan por el agua y el barro con los pies descalzos, pueden contraer leptospirosis.

Los últimos datos en Nakhon Ratchasima indican que, entre el 1 de enero y el 5 de agosto de este año, se registraron 81 casos de leptospirosis, incluyendo dos muertes.



Los casos y muertes se distribuyen en las provincias de Nakhon Ratchasima (29 casos, una muerte), Buriram (21 casos), Chaiyaphum (16 casos) y Surin (15 casos, una muerte).

La mayoría de los pacientes son agricultores y trabajadores en general que cultivan verduras y crían animales. El grupo de edad más afectado es el de 55 a 64 años, seguido del de 65 años o más y el de 45 a 64 años.

---

La leptospirosis es una enfermedad causada por la bacteria *Leptospira*, que se puede encontrar en el agua o el suelo contaminados. Afecta a muchos tipos diferentes de animales y personas.

Sin tratamiento, la leptospirosis en las personas puede provocar daño renal, meningitis, insuficiencia hepática, dificultad para respirar e incluso la muerte. Cada año se producen alrededor de un millón de casos en personas en todo el mundo, con casi 60.000 muertes.

En general, la persona enferma después de entre 2 y 30 días del contacto con la bacteria. La enfermedad puede presentarse en dos fases: en la primera fase, se puede presentar fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, dolores musculares, vómitos o diarrea; puede haber una mejora pasajera, para luego decaer nuevamente. Algunas personas pueden sufrir una segunda fase más grave con insuficiencia renal o hepática, o meningitis. La enfermedad puede durar desde unos días hasta varias semanas. Sin tratamiento, la mejoría puede llevar varios meses.

Las personas pueden infectarse a través del contacto con agua o tierra que contenga orina o fluidos corporales de animales infectados, especialmente después de huracanes, inundaciones o lluvias intensas. También por el contacto directo con fluidos corporales de un animal infectado, o por consumir alimentos o contaminados con la orina de un animal infectado.

El diagnóstico de leptospirosis en el punto de atención es sumamente difícil en el entorno tropical, donde varias enfermedades infecciosas comunes a menudo son difíciles de diferenciar. Una enfermedad común en la Tailandia rural, que se confunde fácilmente con la leptospirosis, es el tífus de los matorrales.

El brote de influenza aviar A(H5N1) que empezó en 2022 en Estados Unidos ha dado el salto interespecie. Esto significa que no sólo se ha detectado el virus en aves salvajes y aves de corral, sino que también se ha detectado su presencia en vacas y en la leche que producen.



Como las aves son demasiado distantes genéticamente del ser humano, el virus A(H5N1) sólo puede infectar a los humanos través de un intermediario más cercano genéticamente. Ahí es donde entran en juego las vacas, con las que los humanos comparten 80% de los genes, y, muy especialmente, la leche que producen. Aunque ya de por sí el consumo de leche sin pasteurizar está desaconsejado, si esta proviniese de una vaca infectada con la influenza aviar se podría estar ante el mecanismo de ignición epidémica, pues la enorme cantidad de virus detectada en muestras de leche sin pasteurizar infectaría a aquellas personas que la consumieran, constituyendo el primer paso para que el virus se adapte al sistema respiratorio humano.

### Tan complicado como colonizar un planeta diferente

Como detalladamente explican José Alcamí Pertejo y Eduardo López Collazo en su libro *Coronavirus. ¿la última pandemia?*, el salto interespecie es complejo y puede compararse con colonizar un planeta diferente. Por ese motivo, muchos saltos interespecie fracasan, pero los que no fracasan pueden producir distintos escenarios.

El peor escenario ocurre cuando el salto no produce una enfermedad grave a corto plazo ni el virus es eliminado.

“En este caso, el virus puede infectar al nuevo hospedador durante meses, incluso años, con tiempo suficiente para adaptarse progresivamente al nuevo entorno. En esta fase, pocos individuos están infectados, pero el proceso de adaptación del virus hace que en un momento dado se produzca con facilidad el salto intraespecie”, según lo explican Alcamí Pertejo y López Collado.

Este segundo salto es el que se produciría con el consumo de leche de vaca sin pasteurizar por los seres humanos. Como prosiguen Alcamí Pertejo y López Collazo con su explicación, “a veces la distancia genética entre el animal portador y el hombre es tan grande que el virus necesita parasitar de manera transitoria una especie intermedia”. La persistencia del virus durante semanas o meses en ese animal intermedio infectado generará variantes que se transmitirán con mayor eficacia al hombre.

El período de incubación aumenta la peligrosidad, pues cuanto mayor es la medida de días entre la infección y la aparición de síntomas, más lejos puede viajar una persona y a más personas puede contagiar.

## **El peligro de que el virus A(H5N1) campe a sus anchas en el ganado vacuno**

Si se deja que el virus A(H5N1) campe a sus anchas en el ganado vacuno, se estaría dando al virus la oportunidad de adaptarse a un mamífero, lo que incrementaría el riesgo de que se produzcan mutaciones que le permitieran propagarse entre las personas.

Ante este escenario, y aunque los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos [consideran que el riesgo para la salud pública sigue siendo bajo](#), debemos preguntarnos si las administraciones sanitarias o alimentarias deben restringir aún más el consumo de leche de vaca sin pasteurizar.

La respuesta normativa ante una pandemia no es menos importante que la respuesta científica pues los determinantes legales pueden ser parte del problema o de la solución.

## **Motivos para restringir (aún más) el consumo de leche de vaca sin pasteurizar**

La restricción no sería una medida paternalista, encaminada a proteger la salud individual de las personas que consuman la leche sin pasteurizar, sino que estaría justificada por el potencial daño que puede ocasionar a la salud pública, un bien de carácter colectivo que tiene reconocimiento constitucional y que tiene la capacidad de generar la seguridad idónea que permita disfrutar de los derechos y libertades con absoluta normalidad.

No es necesario recordar las severas limitaciones en derechos y libertades que tuvieron que adoptarse durante la pandemia causada por el SARS-CoV-2 y el enorme costo en vidas humanas, especialmente entre las personas mayores que estaban institucionalizadas en residencias.

Al igual que ocurre con la regulación de los antibióticos, que limita su uso a aquellas personas que tienen una prescripción médica, el acceso a la leche de vaca sin pasteurizar debería restringirse a aquellas personas que demuestren que el consumo es absolutamente necesario para su actividad económica, volviéndose a la prohibición de consumo humano que estuvo vigente entre 1990 y 2018 en España.

Esa leche sin pasteurizar usada en algunas industrias debe ser debidamente controlada y obligatoriamente desechada si se detecta la presencia del A(H5N1), lo cual implicaría poner en marcha mecanismos de compensación económica para reparar las pérdidas.

## **Respetar las preferencias individuales cuando no dañe a terceros ni a la salud pública**

En un Estado de derecho, los comportamientos individuales y las preferencias personales deben respetarse siempre y cuando no supongan un daño ni a terceras personas ni a bienes de carácter colectivo como la salud pública.

Si el consumo de leche de vaca sin pasteurizar no supusiese, o dejase de ser, un riesgo para la salud pública, se debería permitir su consumo por las personas mayores de edad pues las medidas paternalistas deberían limitarse a [proporcionar información sobre los potenciales riesgos para la salud individual](#) (posible infección por *Campylobacter*, *Escherichia coli*, *Salmonella* y *Listeria monocytogenes*) y la falta de evidencia científica sobre sus supuestos beneficios, pero no podría prohibirse el consumo humano. Allá cada uno con sus preferencias y gustos. En el caso de los menores de edad habría que vigilar cómo afecta a su crecimiento y desarrollo, protegiendo en todo momento el interés superior del menor.

Pero el escenario cambia cuando ya no se trata solo de un riesgo para la salud individual sino para la salud pública. En ese caso, la preferencia de un grupo minoritario de personas no puede imponer un costo social tan elevado. En realidad, las limitaciones a las preferencias personales

para proteger un interés colectivo no son tan ajenas en el sistema jurídico español: junto al ejemplo de los antibióticos tenemos el caso de los medicamentos genéricos pues la primera prescripción siempre será por el principio activo. El “yo” siempre puede llegar a estar limitado por el “nosotros”.

Como han subrayado multitud de expertos en salud pública y enfermedades infecciosas, la cuestión no es si habrá una nueva epidemia causada por un virus respiratorio sino cuándo se producirá. De ahí que no se debe tomar a la ligera un caso como éste.

Los casos de cáncer en los hombres y el número de muertes por esta enfermedad aumentarán casi al doble en 2050, con disparidades cada vez mayores en función de la edad y la situación económica de los países, según un [estudio](#) que analizó 30 tipos de tumores y datos de 185 países.

Las conclusiones del trabajo indican la necesidad de realizar esfuerzos para mejorar los resultados del cáncer de forma equitativa.

Estos pasan por fortalecer más la calidad y la accesibilidad de la infraestructura sanitaria; promocionar la cobertura universal siguiendo un enfoque de derechos humanos; o financiar la investigación sobre programas de detección del cáncer específicos para hombres en todo el mundo.

Los hombres padecen tasas y muertes relacionadas con el cáncer más elevadas que las mujeres, probablemente debido a diversos factores, como una menor participación en actividades de prevención o una infrautilización de las opciones de cribado y tratamiento.

Asimismo, por una mayor exposición a factores de riesgo de cáncer como el tabaquismo, el consumo de alcohol y la exposición laboral a agentes carcinógenos, y por diferencias biológicas.

Para evaluar la carga del cáncer en hombres de distintas edades y que viven en diferentes regiones del mundo, los investigadores analizaron la información de 2022 del Observatorio Mundial del Cáncer, que incluye estimaciones a nivel nacional de casos y muertes en 185 países/territorios de todo el mundo.

Las proyecciones para 2050 se obtuvieron mediante proyecciones demográficas.

Entre otros datos, en 2022 se observó una menor supervivencia entre los hombres de más edad (65 años o más) para tipos de cáncer poco frecuentes, como el de páncreas, y en países con un bajo índice de desarrollo humano, que mide la salud, la educación y el nivel de vida.

Ese año, el cáncer de pulmón fue el más común en términos de casos y muertes, aunque se observaron ligeras variaciones en el tipo de cáncer principal entre los grupos de edad. Por ejemplo, los casos de tumor testicular y las muertes por leucemia ocuparon los primeros lugares entre los adultos jóvenes.

Entre 2022 y 2050, se prevé que los casos de cáncer en hombres aumenten de 10,3 millones a 19 millones, un incremento de 84%.

Se estima que las muertes pasen de 5,4 millones a 10,5 millones, un 93% más, con un incremento superior al doble entre aquellos mayores de 65 años y en los países/territorios con un índice de desarrollo humano bajo y medio.



Según los datos del estudio, se prevé que el cáncer de pulmón siga siendo el principal tipo de cáncer tanto en casos como en muertes para 2050.

Los autores concluyeron en que en 2022 se observaron disparidades sustanciales en los casos y muertes por cáncer entre los hombres y se proyecta que estas se amplíen para 2050.

La implantación y ampliación de la cobertura sanitaria universal y la expansión de las infraestructuras sanitarias, así como la creación de facultades de medicina financiadas con fondos públicos y de becas para la formación de personal pueden mejorar la atención oncológica y la equidad, con especial énfasis en los países con un índice de desarrollo humano bajo y medio.

# RESIDENCIA DE CARDIOLOGIA

HOSPITAL NACIONAL DE CLINICAS  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA

- DURACION 4 AÑOS - INCLUYE AÑO PREVIO DE CLINICA MEDICA
- AVAL POR CONEAU - CATEGORIA "B"
- GUARDIAS DE 12 HORAS EN UNIDAD CORONARIA.
- SALARIO DE CARGO DOCENTE UNIVERSITARIO.



CLASES SEMANALES



ACTUALIZACIONES  
BIBLIOGRAFICAS



ATENEOS CLINICOS  
SEMANALES



POSTGRADO  
DE FEDERACION  
ARGENTINA DE  
CARDIOLOGIA

SANTA ROSA N° 1564  
CONTACTO: [CARDIOLOGIAHNC@GMAIL.COM](mailto:CARDIOLOGIAHNC@GMAIL.COM)

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 [reportee-epidemiologicocba@gmail.com](mailto:reportee-epidemiologicocba@gmail.com) aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.