

SADI – UNA SALUD

- “Una salud” y cambio climático: nuestra asignatura pendiente

CÓRDOBA

- Día Nacional por una Argentina Sin Chagas

ARGENTINA

- Situación epidemiológica de las hantaviriosis. Años 2019-2024

AMÉRICA

- Brasil: Confirmaron la muerte de un hombre por rabia humana en Piauí
- Brasil: Confirman dos casos de fiebre manchada brasileña en Minas Gerais
- Estados Unidos: Aumento de casos de sarampión en el Área Metropolitana de Minneapolis-Saint Paul
- Estados Unidos: Siguen en aumento los casos de listeriosis vinculados con el consumo de embutidos

EL MUNDO

- Afganistán: Suman 908 los casos sospechosos de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en 2024

- Alemania: Notable incremento en los casos de sarampión en 2024
- Camboya: Situación epidemiológica de los casos humanos de influenza aviar A(H5N1)
- La Réunion – Francia: Registran tres casos autóctonos de fiebre chikungunya, los primeros en una década
- Palestina: Se superan en 48 horas los objetivos de vacunación contra la poliomielitis en Gaza
- Suecia: Situación epidemiológica de la mpox por el clado Ib
- Zimbabwe: Declaran finalizado el último brote de cólera

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

ISSN 2796-7050

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

Patrocinador

sadi Sociedad Argentina
de Infectología
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.

© Copyright 2020 - ISSN 2796-7050 - [recfot](http://recfot.com) - 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.



“Una salud” y cambio climático: nuestra asignatura pendiente

Septiembre
2024

Autor:
Horacio Trapassi

Desde nuestra formación de pregrado, aprendemos sobre la salud de forma fragmentada: órganos, sistemas, franjas etarias, patologías, tratamientos, y un sinfín de clasificaciones y algoritmos que –afortunadamente– intentan hacernos más simple el abordaje de los complejos procesos salud-enfermedad-atención-cuidados. A su vez, nuestra aproximación a éstos –salvo excepciones– suele ocurrir puertas adentro en instituciones sanitarias. Y, posiblemente, pocas veces en nuestra práctica nos detenemos a intentar comprender de dónde vienen, cómo son sus entornos de vida (hogareña, laboral, recreativa), cómo fueron los ambientes durante sus vidas intrauterinas, durante sus crecimientos y desarrollos o, simplemente, en el que estaban los 5 minutos previos a encontrarnos.

De forma semejante, así como cada persona trae consigo una impronta ambiental que condiciona sus procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados, nuestra práctica sanitaria provoca –indefectiblemente– su impronta en el ambiente. Y sí... puede resultarnos distópico –y hasta un tabú– reconocer esta paradoja: en todo el mundo, para investigar, prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades, generamos impacto ambiental. Y aunque en principio no sea evidente la relación, esto también puede afectar negativamente a la salud humana... y así podrían relatarse cíclicamente, como en una espiral sinfín, acciones sanitarias que impactan negativamente en el ambiente, y condiciones ambientales que afectan la salud.

Entre los fenómenos ambientales –actuales y por venir– de mayor relevancia, se encuentran la pérdida de la biodiversidad y el cambio climático. El cambio climático, el mayor reto para la salud mundial en el siglo XXI, exacerba algunas amenazas para la salud y crea nuevos desafíos de salud pública. En todo el mundo, analizando solo unos pocos indicadores de salud, se estima que ocurrirán 250.000 muertes adicionales por año en las próximas décadas como resultado del cambio climático: más frecuentes e intensas olas de calor, agravamiento de enfermedades cardiorrespiratorias, muertes por causas externas (en tormentas, inundaciones, etc.), empeoramiento de la calidad del aire y su consecuente morbilidad, inseguridad hídrico-alimentaria y expansión de fronteras de vectores de enfermedades infecciosas, sólo por mencionar algunos ejemplos.

A la inversa, cuando analizamos el impacto climático del sector salud, surge un dato impactante: si todos los sistemas de salud del mundo fueran un país, sería el quinto emisor mundial de gases de efecto invernadero (GEI). Como es sabido, los GEI han aumentado exponencialmente debido a la actividad humana desde la revolución industrial hasta la actualidad, siendo el sector salud un “colaborador” más en esa ecuación. Si... puede resultar chocante caer en la cuenta de que, durante nuestras acciones para el cuidado de la salud, podemos también generar condiciones para la enfermedad. Y no sólo eso: como bien nos enseña la estrategia “Una Salud”, el impacto climático no

es solamente sobre seres humanos, sino también sobre los animales (no humanos), que se vuelven más propensos a padecer enfermedades.

El Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) destaca que al menos el 60% de las infecciones humanas, son compartidas con otros animales, y uno de los factores indiscutidos para favorecer nuevas enfermedades infecciosas emergentes y zoonosis, es el ya mencionado cambio climático. Sumado a esto, alrededor de 75% de todas las enfermedades infecciosas humanas nuevas y emergentes "saltan entre especies", estimándose que, si hubiera próximas pandemias, con alta probabilidad se originarían como una zoonosis proveniente de la vida silvestre. ¿"Culpa" de la naturaleza? No: junto al cambio climático, nuestra creciente demanda de proteína animal, nuestro extenso uso del suelo para generar alimentos y urbanizaciones, y nuestros desplazamientos que desconocen fronteras, se encuentran entre los principales factores antropogénicos que cooperan en pos de posibles nuevas zoonosis.

Luego de este relato, podría parecer que estamos destinados al fracaso –ambientalmente hablando– como sistema de salud mundial, que nada queda para hacer, que sólo puede haber salud humana a costa del impacto negativo en "Una Salud", perpetuando así nuestra espiral sinfín entre salud y enfermedad.

Sin embargo, afortunadamente, no es así. Cada vez hay más comunidades, profesionales (sanitarios y no sanitarios) empezando a recorrer sus caminos de aprendizaje en este cuidado holístico de la salud, hospitales y sistemas de salud enteros comenzando a replantear sus procesos con perspectiva climática y estrategia "Una Salud", con el impostergable reconocimiento del impacto ambiental de nuestras acciones. Compras "inteligentes" de productos e insumos con baja huella climática, eficiencia energética, gestión de residuos y reducción de emisiones de GEI en efectores de salud, son sólo algunas de las medidas que paso a paso ya empiezan a suceder.

Adaptar los sistemas de salud frente a los desafíos que vienen, y mitigar nuestras emisiones como sector sanitario, empiezan a volverse una asignatura obligatoria, volvemos a darnos cuenta de que tanto nosotros, como las personas que solicitan nuestra atención, como el ambiente, como los animales, como todo lo que nos rodea, somos una sola gran estructura viviente y sintiente, que requiere cuidados integrales, coherentes y equitativos.

Los límites entre asignaturas, entre humano, animal y ambiental, entre lo intra y lo extra hospitalario se van volviendo más difusos. Finalmente, vamos también aprendiendo que el "mayor desafío sanitario del siglo XXI" requiere que todas las personas nos integremos en transdisciplina: el intercambio de saberes académicos, sanitarios, comunitarios, tradicionales y ancestrales, son la clave de la elaboración de estrategias y acciones concretas, que nos permitan construir colectivamente las respuestas eficaces y eficientes que "Una Salud" merece.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. *Cambio climático y salud*. ([link](#)).
2. Organización de Naciones Unidas. *El cambio climático es el mayor reto al que nos enfrentamos a nivel mundial, asegura encuesta*. 31 de marzo de 2021. ([link](#)).
3. Arup. *Huella climática del sector de la salud*. Septiembre de 2019. ([link](#)).
4. Ministerio de Salud de Argentina. *Resolución 185/2023*. 6 de febrero de 2023. ([link](#)).
5. Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente. *Prevenir la próxima pandemia: Zoonosis y cómo romper la cadena de transmisión*. 29 de febrero de 2020. ([link](#)).
6. Ministerio de Salud de Neuquén. *Plan de Acción de Salud y Cambio Climático de la Provincia de Neuquén*. 2023 ([link](#)).
7. Honorable Congreso de la Nación Argentina. *Ley 27592. Ley Yolanda*. ([link](#)).

El 30 de agosto se conmemoró el Día Nacional por una Argentina Sin Chagas, que tiene por objetivo visibilizar esta temática mediante diferentes estrategias de comunicación, difusión y educación para promover los cuidados, la participación y el compromiso comunitarios sobre esta problemática.

Este año el lema elegido es “Pensemos en Chagas. Todos los días, en todo el país” y el eje central será la transmisión por vía vertical o perinatal de la enfermedad de Chagas como línea de trabajo prioritaria, común y transversal a todas las provincias.

En este marco, el Ministerio de Salud de Córdoba participó de la jornada informativa y de diagnóstico en la ciudad de Villa Dolores, departamento San Javier, organizada conjuntamente con el municipio de dicha localidad.



Enfermedad de Chagas y embarazo

Desde el año 2015, en Córdoba no se registran nuevos casos de enfermedad de Chagas por picadura de vinchucas y, actualmente, la principal vía de transmisión de esta infección es la vertical o perinatal, que se produce desde el organismo de una persona gestante con la infección a su bebé durante el embarazo, cuando el parásito *Trypanosoma cruzi* atraviesa la placenta.

En la provincia de Córdoba, la seroprevalencia de la infección en personas embarazadas –el número de personas gestantes con diagnóstico positivo con base al total de análisis de sangre realizados a este grupo poblacional– disminuyó 82% en los últimos 15 años: en 2008, este indicador era de 4,27%, mientras que en el año 2023 la cifra descendió a 0,73%.

En el año 2018 se implementó una estrategia de búsqueda retrospectiva y seguimiento clínico a los recién nacidos expuestos a la transmisión vertical de la enfermedad de Chagas en Córdoba, para lograr mayor cobertura diagnóstica y, en caso de detectar resultados positivos, ofrecer el tratamiento de manera oportuna.

De acuerdo con los datos brindados por el Programa de Chagas, de los 2.011 niños que nacieron de personas gestantes con infección por *T. cruzi* entre los años 2018 y 2024, 1.597 (79%) ya completaron su seguimiento hasta el año de vida y el correspondiente diagnóstico, mientras que los 414 restantes (21%) continúan en estudio. Del total de casos diagnosticados (1.597), 1.563 (98%) resultaron negativos y 34 (2%) confirmados. De los 34 niños con diagnóstico positivo, 32 (94%) recibieron el tratamiento antiparasitario y los dos restantes se encuentran en seguimiento clínico para el inicio de la medicación.

El sistema de diagnóstico prenatal de la enfermedad de Chagas, asociado a otras estrategias de prevención que se implementan desde el Programa Provincial, como son los estudios de detección en niños y adolescentes que viven en el área endémica de la provincia, son fundamentales para controlar la transmisión vertical de la infección.

De allí la importancia de que el personal de salud ofrezca el test diagnóstico a todas las personas embarazadas y realice el seguimiento a los recién nacidos de estas gestantes porque, si se confirma la infección, ese niño puede recibir un tratamiento antiparasitario, que es altamente efectivo en las etapas iniciales de la infección y, por consiguiente, tiene altas probabilidades de curarse.

Vigilancia vectorial

Otras de las estrategias que implementa el Programa Provincial son las acciones de vigilancia y control del vector: búsqueda, captura y análisis de vinchucas en viviendas en riesgo, rociado con insecticida en domicilios y peridomicilios positivos, georreferenciación del área trabajada y difusión de medidas preventivas.

Por otra parte, y como estrategia complementaria, desde el año pasado se viene conformado una red provincial de vigilancia vectorial comunitaria, que, hasta el momento, cuenta con 30 Unidades de Notificación de Vinchucas (UNV).

Las UNV son centros de referencia a cargo de distintas instituciones sanitarias provinciales, municipales o comunales. Tienen como objetivo receptor vinchucas encontradas por personas de cada comunidad en su domicilio o alrededores, con el fin de remitirlas al Laboratorio Entomológico del Instituto de Zoonosis para su identificación y análisis, lo que luego permite implementar estrategias de prevención y control ante un resultado positivo.

Se puede acceder a las recomendaciones para capturar, conservar y enviar de manera segura estos insectos ingresando [aquí](#). Consultas: Programa Provincial de Chagas. E-mail: programachagascba@gmail.com / Tel.: 0351 434-4112/13 / WhatsApp: 3517662354 (consultas generales) y 3517046555 (notificación por presencia de vinchucas). Web: <https://ministeriodesalud.cba.gov.ar/programa-chagas-2/>.

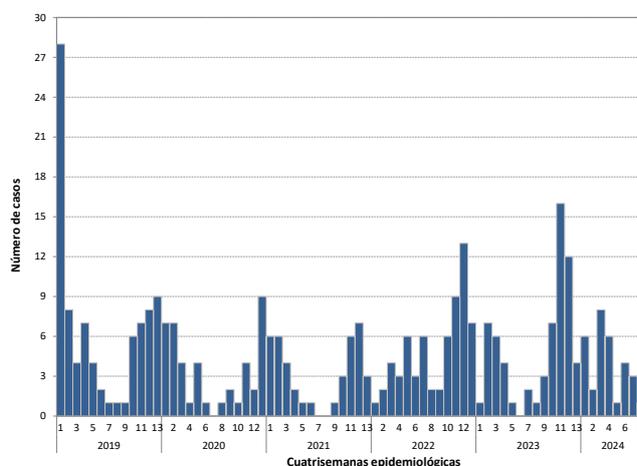
Desde la semana epidemiológica (SE) 1 de 2019 y hasta la SE 32 de 2024, se notificaron 8.895 casos de hantavirosis en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}) de Argentina, de los cuales 328 fueron confirmados, 121 fueron clasificados como probables, 639 como sospechosos, 26 como infecciones remotas y 7.781 fueron descartados por laboratorio.

A nivel nacional, se observa una continuidad de casos a lo largo de todo el año en el período considerado, con aumentos en las últimas y primeras SE de cada año, con picos máximos en las SE 1 y 2 del año 2019 (12 y ocho confirmados respectivamente) y en las SE 44 y 45 del año 2023, con seis casos confirmados cada una, que corresponden a los meses más cálidos del año. El año con más casos confirmados del período fue 2019 (86, en coincidencia con el brote de Epuyén).

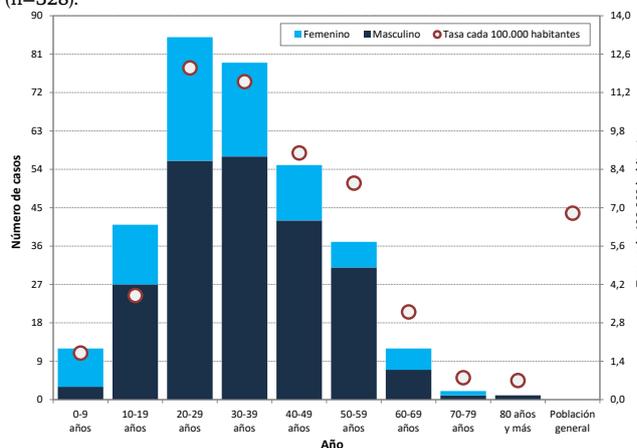
En cuanto a la distribución por sexo (de 324 casos), 69,4% corresponden a sexo masculino mientras que el 30,6% restante a sexo femenino.

La mediana de edad de los casos es de 32 años. El 78% de los casos (256) se concentra en los grupos etarios de 20 a 59 años. Dichos grupos presentan una incidencia acumulada superior a la registrada en la población general.

En relación a la distribución regional de los casos, el 44,8% (133 casos) se registró en la Región Noroeste Argentino (NOA), siendo las provincias de Salta y Jujuy las que concentran el mayor número de casos. Le sigue en número de casos la Región Centro con 40,1% (119 casos), siendo Buenos Aires la provincia con mayor número de casos en la región. El 15,2% restante de los confirmados se distribuye entre las regiones Sur, Noreste Argentino (NEA) y Cuyo.



Casos confirmados, según cuatrimestre epidemiológico. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2019 a 32 de 2024. Fuente: Área de Análisis de información e Investigación, Ministerio de Salud de Argentina. (n=328).

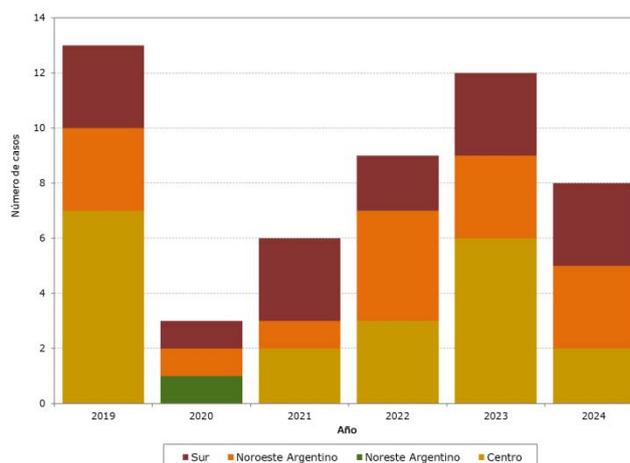


Casos confirmados y tasa de incidencia cada 100.000 habitantes, según sexo y grupo etario. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2019 a 32 de 2024. Fuente: Área de Análisis de información e Investigación, Ministerio de Salud de Argentina. (n=324).

Provincia/Región	2019		2020		2021		2022		2023	
	Confirm.	Notific.	Confirm.	Notific.	Confirm.	Notific.	Confirm.	Notific.	Confirm.	Notific.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	4	111	1	22	1	13	2	21	—	31
Buenos Aires	30	831	17	359	11	243	11	317	10	387
Córdoba	—	16	—	13	—	6	—	5	—	9
Entre Ríos	2	60	6	56	1	43	4	68	2	65
Santa Fe	4	453	1	443	3	255	5	307	4	424
Centro	40	1.471	25	893	16	560	22	718	16	916
Mendoza	—	3	—	2	—	—	—	—	—	1
San Juan	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
San Luis	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3
Cuyo	—	5	—	2	—	—	—	—	1	4
Corrientes	1	82	—	20	—	7	—	5	—	11
Chaco	—	7	—	2	—	2	—	1	—	1
Formosa	—	8	1	2	—	1	—	2	—	—
Misiones	1	17	—	4	—	2	—	3	—	1
Noreste Argentino	2	114	1	28	—	12	—	11	—	13
Catamarca	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—
Jujuy	4	406	2	800	2	140	8	143	5	127
La Rioja	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—
Salta	20	151	10	104	17	201	26	271	33	265
Santiago del Estero	—	4	—	4	—	1	—	4	—	—
Tucumán	—	12	—	3	1	4	3	29	2	9
Noroeste Argentino	24	578	12	911	20	347	37	447	40	401
Chubut	17	49	3	10	1	6	4	8	1	5
La Pampa	—	1	—	1	—	1	—	4	1	9
Neuquén	—	35	1	13	1	8	1	7	3	18
Río Negro	3	25	1	3	1	3	—	4	2	8
Santa Cruz	—	8	—	3	—	—	—	—	—	1
Tierra del Fuego	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—
Sur	20	118	5	30	4	20	5	23	7	41
Total Argentina	86	2.286	43	1.864	40	939	64	1.199	64	1.375

Casos confirmados (Confirm.) y notificados (Notific.), según jurisdicción y año. Argentina. Años 2019 a 2023. Fuente: Área de Análisis de información e Investigación, Ministerio de Salud de Argentina.

Entre la SE 1 de 2019 y la SE 32 de 2024, se registraron 51 fallecidos distribuidos en todos los años, siendo 2019 el año con más fallecidos registrados, con 13, coincidente con el brote en la localidad de Epuýén. Respecto a su distribución por región durante el periodo 2019-2023, 18 pertenecen a la Región Centro, 12 a la Región NOA, 12 a la Región Sur y un caso fallecido en la Región NEA.



En los años 2019, 2021 y 2022 la letalidad se encontró alrededor de 15%, en 2020 fue solo de 7%. En el año 2023 la cantidad de fallecidos sobre el total de confirmados se encontró cerca de 19%, mientras que en 2024, hasta la SE 32, llega casi a 26%.

De los casos fallecidos, 61% (31 casos) correspondieron al sexo masculino y el 39% restante (20 casos) al femenino. El 65% del total (33 casos) corresponde a los grupos etarios de 20 a 44 años.

Las enfermedades causadas por hantavirus son zoonosis emergentes, transmitidas al ser humano a través de la inhalación de aerosoles provenientes de secreciones de ciertos roedores silvestres. Sin embargo, algunas variantes se han asociado a transmisión de persona a persona, solamente en Argentina y Chile.

En Argentina, el virus Andes fue el primero identificado, dando origen a la especie *Orthohantavirus andesense*, la cual agrupa una gran variedad de virus según la región geográfica. Los virus asociados a casos de síndrome cardiopulmonar por hantavirus (SPH) son: Andes, Lechiguanas, Buenos Aires (HU39694), Plata, Orán, Bermejo, Jujuitiba y también los virus Laguna Negra y Alto Paraguay.

En Argentina, se reconocen los siguientes reservorios: en el Norte, *Oligoryzomys chacoensis* para Orán, *Oligoryzomys occidentalis* para Bermejo y *Calomys callosus* y *Calomys fecundus* para Laguna Negra; en el Noreste a *Oligoryzomys nigripes* para el virus Jujuitiba, *Akodon montensis* para Jaborá, *Holochilus chacarius* para Alto Paraguay y *Oligoryzomys flavescens* para Lechiguanas; en el Centro, *Oligoryzomys flavescens* y *Oligoryzomys nigripes* para Lechiguanas, Buenos Aires y Plata y *Necromys lasiurus* para virus Maciel y *Akodon azarae* para Pergamino no asociados con enfermedad en humanos hasta el momento. En el

Sur, el principal reservorio para el virus Andes es *Oligoryzomys longicaudatus*, pero especies del género *Abrothrix* han sido reportadas como portadoras del virus (*Abrothrix hirta* y *Abrothrix olivaceous*).

En el país se han definido cuatro regiones endémicas, geográfica y ecológicamente diferentes para la enfermedad: Noroeste (Salta, Jujuy y Tucumán); Noreste (Misiones, Chaco y Formosa); Centro (Buenos Aires, Santa Fe y Entre Ríos), y Sur (Neuquén, Río Negro y Chubut). Debido a la amplia distribución y dinámica de los reservorios, y a la intervención humana en los hábitats silvestres, existen condiciones para la ocurrencia de la enfermedad en otras provincias del país.

El síndrome cardiopulmonar por hantavirus se caracteriza por una fase prodrómica de corta duración (4 a 6 días en promedio) en la que se presentan fiebre, mialgias, astenia, cefalea y en ocasiones, un cuadro gastroentérico con vómitos y diarrea. En los casos más graves, la enfermedad evoluciona rápidamente a una fase cardiopulmonar, en la que se presentan distrés respiratorio y alteraciones hemodinámicas graves. La tasa de letalidad varía entre 16% y 50% según la región del país, según se presenten en forma de conglomerados o brotes.



BRASIL

CONFIRMARON LA MUERTE DE UN HOMBRE
POR RABIA HUMANA EN PIAUÍ

30/08/2024

El 30 de agosto de 2024 se confirmó un caso humano de rabia en la zona rural del municipio de Piripiri, localidad ubicada a 166 km al norte de Teresina. Según la Secretaría Estatal de Salud de Piauí (SESAPI), no hay motivo para entrar en pánico, pero la población debe seguir algunas pautas importantes para que la enfermedad no se repita en el estado. Piauí registró por última vez la aparición de la enfermedad en 2013, en las ciudades de Pio IX y Parnaíba.

El caso, un hombre de 56 años de edad, falleció el 27 de agosto en el Instituto de Enfermedades Tropicales 'Natan Portella', en Teresina. Fue hospitalizado el 12 de agosto después de haber sido mordido por un mono tití el 15 de julio.

El paciente fue hospitalizado con encefalitis provocada por el virus rábico. Según la Coordinación de Epidemiología de la SESAPI, comenzó con síntomas como vómitos, sialorrea y desmayos, el 6 de agosto. Pero recién acudió al Hospital Regional Chagas Rodrigues, en Piripiri, el 12 de agosto, cuando fue trasladado a la capital.

Las muestras del paciente fueron recolectadas y enviadas al Laboratorio Central de Piauí, que envió el material al Instituto 'Dr. Louis Pasteur', en São Paulo, laboratorio de referencia para pruebas de rabia, de acuerdo con el protocolo establecido por el Ministerio de Salud.

En casos como este, la recomendación es que la víctima busque atención médica de inmediato. La rabia se transmite al ser humano a través de la saliva de animales infectados, principalmente a través de mordeduras, y también puede transmitirse por arañazos y/o lamidas de estos animales. Por tanto, es importante evitar cualquier contacto con animales salvajes.

En casos de accidentes con estos animales y también con perros y gatos se debe buscar asistencia médica lo antes posible. En cuanto a la herida, se debe lavar abundantemente con agua y jabón lo antes posible y aplicar un producto antiséptico.

El régimen de profilaxis contra la rabia humana debe ser prescrito por un médico o enfermero, quien evaluará el caso y recomendará la aplicación de una vacuna y/o suero. En casos de agresión por parte de perros y gatos, cuando sea posible, observar al animal durante 10 días para ver si manifiesta la enfermedad o muere.

“Debemos observar el comportamiento de estos animales. Si se identifica uno muerto cerca del hogar, se debe llamar a los servicios de salud, como zoonosis y vigilancia ambiental, para recogerlos y tomarles muestras”, explicó Meirilane Veloso, gerente de Vigilancia de la Salud de la SESAPI.

En relación a los animales domésticos, la SESAPI reforzó que la vacunación es la única forma de evitar la enfermedad. La vacunación anual de perros y gatos es eficaz para prevenir la ra-

bia en estos animales, lo que en consecuencia también previene la rabia humana. Es recomendable no acercarse a perros y gatos sin dueño, no moverlos ni tocarlos cuando se están alimentando, durmiendo o cuando están con crías. Nunca deben tocarse murciélagos u otros animales salvajes, especialmente cuando están tirados en el suelo o se encuentran en situaciones inusuales.

"Esta vacuna ayuda a proteger a los animales domésticos, perros y gatos, de la rabia animal. En relación a los animales salvajes, todavía no existe vacunación, por lo que es importante mantener la distancia y no criar a estos animales en un ambiente doméstico", reforzó Veloso.

La rabia es una enfermedad infecciosa viral aguda grave que afecta a los mamíferos, incluidos los humanos, y se caracteriza por ser una encefalitis progresiva y aguda con una tasa de letalidad de aproximadamente 100%. Es causada por virus del género *Lyssavirus*, de la familia *Rabhdoviridae*.

"La población no debe alarmarse por este caso de Piripiri, pero sí debe tomar todas las precauciones necesarias para que esta enfermedad no se repita en nuestro territorio. Por eso, solicitamos la colaboración de los piauienses en la adopción de cuidados", concluyó la funcionaria.

La Superintendencia Regional de Salud (SRS) de Montes Claros, en el estado de Minas Gerais, confirmó dos casos de fiebre manchada brasileña el 29 de agosto de 2024. Otros casos, considerados sospechosos, están siendo investigados.

Uno de los casos confirmados en la ciudad más grande del norte de Minas Gerais es el de un hombre de 60 años que trabaja en el área rural. El segundo es otro hombre, que vive en el casco urbano.

Los datos del Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SINAN) publicados por el SRS indican que, en 2023, de los 39 casos sospechosos notificados, 37 se registraron en Montes Claros y dos en Monte Azul. En tanto, en 2024 se notificaron 22 casos sospechosos, 16 en Montes Claros, tres en Claro dos Poções, dos en Engenheiro Navarro y uno en Francisco Dumont.

Debido a la situación, el Centro de Información Estratégica en Vigilancia de la Salud (CIEVS) Regional de Montes Claros reforzó con las autoridades sanitarias la necesidad de intensificar las acciones de vigilancia de la enfermedad.

"La época del año es propicia para la proliferación de garrapatas, que son los vectores de la enfermedad. Por ello, los servicios de atención primaria de la salud de todos los municipios deben estar atentos a la hora de atender a pacientes sospechosos de haber contraído fiebre manchada. Esto se debe a que puede confundirse con arbovirosis (fiebre zika, dengue y fiebre chikungunya) y en un corto período de tiempo puede evolucionar a una situación sanitaria grave", advirtió la referente técnico del CIEVS Regional, Danielly Ribeiro.

"La notificación de todo caso sospechoso de fiebre manchada es obligatoria por parte de todos los servicios de salud. Además, la recolección de muestras para análisis de laboratorio y la correcta atención clínica son un factor clave para evitar que las personas desarrollen situaciones de salud graves, con riesgo de muerte", añadió la coordinadora del CIEVS Regional de Montes Claros, Agna Soares da Silva Menezes.

El Departamento de Salud de Minnesota (MDH) instó a las familias a asegurarse de estar al día con la vacuna triple viral –contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola– mientras un brote de sarampión continúa afectando a los niños no vacunados en el Área Metropolitana de Minneapolis-Saint Paul.

El sarampión es una enfermedad eruptiva altamente contagiosa que se propaga fácilmente al toser, estornudar o incluso estar en la misma habitación que alguien que tiene sarampión. Se puede propagar antes de que alguien presente síntomas. El virus puede permanecer en el aire hasta dos horas después de que una persona infectada abandone un área. El sarampión puede causar una enfermedad grave que lleve a la hospitalización e incluso a la muerte.

Desde mayo, se han notificado 30 casos de sarampión en Minnesota como parte de este brote. Los primeros casos se notificaron en mayo y junio, pero el brote comenzó a extenderse a fines de julio. Los casos han abarcado edades de entre 7 meses y 10 años, con un caso en un adulto, y aproximadamente uno de cada tres casos requirió hospitalización. Hasta ahora, el brote está afectando principalmente a niños no vacunados en la comunidad somalí de Minnesota. Sin embargo, cualquier persona que no esté vacunada corre el riesgo de contraer la enfermedad.

“El sarampión está circulando actualmente y las infecciones pueden ser graves”, dijo la Dra. Ruth Lynfield, epidemióloga estatal y directora médica del MDH. “Insto a todos los padres a asegurarse de que sus hijos estén vacunados porque sabemos que la vacunación ofrece la mejor protección”.

Después de más de 50 años de uso, se ha demostrado que la vacuna triple viral es segura y funciona para prevenir el sarampión. Las recomendaciones generales para la vacuna son que los niños reciban dos dosis, una entre los 12 y 15 meses de edad y otra entre los 4 y 6 años de edad, aunque se puede administrar una segunda dosis antes.

“Si bien los padres no pueden proteger a sus hijos de todos los riesgos que conlleva la infancia, sí pueden proteger a sus hijos del sarampión. La vacuna triple viral es sumamente eficaz para proteger a los niños, las familias y a toda la comunidad”, afirmó el Dr. Abdul Abdi, pediatra de Children's Minnesota. “Algunas familias parecen estar preocupadas por la posibilidad de que la vacuna esté relacionada de alguna manera con el autismo, pero eso es un mito. Lamentablemente, las tasas de vacunación contra el sarampión han disminuido significativamente en nuestra comunidad somalí durante los últimos 10 a 15 años, pero el número de casos de autismo no ha disminuido. Esto demuestra claramente que no existe un vínculo entre la vacuna triple viral y el autismo”.

Existen otras razones importantes para vacunarse, además de prevenir la enfermedad. Las personas no vacunadas que han estado expuestas al sarampión deben quedarse en casa y lejos de otras personas durante 21 días. Esto significa faltar a la escuela, a eventos sociales y familiares, a eventos y reuniones religiosas, al trabajo, a vacaciones y más.

Además del inicio de clases, hay algunos eventos próximos en el Área Metropolitana de Minneapolis-Saint Paul que podrían reunir a un gran número de personas, como la [Convención](#)

Anual de la Asociación Islámica de América del Norte el 1 de septiembre y la Convención Musulmana Anual de Minnesota el 14 de septiembre. Los funcionarios de salud instaron a los asistentes a estos y otros grandes eventos a que se vacunen y se queden en casa si no están vacunados y han estado expuestos al sarampión.

“Esperamos que la convención sea maravillosa el 1 de septiembre y queremos que la salud y la seguridad de todos los asistentes y de nuestra comunidad en general sean una prioridad máxima. Pedimos a las personas que controlen su estado de vacunación antes de asistir y que se aseguren de que los niños reciban la vacuna triple viral cuando se les recomiende”, dijo Sheikh Yusuf Abdulle, director ejecutivo de la Asociación Islámica de Norteamérica (IANA).

El MDH recomienda a los padres o tutores que revisen los registros de vacunación de sus hijos para revisar qué vacunas pueden necesitar. La mayoría de las personas nacidas antes de 1957 han tenido sarampión y se consideran inmunes.

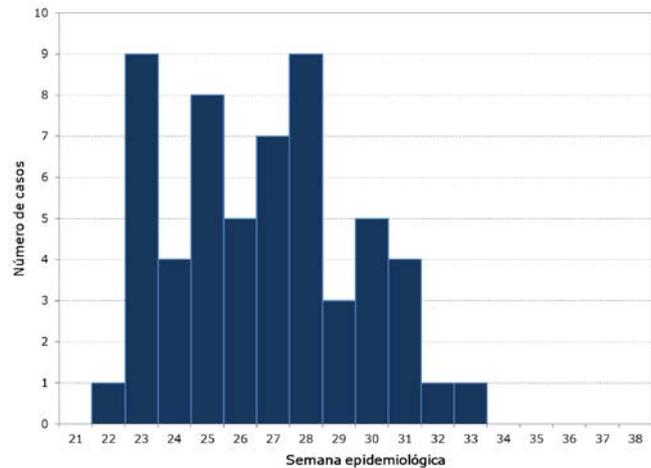
Los niños pueden vacunarse en su clínica habitual. El programa Vacunas para niños de Minnesota (MnVFC) ofrece vacunas gratuitas o de bajo costo para niños de Minnesota que no tienen seguro médico, que están inscritos en un programa de atención médica de Minnesota como Medical Assistance o MinnesotaCare, o que son indígenas estadounidenses o nativos de Alaska. Más de 750 proveedores de atención médica en Minnesota están inscritos en MnVFC y aproximadamente la mitad de los niños de Minnesota son elegibles.

Los niños que no cuentan con un seguro médico que cubra las vacunas también pueden vacunarse a través de los departamentos de salud pública locales.



Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), funcionarios de salud pública y reguladores de varios estados y el Servicio de Inspección y Seguridad Alimentaria del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA-FSIS) están recopilando [diferentes tipos de datos](#) para investigar un brote multiestatal de infecciones por *Listeria monocytogenes*.

Los datos epidemiológicos, de laboratorio y de rastreo indican que las carnes feteadas en los mostradores de delicatessen, incluido el liverwurst de la marca Boar's Head, están contaminadas con *L. monocytogenes* y están enfermando a las personas.



Casos notificados de listeriosis. Estados Unidos. Año 2024, semanas epidemiológicas 21 a 38. Fuente: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos. (n=57).

Hasta el 28 de agosto de 2024, se ha reportado un total de 57 personas infectadas con la cepa del brote de listeriosis en 18 estados: New York (17 casos), Maryland (8), New Jersey (5), Virginia (4), Florida (3), Massachusetts (3), Missouri (3), Georgia (2), Pennsylvania (2), South Carolina (2), Arizona (1), Illinois (1), Indiana (1), Minnesota (1), New México (1), North Carolina (1), Tennessee (1) y Wisconsin (1).

Se recogieron muestras de personas enfermas entre el 29 de mayo de 2024 y el 16 de agosto de 2024. De 43 personas con información disponible, todas fueron hospitalizadas. Una persona enfermó durante el embarazo y permaneció embarazada después de recuperarse. Se han reportado nueve muertes, en South Carolina (2), Florida (1), Illinois (1), New Jersey (1), New México (1), New York (1), Tennessee (1) y Virginia (1).

Es probable que la cantidad real de casos en este brote sea mayor que la informada, y es posible que el brote no se limite a los estados que han notificado casos. Esto se debe a que algunas personas se recuperan sin atención médica y no se les realizan pruebas de detección de *Listeria*. Además, es posible que aún no se hayan informado los casos recientes, ya que generalmente se necesitan de [tres a cuatro semanas](#) para determinar si un caso forma parte de un brote.

La información disponible sobre las personas afectadas en este brote es la siguiente:

- Edad (de 57 casos): rango de 32-95 años; media de 77 años.
- Sexo (de 57 casos): 51% mujeres, 49% hombres.
- Raza (de 52 casos): 75% blancos; 17% afroamericanos/negros; 4% asiáticos; 4% otra.
- Etnia (de 36 casos): 94% no hispanos, 6% hispanos.

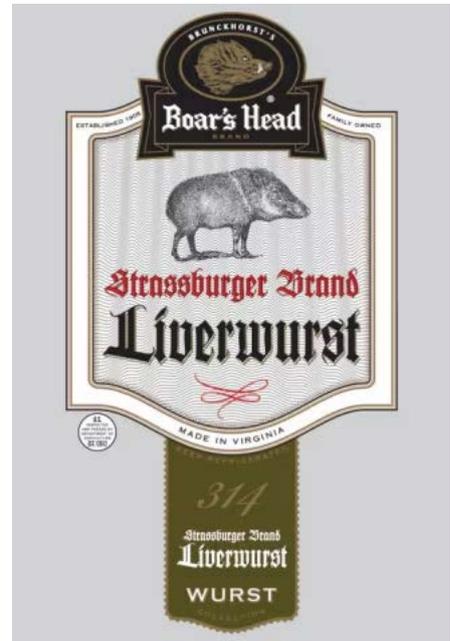
Los funcionarios de salud pública estatales y locales están entrevistando a las personas sobre los alimentos que consumieron durante el mes anterior a enfermarse. Las personas informan haber consumido una variedad de carnes cortadas en fetas en los mostradores de tiendas de delicatessen. De las 44 personas que pudieron ser entrevistadas, 41 (93%) informaron haber

consumido carnes de tiendas de delicatessen. De estas 41 personas, 39 (95%) informaron haber consumido carnes en fetas de tiendas de delicatessen. De las mismas 41 personas entrevistadas sobre el producto consumido, 25 (61%) respondieron haber comido liverwurst cortado en fetas en una tienda de delicatessen antes de enfermar, y 19 informaron haber consumido la marca Boar's Head. Estos productos fueron cortados en fetas en una variedad de tiendas de delicatessen de supermercados y tiendas de comestibles.

El Departamento de Salud de Maryland y el Departamento de Salud de la Ciudad de Baltimore recogieron liverwurst de la marca Boar's Head sin abrir de una tienda minorista e identificaron *L. monocytogenes*. Además, el Laboratorio de Alimentos del Estado de New York identificó *L. monocytogenes* de una muestra previamente recolectada de liverwurst de Boar's Head sin abrir recolectados por la División de Seguridad e Inspección de Alimentos del Departamento de Agricultura y Mercados del Estado de New York en tiendas minoristas. La secuenciación del genoma completo determinó que ambas son la misma cepa que enfermó a las personas en este brote.

El USDA-FSIS realizó un rastreo de los embutidos comprados por personas enfermas en este brote para identificar productores de interés para una mayor investigación.

Los CDC recomiendan no consumir fiambres de los retirados del mercado. Las personas embarazadas, mayores de 65 años o con un sistema inmunológico debilitado deben evitar consumir fiambres, o deben cocinarlos antes del consumo.



Boar's Head retiro del mercado 3.170 toneladas de carnes frías el 30 de julio, ampliando un retiro inicial realizado el 25 de julio, después que una muestra de liverwurst recogida por autoridades de salud en Maryland diera positivo para *Listeria monocytogenes*.

En el retiro se incluyen más de 70 productos, como paté de hígado, jamón, salami de ternera y salchichas ahumadas, elaborados en la planta de la empresa en Jarratt, Virginia.

Boar's Head ya enfrenta dos demandas por el brote, una en un tribunal de Missouri y la otra, una demanda colectiva en un tribunal federal de New York.

La carne fue distribuida en tiendas de todo el país, así como en Cayman Islands, República Dominicana, México y Panamá.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades calculan que, cada año, 1.600 personas resultan intoxicadas con alimentos contaminados con *L. monocytogenes*, y cerca de 260 de esas personas mueren.

Los síntomas más comunes incluyen fiebre, dolores musculares y fatiga, aunque las infecciones también pueden provocar confusión y convulsiones. Los síntomas podrían no aparecer durante semanas después de consumir los alimentos contaminados.

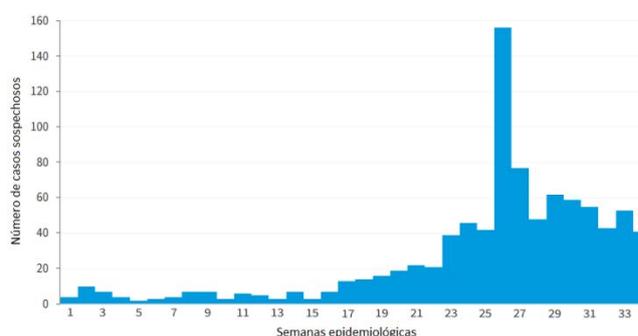


AFGANISTÁN

SUMAN 908 LOS CASOS SOSPECHOSOS DE FIEBRE HEMORRÁGICA DE CRIMEA-CONGO EN 2024

30/08/2024

En 2024, en Afganistán el número de casos sospechosos de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo muestra una tendencia gradualmente creciente desde la semana epidemiológica (SE) 16, alcanzando su pico alrededor de la SE 26; posteriormente se observa una disminución en las últimas semanas seguida de una estabilización en un nivel relativamente alto durante las últimas cinco semanas.



Casos sospechosos de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo. Afganistán. Año 2024, hasta semana epidemiológica 34. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

En la SE 34, se notificaron 41 nuevos casos sospechosos, con tres muertes asociadas, lo que muestra una disminución de 22,6% en comparación con la SE anterior.

Las tres nuevas muertes se notificaron en Kabul (2) y Kapisa (1); todas las muertes fueron varones mayores de cinco años.

Desde principios de 2024, se notificó un total de 908 casos sospechosos, con 76 muertes asociadas (tasa de letalidad de 8,4%). Del total de casos, 907 (99,9%) eran mayores de cinco años, mientras que 266 (29,3%) eran mujeres.

La mayoría de las muertes notificadas tenían más de cinco años (75 muertes; 98,7%), mientras que 17 (22,4%) eran mujeres. Se notificaron muertes en siete provincias: Kabul (45 muertes), Balkh (14), Herat (6), Kunduz (4), Kapisa (3), Baghlan (2) y Nangarhar (2).

Desde principios de 2024, se han analizado un total de 603 muestras de casos sospechosos, de las cuales 237 dieron positivo (tasa de positividad de 39,3%) en 12 provincias.

Los casos positivos se notificaron en Kabul (160 casos), Balkh (23), Kunduz (20), Herat (11), Kapisa (9), Takhar (3), Baghlan (3), Nangarhar (3), Badakhshan (2), Helmand (1), Paktika (1) y Kandahar (1).

La incidencia acumulada más alta de sospecha de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo cada 100.000 habitantes en 2024 se registró en Balkh (8,3), Kabul (5,8), Kapisa (5,2) y Jawzjan (4,0).

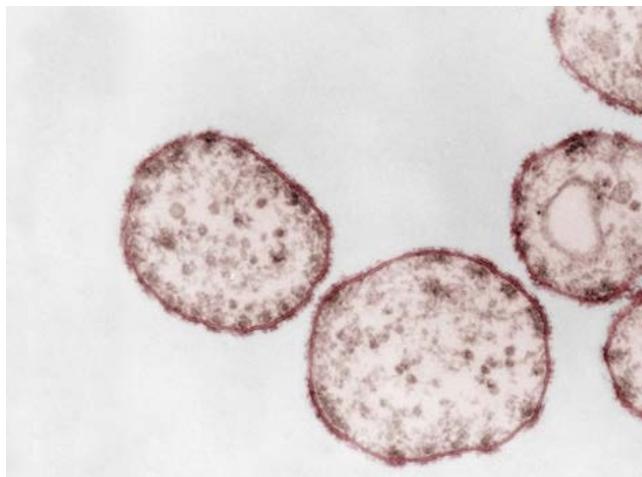


Hasta fines de agosto, el Instituto Robert Koch (RKI) fue notificado de 435 casos de sarampión en Alemania, una cifra seis veces superior a la registrada en todo el año 2023 (79 casos). El sarampión es causado por el virus del sarampión y es muy contagioso. Puede provocar complicaciones graves y los niños en el primer y segundo año de vida son especialmente vulnerables.

La medida preventiva más eficaz para protegerse contra el sarampión es la inmunización activa contra esta enfermedad. El Comité

Permanente de Vacunación (STIKO) recomienda la vacunación contra el sarampión. La vacunación estándar para niños consiste en dos dosis de vacuna. Para los adultos nacidos después de 1970, se recomienda una sola dosis si no fueron vacunados contra el sarampión en la infancia o solo una vez, o si se desconoce su estado de vacunación.

Desde que en 2001 se introdujo en Alemania la obligación de notificar los casos de sarampión, el número de casos de sarampión notificados al RKI ha disminuido. Esto se debe a que la vacunación está disponible desde hace más de 50 años y a que las tasas de vacunación han aumentado de forma constante. No obstante, el número de casos en 2024 ya supera con creces el objetivo del Plan Nacional de Vacunación de menos de 1 caso cada millón de habitantes al año.



El 20 de agosto de 2024, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) del Reino de Camboya notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un caso humano de infección por influenza A(H5N1) en una joven de 15 años sin afecciones médicas subyacentes, de la provincia de Prey Veng. El caso presentó fiebre el 11 de agosto. El 17 de agosto, fue hospitalizado en Phnom Penh en un centro centinela de infecciones respiratorias agudas graves (IRAG). Al ingresar, la paciente presentó fiebre, tos, dolor de garganta y dificultad para respirar, y el mismo día se inició el tratamiento con oseltamivir. Se recogieron muestras de hisopado nasofaríngeo y orofaríngeo el 17 de agosto, y la paciente falleció el 20 de agosto.

Las muestras de hisopado recogidas el 17 de agosto llegaron al Instituto Nacional de Salud Pública de Camboya el 19 de agosto y dieron positivo para la influenza A(H5N1) mediante la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa cuantitativa (RT-qPCR) el 20 de agosto. Los resultados fueron confirmados por el Instituto 'Dr. Louis Pasteur' de Camboya (IPC) el mismo día. La muestra se secuenció con éxito y el análisis filogenético del gen de la hemaglutinina (HA) mostró que el virus pertenece al clado H5 2.3.2.1c, similar a los virus que circulan en Camboya y el Sudeste Asiático desde 2013-2014. Sin embargo, sus genes internos pertenecen a virus del clado H5 2.3.4.4b. Este nuevo virus de influenza A(H5N1) reorganizado se ha detectado en casos humanos notificados en Camboya desde fines de 2023.

Según las primeras investigaciones, unos cinco días antes de que la paciente comenzara con síntomas, se informó la presencia de aves de corral muertas en el pueblo. La familia de la paciente recibió algunos de estos pollos para su consumo y la joven estuvo expuesta a ellos mientras preparaba la comida.

El Departamento de Control de Enfermedades Transmisibles (CDC) de Camboya, el Ministerio de Salud y el Equipo de Respuesta Rápida local llevaron a cabo más investigaciones. Se identificaron seis contactos cercanos, a los que se les suministró oseltamivir. Todos los contactos cercanos están siendo monitoreados y son asintomáticos. Se están llevando a cabo más investigaciones y se están implementando medidas de respuesta para la salud pública y animal y el ambiente. Los resultados de las pruebas de muestras tomadas de pollos y patos de la aldea están pendientes.

La influenza aviar A(H5N1) se detectó por primera vez en Camboya en diciembre de 2003, afectando inicialmente a aves silvestres. Desde entonces y hasta 2014, se notificaron casos humanos esporádicos debido a la transmisión de aves de corral a humanos, ya sea directa o indirectamente a través de entornos contaminados. Entre 2014 y 2022, no hubo informes de infección humana por virus A(H5N1). Sin embargo, en febrero de 2023 se notificó la reaparición de estas infecciones en Camboya; ese año se notificaron seis casos. Este caso es uno de los 10 casos humanos de infección por influenza A(H5N1) notificados en Camboya en 2024. Dos de los 10 casos fueron mortales y nueve afectaron a personas menores de 18 años. Desde 2003 hasta la actualidad, se han notificado en el país 72 casos de infección humana por influenza A(H5N1), incluidas 43 muertes (tasa de letalidad de 59,7%).

Respuesta de salud pública

Los equipos de respuesta rápida nacionales y subnacionales del Ministerio de Salud se han desplegado para realizar más investigaciones y responder a este brote de influenza aviar. Se están implementando medidas de respuesta en coordinación con las autoridades locales, el Ministerio de Medio Ambiente y el Ministerio de Agricultura, Silvicultura y Pesca.

- Se están realizando investigaciones para identificar la presencia de la enfermedad en animales y las fuentes de transmisión, detectar casos sospechosos en animales y humanos y prevenir la transmisión comunitaria.
- Se están vigilando los contactos cercanos y se les proporciona tratamiento con oseltamivir como profilaxis.
- Se están realizando campañas de educación sanitaria en las aldeas afectadas.
- Se están aplicando medidas de erradicación, incluido el sacrificio de aves de corral, la eliminación segura de cadáveres y materiales potencialmente contaminados, y la limpieza y desinfección.

La OMS ha brindado asistencia técnica para la investigación y la respuesta, incluidas las iniciativas para aumentar la conciencia pública y la adopción de conductas preventivas, y aumentar la sospecha clínica de influenza aviar entre los proveedores de atención médica para apoyar la detección temprana y fortalecer la gestión clínica de los casos. La OMS sigue colaborando con sus asociados para garantizar acciones coordinadas para una respuesta de Una Salud.

Evaluación de riesgos de la OMS

Los datos epidemiológicos y virológicos disponibles indican que los virus A(H5N1) no han adquirido la capacidad de transmitirse de forma sostenida entre seres humanos. Por lo tanto, actualmente la probabilidad de que se produzca una propagación sostenida entre seres humanos es baja. Dado que el virus sigue circulando entre las aves de corral, en particular en las zonas rurales de Camboya, cabe esperar que se produzcan nuevos casos humanos esporádicos.

En la actualidad, según la información disponible, la OMS considera que el riesgo general que representa este virus para la salud pública es bajo. La evaluación del riesgo se revisará según sea necesario si se dispone de información adicional.

Un análisis minucioso de la situación epidemiológica, una caracterización más detallada de los virus de la influenza A(H5N1) más recientes tanto en las poblaciones humanas como en las aves de corral y las investigaciones serológicas son fundamentales para evaluar los riesgos asociados a la salud pública y ajustar rápidamente las medidas de gestión de riesgos.

Las vacunas contra los virus de la influenza estacional no protegen a los seres humanos contra los virus de la influenza A(H5N1). En algunos países se han desarrollado vacunas candidatas para prevenir la infección por el virus de la influenza A(H5N1) en seres humanos con el fin de prepararse para una pandemia. La OMS sigue actualizando la [lista](#) de virus candidatos para la vacuna (CVV) contra la influenza zoonótica, que se seleccionan dos veces al año en la consulta de la OMS sobre la composición de la vacuna contra el virus de la influenza. La lista de dichos CVV está disponible en el sitio web de la OMS, en la referencia que figura a continuación. Además, la caracterización genética y antigénica de los virus de la influenza zoonótica contemporáneos se publica [aquí](#).

Consejos de la OMS

Este evento no cambia las recomendaciones de la OMS sobre las medidas de salud pública y la vigilancia de la influenza.

El público debe evitar el contacto con entornos de alto riesgo, como mercados o granjas de animales vivos y aves de corral vivas o superficies que puedan estar contaminadas con excrementos de aves de corral. Además, se recomienda mantener una buena higiene de manos mediante el lavado frecuente de las mismas con jabón o el uso de un desinfectante de manos a base de alcohol.

El público en general y las personas en riesgo deben informar de inmediato a las autoridades veterinarias sobre casos de enfermedad o muerte inesperada de animales. Se debe evitar manipular aves de corral enfermas o muertas inesperadamente, lo que incluye sacrificarlas, descuartizarlas y prepararlas para el consumo.

Cualquier persona expuesta a animales potencialmente infectados o entornos contaminados que presente síntomas debe buscar atención médica rápidamente e informar a su proveedor de atención médica sobre su posible exposición.

La OMS no recomienda realizar controles especiales a los viajeros en los puntos de ingreso ni imponer otras restricciones debido a la situación actual de los virus de la influenza en la interfaz entre humanos y animales.

Los Estados Partes en el Reglamento Sanitario Internacional (2005) deben notificar inmediatamente a la OMS cualquier caso confirmado en laboratorio de infección humana causada por un nuevo subtipo de virus de la influenza. No se requieren pruebas de la enfermedad para esta notificación.

Los virus de la influenza animal circulan normalmente entre los animales, pero también pueden infectar a los seres humanos. Las infecciones en los seres humanos se han adquirido principalmente a través del contacto directo con animales infectados o entornos contaminados. Según el huésped original, los virus de la influenza A pueden clasificarse como virus de la influenza aviar, de la influenza porcina u otros tipos de virus de la influenza animal.

Las infecciones por el virus de la influenza aviar en humanos pueden causar enfermedades que van desde una infección leve de las vías respiratorias superiores hasta una enfermedad grave y la muerte. Se han notificado casos de conjuntivitis, síntomas gastrointestinales, encefalitis y encefalopatía. También se han detectado varias infecciones por el virus A(H5N1) en personas asintomáticas que estuvieron expuestas a aves infectadas.

Para diagnosticar la infección humana por influenza aviar se requieren pruebas de laboratorio. La Organización Mundial de la Salud (OMS) actualiza periódicamente los protocolos de orientación técnica para la detección de la influenza zoonótica mediante métodos moleculares, por ejemplo, la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR). Hay evidencia que sugiere que algunos medicamentos antivirales, en particular los inhibidores de la neuraminidasa (oseltamivir, zanamivir), pueden reducir la duración de la replicación viral y mejorar las perspectivas de supervivencia en algunos casos.

Entre 2003 y el 20 de agosto de 2024, se ha notificado a la OMS un total de 903 casos humanos de infección por influenza aviar A(H5N1), incluidas 464 muertes (tasa de letalidad de 51,4%), procedentes de 24 países. Casi todos estos casos se han relacionado con el contacto estrecho con aves o mamíferos vivos o muertos infectados por el virus A(H5N1), o con entornos contaminados.

La Agencia Regional de Salud (ARS) de La Réunion, confirmó en las últimas semanas tres casos autóctonos de fiebre chikungunya en la isla.

El primer caso se notificó el 23 de agosto y dos más el 30 de agosto. Los tres casos fueron detectados en Saint-Gilles-les-Bains y no han sido hospitalizados.

El último caso autóctono detectado en La Reunión data de hace más de diez años.



Se recomendó a la población, y especialmente a los habitantes de St-Gilles-les-Bains, protegerse de las picaduras de mosquitos y consultar a un médico en caso de síntomas.

Como el nivel de riesgo epidémico no ha cambiado con estos nuevos resultados, la ARS de La Réunion continúa con las acciones de control antivectorial iniciadas el 23 de agosto en el distrito en cuestión, en colaboración con el municipio.

La última gran epidemia de fiebre chikungunya en La Réunion se produjo entre 2005 y 2006. El mosquito *Aedes albopictus*, vector del virus Chikungunya, está establecido en la isla.

El riesgo de contraer fiebre chikungunya para los residentes y los viajeros en La Réunion es actualmente bajo, ya que la actividad de los mosquitos es baja debido a las condiciones desfavorables (actualmente es invierno en la isla). Sin embargo, no se pueden descartar más casos.

La [campaña de vacunación contra la polio-mielitis](#) ya dio sus primeros resultados en el centro de la Franja de Gaza: 158.992 niños han recibido la primera dosis en los dos días que lleva en marcha la operación, según el Ministerio de Salud de la Franja.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), el Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en Cercano Oriente (UNRWA) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) tenían como objetivo vacunar a 157.000 niños en esa zona. Las organizaciones, a cargo de la campaña, han superado el objetivo en solo 48 horas.



En este contexto, el Ministerio de Salud de Gaza destacó la "gran participación de los ciudadanos", y la OMS recalcó en un vídeo desde uno de los puntos de vacunación en Deir al-Balah, en el centro de la Franja, el "gran entusiasmo entre la comunidad".

Las organizaciones planean seguir en el [centro de Gaza](#) hasta el 4 de septiembre, desplazarse al sur durante cuatro días y finalizar la campaña en el norte de la Franja. El Ministerio de Salud de Hamás, que gobierna Gaza desde 2007, estableció 67 centros de vacunación – principalmente hospitales, pequeños centros de salud y escuelas– en el centro de Gaza, 59 en el sur y 33 en el norte.

El plan contempla vacunar a 640.000 niños menores de 10 años para que la tasa de vacunación ascienda a 95%. Debido al inicio de la guerra, esta cayó a 89%.

El Ministerio de Salud detectó en agosto, en un bebé de 10 meses sin vacunar, el [primer caso de poliomielitis en Gaza en 25 años](#). Las autoridades achacan el rebrote a las condiciones de hacinamiento en las que vive la población. La escasez de agua, de productos de higiene y la convivencia con aguas residuales serían los principales detonantes de la enfermedad.

Como la vacuna consta de dos dosis, está previsto que la OMS, el UNRWA y el UNICEF suministren la segunda a fines de septiembre.

Por el momento, no se ha registrado ningún incidente y los gazatíes han podido acudir de forma segura a los puntos de suministro de vacunas a plena luz del día. Aunque las [pausas humanitarias](#) pactadas con Israel se están respetando en la zona, un nuevo bombardeo dejó al menos ocho muertos en un refugio de la Organización de Naciones Unidas (ONU) en el campo de refugiados de Jabalia, al norte de la Franja. El primer ministro israelí, Benjamin Netanyahu, insistió en que estas pausas no equivalían a ningún tipo de alto el fuego en la guerra entre Hamás y el ejército israelí en Gaza.

Alta concurrencia a pesar del temor a la violencia

Ghadir Hajji acudió a una clínica de la Franja de Gaza el 1 de septiembre con la esperanza de que sus cinco hijos estuvieran entre los primeros en vacunarse contra la poliomielitis.

"Es absolutamente necesario que se les vacune", declaró Ghadir Hajji, mientras la familia esperaba en la cola de vacunación en la clínica del campo de refugiados de Al-Zawayda. "Recibimos un mensaje de texto del Ministerio de Salud y vinimos enseguida", explicó.

Como ella, miles de gazatíes acudieron a vacunar a sus hijos a pesar de las preocupaciones por su seguridad personal y los rumores de que la vacuna no sería segura ni efectiva.



"En la clínica de Deir al-Balah, cerca de 2.000 niños fueron vacunados el 1 de septiembre", indicó Louise Wateridge, portavoz del UNRWA.

La agencia tiene equipos móviles que van de tienda en tienda para administrar dos gotas a cada niño, que constituyen la primera dosis de la vacuna contra la poliomielitis. antes de marcar con tinta uno de sus dedos para certificar su paso.

Las primeras dosis fueron administradas el 31 de agosto a un número no especificado de niños en Jan Yunis, en el sur, antes de la administración a gran escala del 1 de septiembre.

"Uno de los días más felices"

"Hay muchos drones sobrevolando el centro de la Franja de Gaza y esperábamos que esta campaña de vacunación para los niños fuese tranquila", declaró el 1 de septiembre Yasser Shaaban, director médico del Hospital Al-Awda.

Desde las 09:00 horas comenzó a recibir a familias impacientes por vacunar a sus hijos en los tres puntos que gestiona.

Para Louise Wateridge, que registró "miles de niños vacunados" y "varias colas que llegan hasta los aparcamientos" de los hospitales, es "uno de los días más felices en Gaza desde el inicio de la guerra. Pero ahora tememos lo que pasará después de la pausa humanitaria", declaró.

Basma al-Bach, una madre palestina que se desplazó para vacunar a sus hijos, contó el 1 de septiembre que estaba "muy feliz".

"Quiero proteger a mis hijos. Tenía miedo de que enfermaran y quedaran discapacitados", afirmó.

El 15 de agosto de 2024, las autoridades suecas notificaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un caso confirmado de infección por el clado Ib del virus de la mpx (MPXV) en un individuo de entre 30 y 40 años.

El 12 de agosto, el individuo viajó a Suecia desde un país afectado por un brote en la región africana con síntomas clínicos leves de mpx. El itinerario de viaje incluyó más de un tránsito y algunas escalas más largas. El 13 de agosto, el viajero buscó atención médica en Suecia y se recogieron muestras para confirmación de laboratorio y caracterización del virus. El 14 de agosto, se confirmó mpx mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR). El 15 de agosto, los hallazgos de la secuenciación del genoma completo por parte de la Agencia de Salud Pública de Suecia revelaron una infección por MPXV del clado Ib. El paciente se encuentra actualmente aislado y recibe atención en Suecia.

En Suecia, el paciente informó de un contacto cercano (un compañero de viaje) que está siendo monitoreado y está en contacto con las autoridades sanitarias del país. El contacto tenía dolor de garganta, pero dio negativo en la prueba de mpx el 16 de agosto.

Respuesta de salud pública

- Suecia ha mantenido su capacidad de análisis y secuenciación del MPXV. Suecia continúa monitoreando los informes de mpx y realizando análisis epidemiológicos y microbiológicos. La mpx está clasificada como una enfermedad de declaración obligatoria en Suecia, lo que obliga a notificar los casos a la Agencia de Salud Pública de Suecia.
- Suecia ha notificado a las autoridades de los países pertinentes por donde transitó el caso para facilitar la adopción de medidas de salud pública cuando corresponda.
- La Agencia de Salud Pública de Suecia emitió un [comunicado de prensa](#) el 15 de agosto.
- El 16 de agosto se celebró una sesión informativa conjunta de la OMS y el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) sobre mpx para los Estados miembros de la Región Europea de la OMS; se recordó a los Estados miembros las [Recomendaciones Permanentes](#) del Director General de la OMS sobre mpx (que se han [prorrogado hasta el 20 de agosto de 2025](#)) y las obligaciones de presentación de informes a través del Sistema Europeo de Vigilancia (TESSy) y los canales del Reglamento Sanitario Internacional.

Evaluación de riesgos de la OMS

Independientemente del área geográfica, el contexto epidemiológico, la identidad de género o el comportamiento sexual, el riesgo a nivel individual depende en gran medida de factores individuales como la exposición potencial y el estado de inmunidad.

Este caso representa el primer informe de mpx por el clado Ib fuera de la Región Africana. Se pueden esperar más casos esporádicos, ya sea entre viajeros de áreas o países endémicos o que aparezcan a través de transmisión comunitaria sin ningún vínculo de viaje. Las autoridades suecas evaluaron la posterior propagación de la enfermedad dentro de Suecia a partir de

este primer caso como muy baja debido a las medidas de salud pública adecuadas que se han implementado. Sin embargo, el historial de viajes de este caso aún está bajo investigación y el caso experimentó síntomas (y, por lo tanto, era probable que fuera infeccioso) durante un viaje internacional. Hasta la fecha, este parece ser un caso aislado para el cual se está monitoreando un contacto cercano.

Consejos de la OMS

El 21 de agosto de 2024, la OMS publicó la Prórroga por parte del Director General de las [Recomendaciones Permanentes para Mpox](#), tras la declaración de una emergencia de salud pública de importancia internacional por el recrudecimiento del mpox y de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

Además, la OMS emitió [recomendaciones temporales](#) a los Estados Partes que experimentan un repunte de la mpox, entre ellos, Burundi, Kenya, Rwanda y Uganda.

La OMS recomienda enfáticamente que los países sigan aplicando las Recomendaciones Permanentes del Director General de la OMS emitidas en agosto de 2023, en particular en lo relativo a la vigilancia epidemiológica de la mpox y el fortalecimiento de las capacidades de diagnóstico de laboratorio. Además, los países deben garantizar la capacidad de diagnóstico para detectar tanto los clados como los subclados del MPXV.

Debe realizarse una implementación sostenida de la comunicación de riesgos, la participación comunitaria y la gestión de la infodemia (RCCE-IM) adecuada a cada contexto, el mantenimiento o el inicio de la vacunación (cuando esté disponible) para las personas en riesgo de exposición, la gestión óptima de los casos, la adherencia a las medidas de prevención y control de infecciones, el fortalecimiento de la investigación para apreciar mejor los modos de transmisión en diferentes contextos y un apoyo sostenido para el desarrollo de métodos de diagnóstico rápido y tratamientos adaptados a las necesidades de los pacientes.

En los casos en que la circulación del virus sigue siendo baja, las autoridades sanitarias deben esforzarse por eliminar la transmisión de la mpox de persona a persona y garantizar que se mantenga la capacidad de respuesta a los brotes. Los centros de salud deben garantizar que los trabajadores sanitarios mantengan una vigilancia estricta para identificar y aislar rápidamente los casos sospechosos o confirmados de mpox.

Cualquier persona con un diagnóstico clínico o confirmado por laboratorio de mpox debe seguir las instrucciones de las autoridades sanitarias según el contexto local, incluido el aislamiento, ya sea en un centro de salud o en su domicilio (como se describe en la Guía de la OMS sobre gestión clínica y prevención y control de infecciones por viruela del mono: orientación provisional de respuesta rápida, 10 de junio de 2022), hasta que no presente ningún síntoma de mpox y las costras se hayan caído y se haya formado una nueva capa de piel debajo, lo que suele tardar entre dos y cuatro semanas.

Las personas con mpox deben evitar los viajes, incluidos los internacionales, hasta que finalice el período infeccioso, a menos que el viaje sea necesario para recibir atención médica urgente o por razones humanitarias. Se solicita a los contactos de un caso confirmado que se mantengan bajo vigilancia sanitaria y limiten sus movimientos, incluidos los viajes no esenciales (y, si corresponde, que se abstengan de mantener relaciones sexuales) durante 21 días, el período máximo de incubación y seguimiento de la aparición de posibles síntomas.

En términos de comunicación de riesgos y participación comunitaria, se alienta a los países a:

- Seguir colaborando estrechamente con las comunidades afectadas, incluidos los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y los trabajadores sexuales, para promover la adopción de medidas de protección.
- Proporcionar información a todos los viajeros, y en particular a los que se dirigen o proceden de países donde actualmente se están notificando casos de mpox, incluidos consejos de salud pública en los puntos de entrada; también proporcionar información a las poblaciones de la diáspora de los países afectados.
- Garantizar que todas las comunicaciones e intervenciones se realicen de manera libre de estigma, con mensajes respetuosos, inclusivos y que eviten reforzar estereotipos negativos o la discriminación.

La OMS [recomienda](#) la vacunación contra la mpox para las personas con mayor riesgo de contraer la enfermedad, teniendo en cuenta las recomendaciones del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización (SAGE) de la OMS.

En el caso de tratamientos antivirales específicos que actualmente se están evaluando para determinar su eficacia contra la mpox, como el tecovirimat, es posible acceder a ellos mediante una solicitud nacional a la OMS conforme al protocolo de Uso de Emergencia Monitoreado de Intervenciones No Registradas y en Investigación (MEURI) de la [OMS](#) o para uso compasivo, o mediante compra directa al fabricante.

Se recomienda a los Estados Partes que alienten a las autoridades, los trabajadores de la salud y de atención y los grupos comunitarios a proporcionar a los viajeros información pertinente para protegerse a sí mismos y a los demás antes, durante y después de viajar a eventos o reuniones en los que la mpox pueda presentar un riesgo.

La OMS no recomienda ninguna restricción a los viajes ni al comercio.

La mpox es una enfermedad infecciosa causada por el virus de la mpox (MPXV). Existen dos clados conocidos del virus: el clado I, anteriormente llamado clado de la cuenca del Congo, que incluye los subclados Ia y el recientemente identificado Ib; y el clado II, anteriormente llamado clado de África Occidental, que incluye los subclados IIa y IIb. Los subclados Ia y Ib se han definido en función de la aparición del subclado Ib en la provincia de Sud-Kivu de la República Democrática del Congo en 2023. Actualmente se considera que el subclado Ia abarca todas las demás cepas del clado I que no son Ib.

El MPXV se transmite entre humanos a través del contacto cercano con lesiones, fluidos corporales, partículas respiratorias infecciosas o materiales contaminados, o (en áreas endémicas) de animales a humanos a través del contacto con animales vivos o el consumo de carne de animales silvestres contaminada. El MPXV causa signos y síntomas que generalmente comienzan entre tres y siete días después de la exposición y pueden comenzar tan pronto como dos o, en raras ocasiones, hasta 21 días después. Los síntomas suelen durar entre dos y cuatro semanas, pero pueden durar más en personas con un sistema inmunológico debilitado. Normalmente, primero aparecen fiebre, dolores musculares y dolor de garganta, seguidos de erupción cutánea y lesiones en las mucosas. La linfadenopatía también es una característica típica de la mpox, presente en la mayoría de los casos. Se ha observado que la transmisión a través del contacto sexual conduce a la aparición, a veces, solo de lesiones genitales. Los niños, las mujeres embarazadas y las personas con sistemas inmunológicos débiles corren el riesgo de desarrollar complicaciones y morir por la mpox.

Es importante distinguir la mpox de la varicela, el sarampión, las infecciones bacterianas de la piel, la sarna, el herpes, la sífilis, otras infecciones de transmisión sexual y las alergias asociadas a medicamentos. Un niño o un adulto con sospecha de mpox puede tener varicela o incluso ambas infecciones a la vez. Por estos motivos, las pruebas de laboratorio son importantes para confirmar la mpox, en particular en los primeros casos de un brote o de una nueva zona geográfica.

La prueba diagnóstica principal para la infección por MPXV es la reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Las mejores muestras diagnósticas se toman directamente de la erupción (piel, líquido o costras) recolectadas mediante un hisopado vigoroso. En ausencia de lesiones cutáneas, la prueba se puede realizar en hisopados orofaríngeos, anales o rectales. Sin embargo, aunque un resultado positivo de una muestra orofaríngea, anal o rectal confirma la infección por el MPXV, un resultado negativo no es suficiente para descartar la infección por el MPXV. No se recomienda realizar pruebas de sangre ya que cualquier viremia suele ser breve. La serología no distingue entre diferentes ortopoxvirus y, por lo tanto, está restringida a los laboratorios de referencia donde se pueden aplicar métodos de detección de anticuerpos para la clasificación retrospectiva de casos o en estudios especiales.

El tratamiento se basa principalmente en el control de los síntomas clínicos, el cuidado de la piel, la reducción del dolor y la prevención y el control de las complicaciones. Cuando estén disponibles a través de estudios clínicos o programas de emergencia o de uso compasivo, también se pueden utilizar medicamentos antivirales específicos como el tecovirimat en el tratamiento de la mpox, en particular en casos graves o en personas con mayor riesgo de complicaciones.

En algunos países, actualmente se dispone de vacunas para prevenir la mpox. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el uso de las vacunas MVA-BN o LC16, o la vacuna ACAM2000 cuando las otras no están disponibles. La OMS recomienda la vacunación de las personas con alto riesgo de exposición.

El Ministerio de Salud y Atención Infantil de Zimbabwe declaró el fin del brote más reciente de cólera en el país. El anuncio se produce 28 días (cuatro semanas consecutivas) después de que se detectara el último caso confirmado, el 30 de junio de 2024, en el distrito de Beitridge.

El brote, que comenzó el 12 de febrero de 2023 en el distrito de Chegutu, afectó a 34.550 casos sospechosos, incluidos 4.221 casos confirmados y 719 muertes. De las 719 muertes, 88 fueron confirmadas positivas mediante cultivo y 631 se encontraban entre los casos sospechosos. Se registró una tasa de letalidad acumulada de 2,1%.

Durante el período del brote, se notificaron casos en 63 distritos de 10 provincias de todo el país; el mayor número de casos confirmados se registró en las provincias de Harare (10.356 casos; 30,0%), Manicaland (6.666 casos; 19,0%), Mashonaland Central (4.384 casos; 12,7%), Mashonaland West (3.773 casos; 10,9%) y Masvingo West (3.492 casos; 10,1%). Estas cinco provincias principales representan 83,0% (28.671 casos).

Los grupos más afectados fueron las comunidades resistentes a los mensajes de cambio de comportamiento frente al cólera (incluidos los grupos religiosos), los niños, las mujeres en edad fértil, los mineros artesanales y los agricultores en entornos rurales, con más de 14,0% de niños menores de cinco años. Los hombres y las mujeres se vieron afectados de manera desproporcionada.

En Zimbabwe, la epidemiología del cólera se vio influida por una serie de factores de riesgo, entre ellos la exposición a fuentes de agua contaminada, condiciones sanitarias e higiénicas deficientes, acceso restringido a los servicios de atención sanitaria y alta movilidad de la población. Además, el conocimiento inadecuado sobre la transmisión del cólera y las estrategias de prevención, junto con la resistencia religiosa a la vacunación, exacerbó la dinámica de transmisión de la enfermedad.

Acciones de salud pública

- El Ministerio de Salud activó su sistema de gestión de incidentes al inicio del brote, lo que permitió una respuesta coordinada y eficaz y aseguró un despliegue rápido y sólido de recursos. El ministerio convocó reuniones de coordinación dos veces por semana y garantizó la aplicación eficaz de las medidas de intervención contra el cólera.
- La Organización Mundial de la Salud (OMS) apoyó una revisión intraacción (IAR) que se llevó a cabo del 3 al 7 de junio de 2024. Durante la IAR sobre el cólera, 120 trabajadores de la salud y socios (Médicos Sin Fronteras, Cruz Roja, World Vision, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Africa Ahead y África-CDC) recibieron orientación sobre la prevención del acoso y el hostigamiento sexual.
- Durante este brote de cólera se llevaron a cabo campañas de vacunación oral contra la enfermedad, dirigidas específicamente a los distritos con el mayor número de casos notificados. La OMS respaldó la solicitud de los ministerios de Salud al Grupo Internacional de Coordinación y aprobó 213.586 dosis de vacuna oral contra el cólera para 22 distritos en cinco provincias.

- Se llevaron a cabo diálogos comunitarios (20) y reuniones de promoción (6) en los distritos de Mberengwa y Kwekwe en Midlands, en las que participaron 445 miembros de la comunidad, representantes, dirigentes, mineros artesanales, grupos interreligiosos y partes interesadas clave.
- El Ministerio de Salud, con el apoyo de la OMS, impulsó el tratamiento y la capacidad de seguimiento del cólera ampliando los centros de tratamiento del cólera y los puntos de rehidratación oral. Se llevaron a cabo capacitaciones para los trabajadores de la salud e implementaron la vigilancia basada en eventos a lo largo de las rutas migratorias.
- Se empleó la vigilancia activa para rastrear y monitorear los casos, los contactos y los puntos críticos. Además, se perforaron y repararon pozos de agua para mejorar el acceso al agua potable y reducir el riesgo de transmisión del cólera.
- Se recogieron muestras y se enviaron a laboratorios para su análisis, lo que confirmó los casos de cólera y orientó las iniciativas de respuesta para garantizar intervenciones específicas y eficaces.
- Se difundió información sobre la prevención del cólera a través de diversos canales (plataformas de radio comunitarias, redes sociales y materiales educativos) para llegar a una amplia audiencia e involucrar a los trabajadores de salud y voluntarios de la comunidad mediante una comunicación interpersonal intensificada para aprovechar a miembros de confianza de la comunidad en las iniciativas de respuesta.
- Se distribuyeron kits de artículos no alimentarios en las zonas afectadas para proporcionar artículos domésticos esenciales, promover la higiene y prevenir la transmisión del cólera.

Interpretación de la situación

La respuesta eficaz a este brote se logró mediante los esfuerzos colectivos del Ministerio de Salud, la OMS y otros socios implementadores. La vigilancia intensificada en todo el país seguirá fortaleciendo la preparación para los brotes de cólera.

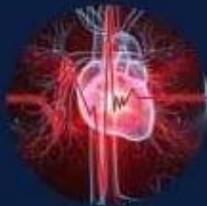
RESIDENCIA DE CARDIOLOGIA

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

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

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

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