



# Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente  
Córdoba - Argentina

[www.reporteepidemiologico.com](http://www.reporteepidemiologico.com)



## Número 1.510

8 de enero de 2015

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

### Comité Editorial

#### Editor Jefe

Ángel Mínguez

#### Editores Adjuntos

Ílide Selene De Lisa  
Enrique Fariás

#### Editores Asociados

Jorge S. Álvarez (Arg.)  
Hugues Aumaitre (Fra.)  
Jorge Benetucci (Arg.)  
Pablo Bonvehí (Arg.)  
María Belén Bouzas (Arg.)  
Isabel Cassetti (Arg.)  
Arnaldo Casiró (Arg.)  
Ana Ceballos (Arg.)  
Sergio Cimerman (Bra.)  
Milagros Ferreyra (Fra.)  
Salvador García Jiménez (Gua.)  
Ángela Gentile (Arg.)  
Ezequiel Klimovsky (Arg.)  
Gabriel Levy Hara (Arg.)  
Susana Lloveras (Arg.)  
Gustavo Lopardo (Arg.)  
Eduardo López (Arg.)  
Tomás Orduna (Arg.)  
Dominique Peyramond (Fra.)  
Daniel Pryluka (Arg.)  
Charlotte Russ (Arg.)  
Horacio Salomón (Arg.)  
Eduardo Savio (Uru.)  
Daniel Stecher (Arg.)

## Noticias

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

### Argentina

- Vigilancia de fiebre amarilla

### América

- América Central: Medidas combinadas ayudan a prevenir el VIH entre hombres

- Colombia, Bolívar: La vacuna contra el VPH no causó la enfermedad de 500 niñas en El Carmen de Bolívar

- Estados Unidos: Aumentan las muertes de ciclistas en el país

- Estados Unidos: Empeora la temporada de influenza

- Guatemala: Reportan más de 26.000 casos sospechosos de fiebre chikungunya

- Venezuela: Hubo 88.500 casos de malaria en 2014

### El mundo

- África Occidental: La epidemia de enfermedad por el virus del Ébola ha matado ya a 8.153 personas

- Arabia Saudí/Jordania: Nuevos casos de infección por el MERS-CoV

- China: La vacuna neonatal contra la hepatitis B reduce el riesgo de cáncer de hígado

- Egipto: La influenza aviar A(H5N1) causa la segunda muerte del año

- Gran Bretaña: La enfermera infectada por el virus del Ébola viajó en un vuelo regular

- Gran Bretaña: Los niños que tienen reptiles como mascotas están expuestos a infecciones graves por *Salmonella*

- Liberia: El difícil trance de parir

### Adhieren:

**SLAMVI**

Sociedad Latinoamericana  
de Medicina del Viajero

[www.slamviweb.org/](http://www.slamviweb.org/)

**CIRCULO  
MÉDICO DE  
CÓRDOBA**

[www.circulomedicocba.org/](http://www.circulomedicocba.org/)

**CMPC**  
Consejo de Médicos  
de la Provincia  
de Córdoba

[www.consejomedico.org.ar/](http://www.consejomedico.org.ar/)



Biblioteca de la Facultad  
de Ciencias Médicas  
Universidad Nacional de Córdoba

[www.biblioteca.fcm.unc.edu.ar/](http://www.biblioteca.fcm.unc.edu.ar/)

**S.A.D.I.**

[www.said.org.ar/](http://www.said.org.ar/)

**Comité Nacional de  
Infectología**

Sociedad Argentina de Pediatría  
[www.sap.org.ar/](http://www.sap.org.ar/)



[www.apinfectologia.org/](http://www.apinfectologia.org/)

**Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica**

[www.sadip.net/](http://www.sadip.net/)

**Asociación  
Parasitológica  
Argentina**

[www.apargentina.org.ar/](http://www.apargentina.org.ar/)

## Argentina



### Vigilancia de fiebre amarilla

30 de diciembre de 2014 – Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

**Tabla 1.** Casos estudiados, según clasificación, provincia y región. Argentina. Año 2014, hasta semana epidemiológica 45. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.<sup>1</sup>

Provincia/Región	Sospechosos	No conclusivos	Descartados	Total
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	—	—	—	—
Buenos Aires	4	2	3	9
Córdoba	3	1	5	9
Entre Ríos	—	—	6	6
Santa Fe	21	4	19	44
<b>Centro</b>	<b>28</b>	<b>7</b>	<b>33</b>	<b>68</b>
Mendoza	—	—	—	—
San Juan	—	—	—	—
San Luis	—	—	—	—
<b>Cuyo</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>—</b>
Corrientes	—	—	—	—
Chaco	3	—	5	8
Formosa	—	—	—	—
Misiones	—	—	—	—
<b>NEA</b>	<b>3</b>	<b>—</b>	<b>5</b>	<b>8</b>
Catamarca	—	—	—	—
Jujuy	9	3	4	16
La Rioja	—	—	—	—
Salta	—	—	2	2
Santiago del Estero	1	—	1	2
Tucumán	—	—	1	1
<b>NOA</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>21</b>
Chubut	—	—	—	—
La Pampa	—	—	—	—
Neuquén	—	—	—	—
Río Negro	—	—	—	—
Santa Cruz	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—
<b>Sur</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>—</b>
<b>Total Argentina</b>	<b>41</b>	<b>10</b>	<b>46</b>	<b>97</b>

## América

### América Central: Medidas combinadas ayudan a prevenir el VIH entre hombres

2 de enero de 2015 – Fuente: *BioMed Central Public Health*

La aplicación combinada de charlas de apoyo, pruebas tempranas de detección, consejería legal y tratamiento contra adicciones ha mostrado ser efectiva contra el VIH entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en Centroamérica.

Así lo reflejó una encuesta aplicada en 2012 a HSH en 10 ciudades de Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica y Panamá, que evaluó la exposición a los componentes de un Programa de Prevención Combinada.

Este programa es llevado a cabo desde 2010 por la Organización Panamericana de Mercadeo Social (PASMO) y Proyectos en Salud Integral (PSI), con fondos de la Agencia de Estados



<sup>1</sup> Estos casos fueron investigados en el marco de la vigilancia integrada de arbovirus. No se han notificado animales sospechosos investigados por laboratorio durante 2014.

Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), y provee a HSH de un paquete esencial de intervenciones y servicios de prevención que incluye tres elementos.

Incluye intervenciones de comportamiento –que consisten en charlas llevadas a cabo por funcionarios que informan sobre conductas de riesgo, por ejemplo–; servicios biomédicos –como test para detectar VIH y consejería–; y apoyo complementario bajo la forma de asesoramiento legal y recursos para combatir las situaciones de estigmatización y discriminación que sufren los HSH en estos países.

“No hay una única forma de hacer frente a los riesgos potenciales de contraer VIH, especialmente por la dificultad de escalar las intervenciones y cubrir a toda la población vulnerable. Lo que analizamos es la combinación de algunos de estos enfoques, en una estrategia regional que se enfoca en proveer intervenciones costo-efectivas y sostenibles”, explica Rebecca Firestone, autora principal del estudio.

Según la encuesta, casi un tercio de los encuestados reportaron haber estado expuestos a alguno de los componentes del programa de prevención combinada. Aunque la cobertura del programa tuvo variaciones en los distintos países, el componente de mayor exposición fue el de comportamiento.

La exposición a los componentes biomédicos y de comportamiento está más asociada con un uso consistente del condón y lubricante a base de agua, y también se halló evidencia de que la exposición al programa está vinculada a la aplicación de pruebas de detección de VIH, particularmente en relación con el componente de comportamiento. Para los autores, estas son luces de que una estrategia de prevención combinada está asociada con una disminución de riesgo de VIH entre HSH.

Alejandra Acuña, coordinadora del Consejo Nacional VIH/Sida de Costa Rica, explicó que la participación de instituciones no gubernamentales y centros de socialización es fundamental en la prevención del VIH. “En estos espacios hay menor riesgo de discriminación y el personal que atiende a los HSH está calificado para facilitar información y referir a centros médicos a quienes lo requieren”, agrega.

La última encuesta de opinión de USAID sobre Estigma y Discriminación asociados al VIH en Centroamérica indica que en 2013, casi la mitad de las respuestas muestran actitudes discriminatorias de baja tolerancia e inclusión hacia HSH, trabajadoras sexuales, personas trans y mujeres embarazadas.<sup>2</sup>



## **Colombia, Bolívar: La vacuna contra el VPH no causó la enfermedad de 500 niñas en El Carmen de Bolívar**

4 de enero de 2015 – Fuente: Instituto Nacional de Salud (Colombia)

La vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) no fue la causante de la extraña enfermedad que afecta a más de 500 niñas en el municipio El Carmen de Bolívar<sup>3</sup>, en el norte de Colombia, concluyó un informe de Instituto Nacional de Salud (INS).

El estudio epidemiológico analizó cada uno de los casos presentados en esta localidad entre mayo y noviembre, en total 629 historias clínicas y 517 pacientes con los mismos síntomas.

La conclusión es que ninguna de las afectadas por desmayos, debilidad en las extremidades y otros síntomas deben su dolencia a la vacuna.

En concreto, las menores no presentan alteraciones orgánicas ni síntomas neurológicos o de otro tipo, por lo que no padecen ninguna enfermedad física.

Sobre el estado de la vacuna, se comprobó que la totalidad de las dosis aplicadas en el municipio, de 98.500 habitantes, son del mismo fabricante y pertenecen al mismo lote, y que la cadena de frío no presentó alteraciones que pudieran afectar su composición.

Asimismo, los picos en los síntomas que sintieron las adolescentes no coinciden con el periodo de aplicación de las vacunas, sino que tienen una distribución plana en el tiempo.

Tampoco hay concordancia plena entre las niñas que recibieron la dosis y las que presentaron los síntomas: la mayor cantidad de niñas afectadas se encuentra entre los 11 y los 13 años de edad, mientras que la mayor cantidad de vacunas han sido aplicadas entre los 9 y los 11 años. Incluso algunos casos se presentaron en niñas que aún no habían recibido el biológico.

Por todos estos indicios, el INS descartó la relación de todos los síntomas con la vacuna contra el VPH.

Además, no se ha detectado en la sangre de las menores la presencia de intoxicación con plomo, por lo que la posibilidad de correlación de todos los casos también pierde fuerza.

Los investigadores también han comprobado que los síntomas no son fruto de intoxicaciones por alimentos, plaguicidas, sustancias psicoactivas o juegos con elementos sobrenaturales, tal y como sugirieron las afectadas.

En consecuencia, los casos pueden ser episodios de causa psicogénica, debidos al miedo de las menores por encontrarse enfermas, incrementados por el interés mediático sobre el suceso y la falta de una causa detectada.

La conclusión de efecto psicológico incide en una hipótesis ya planteada por el presidente de Colombia, Juan Manuel Santos Calderón, en agosto, cuando apuntó que todo podría deberse a una “sugestión colectiva”, algo que desató la ira de los familiares de las menores.

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

<sup>3</sup> Ver ‘Colombia, Bolívar: El misterio en torno a la enfermedad que afecta a unas 400 niñas en El Carmen de Bolívar’ en [Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 1.438](#), de fecha 15 de septiembre de 2014.

Este informe concluyente llega tras otras dos pruebas toxicológicas masivas realizadas, la primera el 15 de julio, donde se tomaron 99 muestras, y la segunda el 20 de agosto, cuando se recogieron casi 200 muestras, según especificaron fuentes del Ministerio de Salud.



## Estados Unidos: Aumentan las muertes de ciclistas en el país

2 de enero de 2015 – Fuente: Governors Highway Safety Association (Estados Unidos)

La cantidad de muertes de ciclistas en Estados Unidos está en aumento, sobre todo entre los adultos en las ciudades principales, según un estudio reciente.

Tras reducirse entre 1975 y 2010, la cantidad de ciclistas fallecidos anualmente aumentó 16% desde 2010 a 2012. Más de 700 ciclistas murieron en las carreteras estadounidenses en 2012.

El porcentaje de estas muertes que se producen en áreas urbanas con una densidad de población alta han aumentado desde 50% en 1975 hasta 69% en 2012.

“Hemos visto una tendencia gradual a lo largo del tiempo en la que un mayor número de adultos van en bicicleta en las ciudades, de modo que necesitamos que las ciudades encuentren el modo de que los ciclistas y los conductores compartan la carretera”, afirmó el autor del informe, Allan Williams, ex jefe científico del Instituto de Seguros para la Seguridad Vial.

Muchas de las muertes eran potencialmente prevenibles. En dos terceras partes de las muertes las personas no llevaban puesto el casco. En 2012 casi 30% de las muertes fueron de personas que tenían un nivel de alcohol en la sangre mayor del límite permitido para conducir, que es de 0,08%.

Uno de los grandes cambios en las muertes de ciclistas fue la edad promedio de las víctimas. En 48% de las muertes de ciclistas en 2012 se trataba de adultos. Esta cifra contrasta con solamente 21% en 1975, según el estudio. En general, los hombres adultos conformaron 74% de los ciclistas fallecidos en 2012.

En los estados con grandes poblaciones y muchas ciudades es donde se produjo la mayoría de las muertes de ciclistas. Entre 2010 y 2012, California, Florida, New York y Texas tuvieron casi la mitad de las víctimas ciclistas totales del país.

Parte de la explicación del aumento de muertes de ciclistas es que hay más personas que van en bicicleta al trabajo. Casi 300.000 personas más fueron en bicicleta al trabajo entre 2008 y 2012 que en 2000, según datos del Censo de Estados Unidos.

“Ha habido un movimiento nacional para hacer que las personas caminen o vayan en bicicleta porque tiene más beneficios para la salud y para el ambiente”, dijo Jacob Nelson, director de defensoría e investigación de la seguridad vial de la Asociación Automovilística Estadounidense (Automobile Association of America).

“Aunque es importante animar a que cada vez más personas caminen y vayan en bicicleta, necesitamos pensar sobre cómo manejamos una cantidad en aumento de usuarios vulnerables de las carreteras. Los legisladores que son defensores de que se camine y se vaya en bicicleta deben ser también defensores de la creación de entornos seguros para los ciclistas, y no estoy seguro de que eso siempre ocurra”, dijo Nelson.

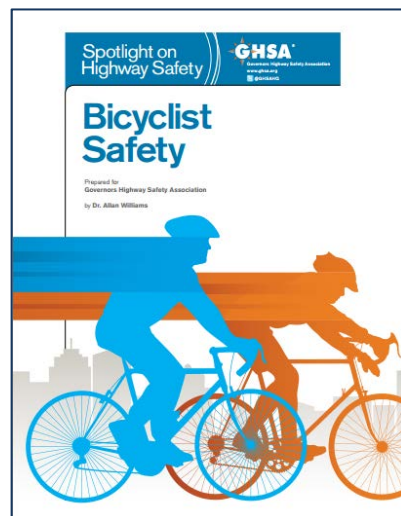
Algunas ciudades han elaborado más carriles para bicicleta y han cambiado los patrones del tráfico para acomodarse a la cantidad cada vez mayor de ciclistas en las carreteras. Estos métodos podrían crear una barrera entre los vehículos motorizados y los ciclistas, lo que haría que las carreteras fueran más seguras para los ciclistas.

Otro paso importante para reducir las víctimas ciclistas es el uso consistente del casco. “Llevar puesto correctamente un casco reduce significativamente las probabilidades de sufrir una lesión grave”, según Williams. Pero casi la mitad de los estadounidenses adultos nunca llevan un casco cuando van en bicicleta.

“Es lamentable que no haya leyes que obliguen a los adultos a llevar casco”, dijo Williams, que indicó que 21 estados tienen leyes que requieren que los menores usen el casco. “Lo mejor que podemos hacer es usar un método educativo informando a las personas que los cascos pueden protegerlas de lesiones traumáticas en la cabeza, y que en muchos accidentes fatales se producen lesiones en la cabeza”, señaló.

“Aproximadamente una cuarta parte de los accidentes se producen en la oscuridad, de modo que llevar ropa reflectante o poner una luz en la bicicleta puede ayudar a los conductores a ver a los ciclistas. Y, al igual que al conducir un vehículo de motor, no se debe beber alcohol antes de emprender un viaje en bicicleta”, recomendó Williams.

“Los ciclistas deben recordar que tienen que seguir las mismas normas que los vehículos de motor”, añadió.<sup>4</sup>



## Estados Unidos: Empeora la temporada de influenza

5 de enero de 2015 – Fuente: The Associated Press

La influenza se ha extendido a todos los estados del país, con excepción de siete, y los índices de hospitalización igualan a los de la funesta temporada de hace dos años. Aunque funcionarios de salud temen que éste será un año inusualmente malo, es demasiado pronto para saberlo.

<sup>4</sup> Puede consultar el informe completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).



Las cifras más recientes, proporcionadas el 5 de enero por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), muestran que la influenza está golpeando fuerte en la mayoría de los 43 estados donde la enfermedad se ha propagado. Pero aún no está descontrolada en estados muy poblados como California y New York.

El reporte corresponde a la semana de Navidad, y muestra que la temporada de influenza sigue un patrón similar al de hace dos años, cuando su actividad llegó al clímax antes de mediados de enero. "Quizá eso ocurrirá este invierno también", dijo el Dr. Michael Jung, director de los CDC.

Aún no está claro cuán grave será esta temporada de influenza, pero los expertos están preocupados porque la cepa que está afectando a la mayoría de la gente no está incluida en

la vacuna de este año. Aún faltan semanas para contar con datos preliminares sobre qué tan bien está funcionando la vacuna. Entre las enfermedades infecciosas, la influenza es considerada una de las principales causas de muerte en la nación, con cerca de 24.000 decesos al año en promedio.

La cepa dificulta más el pronóstico. La actual temporada golpeó fuerte en diciembre, antes de lo normal. Pero las dos temporadas previas de influenza también golpearon con anticipación. Hasta ahora, los índices de hospitalización por influenza son similares a los de la dura temporada de hace dos años, la cual fue dominada por un virus similar. En especial este año, funcionarios de salud están instando a los médicos a tratar rápidamente a los pacientes con medicamentos antivirales.

La influenza ya se ha convertido en epidemia, pero eso no es nada fuera de lo común. "Podemos decir que tenemos una epidemia de influenza cada año", dijo Jung. Las epidemias ocurren cuando un virus se propaga rápidamente y afecta a mucha gente al mismo tiempo. Según una de las definiciones de los CDC, la influenza es epidemia cuando ocurre cierto porcentaje de muertes en una semana dada debido a influenza y neumonía. Según ese criterio, hubo epidemias de influenza en nueve de los últimos 12 inviernos, incluido éste. Las muertes relacionadas a influenza superaron el umbral de epidemia hace tres semanas, luego bajaron de ese nivel la siguiente semana. Pero otras medidas indican que aún es una epidemia.

Funcionarios de los CDC dicen que no es tarde para vacunarse. Incluso si la temporada de influenza llega a su clímax pronto, seguirá presente durante meses. A pesar de la nueva cepa, la vacuna ha sido acoplada adecuadamente a alrededor de un tercio de los casos de influenza vistos hasta ahora. Y se considera que es efectiva contra algunos otros virus que pudieran surgir hacia el final del invierno o en la primavera. Aproximadamente 40% del público fue vacunado contra la influenza en noviembre, lo cual se aproxima a lo normal respecto a años recientes, señaló Jung.



### **Guatemala: Reportan más de 26.000 casos sospechosos de fiebre chikungunya**

2 de enero de 2015 – Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Guatemala)

El titular del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala, Luis Enrique Monterroso, informó que en 2014 se reportaron 26.703 casos sospechosos de fiebre chikungunya, que causaron cuatro decesos.

El funcionario dijo que los departamentos de Zacapa, Escuintla y Santa Rosa concentran los casos de enfermos por el mal, cuyo primer caso se detectó a mediados de septiembre.

"En Escuintla se dieron 13.174 casos, que representan 50,3% del consolidado nacional, en Zacapa se registraron 8.244 (30,1%) y en Santa Rosa 3.774 casos (14%)", detalló.

Señaló que cuatro personas fallecieron a causa del virus, lo cual ubica el índice de letalidad en niveles "normales", pues la Organización Mundial de la Salud estableció una tasa mundial de 0,4% y Guatemala cerró el año con 0,2%.

"Esto habla de lo que estamos haciendo como Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), pues existen brigadas que realizan su trabajo y establecimos otras brigadas con 50 bombas adicionales para fumigar, además de que las condiciones climáticas favorecen al descenso de la proliferación del vector", puntualizó.

Respecto a los casos de dengue, dijo que en 2014 se reportaron 19.251 casos de la enfermedad y 18 de la variedad grave, causando nueve muertes.



### **Venezuela: Hubo 88.500 casos de malaria en 2014**

7 de enero de 2015 – Fuente: El Nacional (Venezuela)

Venezuela cerró el año 2014 con más casos de malaria que en 2013. De acuerdo con el Boletín Integral de Salud Ambiental número 52 del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), con datos hasta el 27 de diciembre de 2014, hubo 88.500 casos, cifra que representa un aumento de 15% con respecto al año anterior, en el que hubo 76.966 reportes. La incidencia parasitaria anual fue de 15,2 casos cada 1.000 habitantes.

Entre el 21 y el 27 de diciembre se contaron 792 nuevos casos de malaria. El estado más afectado sigue siendo Bolívar con 93% de los reportes. Las parroquias Dalla Costa y San Isidro, en el municipio Sifontes, fueron las que tuvieron más casos en el período señalado.

Con respecto al control de vectores, el MPPS admite que solo recibió las notificaciones de vigilancia de la presencia de mosquitos en casas de 20 entidades federales, lo que implica que hubo un subregistro de los datos.

Solo se tiene conocimiento del estatus de 619 casas en todo el país. Pese al bajo número de viviendas evaluadas, hubo un incremento de 11,18% de índice aélico con respecto a 2013. En total 145 viviendas del universo evaluado tuvieron presencia de los vectores o sus larvas.

## El mundo

# AP

## África Occidental: La epidemia de enfermedad por el virus del Ébola ha matado ya a 8.153 personas

5 de enero de 2015 – Fuente: The Associated Press

Al menos 8.153 personas han fallecido como consecuencia de la epidemia de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) África Occidental, dijo el 5 de mayo la Organización Mundial de la Salud.

El organismo señaló que la cifra de fallecimientos probables, sospechosos y confirmados relacionados con la enfermedad se deriva de 20.656 casos registrados en los tres países más afectados, lo que representa una tasa de letalidad de 39%.

La agencia de salud indicó que se han reportado 2.915 muertes en Sierra Leona, 3.471 en Liberia y 1.767 en Guinea. La epidemia actual, que inició hace aproximadamente un año, ha cobrado más de una docena de vidas en otras naciones.

### Liberia reabre las escuelas

Las escuelas en Liberia volverán a abrir en febrero, seis meses después que fueran cerradas en un intento por contener la propagación de la EVE, dijo el Ministerio de Educación.

“Pedimos a todas las escuelas tomar las medidas necesarias para su reapertura en el próximo semestre, que comienza en febrero”, dijo el ministerio en un comunicado.

“Todas las escuelas tienen que equiparse con lavandina, termómetros, y poner en marcha todas las medidas recomendadas por el Ministerio de Salud para la prevención del virus”, agregó el comunicado.

La decisión se produce después que Liberia, uno de los tres países de África Occidental en el epicentro del brote actual de EVE, experimentara una disminución constante de nuevos casos en las últimas semanas.

La presidenta Ellen Johnson Sirleaf había ordenado a todas las escuelas a cerrar sus puertas el 30 de julio para contener la epidemia.

Otra buena noticia para Liberia es que la federación de fútbol del país anunció la reanudación de las competencias. Musa Bility, presidente de la Asociación de Fútbol de Liberia, dijo que la prohibición fue levantada “con efecto inmediato”, pero instó a los jugadores a tener en cuenta las medidas preventivas para detener la propagación de la EVE.



Miembros de un equipo médico esperan a un paciente que llega en ambulancia a un centro médico de Freetown, Sierra Leona.



### Comienzan a probar medicamentos

Varias organizaciones médicas sin fines de lucro anunciaron el comienzo de sus ensayos de fármacos no probados en pacientes con EVE en Liberia y Guinea por primera vez, en un esfuerzo por controlar la epidemia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) dio su aprobación para el uso de los medicamentos experimentales en pacientes de África Occidental en agosto, pero demoró meses organizar las pruebas y llevar suministros limitados de los fármacos a los países afectados.

Médicos Sin Fronteras indicó el 6 de enero que comenzaron a suministrar brincidofovir, desarro-

llado por la firma Chimerix Inc, con sede en North Carolina, Estados Unidos, a pacientes que aceptaron el tratamiento este mes en el centro ELWA 3 en Monrovia, capital de Liberia.

El Dr. Jake Dunning, de la Universidad de Oxford, que dirige las pruebas, señaló que el fármaco antiviral ha sido efectivo en pruebas de laboratorio a células infectadas con el virus del Ébola. “Lo que no sabemos aún es si será efectivo en humanos. Por eso debemos hacer una prueba”, añadió.

En Guinea, donde la enfermedad apareció primero en lo profundo de la selva hace más de un año, las pruebas de un medicamento experimental japonés se iniciaron en dos centros de tratamiento, en Guéckédou y Nzerekore.

El fármaco Avigan®, o favipiravir, desarrollado por Toyama Chemical, una subsidiaria de la japonesa Fujifilm, fue creado como un tratamiento para la influenza. Se le administró a un médico cubano en un hospital suizo en diciembre después que éste contrajese el virus en Sierra Leona y sobrevivió. Asimismo, Johnson&Johnson anunció – también el 6 de enero– el comienzo de las pruebas clínicas de su vacuna experimental contra el virus.

Voluntarios de Gran Bretaña y Suiza ya participaban en una prueba de vacunas mediante la cual intentan inmunizarlos contra el virus, y se ofrecieron tratamientos experimentales en algunas ocasiones a trabajadores de salud afectados.

Isabelle Defourny, de la organización médica Alliance for International Medical Action, que opera en el centro de Nzerekore, dijo que espera que el tratamiento ayude a bajar la tasa de letalidad del actual nivel de alrededor de 60%. “La alta tasa de letalidad es trágica para las poblaciones y hace más difícil contener la epidemia porque los pacientes, en ausencia de tratamientos efectivos, son reticentes a venir a los centros, algo que es comprensible”, afirmó.

Los primeros resultados para el brincidofovir se esperan para febrero y del favipiravir para fines de marzo. No está claro cuándo comenzarán las pruebas en Sierra Leona, el país con el mayor número de casos registrados.



## Arabia Saudí/Jordania: Nuevos casos de infección por el MERS-CoV

5 de enero de 2015 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

Entre el 19 y el 30 de diciembre de 2014, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Arabia Saudí notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) tres casos adicionales confirmados por laboratorio de infección por el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS-CoV), incluyendo una muerte.

Los casos provienen de Al-Kharj, Ar-Riyad y Najran. La edad media de los pacientes es de 56 años (rango de 31 a 84 años de edad). Los tres casos son ciudadanos saudíes, dos de ellos son hombres. Los tres pacientes sufren una o más comorbilidades. Dos casos son dueños de cabras y ovejas, pero sólo uno tiene historial de contacto directo con ellas. Estos dos mismos pacientes viven en un área con gran presencia de dromedarios (*Camelus dromedarius*), pero no han consumido recientemente su leche u otros productos. Ninguno de los tres pacientes estuvo en contacto con casos de MERS-CoV confirmados por laboratorio.

El paciente fallecido fue un hombre de 84 años de edad.

Por su parte, el 25 de diciembre de 2014, el Centro Nacional de Enlace de Jordania notificó a la OMS un nuevo caso confirmado por laboratorio de infección por el MERS-CoV.

Se trata de un hombre de 70 años de edad, ciudadano saudí proveniente de la ciudad de Al-Quriat, Arabia Saudí, que desarrolló síntomas el 20 de diciembre. Fue ingresado en el hospital de la ciudad de Al-Quriat el 21 de diciembre. El paciente se retiró del hospital en contra del consejo médico y viajó a Jordania, donde fue ingresado en un hospital privado, el 22 de diciembre. Fue transferido el 26 de diciembre a Arabia Saudí, donde actualmente está internado en un hospital en la ciudad de Al-Quriat. Es un paciente con comorbilidades y antecedentes de consumo de leche de dromedario sin pasteurizar. No tiene antecedentes de exposición a otros factores de riesgo conocidos en los 14 días previos al inicio de los síntomas. Actualmente, está en estado crítico y con ventilación mecánica.

El rastreo de los contactos familiares y de trabajadores de la salud está en curso para los cuatro casos.

A nivel mundial, la OMS ha sido notificada de 945 casos confirmados por laboratorio de infección por el MERS-CoV, incluyendo al menos 348 muertes relacionadas.

### Consejos de la OMS

Considerando la situación actual y la información disponible, la OMS alienta a todos sus Estados Miembros a que mantengan la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas y examinen detenidamente cualquier caso inusual.

Las medidas de prevención y control de infecciones son esenciales para evitar la posible propagación del MERS-CoV en los centros sanitarios. No siempre es posible identificar tempranamente a los pacientes con infección por el MERS-CoV porque, como ocurre con otras infecciones respiratorias, los síntomas iniciales son inespecíficos. Así, los profesionales sanitarios deben aplicar sistemáticamente las medidas preventivas habituales con todos los pacientes, con independencia del diagnóstico. Además, al atender a pacientes con síntomas de infección respiratoria aguda se adoptarán medidas para prevenir la transmisión por gotitas de Flügge; cuando se trate de un caso probable o confirmado de infección por el MERS-CoV, hay que añadir precauciones contra el contacto y protección ocular; se aplicarán medidas para prevenir la transmisión por vía aérea cuando se realicen procedimientos que generen aerosoles.

Hasta que se sepa más acerca del MERS-CoV, se considera que las personas con diabetes, insuficiencia renal, neumopatía crónica o inmunodepresión corren un gran riesgo de padecer una enfermedad grave en caso de infección por el MERS-CoV. Por consiguiente, dichas personas evitarán el contacto estrecho con animales, en particular con dromedarios, cuando visiten granjas, mercados o establos donde se sabe que el virus puede circular. Se adoptarán medidas higiénicas generales, tales como lavarse sistemáticamente las manos antes y después de tocar animales y evitar el contacto con animales enfermos.

También se deben adoptar medidas de higiene alimentaria. Se evitará beber leche de dromedario cruda u orina de dromedario, así como consumir carne que no esté adecuadamente cocida.

La OMS no aconseja realizar cribados especiales en los puntos de entrada ni imponer restricciones a los viajes ni al comercio en relación con este evento.

7 de enero de 2015 – Fuente: *Public Library of Science Medicine*

La vacunación neonatal contra el virus de la hepatitis B (VHB) reduce el riesgo de cáncer de hígado y otras enfermedades hepáticas en adultos jóvenes en China, según concluye un estudio publicado por Chunfeng Qu, Taoyang Chen, Yawei Zhang y sus colegas del Instituto del Cáncer y el Hospital de la Academia China de Ciencias Médicas, el Instituto Qidong del Cáncer de Hígado, en China, y la Escuela de Salud Pública y la Escuela de Medicina de la Universidad de Yale, en Estados Unidos.

Los investigadores informan que los resultados a largo plazo del 'Qidong Hepatitis B intervention Study' (QHBS), un ensayo controlado aleatorio de vacunación neonatal contra el virus de la hepatitis B (VHB) que se llevó a cabo entre 1983 y 1990 en el condado de Qidong, una zona rural de China, con una alta incidencia de VHB relacionado con cáncer primario de hígado (CPH) y otras enfermedades hepáticas.

En este análisis, 41 municipios rurales (con un total de 77.658 recién nacidos durante el periodo de estudio) fueron asignados al azar a la intervención (vacunación contra el VHB para todos los recién nacidos) o grupos de control (sin vacunación), con dos tercios de los participantes del grupo control a los que se les administró una vacuna de puesta al día a la edad de entre 10 y 14 años.

Mediante la recopilación de datos sobre nuevos casos de enfermedades hepáticas en mayores de 30 años a partir de un registro de tumores de base poblacional, los investigadores calcularon que la eficacia protectora de la vacuna fue de 84% para el CPH (la vacunación redujo la incidencia de cáncer de hígado en 84%), 70% de muerte por enfermedades del hígado y 69% de la incidencia de hepatitis fulminante infantil.

Con base en datos de encuestas recogidas entre 1996-2000 y 2008-2012 sobre la seroprevalencia de HBsAg, un indicador de la infección por VHB actual, concluyen que la eficacia de la vacunación de puesta al día en la seroprevalencia HBsAg en la edad adulta temprana fue débil en comparación con la vacunación neonatal (21% versus 72%).

Aunque estos hallazgos apoyan la importancia de la vacunación neonatal contra el VHB, el pequeño número de casos de cáncer primario de hígado y otras enfermedades hepáticas observadas durante los 30 años de seguimiento, la duración del seguimiento y la disponibilidad de los datos incompletos sobre la seroprevalencia limitan la exactitud de estos hallazgos.

Los autores dicen: "La vacunación neonatal contra el VHB disminuyó significativamente la seroprevalencia de HBsAg en la infancia durante la edad adulta y, posteriormente, redujo el riesgo de CPH y otras enfermedades del hígado en adultos jóvenes. Nuestros resultados también sugieren que se debe considerar un refuerzo durante la adolescencia en personas que nacieron de madres HBsAg-positivas y completaron la serie de vacunación neonatal contra el VHB".<sup>5</sup>



5 de enero de 2015 – Fuente: *Prensa Latina (Cuba)*

Un niño de tres años, residente en la gobernación de Giza, falleció a causa de complicaciones causadas por la infección por el virus A(H5N1) de la influenza aviar, reportó el 5 de enero el Ministerio de Salud Pública.

El menor es la segunda víctima de la dolencia desde el comienzo del nuevo año y la que completa la docena en los últimos 12 meses, acorde con las estadísticas oficiales.

Hasta el presente la inmensa mayoría de los fallecidos y los casos de contagio ocurrían en gobernaciones del sur del país, las más pobres, pero la anterior, una mujer de 30 años, fue reportada en El Cairo, la capital del país.

Los reportes oficiales afirman que en la actualidad tres pacientes permanecen internados en hospitales con síntomas de contagio con el virus cuya cepa original causó enormes estragos en Asia a principios del presente siglo.

La influenza aviar continuará haciendo estragos en Egipto hasta abril próximo, advirtió el Ministerio de Salud en un comunicado.

Al parecer el tope en las fechas se debe a la temporada de emigración de las aves, a las que se considera transmisoras de la enfermedad.

Algunos de los pacientes de la dolencia, que no hace distinciones entre sexos y edades, han fallecido por falta de atención temprana a pesar de las advertencias oficiales, entre ellas que las personas que entren en contacto con aves infestadas deben acudir al médico en menos de 24 horas.



<sup>5</sup> Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).





## Gran Bretaña: La enfermera infectada por el virus del Ébola viajó en un vuelo regular

7 de enero de 2015 – Fuente: EFE

El deterioro del estado de salud de la enfermera británica diagnosticada con la enfermedad por el virus del Ébola (EVE) tras su repatriación a Gran Bretaña ha desatado alarma social al trascender que se le permitió viajar en un vuelo regular desde Londres a Glasgow a pesar de que ella misma sugirió que podía padecer algún síntoma de la enfermedad. Pauline Cafferkey, cuyo estado ha sido calificado de “crítico” por el equipo médico que la atiende, contrajo el virus en Sierra Leona, donde trabajaba como voluntaria en un hospital.

El Gobierno británico organizó un dispositivo especial para identificar cualquier posible nuevo caso de contagio del virus, subrayó el 4 de enero el primer ministro David William Donald Cameron, forzado a dar garantías al público a raíz de la divulgación de los detalles sobre el traslado de Cafferkey desde el país africano. La enfermera recaló el 28 de diciembre por la noche en el aeropuerto londinense de Heathrow –tras un vuelo procedente de Freetown que hizo escala en Casablanca (Marruecos)–, donde comunicó a las autoridades que no se sentía bien y que creía tener fiebre. Fue sometida a una serie de pruebas médicas, cuyo resultado negativo propició la luz verde para que tomara otro avión de línea regular con destino a Glasgow. A las pocas horas de su llegada a la ciudad escocesa, la administración autonómica confirmó que padecía EVE.

El hecho de que al día siguiente la paciente fuera trasladada de nuevo a Londres en un avión de la Real Fuerza Aérea británica, para ser tratada en un hospital del norte de la ciudad especializado en enfermedades infecciosas, tal y como exige el protocolo establecido, sugiere un arriesgado caos administrativo. Tan solo 24 horas antes, la enfermera había transitado por el principal aeropuerto de la capital, sin que las autoridades detectaran un hipotético caso de riesgo, y luego había compartido un vuelo de British Airways hacia Glasgow con otros 71 pasajeros y miembros de la tripulación. Todas esas personas han sido ya contactadas por los servicios sanitarios, al igual que los 101 miembros del pasaje del avión de la compañía Royal Air Maroc que la trasladó a su país desde Sierra Leona.

El caso de esta trabajadora de la red de sanidad pública británica, quien contrajo la enfermedad durante una excedencia que se tomó en noviembre para cooperar en un hospital cercano a Freetown, es el segundo que se registra en Gran Bretaña. Antes que ella, el enfermero William Pooley fue diagnosticado de la enfermedad a su regreso de Sierra Leona el pasado verano, pero el tratamiento que recibió en el Royal Free Hospital de Londres resultó efectivo y permitió darle el alta en septiembre. Pauline Cafferkey permanece ingresada en el mismo centro, donde está recibiendo un tratamiento experimental antiviral elaborado con plasma sanguíneo de supervivientes de la enfermedad, entre ellos el propio Pooley.

Si hasta el 2 de enero el estado de la paciente alentaba el optimismo –estaba despierta, charlaba con el personal del hospital e incluso se dedicaba a leer–, a partir del día 3 los médicos comenzaron a temer por su vida.



Fotografía de Paulina Cafferkey, facilitada por su familia.



## Gran Bretaña: Los niños que tienen reptiles como mascotas están expuestos a infecciones graves por *Salmonella*

22 de diciembre de 2014 – Fuente: *Archives of Disease in Childhood*

Un estudio en Gran Bretaña reveló que uno de cada cuatro menores de cinco años infectados por *Salmonella* adquirió la enfermedad de un reptil como mascota.

Esos niños eran significativamente más pequeños que el resto de los niños infectados, eran más propensos a quedar internados y a desarrollar infecciones invasivas en la sangre o el cerebro.

“En un hogar con dos niños muy pequeños y reptiles como mascotas, hay un buen motivo para tomar precauciones”, dijo el Dr. Daniel Murphy, del Hospital Real Cornwall, en Inglaterra.

*Salmonella* es un tipo de bacteria que suele estar asociada con las enfermedades de origen alimentario. En general, provoca síntomas como náuseas y vómitos. Murphy, que dirigió el nuevo estudio, agregó que en los casos más graves, provoca infecciones sanguíneas, meningitis e infecciones óseas. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos estiman que 1,2 millones de estadounidenses se enferman cada año por contacto con *Salmonella*.

El Dr. Christoph Berger, del Hospital Pediátrico Universitario de Zúrich, Suiza, señaló que las personas con el sistema inmunológico comprometido y los niños pequeños y los bebés son las poblaciones más vulnerables.

Murphy y un colega revisaron las estadísticas de las infecciones por *Salmonella* en menores de cinco años en el sudoeste de Gran Bretaña. Los autores se concentraron en el período 2010-2013 y también analizaron las historias clínicas para determinar si los niños habían estado expuestos a reptiles como lagartijas o víboras, y si habían estado internados.



Cuarenta y ocho de los 175 casos estudiados habían tenido contacto con reptiles y la mitad había quedado internado por la infección, comparado con menos de un quinto de los niños infectados que no habían tenido contacto con esos animales.

Los niños con una infección asociada con la exposición a reptiles tenían unos seis meses de edad, mientras que el resto de los pacientes tenía un año en promedio.

El equipo estableció que existen muchas cepas de *Salmonella* y que las que están asociadas con los reptiles suelen ser distintas a las que causan las enfermedades de transmisión alimentaria, lo que explicaría el aumento de la gravedad de los síntomas.

Ocho de los 48 niños en contacto con reptiles desarrolló una infección de la sangre, meningitis o colitis, comparado con apenas cuatro de los 127 niños que no habían estado expuestos a esos animales.

Berger recomendó el lavado de manos después de tocar tortugas y otros reptiles, incluidos los menores de un año, "en los que aumenta el riesgo de transmisión indirecta y enfermedad por *Salmonella*, aunque el bebé no haya tenido contacto directo con el reptil".

Murphy y su coautor señalan la importancia de que los médicos conozcan esta relación entre las infecciones por *Salmonella* y el aumento de la cría de reptiles como mascotas en los hogares. Murphy recomienda que los padres de niños pequeños que tengan reptiles como mascotas reduzcan el acceso de esos animales a las áreas que utilizan los niños.

Dijo, además, que los padres que estén interesados en ese tipo de mascotas "esperen hasta que sus hijos pasen la etapa de exploración oral, empiecen a caminar y sean lo suficientemente grandes para lavarse las manos solos".<sup>6</sup>

## EL PAÍS **Liberia: El difícil trance de parir**

29 de diciembre de 2014 – Fuente: El País (España)

Muy cerca de la avenida Tubman, en pleno centro de Monrovia, se encuentra un edificio al que todos conocen como el Hospital Católico. Rodeado de árboles y cocoteros, con el mar a sus espaldas, el Hospital 'Saint Joseph' y su más de medio siglo de historia son todo un referente para la sanidad de este país, un prestigio que se ganaron atendiendo a los enfermos entre el sonido de las explosiones y los disparos durante la guerra civil. Y ahora, veinte años después de toda aquella violencia, ni siquiera ese tsunami llamado enfermedad por el virus del Ébola (EVE) ha podido tumbar a este hospital, que, tras el cierre de otras maternidades es, hoy por hoy, una de las mejores opciones para parir en esta ciudad. Porque los bebés no saben de epidemias.

Nunca fue fácil dar a luz en Liberia, el séptimo país del mundo en mortalidad materna con unas 770 mujeres muertas cada 100.000 nacidos vivos. Pero ahora las cosas se han vuelto aún más complicadas. Desde que a mediados de marzo el letal virus cruzó la frontera procedente de Guinea y, meses más tarde, alcanzó todas las regiones del país con un foco especialmente intenso en Monrovia, numerosos hospitales y estructuras de salud de la ciudad han tenido que cerrar sus puertas. Y en los últimos meses muchas mujeres se han visto obligadas a parir en casa.

Fue y sigue siendo un auténtico desastre para la atención a las enfermedades que ya estaban antes de la EVE y que seguirán estando después. O simplemente para atender a las parturientas en el momento de dar a luz. El Saint Joseph, que sufrió un duro golpe con la muerte de toda la comunidad religiosa que lo gestionaba y parte de su personal, estuvo fuera de juego durante tres meses, pero tras ese cierre obligado su Maternidad está al fin operativa y a ella ha vuelto el llanto de los recién nacidos. Eso sí, con muchos cambios.

Nada más cruzar la puerta exterior del recinto, lo primero con lo que se tropieza una mujer que esté de parto y decida hacerlo aquí –donde pese a ser un centro privado propiedad de la orden de San Juan de Dios tan solo se cobra una cantidad simbólica gracias al apoyo y subvenciones de organismos como el Comité Internacional de la Cruz Roja– es una pequeña estructura denominada la sala de triaje. En estos tiempos nadie baja la guardia y es aquí donde, en función de los síntomas y el posible contacto con casos de EVE, se determina si alguien pudiera estar contagiado con este virus.

Si nuestra parturienta no tiene fiebre ni ha estado cerca de personas enfermas, puede continuar hacia la Maternidad, donde es recibida, en primer lugar, por una matrona que le toma la historia médica, número de embarazos, cuántos han llegado a término y si han sido por cesárea o parto natural. A la mujer embarazada en Liberia no se le hacen tantas ecografías durante su embarazo, sólo una al principio para determinar la edad del feto y otra al final, a menos que surjan complicaciones.



Mujeres embarazadas esperan ser atendidas en el Hospital 'Saint Joseph' de Monrovia.



Un equipo médico con trajes de protección personal atiende a una parturienta en el Hospital 'Saint Joseph' de Monrovia.

<sup>6</sup> Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#) (requiere suscripción).

Es la matrona la que determina si el parto realmente ha comenzado. En caso afirmativo, la parturienta pasa a una sala de espera donde es observada periódicamente por ellas. Sobre todo se tienen en cuenta dos parámetros, la dilatación y el sonido fetal. Como no hay posibilidad de hacer una ecografía Doppler, se utiliza un instrumento conocido como 'trompeta' que se aplica a la barriga de la mujer y permite escuchar al nonato. En esta sala, con capacidad para hasta dos parturientas, las mujeres aguardan. El médico no interviene en ningún momento, a menos que se trate de un parto gemelar, un feto muy grande, haya hipertensión o surja otro problema. De lo contrario, todo es responsabilidad de las matronas.

Cuando llega el momento, la mujer es trasladada a la sala de partos, que tiene capacidad para dos alumbramientos a la vez. Una vez más, son las matronas las que se ocupan de todo, en este caso con la ayuda de un auxiliar de enfermería, incluso se hacen cargo del bebé una vez que ha nacido.

Una característica de Liberia, compartida con muchos países africanos, es que no hay posibilidad de epidural. La episotomía es habitual. Después de dar a luz, la mujer y su bebé pasan a la sala de espera, donde se mantienen en observación entre cuatro y seis horas hasta que se estabilizan. De ahí, el siguiente paso es una gran sala dotada con ocho camas, llamada de postparto, donde las mujeres permanecen un tiempo para comprobar aspectos como si hay hemorragia vaginal, involución uterina o si sube la leche. Los bebés también son examinados por si pudiera haber problemas y se les mide la hemoglobina y el grupo sanguíneo. Normalmente, tras un día de estancia en esta sala, las mujeres son enviadas de vuelta a casa.



Un bebé recién nacido en el Saint Joseph.



Mujeres embarazadas esperan ante la sala de triaje montada frente a la entrada del hospital Saint Joseph de Monrovia para detectar posibles casos de contagio de EVE.

Sólo si el parto es problemático interviene el médico. El hospital Saint Joseph dispone de un quirófano de maternidad donde se llevan a cabo las cesáreas. Para ello, se pone una vía con suero a la parturienta y se avisa al equipo, integrado por un enfermero-anestesiista, un enfermero ayudante, la matrona y el propio ginecólogo. El quirófano no difiere mucho de los que pueden encontrarse en países más desarrollados, aunque el material no parece tan nuevo. Dispone de un aparato de anestesia con oxígeno, una pequeña farmacia, un aspirador para el médico y otro para el anestesiista y equipamiento diverso, desde pinzas hasta hilo de sutura. En el centro, una mesa de operaciones iluminada por una gran pantalla.

La epidemia de EVE ha provocado que se adopte todo tipo de precauciones. Incluso si la mujer no presenta síntomas o si se le ha realizado el test y es negativo, la presencia de la enfermedad en el país obliga a que todos los partos y cesáreas se lleven a cabo con el traje de protección personal. Todo el personal debe tener en cuenta este riesgo y portar desde guantes y mascarilla hasta el traje completo en la sala de partos y el quirófano de maternidad, dado que tanto en un alumbramiento como en una cesárea hay muchos fluidos. Esto supone una enorme complicación e incluso ha forzado a hacer reformas estructurales, para habilitar habitaciones donde cambiarse o puntos de salida que permitan que los pacientes y el material considerados de riesgo no se mezclen con el resto.

### El reto de la fístula obstétrica

La fístula obstétrica es uno de los grandes retos de la atención al parto en África. Se calcula que en el mundo hay unos dos millones de mujeres que sufren la fístula obstétrica, la mayoría de ellas en este continente. Se trata de un desgarramiento que se produce entre la vagina y la vejiga o el recto a través del cual pasan la orina o las heces, un orificio anómalo que, según la Organización Mundial de la Salud, provoca incontinencia urinaria constante, vergüenza, estigmatización social y otros problemas de salud. Sin embargo, se trata de un problema prevenible que en los países desarrollados con una buena atención obstétrica está prácticamente erradicada.

El ginecólogo congoleño Rudy Lukamba, que está en el Hospital 'Saint Joseph' al frente de un proyecto de la ONG española Mujeres por África denominado Stop Fístula, define a esta lesión como el resultado de "un conflicto en el tiempo entre la apertura del canal del parto y las dimensiones del feto. Si este conflicto se prolonga durante más de 24 horas es lo que se denomina parto obstruido", una de las principales causas de mortalidad materna. En buena medida este problema podría reducirse notablemente con una mejor atención a la mujer parturienta.

"Uno de los problemas en muchos países africanos es la atención obstétrica deficitaria. Si en una maternidad de un hospital en España hay más de 20 ginecólogos, aquí tenemos dos o tres. Esto significa que el médico no puede estar siempre en el proceso del parto. Una mujer embarazada en España sabe que va a recibir un mínimo de atención que aquí no se pueden ofrecer por falta de recursos, profesionales o materiales", asegura Lukamba. En Liberia hay una enorme falta de profesionales de la salud y muchos doctores proceden de otros países africanos. Asimismo, el gran objetivo de la atención médica al parto en este país es que el niño nazca, sin tener demasiado en cuenta, por ejemplo, la viabilidad futura de ese niño. "Es un concepto muy diferente", añade.



**¿Cuántos más deben morir para que dejes de tener múltiples parejas?**  
Training & Health Education Department. Ministry of Health (1988. Singapur).

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

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

Toda aquella persona interesada en recibir este Reporte Epidemiológico de Córdoba en formato electrónico, por favor solicitarlo por correo electrónico a [reporteepidemiologicocba@gmail.com](mailto:reporteepidemiologicocba@gmail.com), aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.