



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente

www.reporteepidemiologicocordoba.com

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

2.003
20 de diciembre de 2017

Comité Editorial

Editor Jefe

Ángel Mínguez

Editores Adjuntos

Ílide Selene De Lisa

Enrique Farías

Editores Asociados

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.)

Fanch Dubois (Fra.)

Milagros Ferreyra (Fra.)

Salvador García Jiménez (Gua.)

Ángela Gentile (Arg.)

Ezequiel Klimovsky (Arg.)

Susana Lloveras (Arg.)

Gustavo Lopardo (Arg.)

Eduardo López (Arg.)

Tomás Orduna (Arg.)

Dominique Peyramond (Fra.)

Daniel Pryluka (Arg.)

Fernando Riera (Arg.)

Charlotte Russ (Arg.)

Horacio Salomón (Arg.)

Eduardo Savio (Uru.)

Daniel Stecher (Arg.)

Carla Vizzotti (Arg.)

Publicación de:
Servicio de Infectología
Hospital Misericordia
Ciudad de Córdoba
República Argentina

Noticias

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

Córdoba

- Aumentó la tasa de mortalidad infantil

Argentina

- Vigilancia de infecciones de transmisión sexual en varones

América

- Actualización sobre la situación epidemiológica de la difteria en la Región
- Canadá: El riesgo sanitario de la enfermedad de Chagas
- Estados Unidos: Los bomberos tienen tasas más elevadas de cáncer de piel
- Estados Unidos, Arizona: Prevén un aumento en los casos de coccidioidomicosis para el año 2018
- República Dominicana: La investigación colaborativa durante las emergencias de salud

El mundo

- Bangladesh: Brote de difteria en Cox's Bazar
- España: Las toxoinfecciones alimentarias se han duplicado en los últimos cuatro años
- India cierra 2017 con altas cifras de casos de dengue, malaria y fiebre chikungunya
- Irán, Teherán: La densa contaminación obligó al cierre de escuelas y guarderías
- Marruecos: La mortalidad materna de la mujer rural duplica la de la mujer urbana
- Sudáfrica: Ya son 640 los casos notificados de listeriosis en lo que va del año
- Los hombres que nunca han tenido relaciones sexuales también pueden contraer el VPH

Adhieren:

SLAMVI

Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/

CIRCULO MÉDICO DE CÓRDOBA

www.circulomedicocba.org/

Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba

www.consejomedico.org.ar/



Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas

Universidad Nacional de Córdoba

www.biblioteca.fcm.unc.edu.ar/



S.A.D.I.

www.said.org.ar/

Comité Nacional de Infectología

Sociedad Argentina de Pediatría

www.sap.org.ar/



www.apinfectologia.org/

Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica

www.sadip.net/

Asociación Parasitológica Argentina

www.apargentina.org.ar/

Vigilancia de infecciones de transmisión sexual en varones¹

18 de diciembre de 2017 – Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

Tabla 1. Casos confirmados según etiología, provincia y región, y total de casos estudiados. Argentina. Años 2016/2017, hasta semana epidemiológica 45. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo SIVILA.

Provincia/Región	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>		Otros*		<i>Trichomonas vaginalis</i>		<i>Ureaplasma</i> spp.		Total estudiados	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	—	19	—	17	—	—	—	—	8	53
Buenos Aires	23	30	15	9	3	—	3	5	94	97
Córdoba	13	8	1	—	—	1	—	3	27	122
Entre Ríos	1	4	—	—	—	—	—	—	14	26
Santa Fe	—	—	1	11	—	—	—	—	26	110
Centro	37	61	17	37	3	1	3	8	169	408
Mendoza	1	1	—	—	—	—	—	—	10	10
San Juan	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
San Luis	34	45	1	—	—	1	—	—	71	76
Cuyo	35	46	1	—	—	1	—	—	81	86
Corrientes	2	7	—	—	—	—	—	—	12	17
Chaco	85	90	6	10	9	16	—	6	184	289
Formosa	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—
Misiones	—	—	—	—	—	—	1	—	8	2
NEA	87	97	6	10	9	16	1	6	209	308
Catamarca	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Jujuy	5	4	—	—	—	1	—	—	8	9
La Rioja	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Salta	34	43	4	9	18	3	—	—	61	140
Santiago del Estero	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tucumán	19	19	2	1	4	1	—	—	91	116
NOA	58	66	6	10	22	5	—	—	160	266
Chubut	11	13	1	1	5	3	1	1	26	17
La Pampa	11	16	1	6	1	3	8	7	63	51
Neuquén	10	21	3	3	2	2	1	1	37	61
Río Negro	45	24	2	—	11	8	1	—	128	125
Santa Cruz	8	3	—	1	2	3	—	—	16	10
Tierra del Fuego	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sur	85	77	7	11	21	19	11	9	270	264
Total Argentina	302	347	37	68	55	42	15	23	889	1.332

* Incluye *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium* y *Mycoplasma hominis*.

Córdoba

Aumentó la tasa de mortalidad infantil

19 de diciembre de 2017 – Fuente: Ministerio de Salud – Provincia de Córdoba (Argentina)

El Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba informó las cifras de mortalidad materna e infantil para el año 2016. Ambas tasas se encuentran en una tendencia general decreciente, aunque la mortalidad infantil evidenció un leve incremento durante 2016, de 0,5 puntos: fue de 8,3 cada 1.000 nacidos vivos en 2015 y de 8,8 en 2016. En tanto, la mortalidad materna se mantiene en 2,7 cada 10.000 nacimientos, pero descendió el número absoluto de muertes: 17 en 2015; 15 en 2016.

La mortalidad infantil ha descendido 42% entre 2000 y 2016. Desde 2009, podemos apreciar esa curva descendente, que con algunos leves incrementos, continúa su tendencia: 10,7 en 2009; 10,9 en 2010; 10,7 en 2011; 9,6 en 2012; 9,4 en 2013; 8,8 en 2014; 8,3 en 2015 y 8,8 en 2016 (ver Gráfico 1).

“Cuando hemos logrado bajar la mortalidad infantil a un dígito, lidiamos con las causas más duras de mortalidad, que no son fáciles de reducir. Por eso es esperable que la curva experimente estos pequeños incrementos, pero manteniéndonos en la tendencia general descendente”, explicó el ministro de Salud, Francisco José Fortuna.

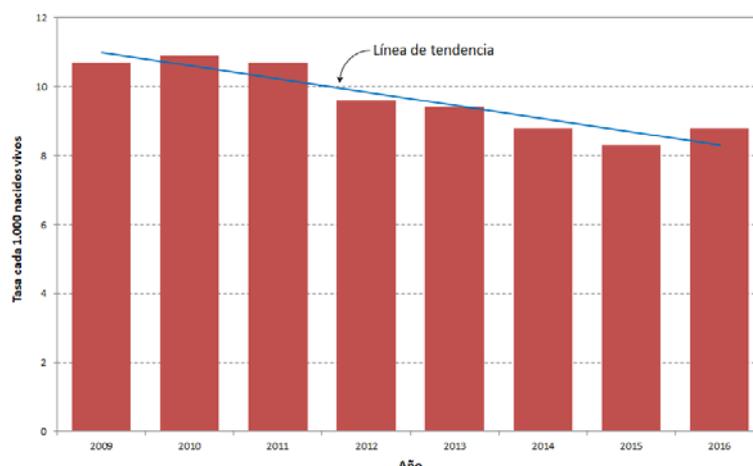


Gráfico 1. Tasa de mortalidad infantil cada 1.000 nacidos vivos. Provincia de Córdoba. Años 2009/2016. Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.

¹ Estudiadas en laboratorio, a través del Sistema de Vigilancia Laboratorial (SIVILA), del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS).

Sobre la mortalidad infantil, la directora de Maternidad e Infancia, Marcela Yanover, precisó que el aumento de la tasa tiene que ver, entre otros factores, con la disminución de nacimientos que se experimentó este año: fueron 494 defunciones de menores de un año sobre 56.095 nacidos vivos (2.259 menos que el año anterior). Mientras que la cantidad absoluta de muertes aumentó 2,2%, la cantidad de nacimientos disminuyó 3,7%.

Los funcionarios pusieron en relevancia también el impacto de las infecciones respiratorias agudas bajas de la temporada invernal, que en 2016 se presentaron con particular virulencia. No obstante, recordaron que el sistema sanitario se refuerza cada año para dar respuesta a la contingencia; con un incremento de unidades críticas neonatales y pediátricas que permitió superar las 320 camas, tanto en 2016 como en 2017.

Al respecto, Fortuna también remarcó la incorporación de los equipos de alto flujo, una forma de provisión de oxígeno no invasiva que evita que muchos niños ingresen a terapia intensiva. Esto se implementó en forma piloto en 2016, y en 2017 se pusieron en funcionamiento 30 de estos equipos en distintos hospitales provinciales. "Córdoba ha sido la primera provincia en disponer de este sistema, que ha tenido muy buenos resultados", concluyó el ministro.

Por su parte, la secretaria de Prevención y Promoción de la Salud, Analía Cudolá, destacó la importancia del sistema de vigilancia y de la disponibilidad oportuna de resultados del Laboratorio Central, que brinda un diagnóstico a las 24 horas, para un tratamiento oportuno.

Componentes y causas de la mortalidad infantil

En cuanto a los componentes de la mortalidad infantil, se observó que 70% de las muertes ocurren durante el primer mes de vida, de manera que las causas perinatales se encuentran dentro de las primeras causas de muerte: dificultad respiratoria del recién nacido, trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y bajo peso al nacer, sepsis bacteriana del recién nacido, malformaciones congénitas del corazón y otras malformaciones congénitas.

"Estamos enfocados en estas causas, con los refuerzos de las unidades de terapia intensivas (UTI) neonatales y pediátricas, y con la remodelación de la unidad coronaria y el nuevo angiógrafo del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, con el que ya se han intervenido 200 pacientes desde su puesta en funcionamiento, con resultados comparables a los centros internacionales de referencia. Estas iniciativas no tienen un impacto automático en la baja de las cifras, pero implican trabajar sobre esas causas más difíciles de reducir", expresó Fortuna.

Asimismo, se observa que 61% de las muertes se dio en niños que nacieron con menos de 37 semanas de gestación (prematuros). En cuanto al peso al nacer, 39% pesaba menos de 1.500 gramos, 22% pesaba de 1.500 a 2.499 y 29% pesaba más de 2.500.

"Esto también es un factor muy importante a tener en cuenta: con el aumento de la tecnología y el conocimiento en neonatología, hoy se atienden bebés de 500 gramos que antes no sobrevivían. Eso implica también grandes desafíos en lo que respecta a lograr la sobrevivencia y la calidad de vida a largo plazo para estos niños", afirmó Fortuna.

En el análisis de las cifras encontramos además que 57% de las muertes ocurrieron en el sector público –donde a su vez se da 46,5% de los nacimientos– mientras que 34% fue en el sector privado, 8% en el domicilio y 8% en otros lugares.

Si se observa la tasa de acuerdo al lugar de residencia materna, 35,42% de las muertes corresponden a la ciudad de Córdoba y 64,57% al resto de la provincia.

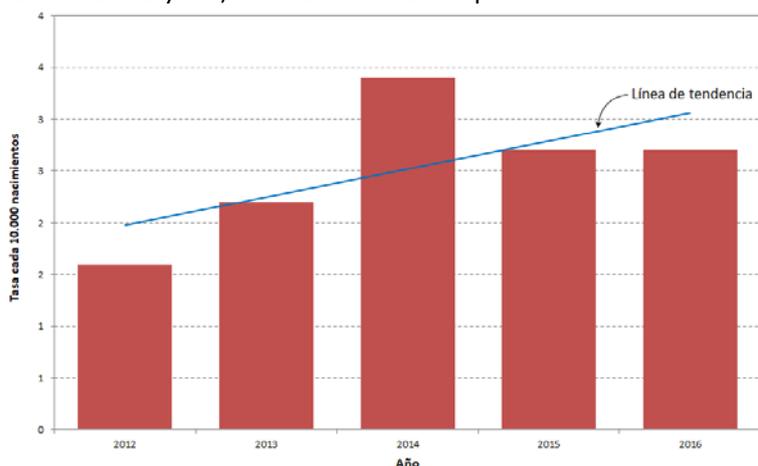


Gráfico 2. Tasa de mortalidad materna cada 10.000 nacimientos. Provincia de Córdoba. Años 2012/2016. Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.

Mortalidad materna

La mortalidad materna expresa las defunciones de mujeres mientras están embarazadas o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo. Durante 2016, ocurrieron en la provincia 15 muertes maternas, sobre 56.095 nacidos vivos, lo cual resulta en una tasa de 2,7 cada 10.000 nacimientos.

Esto marca una leve disminución en el número absoluto de muertes con respecto a 2015, cuando se registraron 17 muertes, aunque la tasa también resultó de 2,7. Cabe señalar que –al igual que ocurre a nivel país– se observa en el último quinquenio una curva serrucho con una tendencia que ha comenzado a ser descendente, luego de un pequeño pico en 2014: 1,6 en 2012; 2,2 en 2013; 3,4 en 2014; 2,7 en 2015; y 2,7 en 2016 (ver Gráfico 2).

En el detalle de las cifras de 2016, se observa que 67% de estas muertes se debieron a causas obstétricas directas; es decir, las que resultan de complicaciones en el embarazo, parto o puerperio, debido a intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o debido a una cadena de acontecimientos originadas en cualquiera de esas circunstancias.

En ese sentido, 27% de las muertes (4 casos) se debieron a hemorragia, 13% (2) a hipertensión/eclampsia, 13% (2) a urosepsis, 7% (1) a embolia de líquido amniótico y 7% (1 caso) a aborto por embarazos ectópicos.

De acuerdo al lugar de ocurrencia, 53% de las muertes (8 casos) correspondió al interior provincial y 47% (7 casos) a la ciudad de Córdoba.

Para seguir mejorando estos resultados, desde la Dirección de Maternidad e Infancia se proponen fortalecer los servicios de atención a la mujer embarazada para brindar controles periódicos y completos; garantizar el cumplimiento de las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE); fortalecer el sistema de Regionalización Perinatal y sostener la iniciativa de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia, convertida en programa provincial en 2011. Al respecto, Yanover destacó que se sumaron cuatro maternidades del interior al programa: Villa Dolores, San Francisco, Río Cuarto y Villa María.

Asimismo, continuará la vigilancia epidemiológica con análisis de causa raíz de cada muerte materna, para implementar las estrategias necesarias para evitar que se repitan.

Finalmente, tanto para mejorar los resultados de mortalidad materna como de infantil, Fortuna destacó el trabajo activo en las Salas Cuna y con los Centro de Atención Primario de la Salud provinciales, para mejorar los controles de salud en mujeres y niños.

América



Actualización sobre la situación epidemiológica de la difteria en la Región

15 de diciembre de 2017 – Fuente: Organización Panamericana de la Salud

Desde la semana epidemiológica (SE) 1 a la SE 49 de 2017 en Brasil, Haití, Venezuela y República Dominicana se han notificado casos confirmados de difteria.

Brasil: Hasta la SE 49 de 2017, fueron notificados 42 casos sospechosos de difteria, distribuidos en 14 estados, de los cuales cuatro fueron confirmados en los estados de Roraima, Acre, Minas Gerais y São Paulo: uno por laboratorio y tres por criterio clínico. Dos casos no estaban vacunados (incluido el caso confirmado por laboratorio) y los otros dos no contaban con esquema vacunal completo.

Los casos confirmados se presentaron en un rango de edad entre 4 y 51 años e incluyen tres hombres y una mujer. Hubo un solo caso fatal que correspondió al caso confirmado por laboratorio y que era importado de Venezuela. No se registraron casos secundarios relacionados con este caso y tampoco nuevos casos importados en el país.

Haití: El brote que se inició a fines de 2014 continúa activo con un total de 348 casos probables² notificados hasta la SE 48 de 2017, incluidas 46 defunciones. Se observa un aumento de casos en el último trimestre de 2017 en comparación con los trimestres anteriores (ver Gráfico 3).

Entre las SE 1 y 48 de 2017, se notificaron 152 casos probables con una tasa de letalidad de 10%. El 59% de los casos probables corresponde a mujeres y 76% a menores de 10 años de edad. Con relación al estado vacunal de los casos probables, 11% eran personas vacunadas, y 89% desconocía o no contaba con información sobre su estado vacunal. El 71% de los casos probables se registraron en los Departamentos de Artibonite y Ouest (38% y 33%, respectivamente), similar a lo observado en 2016, con 70% de casos registrados en estos mismos departamentos.

De los 152 casos probables notificados en 2017 se obtuvieron muestras de 141 casos, 64 (45%) de los cuales fueron confirmados por laboratorio, 52 fueron descartados y 25 se encuentran pendientes. El 81% (52) de los casos confirmados proviene de los departamentos Artibonite y Ouest.

Se está intensificando la vigilancia epidemiológica para detección de la población a riesgo e implementación de medidas de salud pública; entre ellas una campaña de vacunación prevista para inicios de 2018.

República Dominicana: Con relación a tres casos confirmados de difteria informados previamente por el Ministerio de Salud, solo uno ellos resultó confirmado para difteria, los otros dos fueron descartados por clínica y uno por laboratorio. Todos los casos evolucionaron favorablemente y no se registran defunciones en el país por esta causa.

Venezuela: Entre la SE 28 de 2016 y la SE 48 de 2017 se registra un brote de difteria que se inició en el municipio de Sifontes en el estado de Bolívar y se extendió posteriormente a otros 21 estados del país. Se notificaron 933 casos probables de difteria, 324 de los cuales ocurrieron en 2016. Entre las SE 1 y 48 de 2017 se notificaron 609 casos probables de difteria, de los cuales 198 fueron confirmados por laboratorio (por aislamiento o por reacción en cadena de la polimerasa). Entre las SE 1 de 2016 y la SE 48 de 2017 se confirmaron 227 decesos (tasa de letalidad de 21%).

Entre los casos confirmados (198) en 2017, 14% tiene antecedente de vacunación y 56% son mujeres. La población más afectada es el grupo de 11 y más años de edad, quienes concentran 72% de los casos confirmados.

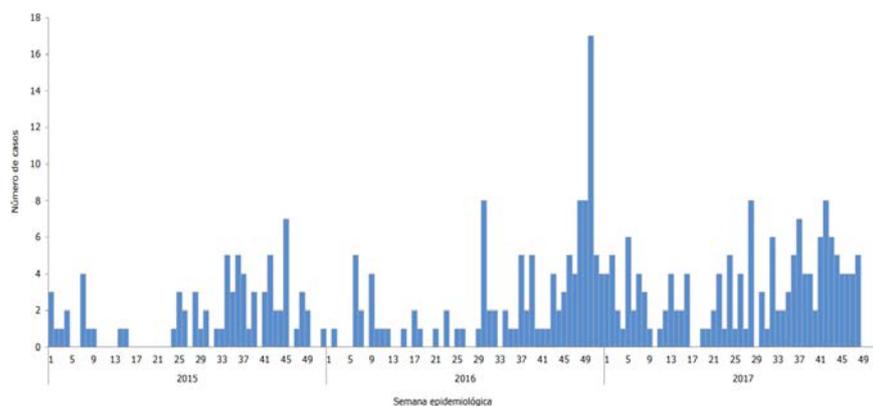


Gráfico 3. Casos probables, según semana epidemiológica. Haití. Años 2015 a 2017 (hasta semana epidemiológica 48 de 2017). Fuente: Ministerio de Salud Pública y de la Población de Haití.

² El Ministerio de Salud Pública y de la Población de Haití, define como caso probable a toda persona, de cualquier edad, que presente laringitis, faringitis o amigdalitis con falsas membranas adherentes en las amígdalas, faringe y/o fosas nasales, asociadas con edema de cuello.

El Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela se encuentra intensificando las actividades de vacunación en los municipios con casos y se tiene previsto realizar una campaña de vacunación a inicios de 2018. Se han alertado a todas las entidades federales y se está fortaleciendo la vigilancia epidemiológica, la búsqueda activa de casos y seguimiento de contactos así como la capacidad diagnóstica.

Orientaciones para los Estados Miembros

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recomienda a los Estados Miembros que continúen con sus esfuerzos para garantizar altas tasas de cobertura, utilizando estrategias que le permitan alcanzar los niveles adecuados en todas sus entidades territoriales. Durante un brote que afecta a adultos se deberá inmunizar a los grupos más afectados y en mayor riesgo.

Se recomienda fortalecer los sistemas de vigilancia para la detección precoz de casos sospechosos, a fin de iniciar su tratamiento oportuno y el de sus contactos, asegurando la provisión de antitoxina diftérica.

La OPS/OMS recuerda a los Estados Miembros que el manejo clínico adecuado es la clave para disminuir las complicaciones y la letalidad. A continuación se ofrecen algunas orientaciones al respecto.

Manejo clínico

Ante la sospecha de difteria deberá iniciarse el tratamiento específico con antitoxina y antimicrobiano de manera inmediata. No es necesario aguardar el resultado de laboratorio para el inicio del tratamiento.

La antitoxina derivada de equino (DAT) es altamente eficiente y es el estándar de oro para el tratamiento de la difteria. A fin de reducir las complicaciones y mortalidad por difteria, la antitoxina debe administrarse así que se inicien los síntomas, preferiblemente de manera intravenosa en los casos graves.

El tratamiento debe administrarse en una dosis única, inmediatamente luego de tomar muestras de hisopado nasofaríngeo. La cantidad de antitoxina recomendada varía entre 20.000 a 100.000 unidades con cantidades mayores para pacientes con lesiones locales extensas y con un intervalo más largo desde el inicio de síntomas. La dosis es la misma para niños y adultos. Pueden ocurrir eventos adversos como anafilaxia.

Los antimicrobianos son necesarios para eliminar la bacteria y prevenir la propagación; sin embargo, no son un sustituto del tratamiento con la antitoxina.

Manejo de contactos

Los contactos cercanos incluyen miembros del hogar y otras personas con antecedentes de contacto directo con un paciente con difteria, así como el personal de salud expuesto a las secreciones orales o respiratorias de un paciente.

Todos los contactos cercanos deben ser evaluados clínicamente para detectar signos y síntomas compatibles con difteria y deben ser mantenidos bajo vigilancia diaria durante 7 días desde el último contacto. Los contactos adultos deben evitar el contacto con los niños y deberán evitar manipular alimentos hasta que se demuestre que no son portadores.

Todos los contactos deben recibir una dosis única de penicilina benzatínica por vía intramuscular (600.000 unidades para niños menores de 6 años y 1,2 millones de unidades para los de 6 o más años de edad). Si el cultivo resulta positivo se deberá iniciar el tratamiento con antimicrobianos.³



Canadá: El riesgo sanitario de la enfermedad de Chagas

13 de diciembre de 2017 – Fuente: *Canadian Medical Association Journal*

La enfermedad de Chagas, causada por un parásito nativo de América Latina, podría ser perjudicial para los canadienses. Las enfermedades infecciosas como la malaria o la fiebre zika pueden haber dominado los titulares recientes, pero la enfermedad de Chagas está en el punto de mira tras la publicación de un nuevo estudio. Expertos en medicina tropical y de laboratorio de Winnipeg y Montreal advierten que los nativos de ciertas naciones de Centro y Sudamérica y sus descendientes corren el riesgo de contraer la enfermedad de Chagas, incluso después de haberse mudado a Canadá. El estudio informa sobre la transmisión de la enfermedad de la madre al feto, lo que genera dudas sobre la prevención y el diagnóstico de la enfermedad de Chagas en Canadá, donde miles de personas viven con una infección potencialmente no detectada.⁴

La enfermedad de Chagas es causada por el parásito *Trypanosoma cruzi*, que se encuentra principalmente en América Latina y, ocasionalmente, en el sur de Estados Unidos. Es propagado por insectos triatominos. El parásito se transmite a través de las heces de estos insectos, que defecan mientras se alimentan, permitiendo que el parásito infecte a su nuevo huésped. La enfermedad puede propagarse a través de la transmisión de madre a hijo durante el embarazo y de transfusiones de sangre infectada o trasplante de órganos.



La enfermedad de Chagas es causada por el parásito *Trypanosoma cruzi*, que se encuentra principalmente en América Latina y, ocasionalmente, en el sur de Estados Unidos.

³ Puede consultar el informe completo haciendo clic [aquí](#).

⁴ Según algunas estimaciones, basadas en los patrones de inmigración a Canadá desde Centro y Sur América desde 2006, y la prevalencia de la enfermedad por país, habría entre 6.000 y 10.000 enfermos de Chagas no-diagnosticados en Canadá.

La enfermedad de Chagas es un verdadero problema de salud pública debido a la transmisión de la madre al hijo, al menos hasta por tres generaciones. Debido a que esta enfermedad no es de declaración obligatoria en Canadá, existe poca información acerca de la cantidad de casos no diagnosticados y no tratados.

El estudio citado informa sobre un clúster de casos de una familia en Winnipeg que refuerza la conexión generacional entre la madre y sus hijos. Poco después de que la madre recibiera un diagnóstico positivo, tres de sus cuatro hijos adultos, dos hermanas y un hermano, nacidos en Canadá pero con familia en América del Sur, también dieron positivo en la prueba para la enfermedad de Chagas. Lo que es más importante, el hermano informó haber donado sangre durante muchos años hasta 2010, cuando los Servicios de Sangre de Canadá descubrieron que tenía anticuerpos positivos para la enfermedad de Chagas.

El riesgo general de transmisión de la enfermedad de Chagas de la madre al feto es solo de alrededor de 6%, pero cuando la madre tiene un gran número de parásitos en sangre durante el embarazo, el riesgo de transmisión puede llegar a 30%.

Los países con mayor riesgo de contraer la enfermedad de Chagas incluyen a Argentina, Bolivia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá y Paraguay.

Cualquier persona que vivió o visitó esos países durante un período prolongado y fue picada por un insecto triatomino, que recibió una transfusión de sangre en un país endémico, o que nació de una madre diagnosticada con la enfermedad de Chagas debe consultar a sus proveedores de atención médica para hacerse la prueba de la enfermedad.

La enfermedad de Chagas afecta aproximadamente a una de cada cuatro personas que la han contraído en algún momento de su vida. El peligro no es inmediato después de la infección, pero puede afectar el tejido muscular cardíaco y provocar insuficiencia cardíaca en los años más tarde si no se trata.

La detección temprana y el tratamiento pueden prevenir efectos graves a largo plazo, como la insuficiencia cardíaca, y mejorar el estado de salud de las personas en riesgo. Mientras más joven sea una persona cuando se trata, es más probable que tenga éxito. Actualmente no existe una vacuna licenciada para prevenir la enfermedad de Chagas.

Las pruebas de anticuerpos para Chagas, el primer paso de detección, pueden ser solicitadas por cualquier clínico en Canadá. El manejo de la enfermedad requiere una evaluación continua y seguimiento por un especialista en Medicina Tropical o Enfermedades Infecciosas.⁵

JAMA Dermatology

Estados Unidos: Los bomberos tienen tasas más elevadas de cáncer de piel

13 de diciembre de 2017 – Fuente: *The Journal of the American Medical Association – Dermatology*

Los bomberos tienen tasas más altas de melanoma que el resto de la población, con un índice de 0,7% frente a 0,01% que presenta la población general, quizás debido a su exposición a químicos y rayos ultravioletas.

Probablemente haya sustancias químicas en el ambiente de trabajo que, cuando los bomberos entran en contacto con ellas, aumenta el riesgo de que desarrollen específicos cánceres de piel.

Pero un dato inesperado es que esto ocurría entre los bomberos más jóvenes.

Se examinaron 2.399 bomberos del estado de Florida en relación con la incidencia del cáncer y las prácticas de prevención.

En el estudio se contabilizaron 119 casos de cáncer de piel, que afectaba a 4,5% de los encuestados. En total, 17 bomberos padecían de melanoma, 84 tenían otros tipos de cáncer de piel y otros 18 algún tipo desconocido de cáncer de piel.

La edad media de los afectados de melanoma en el tiempo del diagnóstico era de 42,2 años, de 38,3 años para los cánceres que no eran melanomas y de 42,4 años para otros tipos de cánceres desconocidos en el informe.

Los resultados sugieren que, si un médico primario tiene un paciente que es bombero, debe realizar un reconocimiento completo de la piel del paciente, e informarle sobre la protección contra el cáncer de piel.

Sobre la base de los datos actuales, es muy recomendable realizar los exámenes médicos completos del cuerpo de bomberos lo más pronto posible.⁶



Estados Unidos, Arizona: Prevén un aumento en los casos de coccidioidomycosis para el año 2018

14 de diciembre de 2017 – Fuente: Valley Fever Center for Excellence (Estados Unidos)

Los casos de coccidioidomycosis en noviembre tuvieron un aumento de 50% en comparación con el mes anterior, lo que llevó a expertos del Centro de Excelencia para Fiebre del Valle, Universidad de Arizona, a predecir un aumento significativo en los casos en 2018.

Afortunadamente, la reciente y oportuna aprobación de una nueva prueba de ensayo rápido para coccidioidomycosis, desarrollada con la asistencia de la Universidad de Arizona, debería reducir los retrasos en el diagnóstico de

⁵ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#) (requiere suscripción).

⁶ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

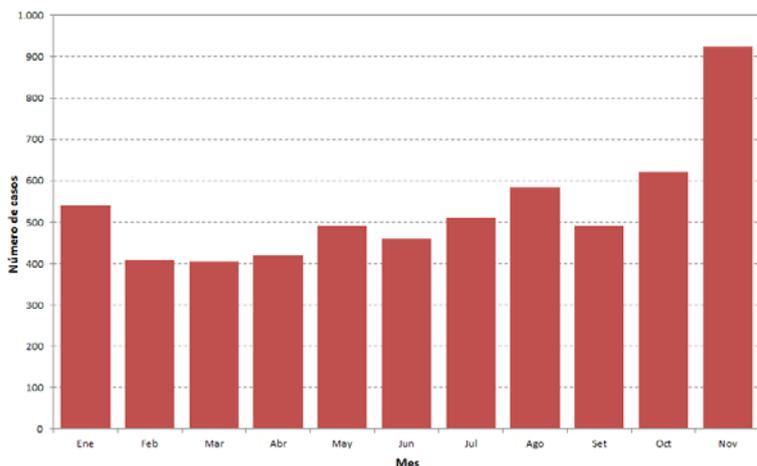


Gráfico 4. Casos notificados según mes de inicio de los síntomas. Estado de Arizona, Estados Unidos. Año 2017, hasta el 30 de noviembre. Fuente: Valley Fever Center for Excellence, Department of Medicine, College of Medicine Tucson.

Los médicos de Arizona deben estar aún más alerta de lo habitual si sus pacientes desarrollan neumonía. En promedio, la coccidioidomicosis causa uno de cada tres casos de neumonía en Phoenix, Tucson y las áreas circundantes. Con las infecciones aumentando como ahora, la neumonía es aún más probable que se deba a esta infección micótica local.

Los pacientes que desarrollan síntomas persistentes de neumonía, como fiebre, tos, dolor en el pecho o dificultad para respirar, especialmente si se asocian con erupciones cutáneas inusuales, dolor en las articulaciones o fatiga extrema, deben solicitar a su médico que les pida un test de coccidioidomicosis.

En 2011, se reportaron más de 16.000 casos de coccidioidomicosis en residentes de Arizona, un récord para el estado. En el otoño de 2010, los signos de ese aumento ya estaban presentes.

No se sabe si el año 2018 será como el 2011. Pero lo que se está observando este otoño es muy similar a cómo comenzó esa epidemia hace siete años.

A principios de este mes, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de Estados Unidos dio el visto bueno reglamentario a una prueba de ensayo molecular para la detección rápida de la coccidioidomicosis, usando la prueba para *Coccidioides* DxNA LLC's GeneSTAT.MDx y el Sistema GeneSTAT. Esa prueba reduce el tiempo de los resultados de 21 días a un día, sin necesidad de un Laboratorio de Bioseguridad Nivel 3 para realizar pruebas de cultivo.

No se dispone de datos acerca de la cantidad de animales afectados por la coccidioidomicosis, pero los perros parecen ser los más afectados. La coccidioidomicosis en los perros se caracteriza comúnmente por tos, letargo, falta de apetito, pérdida de peso (a menudo rápida) y fiebre. Pueden presentar cojera o dolor de espalda o de cuello sin signos respiratorios si la enfermedad va a los huesos, o pueden tener fiebre con la enfermedad ósea.⁷

las infecciones respiratorias por hongos, un problema frecuente en el tratamiento de la enfermedad, que es causada por esporas endémicas de los suelos del Suroeste de Estados Unidos.

El número de nuevos casos de coccidioidomicosis reportados al Departamento de Servicios de Salud de Arizona ha sido relativamente estable desde 2013, pero eso puede estar empezando a cambiar. Por ejemplo, en noviembre, se informaron más de 900 casos, un aumento de 50% en comparación con octubre, siendo la cifra mensual más elevada de los últimos dos años. Aunque el número total de casos de Arizona para 2017 es solo un poco mayor que el de 2016, la aceleración de las cifras mensuales de casos sugiere que el estado podría registrar un fuerte aumento en los casos del próximo año.

Lo que es seguro es que ahora se están informando considerablemente más casos de coccidioidomicosis.

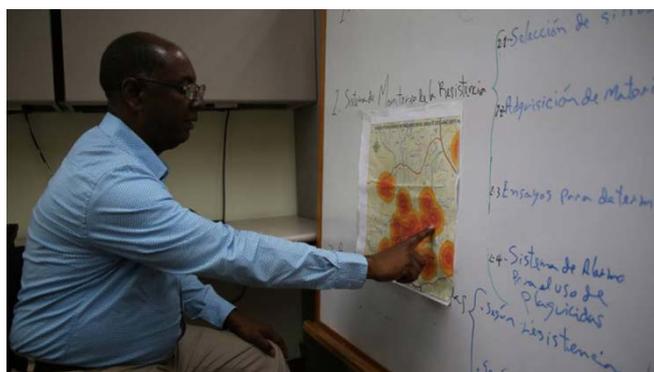
Sci Dev Net República Dominicana: La investigación colaborativa durante las emergencias de salud
7 de diciembre de 2017 – Fuente: SciDev Net

Las enfermedades infecciosas, emergentes y reemergentes están sacudiendo a la humanidad de manera creciente, afectando principalmente a quienes viven en contextos de vulnerabilidad, condiciones de pobreza y donde el cambio climático y las consecuencias de los desastres naturales pueden ocasionar efectos más nocivos.

Cada vez más se requieren investigaciones realmente colaborativas, que traspasen las fronteras, porque la salud y las enfermedades son globales.

Por investigación colaborativa nos referimos a aquella que es participativa en cuanto permite la definición o elección de la problemática a estudiar y que implica la participación de investigadores, instituciones y países donde se implementará el estudio, y no a la que solamente busca o insertar un nuevo producto farmacológico en el mercado, o a meros estudios transaccionales de intercambio.

Una investigación colaborativa fue realizada, por ejemplo, entre investigadores de la división de enfermedades transmitidas por vectores de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos e investigadores brasileños para analizar la posible asociación entre los casos de bebés nacidos con microcefalia y el virus Zika, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la Emergencia Internacional de Salud a inicios de 2015.



⁷ Puede consultar el informe completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

Ante la llegada inminente del virus Zika a República Dominicana, la pregunta que nos hicimos un grupo de investigadores fue ¿pueden los países sin tradición en investigación, generalmente ahogados por las inequidades en salud, desbordados por las limitaciones del sistema de salud, afrontar la demanda de investigar durante un brote?

En República Dominicana, como en muchos países latinoamericanos, tradicionalmente no se incluye la investigación como parte de las estrategias que conllevan las respuestas a las emergencias de salud. En Latinoamérica, los presupuestos de salud son generalmente bajos, y los sistemas de salud están debilitados o en constante reforma.

Con frecuencia, el gobierno no tiene una agenda de investigación definida; no ha identificado las prioridades, y no existe una política intersectorial, coordinada a nivel intergubernamental, entre los actores del sistema de salud, ciencia y tecnología, y los consejos de bioética en investigación.

Estas falencias se agravan durante una emergencia o brote, dado que los mecanismos de coordinación y comunicación no han sido efectivos o definidos con anterioridad.

Por otro lado, la asistencia técnica, provista por organizaciones de cooperación internacional, destinada a mejorar las capacidades de investigación en salud, es mínima. Desafortunadamente, en estos tiempos ese apoyo se destina generalmente a programas verticales y de corte asistencial, muchas veces justificados por situaciones de emergencia, una estrategia que no aporta al desarrollo de capacidades del sistema de investigación en salud.

¿Cómo romper el círculo?

En este contexto se requiere de una comprensión del concepto de investigación colaborativa, el cual debe ser entendido en un marco amplio que engloba políticas corporativas socialmente responsables, por parte de las empresas, y políticas de investigación en salud por parte de los estados.

Además, se requiere un cambio en el paradigma de la cooperación internacional, buscando ofrecer apoyo mediante asistencia técnica y financiamiento, cuando sea posible, para que los Estados fortalezcan sus políticas públicas en salud.

Una alternativa es fortalecer los pequeños núcleos o grupos de investigación ya existentes en los países de Latinoamérica. Otorgar oportunidades de capacitación, fortalecer las capacidades técnicas, administrativas y desarrollar las estructuras y el capital humano requerido para impulsar el cambio cultural son pasos fundamentales.

Un estudio realizado en la República Dominicana⁸ encontró que los retos de la investigación colaborativa internacional en el contexto del brote de fiebre zika fueron: la débil gobernanza de la investigación en salud, la falta de institucionalización y formalización de la actividad científica (principalmente en el sector salud), el poco acceso a fondos de investigación y la relativamente escasa cultura de investigación.

Estos resultados conspiraron contra una buena investigación colaborativa. De hecho, no se desarrollaron los proyectos que pudieron haberse planteado si hubiera existido coordinación y comunicación con el Ministerio de Salud. Por el contrario, las oficinas de cooperación internacional para el desarrollo y algunas ONG internacionales asumieron la contratación de investigadores individuales como "consultores".

Esta práctica no permite que florezcan nuevos grupos de investigación. Igualmente, los centros o grupos de investigación en el país permanecen subutilizados, lo que debilita y usurpa funciones de los sistemas de salud, haciéndolos menos resilientes ante emergencias actuales y futuras.

El papel de los estados

Diversos estudios reportan la necesidad de desarrollar una gobernanza compartida en el ámbito de consorcios de investigación en salud global. Por ejemplo, en la actualidad es común compartir datos a través de repositorios en línea. Muchos de estos intercambios son motivo de preocupación, porque la falta de empoderamiento de las personas y comunidades de donde salieron esos datos incrementa su vulnerabilidad. Los Estados no pueden estar de espaldas a estas realidades y deben constituirse en los principales garantes de los derechos de los individuos y sus comunidades.

Se demanda de los Estados respuestas nacionales y regionales para generar investigaciones que respondan a las emergencias internacionales de salud. La visión basada en la colaboración internacional puede ser positiva si esa colaboración está éticamente fundamentada en valores como el respeto a la autodeterminación, la confianza mutua, la construcción de capacidades, la creación conjunta de conocimiento, el involucramiento participativo de la comunidad y el fortalecimiento de los mecanismos rigurosos y acelerados de revisión ética apropiados para las circunstancias de emergencias de salud.

La colaboración entre los comités de ética debe ser promovida. Ya existen estudios apuntando hacia esas posibilidades en la región latinoamericana y del Caribe, lo que abre las puertas a un nuevo camino de colaboración.

En conclusión, cuando se enfrenta una emergencia en salud, como un brote epidémico, es difícil improvisar. Se requiere prepararse anticipadamente para responder más efectivamente desde todas las áreas. Sin investigación difícilmente se pueda responder a las preguntas y problemas nuevos a los que confrontan estas emergencias.

La acción coordinada durante una emergencia por brote será optimizada si se constituyen comisiones nacionales y regionales de países periféricos. Comisiones que puedan estudiar experiencias exitosas de la implementación de investigaciones colaborativas para la salud en el marco de la cooperación internacional.

⁸ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).



Bangladesh: Brote de difteria en Cox's Bazar

13 de diciembre de 2017 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

Entre el 3 de noviembre y el 12 de diciembre de 2017, se informó un total de 804 casos sospechosos de difteria, incluidas 15 muertes, entre la población rohinya desplazada en Cox's Bazar (ver Gráfico 5). El primer caso sospechoso fue informado el 10 de noviembre de 2017 por una clínica de Médicos Sin Fronteras (MSF) en Cox's Bazar.

De los casos sospechosos, 73% son menores de 15 años y 60% mujeres (no se informó el sexo en 1% de los casos). Catorce de las 15 muertes reportadas entre los casos sospechosos eran niños menores de 15 años. Hasta la fecha, no se han informado casos de difteria en las comunidades locales.

Respuesta de salud pública

Desde agosto de 2017, más de 646.000 personas de la vecina Myanmar se han reunido en campamentos y asentamientos temporales densamente poblados con escaso acceso a servicios de agua potable, saneamiento y salud. Una fuerza de trabajo de diversas agencias para enfrentar la difteria, dirigida por el Ministerio de Salud y Bienestar Familiar de Bangladesh, ha proporcionado servicios clínicos y de salud pública a la población desplazada. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha movilizado 3 millones de dólares de su Fondo de Contingencia para Emergencias (CFE) para apoyar los servicios de salud esenciales en Bangladesh.

La OMS está trabajando con las autoridades de salud para proporcionar la vacuna doble bacteriana (tétanos y difteria, Td) para niños de entre 7 y 15 años de edad, así como vacunas pentavalentes (difteria, tos convulsa, tétanos, infecciones contra *Haemophilus influenzae* tipo b y hepatitis B) y vacunas conjugadas antineumocócicas (PCV) para niños de seis semanas a seis años de edad. La OMS y sus asociados están finalizando una lista de medicamentos esenciales y suministros necesarios para apoyar la respuesta. El Serum Institute of India ha donado 300.000 dosis de vacunas pentavalentes para su uso en la respuesta.

Evaluación de riesgos de la OMS

El actual brote en Cox's Bazar está evolucionando rápidamente. Hasta la fecha, todos los casos sospechosos se han registrado entre la población rohinya desplazada, que están viviendo en asentamientos temporales en condiciones de hacinamiento. La cobertura con vacunas que contienen el toxoide diftérico entre la población rohinya desplazada es difícil de estimar, aunque los brotes de difteria son una indicación de una baja cobertura general de vacunación en la población. Los datos disponibles sobre vacunación para Bangladesh indican que la cobertura con vacunas que contienen toxoide diftérico es elevada. Sin embargo, no se puede descartar la propagación hacia la población local. La OMS considera que el riesgo a nivel nacional es moderado y es bajo a nivel regional y mundial.

Advertencia de la OMS

La OMS recomienda el manejo clínico oportuno de los casos sospechosos que sean consistentes con las directrices de la OMS, que consisten en antitoxina diftérica, antibióticos apropiados y la implementación de medidas de prevención y control de infecciones. Las poblaciones de alto riesgo, tales como los niños pequeños, los contactos cercanos de casos de difteria y los trabajadores de la salud deben ser prioritarias para la vacunación. Una respuesta coordinada y el compromiso de la comunidad pueden reducir el riesgo de transmisión adicional y ayudar a controlar el brote.

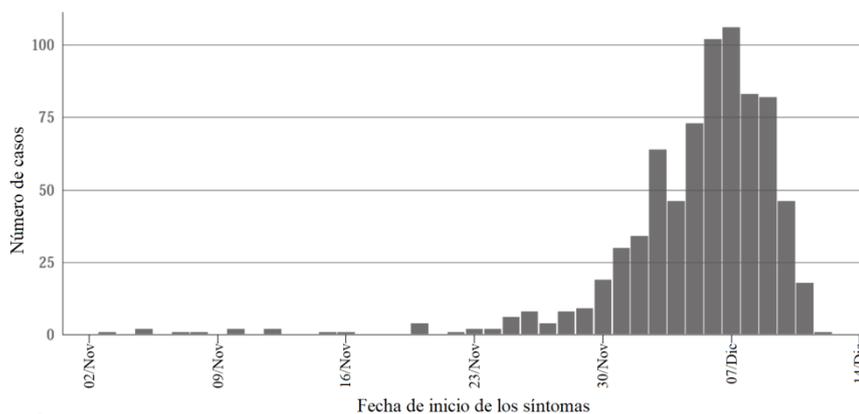


Gráfico 5. Casos de difteria entre la población rohinya desplazada en Cox's Bazar, Bangladesh, según fecha de inicio de la enfermedad, desde el 3 de noviembre hasta el 12 de diciembre de 2017 (no se dispone de la información sobre la fecha de inicio de la enfermedad en 45 casos (5,6%). Fuente: Médicos Sin Fronteras.



España: Las toxoinfecciones alimentarias se han duplicado en los últimos cuatro años

13 de noviembre de 2017 – Fuente: European Centre for Disease Prevention and Control

Enfermar por consumir alimentos en mal estado es cada vez más frecuente. Los casos de salmonelosis en España se han duplicado en los últimos cuatro años. Las infecciones por campilobacterias se han multiplicado por tres. Ambos patógenos encuentran en la comida la vía para pasar de los animales a las personas.

España detectó en 2016 9.800 casos de salmonelosis, mientras que en 2012 fueron 4.200, según el Centro Europeo de Control de Enfermedades (ECDC). Más de uno de cada diez casos en la Unión Europea fue español. El investigador jefe del ECDC, Mike Catchpole, explica que "el aumento detectado en toda Europa es preocupante y nos recuerda que debemos mantenernos alerta". La salmonelosis había decrecido hasta 2014 en la Unión Europea (UE).

Un ejemplo de la facilidad con la que pueden extenderse estas enfermedades que aprovechan los alimentos es la actual alerta de salud pública activada en la UE por un brote de salmonelosis que afecta a ocho países y que tiene su origen en una línea de producción de huevos en Polonia. La alarma la dieron sendas cuestiones urgentes trasladadas por las autoridades sanitarias escocesas y holandesas al detectar un incremento anormal de casos de salmonelosis. La investigación a nivel europeo ligó los diferentes brotes hasta el país polaco y sus huevos.

Salmonella, la bacteria causante de la enfermedad, ha protagonizado 215 brotes en 2016. La vía más habitual son los huevos y sus productos derivados además de la carne de aves de corral. Es una de las infecciones transmitidas por la comida más frecuente. De hecho, los datos apenas reflejan "la punta de un iceberg", explican en el ECDC. Los casos detectados no muestran la verdadera dimensión de infecciones circulantes. Se calcula que en España los casos reales rondan los 28 millones.

La salmonelosis es quizá la infección zoonótica adquirida por los alimentos más famosa. Pero no es la única, ni siquiera la más abundante. La lista incluye patologías como la listeriosis, la triquinosis, la brucelosis, la anisakidosis, la yersiniosis o la toxoplasmosis. Sin embargo, la enfermedad más extendida es la campilobacteriosis. Sus bacterias están detrás de gran parte de las diarreas. El año pasado, un cuarto de millón de personas padecieron la acción de estos patógenos que suelen causar gastroenteritis. En España fueron 15.556, casi mil más que en 2015.

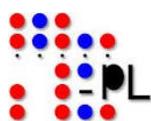
En los últimos cinco años, los casos de campilobacteriosis en España se han triplicado. Un salto tan acusado que el propio ECDC ha apuntado en su informe la salvedad de que el sistema de vigilancia española "es más completo desde 2012" lo que puede explicar en parte ese incremento de casos confirmados. El foco más significativo de contagio de estas bacterias es la carne de pollo.

Todo tipo de alimentos

Las infecciones adquiridas con la comida indican el nivel de seguridad de la cadena alimentaria. Los análisis del sistema de vigilancia (cada caso tiene que comunicarse oficialmente) han conseguido identificar el origen de 382 brotes entre salmonelosis, campilobacteriosis y listeriosis. El origen es de lo más variado: además de los referidos huevos, las infecciones han partido del pollo y el pavo, la leche y los lácteos, el pescado, productos mezclados y el cerdo. Incluso 34 brotes ocurrieron debido a alimentos de origen no animal.

El cuadro lo completa una variable cada vez más habitual al hablar de las enfermedades bacterianas: la resistencia a los tratamientos que están desarrollando los microbios. Las infecciones tanto de *Salmonella* como los 23 tipos de *Campylobacter* suelen pasarse con síntomas leves. Se autolimitan y desaparecen. Pero, en ocasiones, la enfermedad se agrava y precisa la aplicación de antibióticos para salvar la situación. Ahí es donde la resistencia antimicrobiana se convierte en problema. Las medicinas han perdido su efecto contra las nuevas colonias de *Salmonella* o *Campylobacter* que atacan a los humanos.

España está a la cabeza de las resistencias, también para las infecciones por alimentos: la *Salmonella* española aguanta mejor los antibióticos que la media en Europa, según la Agencia Europea de Seguridad Alimentaria. Y *Campylobacter* alcanza hasta 91% de resistencia. El dato más alto de la UE.⁹



India cierra 2017 con altas cifras de casos de dengue, malaria y fiebre chikungunya

13 de diciembre de 2017 – Fuente: Prensa Latina (Cuba)

Más de 153.600 casos de dengue, 60.000 de fiebre chikungunya y unos 733.000 de malaria fueron reportados casi al cierre del año en India.

Con 22.197 casos, el estado de Tamil Nadu es el más golpeado por el dengue, seguido por Kerala (19.776) y Karnataka (16.552), según el Programa Nacional de Enfermedades Transmitidas por Vectores del Ministerio de Salud indio.

A esos territorios le siguen Punjab, Bengala y Nueva Delhi, con 15.255, 10.697 y 9.169, respectivamente.

Hasta el 10 de diciembre murieron por esa enfermedad un total de 226 personas en el país: 52 en Tamil Nadu, 37 en Kerala, 34 en Maharashtra, 28 en Uttar Pradesh y 19 en Bengala.

En cuanto a la fiebre chikungunya, el territorio más afectado es el estado de Karnataka con 30.606 casos, seguido por Gujarat (7.289) y Maharashtra (7.182).

Según la institución, hasta esa fecha se reportaron 733.799 casos de malaria y 96 decesos.



Irán, Teherán: La densa contaminación obligó al cierre de escuelas y guarderías

17 de diciembre de 2017 – Fuente: EFE

Las autoridades de Teherán decidieron cerrar hoy las escuelas primarias y las guarderías debido a los altos niveles de contaminación que cubren el cielo de la capital iraní.

El aumento de la densidad de las partículas en suspensión inferiores a 2,5 micrómetros, la estabilidad del clima –escasez de lluvias y viento– y el fenómeno de la inversión térmica¹⁰ han llevado a esta situación.

⁹ Puede consultar el informe completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

¹⁰ La inversión térmica es una derivación del cambio climático de las propiedades de la atmósfera con el aumento de la altitud. Usualmente corresponde a un incremento de la temperatura con la altura, o bien a una capa de inversión donde ocurre el incremento. En efecto, el aire no puede elevarse en una zona de inversión, puesto que es más frío y, por tanto, más denso en la zona inferior.

La inversión térmica puede llevar a que la contaminación aérea, como el smog, quede atrapada cerca del suelo, con efectos nocivos para la salud. La inversión también puede detener el fenómeno de convección, actuando como una capa aislante. Si por algún motivo esta capa se rompe, la convección de cualquier humedad presente puede ocasionar violentos temporales. También este fenómeno puede llevar a una tormenta de hielo en climas fríos.

La Compañía de Control de Calidad del Aire, dependiente del Ayuntamiento, informó que el índice se situó en las últimas 24 horas en 145.

Cualquier nivel superior a 100 implica algún riesgo para la salud y entre 100 y 150 está determinado como un índice no saludable para los grupos sensibles, como niños, mayores y enfermos.

Además del cierre de los colegios, el Ayuntamiento de Teherán prohibió las actividades de las canteras de arena, asfalto y cemento, y ordenó parar las actividades de construcción.

El director general de Protección del Ambiente de la provincia de Teherán, Kiumars Kalantarí, explicó que para controlar el aumento de la contaminación también se han ampliado las zonas de limitación de tráfico en la capital.

Varias zonas del centro de Teherán aplican una limitación de horario o de matrícula para reducir el tráfico y la contaminación, especialmente alta en los meses de invierno.

Según los responsables locales, en el pasado año iraní, que acabó el 21 de marzo de 2017, un total de 4.810 personas perdieron vida en Teherán a causa de la contaminación.



Marruecos: La mortalidad materna de la mujer rural duplica la de la mujer urbana

18 de diciembre de 2017 – Fuente: EFE

La mortalidad materna de las mujeres marroquíes que viven en el ámbito rural (111 muertes cada 100.000 nacimientos en 2016) duplica la de aquellas que habitan en ciudades, según datos recopilados por el Ministerio de Sanidad de Marruecos.

La directora regional del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Bérangère Boell-Yousfi, dijo hoy que, aunque Marruecos haya reducido notablemente la mortalidad materna en los últimos años, todavía se requieren esfuerzos para paliar las diferencias entre el campo y la ciudad.

En 2016, en el medio urbano marroquí fallecieron 44,6 mujeres cada 100.000 nacimientos, mientras que la media nacional del mismo año fue de 72,6 muertes cada 100.000 nacimientos, 35% menos que en 2010.

Boell-Yousfi citó como posibles causas de la alta mortalidad el hecho de que en el ámbito rural de Marruecos más de la mitad de las embarazadas no cumplen con las visitas preceptivas a su médico (bien por no tener acceso, bien por desinformación) y que dos de cada tres mujeres dan a luz en su propio domicilio.

La responsable presentó un informe sobre el estado de la población mundial elaborado por el UNFPA para 2017, que ofrece datos adicionales sobre la salud sexual y reproductiva en Marruecos y el resto del mundo.¹¹

El documento muestra, por ejemplo, que la mortalidad materna de Marruecos está por debajo de la media del conjunto de los Estados árabes (162 muertes cada 100.000 nacimientos) y de los registros de África Oriental y Meridional (407) y de África Occidental y Central (679).

Por otro lado, según los datos del UNFPA, 39% de las mujeres marroquíes no utiliza métodos anticonceptivos "modernos".

Además, en el conjunto de Marruecos, 26% de los partos no son atendidos por personal de salud cualificado, y 32 de cada 1.000 madres tienen entre 15 y 19 años.



Sudáfrica: Ya son 640 los casos notificados de listeriosis en lo que va del año

18 de diciembre de 2017 – Fuente: Division of the National Health Laboratory Service (Sudáfrica)

Entre el 1 de enero y el 18 de diciembre de 2017, todas las provincias de Sudáfrica han notificado un total de 640 casos de listeriosis confirmados por laboratorio al Instituto Nacional de Enfermedades Transmisibles (NICD) (ver Gráfico 6). La mayoría de los casos se han notificado en la provincia de Gauteng (62%, 395 casos) seguidos por las provincias de Western Cape (13%, 83 casos) y KwaZulu-Natal (7%, 44 casos). Se han diagnosticado casos tanto en el sector público de la salud (67%, 432 casos) como en el privado (33%, 208 casos). El diagnóstico se basó con mayor frecuencia en el aislamiento de *Listeria monocytogenes* en hemocultivo (71%, 453 casos), y en líquido cefalorraquídeo (24%, 155 casos). En los pacientes de los que se informó la edad (N=613), ésta varió entre el nacimiento hasta los 93 años (mediana de 26 años); y 39% (239 casos) son menores de 28 días de edad (ver Gráfico 7). De los casos neonatales, 96% (230 casos) tuvo una enfermedad de inicio temprano (entre el nacimiento y los 6 días posteriores). Las mujeres representan 54% de los casos (336 de 616) en los que se informó el sexo.

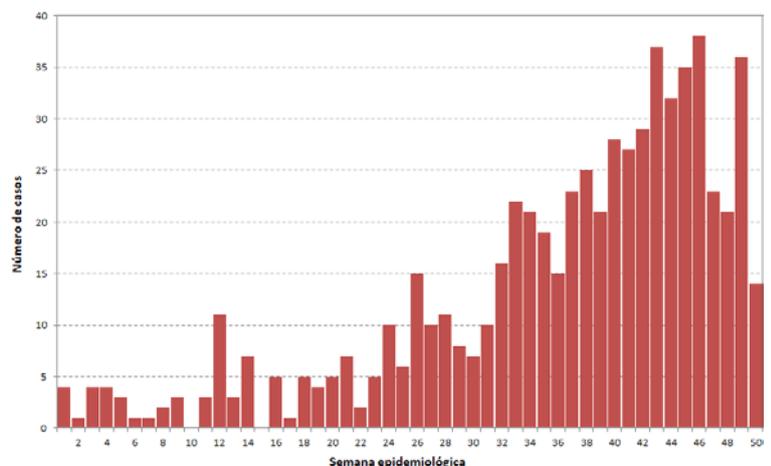


Gráfico 6. Casos notificados, según semana epidemiológica. Sudáfrica. Año 2017, hasta el 18 de diciembre (N=640). Fuente: National Institute for Communicable Diseases.

¹¹ Puede consultar el informe completo haciendo clic [aquí](#).

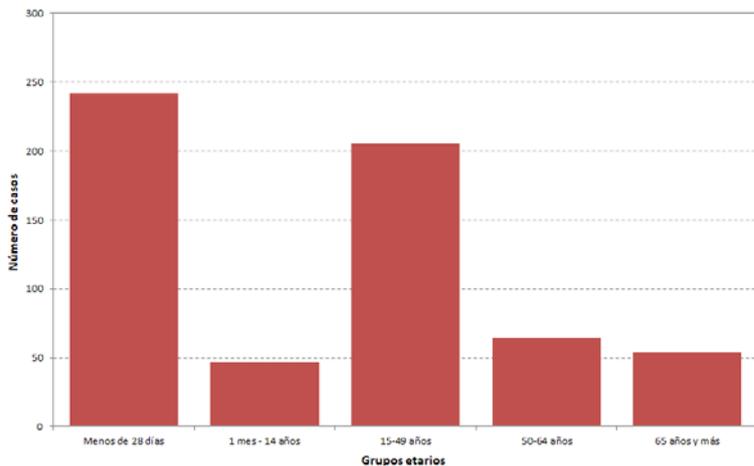


Gráfico 7. Casos confirmados por laboratorio, según grupos etarios. Sudáfrica. Año 2017, hasta el 18 de diciembre (N=613). Fuente: National Institute for Communicable Diseases.

Esto sugiere que la mayoría de los casos en este brote han estado expuestos a un tipo/fuente de alimento común ampliamente disponible.

Más de 20 casos en la provincia de Gauteng han sido entrevistados para determinar el historial completo de consumo de alimentos, y los datos se están analizando para determinar los alimentos más comúnmente consumidos.¹²

The Journal of
Infectious
Diseases

Los hombres que nunca han tenido relaciones sexuales también pueden contraer el VPH

18 de diciembre de 2017 – Fuente: *The Journal of Infectious Diseases*

Los hombres que nunca han tenido relaciones sexuales también pueden contraer el virus del papiloma humano (VPH), según reveló un reciente estudio.

Se monitoreó un grupo de 4.023 hombres de entre 18 y 70 años de edad, originarios de Brasil, México y Estados Unidos. Las personas que participaron en el estudio fueron sometidas a revisiones cada seis meses entre 2005 y 2009.

El análisis mostró que hombres que no tuvieron relaciones sexuales durante el periodo de investigación también contrajeron el VPH, aunque la incidencia fue la mitad en relación con aquellos que comenzaron a tener sexo durante el periodo de estudio.

Estudios previos han encontrado el VPH entre mujeres vírgenes, pero este es el primero en encontrarlo entre hombres vírgenes. Descubrir el VPH en esta población no fue del todo sorprendente, pero refuerza el hecho de que la vacunación contra el VPH no debe considerarse solo en el contexto del comportamiento sexual.

Los investigadores creen que el VPH se transmitió a los hombres vírgenes inscritos en el estudio a través de un comportamiento sexual sin penetración, como la masturbación o el contacto entre genitales.

Otro hallazgo del estudio fue que 28,7% de los hombres vírgenes que comenzaron a tener relaciones sexuales durante el periodo de estudio contrajeron el VPH en un lapso de un año, y 45,5% lo adquirió en dos años, lo que refleja la naturaleza altamente infecciosa del virus.

Este estudio muestra lo rápido que se puede contraer el virus tras el inicio de la vida sexual y destaca la importancia de la vacunación contra el VPH.

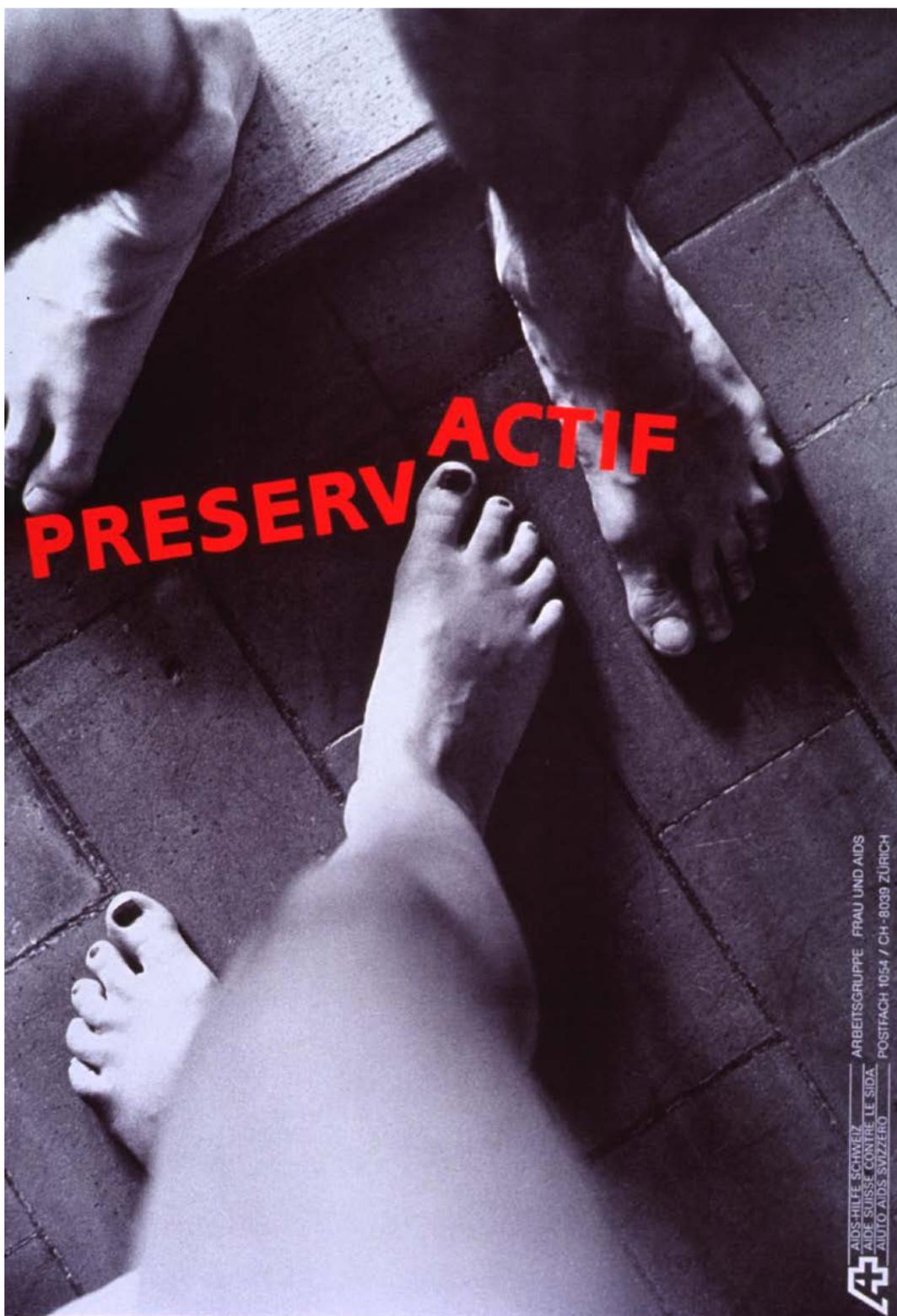
Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos advirtió que el VPH puede causar cáncer de cuello uterino, cáncer orofaríngeo y cáncer de la vagina, el pene o el ano.

Los CDC recomiendan que los menores de entre 11 y 12 años de edad reciban dos dosis de la vacuna contra el VPH con un intervalo de seis a 12 meses. Los adolescentes que no comenzaron o concluyeron la serie de vacunas contra el VPH cuando eran más jóvenes también deben vacunarse.

También se recomienda que los hombres que tienen relaciones homosexuales o bisexuales, se vacunen antes de los 26 años.¹³

¹² Puede consultar el informe completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

¹³ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#) (requiere suscripción).



AIDS-Hilfe Schweiz (1987. Zurich, Suiza).

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, aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.