



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina

www.reporteepidemiologico.com



Número 1.491

3 de diciembre de 2014

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)

Córdoba

- Dos nuevos casos de síndrome urémico hemolítico

Argentina

- Vigilancia de fiebre hemorrágica argentina
- Comenzó la distribución nacional de la vacuna contra el rotavirus

América

- Bolivia, La Paz: En el municipio de Mapiri se registró el primer caso fatal de leptospirosis de 2014
- Brasil: Detectan una nueva cepa del virus Chikungunya
- Estados Unidos: Los monopatines son la principal causa de lesiones relacionadas con los juguetes en los niños
- Haití: La epidemia de cólera deja 132 muertos más en 2014

- México, Veracruz: Después de 16 años reaparece la malaria en la Cuenca del Papaloapan

- República Dominicana: Salud logra controlar un brote de diarrea en el sur del país

- Venezuela: Casi tres millones de casos de síndrome febril

El mundo

- África: El sida se roba a los adolescentes
- África Occidental: La OMS estima que en seis meses ya no habrá casos de la enfermedad por el virus del Ébola
- España: La OMS comunica que el país está libre de la enfermedad por el virus del Ébola
- La enfermedad de Chagas, paradigma de la inequidad en salud

Adhieren:

SLAMVI

Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/

CIRCULO MÉDICO DE CÓRDOBA

www.circulomedicocba.org/

CMPC 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/

Córdoba

La Voz **Dos nuevos casos de síndrome urémico hemolítico**

1 de diciembre de 2014 – Fuente: La Voz del Interior (Argentina)

Dos niños se encuentran internados en la terapia intensiva de la Clínica Universitaria Reina Fabiola con síndrome urémico hemolítico (SUH). La información fue confirmada por el director del establecimiento, Richard Theaux.

La nefróloga pediatra Élide Inchaurregui precisó que los dos niños afectados son de la ciudad de Córdoba, y que uno de ellos tiene sólo 6 meses y el otro 4 años y medio. "Ambos están en diálisis", señaló la médica, quien recordó que el SUH proviene de una intoxicación alimentaria, la mayor parte de las veces vinculada a la bacteria *Escherichia coli*, que suele comenzar con diarrea.

Inchaurregui informó que el bebé ingresó a la clínica el 26 de noviembre con un diagnóstico presuntivo de gastroenteritis, tras lo cual se confirmó que se trataba de SUH. "El bebé tuvo una mejoría y aunque sigue en diálisis, está evolucionando en forma favorable", dijo.

El otro niño se encuentra en estado reservado, con compromiso multisistémico, indicó la profesional.

La semana pasada se conocieron otros dos casos de la enfermedad en Córdoba: una niña de 2 años oriunda de Villa Carlos Paz, que fue hospitalizada en la Clínica Vélez Sársfield; y otra de 4 años de Río Cuarto, internada en el Hospital Infantil Municipal.



Argentina



Vigilancia de fiebre hemorrágica argentina

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

Tabla 1. Casos notificados y confirmados, según provincia y región. Argentina. Años 2013/2014, hasta semana epidemiológica 42. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.¹

Provincia/Región	2013		2014	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	—	—	2	1
Buenos Aires	54	10	45	3
Córdoba	5	1	9	1
Entre Ríos	3	—	3	—
Santa Fe	260	23	153	6
Centro	322	34	212	11
Mendoza	1	—	—	—
San Juan	—	—	—	—
San Luis	—	—	2	—
Cuyo	1	—	2	—
Corrientes	1	—	—	—
Chaco	1	—	1	—
Formosa	1	—	—	—
Misiones	—	—	—	—
NEA	3	—	1	—
Catamarca	—	—	—	—
Jujuy	50	—	2	—
La Rioja	—	—	—	—
Salta	2	—	—	—
Santiago del Estero	—	—	—	—
Tucumán	1	—	—	—
NOA	53	—	2	—
Chubut	—	—	—	—
La Pampa	—	—	—	—
Neuquén	—	—	—	—
Río Negro	—	—	—	—
Santa Cruz	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—
Sur	—	—	—	—
Total Argentina	379	34	217	11

¹ Los casos notificados incluyen casos sospechosos, probables, confirmados y descartados.

El jefe del Gabinete de Ministros de Argentina, Jorge Milton Capitanich, junto al ministro de Salud de la Nación, Juan Luis Manzur, encabezaron el 2 de diciembre desde un depósito frigorífico el inicio de la distribución a todos los distritos del país de una primera partida de 800.000 dosis de la vacuna contra el rotavirus, la principal causa de gastroenteritis aguda en niños menores de cinco años de edad y motivo de alrededor de 20.000 internaciones al año por diarreas graves. A partir del anuncio, en junio pasado, de la presidenta de la Nación, Cristina Elisabet Fernández Wilhelm, se incorporó esta herramienta de prevención al Calendario Nacional de Vacunación de 2015 y comenzará a ser aplicada en enero.

“En virtud de una orden expresa de la Presidenta Cristina Fernández, Argentina se encamina a ser uno de los países con mayor cobertura de vacunación gratuita y obligatoria en todo el mundo”, señaló Capitanich en referencia a que “es un logro significativo porque hasta 2003 solamente existían seis vacunas, y a partir de 2015 serán 19” las incluidas en el calendario del Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (PRONACEI) de la cartera sanitaria nacional.

Destacó que la incorporación de la vacuna contra el rotavirus supuso “una inversión de 11 millones de dólares que hace el Estado nacional y que se complementará con las dosis contra la varicela y contra el meningococo en el transcurso de 2015”.

A su vez, Manzur indicó que se está cumpliendo con el programa con la distribución de una primera partida de 800.000 dosis, sobre un total de 1.500.000, destinadas a los más de 8.000 centros de salud de todo el país. “En enero comenzaremos la vacunación contra el rotavirus, en abril con la vacuna contra la varicela y en el segundo semestre de 2015 incorporaremos la vacuna contra el meningococo”, explicó.

“En estos depósitos están almacenadas más de 40 millones de dosis de todo tipo de vacunas, tenemos un stock más que importante para seguir abasteciendo a toda Argentina”, apuntó antes de reiterar que “no es verdad ni es correcto” que haya faltantes de medicamentos. “El Ministerio de Salud tiene una línea gratuita (0800-333-7763) en la que cualquiera puede denunciar la falta de medicamentos; tenemos permanentemente chequeado día a día el stock que hay en Argentina de todos los medicamentos y en los últimos 15 días no hemos recibido ninguna denuncia”, puntualizó Manzur.

Daniel Stamboulián, ex presidente de la Sociedad Argentina de Infectología y de la Asociación Panamericana de Infectología, manifestó: “El problema es que las diarreas infantiles son muy importantes, sobre todo en la cantidad de internaciones que provocan en los niños menores de un año: esta vacuna sirve para controlar el rotavirus, que es la principal causa de diarrea. Es un hecho muy importante que esta vacuna se haya incorporado al calendario, porque la diarrea es una de las principales causas de mortalidad de los chicos carenciados”.

Acerca de la vacunación contra el rotavirus

Se adquirieron 1.500.000 vacunas contra el rotavirus para cubrir un esquema de dos dosis para 750.000 niños de dos meses a partir del 1 de enero de 2015. Se aplicará una primera dosis a los niños de dos meses y la segunda dosis a los cuatro meses con el fin de disminuir las consultas por gastroenteritis aguda (hay unas 500.000 al año) y las internaciones (20.000 por año) y las muertes (30-50 por año)

Sin la inmunización, la gran mayoría de los niños entre 3 y 5 años presentan al menos un episodio de infección por rotavirus. El espectro de manifestaciones clínicas es amplio y varía de episodios leves de diarrea a gastroenteritis grave con deshidratación y riesgo de deceso.

La diarrea aguda está entre los principales causantes de enfermedad y muerte en la primera infancia, especialmente en poblaciones vulnerables y, según datos de la Organización Mundial de la Salud, es la tercera causa global de mortalidad en menores de 5 años. Si bien la posibilidad de contraer la infección no se relaciona con el nivel socio-económico, la población con más bajos recursos es la que presenta mayores riesgos y a la que hasta el momento también se le dificultaba el acceso a la vacuna, debido al costo de la misma.

De acuerdo a una investigación del Ministerio de Salud que analizó los beneficios de la vacunación contra rotavirus según quintiles de riqueza en los hogares, la introducción de esta vacuna al Calendario Nacional resultará una intervención de alto impacto social que favorecería a toda la población, pero muy especialmente a los hogares que pertenecen a los quintiles de ingresos más bajos.

En Argentina se notifican entre 1.100.000 a 1.250.000 casos de diarreas agudas por año, entre los cuales 45-50% corresponde a niños menores de 5 años, lo que equivale a entre 490.000 y 550.000 casos de diarreas anuales. De éstas, se estima que 20-30% son producidas por rotavirus. El grupo etario más afectado y que presenta mayor riesgo de complicaciones, que derivan en internaciones por deshidratación y muerte, son los menores de 2 años.

La vacunación contra el rotavirus es una oportunidad importante no sólo para disminuir la diarrea grave causada por rotavirus y la mortalidad que esta patología produce en niños menores de 5 años, sino también el impacto socio-económico negativo generado por la enfermedad, que representa un motivo frecuente de ausentismo laboral en los padres.

Según otro estudio realizado por el Ministerio de Salud de Argentina, que estimó los beneficios en salud y económicos de la vacunación contra rotavirus para todos los niños nacidos en 2015, la estrategia de vacunación evitará 22 muertes por diarrea en menores de cinco años; 166.338 consultas médicas y 15.896 hospitalizaciones anuales.

Además, los costos de tratar esta enfermedad para el sistema de salud y para la sociedad se reducirán en 11.070.000 dólares. Teniendo en cuenta la inversión del programa de vacunación y los costos de tratamientos evita-

dos, la vacunación rutinaria contra el rotavirus en Argentina resultó, en este estudio, una medida altamente costo-efectiva, además de un significativo indicador social y sanitario.

La incorporación de una vacuna segura y eficaz es considerada la medida de control más adecuada, al tiempo que posibilita la igualdad en el derecho a la salud para toda la población objetivo del territorio nacional.

América

laRazón **Bolivia, La Paz: En el municipio de Mapiri se registró el primer caso fatal de leptospirosis de 2014**

27 de noviembre de 2014 – Fuente: La Razón (Bolivia)

Una mujer de 65 años de la región de Caña Pampa, en el municipio de Mapiri, de La Paz, se constituye en la primera víctima de este año por leptospirosis. La intervención del Servicio Departamental de Salud (SEDES) evitó que la enfermedad se expanda a otras comunidades.

“El 18 de octubre se reportó la muerte de una mujer por leptospirosis. Inmediatamente se realizó la intervención en la zona y se detectaron 50 casos sospechosos; de ellos, seis dieron positivo para *Leptospira interrogans*”, informó René Barrientos, director de Epidemiología del SEDES La Paz, quien también explicó que esta bacteria que produce la leptospirosis puede estar presente en la orina de roedores.

El contagio se produce por el contacto directo con la orina del animal infectado. Los síntomas son fiebre, dolor de cabeza y músculos, y malestar general. Si no es tratada a tiempo, puede dañar los riñones, el hígado, causar problemas respiratorios y en algunos casos puede ser mortal.

“Por los casos reportados podemos decir que fue una epidemia la que se registró en Mapiri, por ello se realizó la detección del roedor y verificamos la presencia de ratones en 100% de las 195 viviendas, por lo que procedimos a eliminarlos”, indicó. Barrientos señaló que la enfermedad es monitoreada desde 2009, cuando se reportaron 11 casos, pero al siguiente año bajó a cuatro, y en 2011 a solo uno.

“La situación estaba casi controlada, pero las lluvias y la subida del agua causó que el roedor llegue a las casas”, mencionó el epidemiólogo. Señaló que los municipios en riesgo por la enfermedad son Teoponte, Palos Blancos, Caranavi, La Asunta, Apolo, Guanay, San Buenaventura y Mapiri.²



Brasil: Detectan una nueva cepa del virus Chikungunya

6 de noviembre de 2014 – Fuente: 63rd Meeting of the American Society of Tropical Medicine and Hygiene

Cuando el virus Chikungunya llegó por primera vez al Hemisferio Occidental el año pasado, los seres humanos fueron relativamente afortunados. La enfermedad, que causa un dolor paralizante en las articulaciones que persiste durante semanas, o incluso meses, y para la que no existe un tratamiento o vacuna conocida, saltó de las islas del Caribe al territorio continental americano. Pero la cepa del virus que se esparcía a través de la región entonces era una que solo podía fácilmente propagarse a través del mosquito *Aedes aegypti*. Esa casualidad ecológica fue una buena noticia para algunos países de la región, como Estados Unidos, donde el mosquito no es tan común.

Las personas que viven en las Américas fueron particularmente afortunadas de que la otra cepa predominante del virus Chikungunya, una que proviene de África y ha alimentado brotes significativos en los países asiáticos en la última década, no llegara al Hemisferio Occidental. La cepa africana ha estado acumulando mutaciones que le permiten propagarse más fácilmente por otro mosquito, *Ae. albopictus*. Ese insecto puede sobrevivir en temperaturas más frías y pone sus huevos en una variedad más amplia de lugares, por lo que es más difícil de exterminar. El nombre *chikungunya* tiene origen africano, viene de la lengua makonde y quiere decir “doblarse por el dolor”.

Sin embargo, nuevos hallazgos en Brasil sugieren que el riesgo para las Américas podría estar en aumento. Pedro Vasconcelos, director del Instituto ‘Evandro Chagas’, en Brasil, advierte que en uno de los 26 estados del país se ha detectado la cepa africana más problemática del virus. Esa forma es la segunda en llegar a Brasil, uniéndose a la cepa derivada de Asia que ya está circulando en todo el Hemisferio Occidental.

La mayoría de los casos de Brasil se encuentran en el estado de Bahia, en la costa este, el mismo lugar donde la cepa africana está apareciendo, por lo que los funcionarios creen que esa forma es la más común en Brasil. Afortunadamente, la cepa africana detectada en el país no parece haber desarrollado todas las mutaciones observadas en el Sudeste Asiático. “Tales adaptaciones genéticas, si están presentes, podrían hacer que el virus sea hasta 100 ve-



Aedes albopictus

² Mapiri es una localidad y municipio de Bolivia, ubicado en el norte del departamento de La Paz, en la provincia Larecaja. Se encuentra a una altura promedio de 600 msnm, a 314 km de distancia de la ciudad de La Paz, sede de gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia. Su clima es cálido húmedo, con una temperatura que oscila entre 20 y 30°C. Se caracteriza por ser una región minera, siendo la extracción de oro una de las actividades principales. Tiene una población de 16.820 habitantes.

ces más infeccioso para los mosquitos”, dice Stephen Higgs, un experto en el virus Chikungunya de la Universidad Estatal de Kansas. “No obstante, esas mutaciones de un solo punto, aún podrían aparecer, y es difícil predecir la probabilidad de que eso suceda”, dice Vasconcelos. Las mutaciones reducen el umbral de lo que se necesita para que un mosquito se infecte con el virus, lo replique en su cuerpo y lo transmita a los seres humanos cuando los pica.

El verano en Brasil ya comenzó, una temporada de lluvia copiosa que crea caldos de cultivo más idóneos para los mosquitos, que luego pueden picar a los humanos y extender el virus Chikungunya. La aparición del genotipo africano “solo empeorará una mala situación”, dice Scott Weaver, un experto en infecciones humanas en la Universidad de Texas, en Galveston.

“Tener dos genotipos del virus Chikungunya en Brasil no aumentará necesariamente el riesgo de propagación en Estados Unidos”, dice Higgs. Pero los viajes y el comercio mundial podrían traer la cepa que está ahora en Brasil a Estados Unidos y otros países de la región. “En el Hemisferio Norte la temporada de invierno mitigará la situación”, dice J. Erin Staples, médico epidemiólogo de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. “Esta empezando el período invernal en Estados Unidos, lo que protegerá a la mayoría de las personas en el territorio continental del país, pero los viajeros a Brasil u otras áreas con fiebre chikungunya deben tomar medidas preventivas”, dice, refiriéndose al uso de mangas y pantalones largos y la aplicación de un potente repelente de insectos.

Hay dos candidatas principales de vacunas contra el virus Chikungunya en este momento, pero tampoco se ha completado la prueba rigurosa requerida antes de que puedan estar disponibles para las personas. Una aún no ha sido probada en seres humanos y la otra no ha pasado todas las etapas obligatorias de las pruebas para asegurarse de que es eficaz en la prevención de la enfermedad. Exactamente qué organización o nación puede financiar la producción en masa de estas vacunas, suponiendo que resulten eficaces, también sigue siendo una pregunta abierta. “Hay muchas cosas que no sabemos acerca de este patógeno, sobre todo cuando entra en nuevos territorios”, concluyó Higgs.

Clinical
Pediatrics

Estados Unidos: Los monopatines son la principal causa de lesiones relacionadas con los juguetes en los niños

30 de noviembre de 2014 – Fuente: *Clinical Pediatrics*

He aquí una estadística aleccionadora para pensarlo dos veces antes de comprar los regalos para los niños en esta temporada de fiestas de fin de año: un nuevo estudio muestra que un niño es tratado en un departamento de emergencias estadounidense por una lesión producida con un juguete cada 3 minutos.

Los investigadores también hallaron que aproximadamente 3,3 millones de niños con lesiones producidas con juguetes fueron tratados en emergencias entre 1990 y 2011, y la tasa de lesiones producidas con juguetes aumentó en casi 40% durante ese tiempo; gran parte de ese aumento se debió a los monopatines que se impulsan con el pie.

Un poco más de la mitad de las lesiones relacionadas con juguetes las sufrieron niños menores de 5 años. Los niños menores de 3 años de edad estaban particularmente en riesgo de atragantarse con juguetes pequeños y con partes pequeñas de juguetes, según los hallazgos. Y hubo más de 109.000 casos de niños menores de 5 años que tragaron o inhalaron cuerpos extraños durante el periodo de estudio, o casi 14 casos al día.

Las lesiones producidas con juguetes con ruedas, como los monopatines impulsados con el pie, carretas y triciclos, aumentaron a medida que los niños se hacían mayores: 42% de las lesiones se las produjeron niños de 5 a 17 años, y 28% niños menores de 5 años.

En las lesiones con juguetes con ruedas había tres veces más probabilidades de que hubiera un hueso roto o una dislocación que con los demás juguetes. Las caídas (46%) y las colisiones (22%) eran las causas más habituales de lesiones provocadas por todos los tipos de juguetes.

Los monopatines impulsados con el pie produjeron más de 580.000 lesiones entre 2000 y 2011, casi una cada 11 minutos. “La frecuencia y el aumento de la tasa de las lesiones de niños asociadas con juguetes, especialmente las relacionadas con los monopatines impulsados con el pie, es preocupante”, afirmó el autor principal del estudio, el Dr. Gary Smith, director del Centro de Investigación y Políticas de Lesiones del Hospital Pediátrico Nacional.

Ofreció algunos consejos de seguridad para los padres y los cuidadores:

- Leer y seguir las restricciones según la edad y otras directrices de los fabricantes para los juguetes, y examinar todos los juguetes con partes pequeñas que podrían suponer un peligro para los niños pequeños.
- Restringir el uso de los juguetes con ruedas para las superficies secas y planas alejadas del tráfico, y supervisar de cerca a los niños menores de 8 años que tengan un juguete con ruedas. Hacer que los niños usen cascos, rodilleras y coderas cuando vayan en monopatín y otros juguetes con ruedas.
- Revisar el sitio web sobre productos retirados del mercado del gobierno federal (<http://www.recalls.gov/>) para ver si los juguetes que se tiene o se desea comprar han sido retirados.³



³ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#) (requiere suscripción).



Haití: La epidemia de cólera deja 132 muertos más en 2014

26 de noviembre de 2014 – Fuente: France Press

La epidemia de cólera continúa dejando víctimas en Haití, donde 132 personas murieron y cerca de 15.000 han sido afectadas por la enfermedad en lo que va de 2014, reveló el 26 de noviembre un reporte de la Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA).

Desde el brote de la epidemia en octubre de 2010, “un número inaceptable de personas fueron afectadas con cerca de 712.330 casos sospechosos, y una estimación de 8.655 muertos”, según el informe de la OCHA, citando al Ministerio de Salud Pública y Población (MSPP) de Haití.

En 2014 se registraron 14.869 casos sospechosos y 132 muertes, indica el documento, mientras Médicos Sin Fronteras (MSF) se queja de la falta de camas disponibles para recibir a los enfermos.

“Más de 2.000 personas presentando síntomas de cólera fueron hospitalizadas de urgencia desde mediados de octubre en Port-au-Prince. Una mayoría de la población haitiana sigue expuesta al cólera por falta de acceso al agua potable y a letrinas. La capacidad para gestionar a los enfermos todavía es insuficiente”, subrayó MSF.

Por su parte, la agencia de la Organización de Naciones Unidas (ONU) observó un “aumento muy significativo en la incidencia del cólera en las regiones metropolitanas de Port-au-Prince y sus alrededores desde finales de septiembre, en un contexto de lluvias fuertes y retrasadas”.

“Los pacientes vienen a nosotros en un estado crítico porque no existe un dispositivo de atención de emergencia a pesar del Plan Nacional de Eliminación del Cólera”, lamentó Oliver Schulz, jefe de la misión de MSF en Haití, el país más pobre de la región.

Los organismos internacionales que luchan contra el cólera esperan un “apoyo suplementario a fin de mantener y responder necesidades urgentes”. El retiro prematuro de las misiones “podría comprometer los resultados obtenidos hasta ahora” y provocar un rebrote de la enfermedad.

MSF estima que “cuatro años después de la aparición del cólera, el sistema de la salud encara cada día dificultades en términos de financiamiento, recursos humanos y medicamentos”.

En junio de 2011, un estudio publicado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos concluyó que el cólera, que había desaparecido 150 años atrás en la isla, fue reintroducido por los cascos azules de Nepal desplegados en el país durante el devastador terremoto de enero de 2010.

Sin reconocer responsabilidad por la epidemia, la ONU afirmó que era imposible determinar formalmente el origen de la enfermedad.



México, Veracruz: Después de 16 años reaparece la malaria en la Cuenca del Papaloapan

30 de noviembre de 2014 – Fuente: Imagen del Golfo (México)

Detectaron un caso de malaria en el municipio de Playa Vicente, por lo que los pobladores se encuentran temerosos de que haya un brote de dicha enfermedad. Desde 1998 la Cuenca del Papaloapan se encontraba libre de casos de malaria.

Personal de Vectores de la jurisdicción sanitaria con cabecera en Cosamaloapan comenzó la fumigación en dicho municipio por lo que a pesar de que se trató de ocultar este caso de malaria, la gente de Playa Vicente se alarmó al ver tantas camionetas recorriendo y fumigando.

A pesar de que el sector salud realiza a nivel estatal la toma anual de pruebas de gota gruesa, principalmente en los municipios por donde transitan los migrantes centroamericanos, este caso en Playa Vicente no fue atendido a tiempo por lo que podría salirse de control, ya que los mosquitos podrían ya haber contagiado a cientos de personas y haber un brote.⁴



República Dominicana: Salud logra controlar un brote de diarrea en el sur del país

2 de diciembre de 2014 – Fuente: El Caribe (República Dominicana)

“El brote diarreico detectado en la provincia de San Juan de la Maguana y la cárcel pública del kilómetro 15 de Azua ha sido controlado”, afirmó el Dr. José Manuel Puello, director general de Salud Colectiva, quien aseguró que no han vuelto a detectar otros brotes y que las autoridades sanitarias mantienen una estricta vigilancia e investigan las posibles causas del brote.

Puello sostuvo que se ha determinado que el brote fue producto de una amebiasis, pero que se están realizando los estudios para determinar si hay otro componente.

Dijo que con relación a la Cárcel del 15 de Azua resultaron afectados de diarrea 26 reclusos, diez fueron ingresados en un centro médico, pero que el 1 de diciembre dos fueron dado de alta y 16 están en observación.

⁴ Playa Vicente es un municipio perteneciente a la Región Papaloapan del estado de Veracruz, México. Es uno de los municipios más representativos de la Cuenca del Papaloapan. Posee una extensión de 1.721,20 km². En 2010, el municipio contaba con 40.984 habitantes.

La Cuenca del Papaloapan es la denominación común de la cuenca hidrológica del río Papaloapan y sus afluentes. Está ubicada en el sureste del país abarcando tres estados (parte norte de Oaxaca, parte sur de Puebla y parte centro de Veracruz). Esta región cuenta con tierras fértiles y un clima cálido-húmedo, factores propicios para el desarrollo de la agricultura, ganadería, pesca y la industria azucarera.

El fin de semana último el Ministerio de Salud reportó en el municipio de Juan Herrera 10 casos de enfermedad diarreica aguda, en Sabaneta se notificó uno, otro en La Jagua y siete en La Maguana y Hato Nuevo. También hubo casos en Sabaneta, Caño Frío, La Jagua, Guasumal, Pasatiempo, La Cana de Guasumal, de San Juan de la Maguana.

EL UNIVERSAL **Venezuela: Casi tres millones de casos de síndrome febril**

2 de diciembre de 2014 – Fuente: El Universal (Venezuela)

A 2.851.845 casos ascienden los casos de síndrome febril en Venezuela, según el recuento que de los mismos hace el Boletín Epidemiológico N° 44, que publica semanalmente el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).

La cifra duplica lo que para esta misma semana se contabilizaba el año pasado, cuando los casos fueron 1.413.492.

José Félix Oletta, ex ministro de Salud y miembro de la Red Defendamos la Epidemiología, consideró que estos casos corresponden a fiebre chikungunya.

“Cuando vemos que el resto de las enfermedades de notificación obligatoria, que son alrededor de 70, no están por encima de los valores esperados, hasta que no se demuestre lo contrario, es fiebre chikungunya. El MPPS tiene la obligación de decir y orientar a la población con respecto a esta enfermedad e informar de qué se tratan los casos; si no es fiebre chikungunya, decir qué es”, señaló Oletta.

Explicó que la cantidad elevada de casos en gran parte se debe a que la población venezolana nunca antes estuvo en contacto con este virus, por lo que no tiene anticuerpos para combatirlo. “Todos somos susceptibles y vulnerables. Existe una gran población del vector, y es muy fácil la transmisión de una persona enferma a una sana”, comentó Oletta.

Agregó que también existen muchas condiciones ambientales y sociales para que proliferen la enfermedad, como el hecho de que en muchos hogares almacenen agua y no lo hagan de la manera correcta, o que el sistema de salud esté muy debilitado, lo que hace que los mosquitos se multipliquen y, por ende, lo hagan también las enfermedades que ellos transmiten, en este caso la fiebre chikungunya.

Esta enfermedad que llegó a Venezuela a mediados de año se caracteriza por fiebre muy alta y fuertes dolores en las articulaciones. De presentarse estos síntomas se debe acudir al médico para hacer un diagnóstico correcto y comenzar el tratamiento. La fiebre chikungunya es una enfermedad que no tiene tratamiento preestablecido. Los especialistas recomiendan reposo y acetaminofén para tratar esta afección.

En cuanto al hecho de que la fiebre chikungunya no se reseñe en el Boletín Epidemiológico, Oletta señaló que eso se debe a que el MPPS todavía no le ha dado un código a la enfermedad y por lo tanto todavía no se puede incluir en el boletín. Además, los médicos no la pueden clasificar como tal.

El último reporte que se realizó de fiebre chikungunya lo brindó el MPPS en octubre pasado e indicó que se contabilizaban 9.831 casos.



El mundo



África: El sida se roba a los adolescentes

1 de diciembre de 2014 – Fuente: Inter Press Service

Cuando Shola⁵ tenía 13 años, hace dos, lo echaron de su casa en Abeokuta, en el sudoeste de Nigeria, después que su familia se enteró que el análisis de VIH le había dado positivo. Entonces vivía con su padre, la esposa de este y sus siete hijos.

“La madrastra insistió en que Shola tenía que irse porque podía infectar a los otros niños”, relató Tayo Akinpelu, director de la Iniciativa Salvadores de Futuro para la Juventud.

Akinpelu recurrió a la mamá de Shola, quien se había vuelto a casar. Pero esta se negó a ayudar arguyendo que el padre debía hacerse responsable de su hijo.

“Shola se sintió un paria”, relató Akinpelu. Al final, sus abuelos se hicieron cargo de él.

El VIH destruye a las familias en Nigeria y, en general, en África, donde esta enfermedad se volvió la principal causa de muerte entre los adolescentes.



A medida que el sida se vuelve la principal causa de muerte entre adolescentes en África, es fundamental empoderar a los jóvenes, en especial a las niñas, para que puedan tener opciones que les salven la vida.

⁵ Nombre ficticio para proteger su identidad.

Adolescentes con VIH en Tanzania

Es alarmante que la prevalencia del VIH entre los adolescentes de 15 a 19 años de Tanzania no haya disminuido entre 2007 y 2012. Unos 165.000 adolescentes son portadores del virus del sida, entre los que hay 97.000 niñas y 68.000 varones. Algunos nacieron con el VIH y otros lo contrajeron de niños o en la adolescencia.

Para comprender mejor sus necesidades, la Comisión de Tanzania para el Sida condujo un estudio entre adolescentes de entre 15 y 19 años en siete regiones.

Algunas de sus conclusiones:

- Cuatro de cada 10 eran sexualmente activos, la mayoría con una pareja regular.
- Poco más de la mitad declaró haber utilizado condón en su última relación sexual.
- Un tercio dijo haber sufrido violencia sexual. Pocos dijeron haber hablado del asunto con amigos o familiares o, incluso, haberlo denunciado.
- Poco más de un tercio conocían los servicios de planificación familiar o de protección infantil.

El estudio urgió a difundir la información sobre los servicios de salud reproductiva y sexual y de protección infantil entre adolescentes con VIH para que puedan tomar decisiones seguras para su vida y tener acceso a atención y apoyo.

La prevalencia nacional del VIH es de 5%, según ONUSIDA.

“Es totalmente inaceptable”, se lamentó Craig McClure, jefe del programa de VIH del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en New York. “Es más, las muertes vinculadas al sida disminuyen en todos los grupos etarios, salvo en la adolescencia”, apuntó.

Los fallecimientos relacionados con el sida cayeron 30% entre 2005 y 2012, pero aumentaron 50% entre los adolescentes, según un informe de UNICEF.

Miedo a pedir ayuda

Una de las razones de la gran cantidad de muertes, según Arjan de Wagt, jefe de VIH/sida de UNICEF en la ciudad nigeriana de Abuja, es que muy pocos adolescentes reciben tratamiento con antirretrovirales.

De los 3,1 millones de personas portadoras del VIH en Nigeria, la mitad tienen menos de 24 años. Pero solo dos de cada 10 de las mayores de 15, y una de cada 10 menores de 15, recibían medicamentos en 2013, dijo De Wagt.

La exclusión de la familia y de la sociedad, como le ocurrió a Shola, o el miedo al rechazo hace que estos adolescentes no reciban la ayuda necesaria.

“Muchos adolescentes con VIH mueren en silencio porque tienen demasiada vergüenza como para recibir tratamiento”, confirmó la psicóloga de adolescentes residente en Lagos, Blessing Uju.

“La vergüenza es aún mayor entre las niñas. En Nigeria, si eres portador del VIH, parece que fueras una trabajadora sexual”, explicó.

Sally⁶ (nombre ficticio para proteger su identidad) no les dijo a sus padres ni hermanos que el análisis de sida le dio positivo hace cuatro años, cuando tenía 19. “Hay mucho estigma a nivel familiar”, indicó.

Y si bien era consciente de los peligros de no tomar la medicación con regularidad. Sally solía saltarse algunas pastillas para que en su casa no la vieran hacerlo. “Los jóvenes necesitan una persona de confianza. Si no son lo suficientemente fuertes, pueden terminar por quitarse la vida”, remarcó.

Los adolescentes necesitan ayuda para seguir tomando antirretrovirales, subrayó Akinpelu.

Los abuelos de Shola solían preparar la primera comida del día por la tarde hasta que Akinpelu les explicó que las pastillas pueden causar náuseas si se consumen con el estómago vacío y que el joven iba a necesitar una comida sustanciosa más temprano.

El cansancio del tratamiento afecta más a los adolescentes, explicó Uju. “Algunos dicen que prefieren morir antes que consumir la medicación”, añadió.

Alta mortalidad

De los 2,1 millones de adolescentes con VIH que había en el mundo en 2012, más de 80% vivían en África Subsahariana, según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA).

En Malawi, con 93.000 adolescentes portadores de VIH, pierden la vida 6.900 por causas vinculadas al sida. “La gran mortalidad tiene que ver con diagnósticos demorados y con el inicio del tratamiento demasiado tarde”, explicó Judith Sherman, de UNICEF en Lilongwe.

La política de Malawi es que se debe ofrecer el análisis de VIH a todos los niños y niñas que se atiendan en centros de salud. “Pero por desgracia, no se realiza de forma rutinaria”, se lamentó.

La adhesión de los adolescentes a los antirretrovirales es más baja que la de los adultos, precisó Sherman, “por varias razones como fatiga del tratamiento, depresión, miedo al estigma, negación y relaciones familiares inestables”.

Los 165.000 adolescentes que se estima son portadores del VIH en Tanzania sufren dificultades similares a sus pares de Nigeria y Malawi.

Allison Jenkins, directora de VIH/sida de UNICEF en Tanzania, dijo que los clubes son una de las formas efectivas de ayudar a los adolescentes. “Los clubes de adolescentes mejoran la adhesión al tratamiento, en especial entre quienes concurren de forma asidua”, añadió.

VIH entre las adolescentes

Es alarmante el sesgo de género que tiene la prevalencia del VIH, pues la tasa de infección entre las adolescentes es lo que ONUSIDA considera “inaceptablemente alta”.

Datos básicos

Mortalidad adolescente a causa del sida en 2013:

- Sudáfrica 11.000
- Tanzania 10.000
- Etiopía 7.900
- Kenia 7.800
- Zimbabue 6.500
- Uganda 6.300
- Malawi 5.600
- Zambia 4.400
- Mozambique 3.900
- Ruanda 1.200
- Lesotho 1.200

⁶ Nombre ficticio para proteger su identidad.

La prevalencia de la enfermedad en las adolescentes de entre 15 y 19 años en Mozambique es de 7%, más del doble de los varones de su misma edad. Botsuana presenta un escenario similar.

Lucy Attah, de la organización Mujeres y Niños que viven con VIH y Sida, con sede en Lagos, atribuyó la situación a la pobreza. "Las niñas se ven obligadas a cambiar sexo por dinero para mantenerse. La presión de conseguir fondos es mayor en las ciudades, donde las adolescentes compiten por los mejores teléfonos móviles o ropa", indicó.

Las adolescentes se inician en la actividad sexual, en las drogas y el alcohol, se sienten invulnerables y experimentan la presión social y económica de volverse adultas. El VIH y la falta de servicios de salud especiales para jóvenes son las claves del problema, señala el informe de UNICEF.

"Tenemos que hacer más y hacerlo bien, concentrarnos en África Subsahariana y en las adolescentes, que es donde está la mayor carga de la enfermedad", subrayó McClure.

europa África Occidental: La OMS estima que en seis meses ya no habrá casos de la enfermedad por el virus del Ébola

press 2 de diciembre de 2014 – Fuente: Europa Press

La epidemia de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) se ha estabilizado en los tres países de África Occidental más afectados, con excepción de áreas del oeste de Sierra Leona, pero llegar al objetivo final de cero casos tomará al menos hasta mediados del próximo año, según la OMS.

Así lo declaró el director general adjunto de la OMS a cargo de la respuesta operacional a la epidemia, Bruce Aylward, tras anunciar que se ha alcanzado el objetivo de aislar y tratar a 70% de infectados y que 70% de entierros se hagan de forma segura en Liberia, Sierra Leona y Guinea.

Estos objetivos se han logrado dentro del plazo previsto de 60 días y ahora los expertos apuntan a una cobertura de 100% en ambas situaciones a principios de enero.

"La cuestión clave en adelante es completar la financiación y llegar a 100% de entierros seguros, 100% de casos aislados y 100% de contactos rastreados: así es como se detiene La EVE", declaró Aylward.

Para los especialistas, uno de los mayores riesgos ahora es que el tema de la EVE pierda interés para los medios de comunicación y que con ello empiecen a disminuir los fondos que destinan los donantes a combatir la epidemia.

"No hay espacio para el optimismo cuando se está ante el virus del Ébola, ni cuando se habla de números bajos: sólo cuando se llega a cero casos", dijo el responsable.

La OMS intenta evitar que se baje la guardia debido a las relativas buenas noticias y que un evento inesperado pueda hacer resurgir la epidemia. Por esa razón, a pesar de que en algunos centros de tratamiento las camas están vacías, cerrarlas está excluido.

Lo adecuado ahora es reajustar su tamaño y no cerrarlas. Hay que recordar que la enfermedad sigue allí y puede propagarse nuevamente. "Basta con un par de entierros mal llevados, un par de infecciones en el medio hospitalario y los números pueden estallar muy rápido", reflexionó Aylward.

En la etapa que se abre con el anuncio de las metas alcanzadas, a la cobertura total de casos aislados y entierros seguros se agrega la búsqueda de casos y el rastreo de los contactos de los enfermos para detectar posibles contagios.

Esta tarea ha empezado ya y la OMS ha entrenado para cumplirla a unas 6.000 personas, aunque en total necesita unas 20.000 para los tres países, la mayoría de ellas personal nacional que recibirá apoyo de expertos internacionales.

"Para llegar a cero hay que encontrar cada caso y así detener la transmisión. Si hacemos rigurosamente la búsqueda de casos podemos cazar al virus y terminar con él", explicó Aylward.

Para ello, la OMS planea tener en los próximos dos meses un equipo mínimo de 5 ó 6 personas en cada distrito, condado y prefectura de los tres países para reforzar la vigilancia y realizar el rastreo de contactos.

De manera general, el ritmo de expansión de la EVE se ha estabilizado en los tres países y reducido en varios lugares que fueron hasta hace poco focos de la epidemia, aunque el aumento de casos en el oeste de Sierra Leona preocupa a los especialistas. Sin embargo, éstos creen que allí la situación puede mejorar en cuestión de semanas con un aumento de camas para los enfermos.

En la evaluación, Liberia fue el país donde la disminución de los contagios ha sido más marcada y que ha dado, por tanto, las mejores noticias.

En Guinea, la propagación también se ha estabilizado en cuanto al número de casos, pero éstos se han expandido geográficamente. Ahora, 17 prefecturas del país han reportado casos, el doble que hace dos meses.

Para Aylward, el control total de la EVE pasa por el cambio de actitud de la población en los países afectados.

"Hay que recordar que la manera cómo se cuida a los enfermos o cómo se entierra a los muertos son cosas que muchas sociedades construyen a lo largo de miles de años y no cambian de la noche a la mañana", comentó.



Un socorrista rocía un cadáver con desinfectante en Monrovia, Liberia.

La OMS corrige la cifra de muertos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó el 1 de diciembre haber cometido un error en su último balance publicado el 29 de noviembre y situó el total de muertos en cerca de 6.000 en todo el mundo.

“Hubo un error que afecta a 1.000 muertos, porque el balance de muertos en Liberia es en realidad de 3.145” y no de 4.181 muertos, como había indicado la OMS. En consecuencia, el total de muertes se acerca a los 6.000 muertos y no a los 7.000, dijo la organización.

Según el nuevo balance, hasta el 28 de noviembre hubo 2.155 casos en Guinea (entre ellos 1.312 muertos), 7.635 casos en Liberia (3.145 muertos) y 7.109 casos en Sierra Leona (1.530 muertos).



Trabajador de MSF en centro de tratamiento de la EVE en Monrovia, Liberia.

Advierten que la respuesta frente a la epidemia no es ágil

El presidente de Médicos Sin Fronteras España (MSF), José Antonio Bastos, lamentó el 2 de diciembre que la respuesta que está dando la comunidad internacional a la epidemia de EVE ha sido lenta y poco ágil, lo que le impide adaptarse a la evolución de la misma.

Bastos insistió en que pese a que desde MSF se alertó desde hace meses del crecimiento exponencial del brote de EVE, la respuesta de la comunidad internacional y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) tardó en llegar y aunque ahora parece estar llegando a los países más afectados no lo hace al ritmo que evoluciona la epidemia.

Ahora, algunos países han comenzado a “construir infraestructuras, a entrenar a personal y a subcontratar o privatizar” la asistencia en Guinea, Sierra Leona y Liberia, los tres países más afectados, pero ésta, según su opinión, “no es la manera más ágil y eficaz de responder” frente a la EVE.

El presidente de MSF España se mostró especialmente crítico con el hecho de que algunos países optaran por subcontratar ONGs para que sean éstas las que lleven a cabo la ayuda sobre el terreno en lugar de enviar personal sanitario y en particular el caso de Australia, cuyo Gobierno contrató una empresa privada para realizar esta función.

Asimismo, incidió en que la construcción de infraestructura sanitaria, es decir, centros de tratamiento para casos de EVE que han acometido países como Estados Unidos o Gran Bretaña entre otros, aunque positiva es muy lenta y no permite adaptarse a la epidemia puesto que no permite que los recursos puedan emplearse donde se necesitan, ya que los casos de EVE no siempre se reducen a las capitales o las grandes ciudades, que es donde se construyen estos centros.

“La epidemia sigue avanzando y las respuestas no crecen al ritmo de las necesidades, sino que siguen con cocinándose lentamente durante meses” por lo que sus resultados también tardan meses en ser visibles, subrayó Bastos.

Por otra parte, indicó que MSF “no es tan optimista” como la OMS respecto a la situación de la epidemia, ya que considera muy modesto el objetivo de que 70% de los casos sean atendidos, dejando al tercio restante sin controlar.

En su opinión, la OMS reaccionó tarde respecto a la EVE pese a las advertencias de MSF ya en los meses de abril y mayo y no fue hasta agosto cuando declaró la emergencia de salud pública internacional. Esto se debe en su opinión, por una parte a los recortes en su presupuesto sufridos en los últimos años pero también a la falta de voluntad política a nivel internacional de actuar.



España: La OMS comunica que el país está libre de la enfermedad por el virus del Ébola

2 de diciembre de 2014 – Fuente: EFE

Desde hoy, España es un territorio libre del virus del Ébola, según comunicó la Organización Mundial de la Salud (OMS) al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, al no haber ningún caso sospechoso que presente síntomas de la enfermedad y al cumplirse los plazos de observación de todos los posibles afectados.

La notificación se realizó cuando se cumplen 42 días desde el segundo negativo de la auxiliar de enfermería Teresa Romero y tras confirmarse que la cooperante de Médicos Sin Fronteras (MSF), en vigilancia en el Hospital Carlos III de Madrid, no presenta síntomas de la enfermedad.

Esto significa que en España no hay ningún caso sospechoso de contagio y que se han cumplido los periodos estipulados de observación de todas las personas que han estado en contacto directo o indirecto con el virus.

Tras el alta de Teresa Romero, se produjo el ingreso de una médico cooperante española que fue repatriada desde Mali tras haberse pinchado accidentalmente con una aguja que había estado en contacto con material contagiado por el virus del Ébola.

No obstante, las pruebas del virus dieron negativas, lo que hizo que se mantuviese la fecha del día 2 para declarar a España libre de la enfermedad.



Un sanitario se quita las gafas del traje de protección contra el virus del Ébola en un entrenamiento.

La médica procedente de Mali, sin síntomas

El presidente de Médicos Sin Fronteras (MSF), José Antonio Bastos, informó el 2 de diciembre que la cooperante navarra de esta ONG que fue repatriada desde Mali se encuentra bien y está asintomática. Permanece ingresada en el Hospital Carlos III de Madrid.

Bastos comentó, no obstante, que todavía es necesario esperar “los 21 días mágicos” de cuarentena, desde que la doctora tuvo el contacto de riesgo, para corroborar que no padece la enfermedad.

Otras dos personas han estado en España con el virus, dos religiosos repatriados desde países africanos donde ya habían contraído la enfermedad. Precisamente, Teresa Romero se contagió al atender a uno de ellos, el sacerdote Manuel García Viejo, fallecido el 25 de septiembre, mientras que el religioso Miguel Pajares murió el 12 de agosto.

EL PAÍS

La enfermedad de Chagas, paradigma de la inequidad en salud

2 de diciembre de 2014 – Fuente: El País (España) – Autor: Joaquim Gascón⁷

La enfermedad de Chagas es una enfermedad originaria de Latinoamérica provocada por el parásito *Trypanosoma cruzi*, que sin tratamiento se cronifica. Afecta a 10 millones de personas y alrededor de 90-100 millones más están en riesgo de contraerla. La enfermedad tiene un impacto económico importante: un estudio lo cifra en más de 7.000 millones de dólares por año, cifra similar o incluso más alta que la de otras patologías como la rotavirus o el cáncer cervical.

Enfermedad silenciosa y silenciada. Silenciosa porque la transmisión a través de un insecto, mayormente en áreas rurales, pasa desapercibida, ya que la mayoría de sus síntomas clínicos iniciales son inespecíficos y se confunden con otras enfermedades más banales. Silenciosa porque cuando surgen complicaciones (cardíacas, digestivas, neurológicas), éstas se confunden también con otras enfermedades. Silenciosa también, porque en las zonas rurales los servicios de salud de muchos países tienen carencias. Silenciada, porque es una enfermedad ligada a la pobreza, y la pobreza se esconde, no se muestra. Silenciada incluso por la ciencia, que ha mantenido durante años hipótesis equivocadas sobre el porqué de la enfermedad. Silenciada porque los pobres interesan poco, están al margen. ¿Y quién asigna recursos en los márgenes de nuestra opulencia?

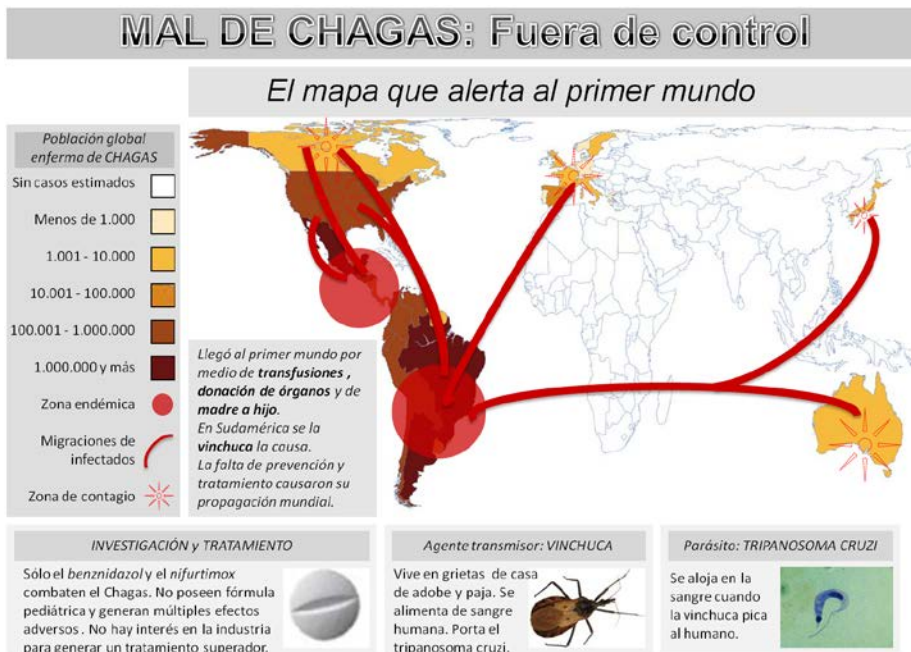
La globalización ha cambiado la epidemiología de la enfermedad de Chagas. Las migraciones han llevado a esta enfermedad a las grandes ciudades de América Latina, pero también a Europa y América del Norte. En España se calcula que hay alrededor de 70.000 personas afectadas.

La emergencia de la enfermedad en España y Europa ha posibilitado que se hable un poco más de ella. Sabemos que la enfermedad de Chagas es un problema de salud pública, sabemos que además de transmitirse a través de un insecto vector que no existe en Europa, el parásito también puede transmitirse a través de la donación de sangre, trasplante de órganos y de madres a hijos durante el embarazo o el parto.

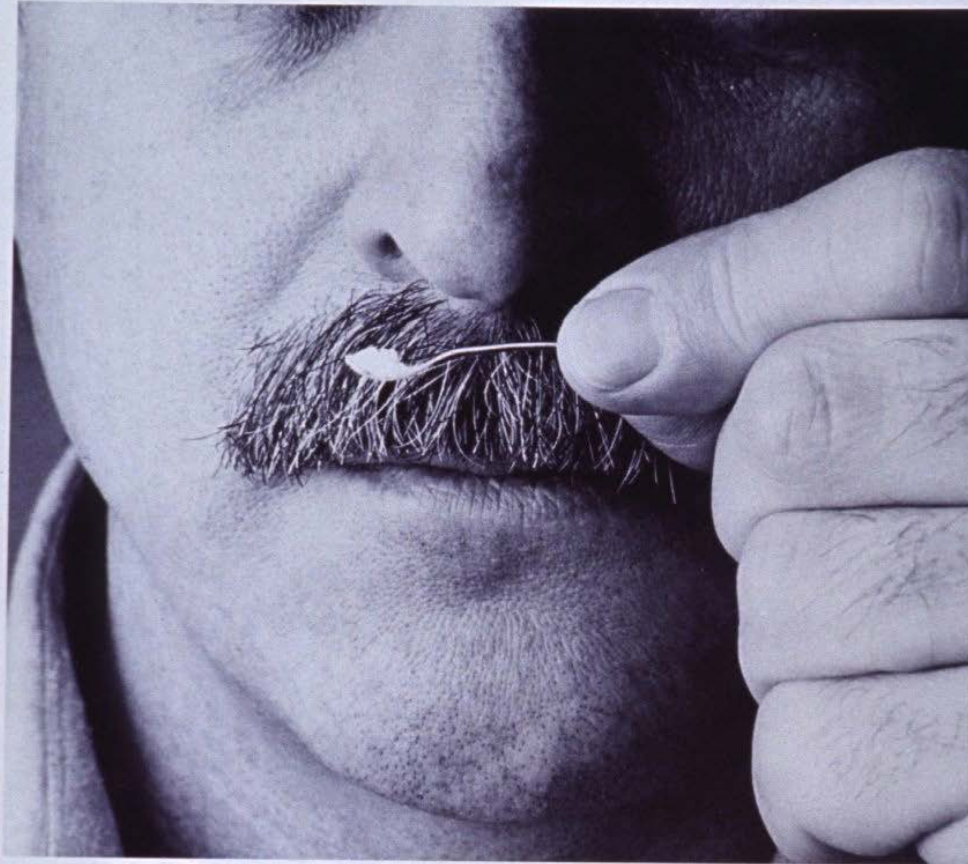
Históricamente se han dedicado escasos recursos para estudiar esta enfermedad o para proveer atención médica a los afectados. En el año 2012, la financiación dedicada a la investigación y desarrollo (I+D) en enfermedad de Chagas fue de 31,7 millones de dólares, que representa solo 1% de los fondos dedicados al conjunto de enfermedades llamadas “olvidadas”.

En los países endémicos de América Latina, se han dedicado esfuerzos para el control del insecto vector. Estos programas han sido exitosos en muchas zonas. Pero requieren esfuerzos mantenidos para evitar la recolonización – ya detectada en muchos lugares– de las casas por los insectos. Sin embargo, pocos recursos se dirigen a las personas. Bastante menos de 1% de los afectados recibe atención sanitaria y tratamiento. Para aquellos que tienen la suerte de ser diagnosticados, se están utilizando medicamentos de hace 50 años, con un nivel de eficacia y tolerabilidad mediocres. Sólo recientemente se han iniciado ensayos clínicos con nuevos fármacos.

Y en España, tenemos buen control en bancos de sangre y en trasplantes; la sensibilización de muchos profesionales está dando oportunidades a muchos pacientes, pero sólo unas pocas comunidades disponen de programas oficiales de control de la transmisión durante el embarazo. En España y en Europa de forma silenciosa nacen niños infectados por *T. cruzi*. La enfermedad de Chagas sigue arraigándose en las personas a través de las grietas de la inequidad.



⁷ Director de la Iniciativa contra la Enfermedad de Chagas del Institut de Salut Global (ISGlobal) y jefe de la Sección de Medicina Tropical del Hospital Clínic de Barcelona.



**HOW DO
YOU EXPECT
YOUR KID
TO KEEP HIS
NOSE CLEAN
IF YOU DON'T?**

They're the worst kind of hypocrite. Parents who warn their children about using drugs while they themselves are abusing drugs. What parents don't seem to realize is that it takes more than a good sermon to keep kids on the straight and narrow. It takes a good example. Without it, kids are likely to wind up abusing drugs just like Mom and Dad.

If you want your son to be strong.

If you want your daughter to have the willpower to walk the other way, practice what you preach.

Because you can't control your children if you can't control yourself.

**IF PARENTS STOP,
KIDS WON'T START.**

Partnership for a Drug-Free America.

¿Cómo pretendes que tu hijo mantenga su nariz limpia si tú no lo haces?

Partnership for a Drug-Free America (1988. New York, Estados Unidos).

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.