



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina

www.reporteepidemiologico.com



Número 1.774

6 de junio de 2016

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 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.)

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

- Confirmaron 50 casos de influenza A(H1N1)
- Mendiolaza: Alarma por un probable brote de parotiditis

Argentina

- Vigilancia de secreción genital purulenta en varones
- Hace un siglo la influenza causó 15.000 muertes en el país
- Río Negro: Confirmaron un caso de hantavirus

América

- Brasil presentó una prueba para detectar el virus Zika en 20 minutos
- Colombia: Más de 100 niños han muerto por desnutrición en lo que va del año

- México, Sonora: Murió un niño de 11 años por rickettsiosis en Cajeme
- Perú: Cada año se registran 27.000 nuevos casos de tuberculosis

El mundo

- Dinamarca: Primera prueba clara del éxito del tratamiento como prevención en HSH en un país desarrollado
- España, Catalunya: Ya son 82 los niños afectados por el enterovirus
- España, Euskadi: Detectan siete casos de tuberculosis en un campus universitario de Leioa
- Definiendo el síndrome asociado con la infección congénita por el virus Zika
- Una vacuna contra la leishmaniosis canina, primer paso para la humana

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
Pediatría**

www.sadip.net/



www.apargentina.org.ar/

El Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, El Círculo Médico de Córdoba, la Sociedad de Infectología de Córdoba, la Sociedad de Epidemiología de Córdoba, la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Córdoba y el Comité de Infectología de la Sociedad Argentina de Pediatría, Filial Córdoba, han elaborado el documento **Infección por virus Zika. Recomendaciones para el manejo de la mujer embarazada o en edad fértil**.

Estas son recomendaciones destinadas al personal de salud que atiende mujeres embarazadas y en edad reproductiva, que han sido elaboradas en base a la información que los organismos de referencia a nivel mundial han puesto a disposición y teniendo en cuenta distintos escenarios. Debido a que se trata de un virus nuevo en las Américas y que la situación es dinámica, estas recomendaciones tienen carácter temporario y serán actualizadas con la nueva información.

Estas recomendaciones están disponibles en idioma [español](#), [inglés](#) y [francés](#).

Aclaración

A propósito de la noticia "Santa Fe, Rosario: Todo un colegio recibe quimioprofilaxis ante dos casos de meningitis bacteriana"

El Dr. Julio César Befani Bernal, Director de Epidemiología de la Provincia de Santa Fe, nos hace la siguiente aclaración, respecto de la noticia citada, publicada en el Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 1.773, de fecha 3 de junio de 2016:

"La noticia no es correcta. La quimioprofilaxis no se realizó a **todo el colegio**, solo se realizó en el turno al que asistían los dos niños con meningitis por meningococo. Por favor, aclarar este tema para no promover malas acciones.

Gracias."

Se ha hecho la aclaración.

Córdoba

Día a Día Confirmaron 50 casos de influenza A(H1N1) 2 de junio de 2016 – Fuente: Día a Día (Argentina)

El Ministerio de Salud de la provincia confirmó oficialmente 50 casos de influenza A(H1N1) en Córdoba. Esta cepa del virus –que apareció por primera vez en 2009 provocando una pandemia– es responsable de 56% del total de casos de influenza en la provincia. Los datos fueron elaborados sobre la base de las confirmaciones del Laboratorio Central.

Desde el inicio del brote hasta la fecha, Salud confirmó 90 casos de influenza. El total se compone de la siguiente manera: 50 casos corresponden al virus A(H1N1), 37 son virus A sin discriminar la cepa y los 3 restantes fueron influenza B.

El último reporte había sido difundido el 17 de mayo, cuando se informaron 12 casos de influenza A, de los cuales 10 eran A(H1N1). También hasta la fecha se reportaron tres muertes por esta misma infección en Córdoba: un paciente de 62 años en el Hospital Regional 'Dr. Louis Pasteur' de Villa María, un hombre de 57 en el Hospital Provincial 'Vicente Agüero' de Jesús María y un joven de 25 en el Hospital 'Dr. Guillermo Golesbery Rawson'. Todos tenían factores de riesgo y no estaban vacunados.

"Durante los tres primeros meses del año comenzamos a notar un aumento inusual de neumonías graves. Luego aparecieron los primeros casos de influenza, brote que este año se anticipó al menos cuatro semanas. El virus A(H1N1) se caracteriza por ser más virulento. Deja más internados en los hospitales", indicó Julio Cohen, director del Hospital Rawson.



CADENA 3 Mendiolaza: Alarma por un probable brote de parotiditis 1 de junio de 2016 – Fuente: Cadena 3 (Argentina)

Aumenta la preocupación en la localidad cordobesa de Mendiolaza ante 22 casos de parotiditis que se registraron en el Instituto Provincial de Enseñanza Media N° 317 'San José de Calasanz'.

Según precisó la coordinadora y responsable de la escuela, Gisele Abatedaga, de la veintena de casos registrados en los últimos dos meses, se confirmaron aproximadamente 18.

"El dispensario está haciendo el seguimiento correspondiente de cada caso. Realizamos la limpieza del establecimiento y se ha dado aviso a los padres", señaló.

El intendente Daniel Salibi indicó que está al tanto de la situación, y que se comunicó la situación al Área de Epidemiología de la Provincia, pero descartó que se trate de un brote.



Vigilancia de secreción genital purulenta en varones

30 de mayo de 2016 – Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios –

Tabla 1. Casos notificados y tasa de notificación cada 100.000 habitantes, según provincia y región. Argentina. Años 2015/2016, hasta semana epidemiológica 16. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.

| Provincia/Región | 2015 | | 2016 | |
|---------------------------------|------------|-------------|------------|-------------|
| | Casos | Tasas | Casos | Tasas |
| Ciudad Autónoma de Buenos Aires | 17 | 0,59 | 33 | 1,14 |
| Buenos Aires | 118 | 0,76 | 63 | 0,40 |
| Córdoba | 99 | 2,99 | 60 | 1,81 |
| Entre Ríos | 16 | 1,29 | 23 | 1,86 |
| Santa Fe | 40 | 1,25 | 23 | 0,72 |
| Centro | 290 | 1,10 | 202 | 0,77 |
| Mendoza | — | — | 78 | 4,49 |
| San Juan | 27 | 3,96 | 22 | 3,23 |
| San Luis | — | — | — | — |
| Cuyo | 27 | 0,95 | 100 | 3,51 |
| Corrientes | 35 | 3,53 | 9 | 0,91 |
| Chaco | 25 | 2,37 | 56 | 5,31 |
| Formosa | — | — | 7 | 1,32 |
| Misiones | — | — | 5 | 0,45 |
| NEA | 60 | 1,63 | 77 | 2,09 |
| Catamarca | — | — | 1 | 0,27 |
| Jujuy | — | — | 20 | 2,97 |
| La Rioja | — | — | 1 | 0,30 |
| Salta | 10 | 0,82 | 119 | 9,80 |
| Santiago del Estero | 3 | 0,34 | 14 | 1,60 |
| Tucumán | 19 | 1,31 | 13 | 0,90 |
| NOA | 32 | 0,65 | 168 | 3,42 |
| Chubut | — | — | 5 | 0,98 |
| La Pampa | 6 | 1,88 | 4 | 1,25 |
| Neuquén | 8 | 1,45 | 14 | 2,54 |
| Río Negro | 21 | 3,29 | 9 | 1,41 |
| Santa Cruz | 1 | 0,37 | 6 | 2,19 |
| Tierra del Fuego | 2 | 1,57 | 1 | 0,79 |
| Sur | 38 | 1,57 | 39 | 1,61 |
| Total Argentina | 447 | 1,11 | 586 | 1,46 |



Hace un siglo la influenza causó 15.000 muertes en el país

5 de abril de 2010 – Fuente: *Desacatos*

Entre 1918 y 1919, se cernió sobre el planeta una de las más importantes pandemias de influenza. Murieron aproximadamente 50 millones de personas en el mundo. Fue conocida como 'la dama blanca' o 'gripe española' y se trató – como en 2009– de la cepa A(H1N1). Tuvo un impacto muy profundo en Argentina: provocó 14.997 casos fatales. En dos años, esta enfermedad pasó de generar 0,7% de las muertes en 1917, a 20,7% en 1919, con lo cual se convirtió en una de las principales causas de deceso en el país.

Adrián Carbonetti, historiador y demógrafo del Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS), dependiente de la Universidad Nacional de Córdoba, y del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), estudió junto a su equipo esta pandemia desde un enfoque social de la salud y la enfermedad. Esta perspectiva, además de contemplar el abordaje cuantitativo que aportan las estadísticas, incorpora distintas miradas de un mismo fenómeno. "En ese núcleo confluyen lo político, lo social, lo económico, lo cultural y lo epidemiológico. Uno puede ver una sociedad a partir de una enfermedad o por lo menos una sociedad en crisis, como en el caso de las epidemias", explica Carbonetti, quien también se desempeña como docente del Centro de Estudios Avanzados.

Para comprender lo ocurrido con la gripe española, hay que situarse en la Argentina de principios del siglo XX, con la llegada del radicalismo a la presidencia de la Nación, un sistema económico basado en el modelo agroexportador, una sociedad con un fuerte componente inmigratorio y con los ecos de la Reforma Universitaria de 1918.

Los caminos de la gripe

La enfermedad ingresó al país en 1918 por el puerto de Buenos Aires y avanzó en dos oleadas. Primero se propagó hacia el norte del territorio, entre octubre y noviembre de ese año. Y permaneció latente hasta el invierno de



1919, cuando comenzó a descender desde Salta hacia las provincias del centro y sur. Según el Departamento Nacional de Higiene, la primera oleada provocó 2.237 muertes, mientras que la segunda tuvo un mayor impacto: 12.760 casos fatales, la mayoría de ellos en las provincias del Norte y Cuyo.

En Buenos Aires, en 1918 la tasa de mortalidad cada 10.000 habitantes era de 2,1 y un año después saltó a 7,1 (aumento de 239% interanual); en la Capital Federal los indicadores fueron 2,7 y 4,3, respectivamente, con un alza de 60,7%.

En el interior el impacto fue mayor. En Catamarca el crecimiento interanual de muertes cada 10.000 habitantes fue de 13.233% (0,3 a 40); en Jujuy se pasó de 7,4 a 97,7 (1.214% más); la mortalidad en San Juan saltó de 5,6 a 79,8 (1.325% más), y en Entre Ríos, de 4,8 a 8,1 (67,3% más). En Santa Fe el indicador subió de 1,9 en 1918 a 8,6 un año después (incremento de 347%) y en Córdoba el alza fue de 559,7%, de 2,9 a 18,9.

Un dato a considerar es que por entonces las actuales provincias de Misiones, Formosa, Chaco, La Pampa, Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego eran consideradas territorios nacionales, por lo que se carece de datos poblacionales y epidemiológicos de ellas.

Para Carbonetti, la realidad desigual de los sistemas sanitarios del interior –heterogéneos y fragmentados–, junto con las diferentes condiciones socioeconómicas de cada provincia, configuraron el terreno propicio para que la influenza impactara más en el norte del país que en el centro y el litoral en general, en términos de mortalidad.

El director del estudio considera que es posible establecer una relación entre las altas tasas de mortalidad, los elevados índices de analfabetismo y la esperanza de vida al nacer, todos indicadores de las condiciones de vida de la población. Un análisis similar merece la cantidad de médicos por provincia, ya que en ausencia de datos que permitieran ponderar cuantitativamente las condiciones de los sistemas sanitarios, los investigadores tomaron el número de doctores cada mil habitantes como un indicador de la capacidad de atención sanitaria. “Las tasas de mortalidad más altas se dieron justamente en las provincias que contaban con menor cantidad de médicos”, sostiene: en Catamarca había 0,16 profesionales cada mil habitantes; en Jujuy, 0,14; en Santa Fe, 0,34, igual que en Buenos Aires. En cambio, la Capital Federal contaba con 1,2.

La epidemia, momento de crisis

Los datos registrados en los Anales del Departamento Nacional de Higiene, junto con el análisis de contenido de diarios y publicaciones de la época permitieron a los investigadores aportar otras miradas acerca de la epidemia como un momento disruptivo social y culturalmente.

En este camino, se centraron en tres ciudades con distintas condiciones políticas, económicas, sociodemográficas y grados de laicización bien diferenciados. Por un lado, Buenos Aires, la más rica y cosmopolita de Argentina, que en ese entonces ya presentaba una fuerte densidad poblacional ligada a un crecimiento migratorio.

Por el otro, Córdoba y Salta. La primera, devenida en puerta de entrada del comercio entre la región pampeana y la del noroeste, con una sociedad que si bien había recibido componente inmigratorio, aún mantenía características conservadoras. La segunda, “aislada del modelo de crecimiento que se había generado a partir de 1880, se encontraba caracterizada por la fragmentación social, junto con la existencia de sectores dominantes esencialmente conservadores”, explicita Carbonetti en uno de sus trabajos.

Para los investigadores la epidemia puso en jaque “tanto al Estado como a los médicos, quienes demostraron cierta incapacidad y desconocimiento acerca de las medidas que debían ser tomadas para combatirla con éxito, por las propias incertidumbres médicas del momento”. Si se tiene en cuenta que cada provincia, a su vez, determinaba sus propias políticas a través de sus respectivos Consejo de Higiene, el escenario cobraba mayor complejidad.

En Buenos Aires, por ejemplo, en septiembre de 1918 el Estado sostenía un discurso de benignidad de la influenza que guardó poca relación con las medidas que se tomaron al mes siguiente, cuando la epidemia llegó al puerto de la ciudad capital. Entre los médicos, a su vez, también había opiniones encontradas sobre su tratamiento y desarrollo, si se trataba de un virus nuevo o era la misma influenza que aquejaba cada año a la población. Así lo reflejan los debates suscitados en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires.

En este contexto, se prohibieron los espectáculos públicos y el ingreso a los cementerios. Se estableció que los cafés, bares, confiterías y burdeles debían cerrar a las 23:00 horas. Se desinfectaron todos los templos sin distinción de culto; y se suspendieron las actividades en los establecimientos educativos, tanto públicos como privados. Los enfermos que llegaban por vía marítima al puerto de Buenos Aires eran derivados a la isla Martín García.

En mayor o menor grado, estas medidas generaron descontento en ciertos sectores. Es que mientras se prohibían los espectáculos públicos y se acotaba el horario de cafés y bares, las iglesias debían desinfectarse pero permanecían abiertas y la actividad de los talleres industriales se mantenía intacta. Sin embargo, fueron los ciudadanos los que reaccionaron, ya fuere quienes frecuentaban locales nocturnos, que protagonizaron una protesta callejera y se declararon en rebeldía, o la multitud de mujeres y niños que se agolpó en las puertas de los cementerios el Día de los Muertos.

En Córdoba y Salta, los investigadores pudieron apreciar la fuerte impronta eclesiástica, en particular durante la segunda oleada de la epidemia, en el invierno de 1919. En ambas ciudades la iglesia promovió la realización de procesiones aun cuando desde los distintos niveles del Estado se llamaba a evitar las aglomeraciones de gente. Estos hechos ponían en evidencia las diferentes concepciones de salud y enfermedad sostenidas desde la Iglesia y el Estado. Mientras el segundo formulaba políticas públicas acordes a los conocimientos médicos de la época, la iglesia sostenía el discurso de que la epidemia era un castigo divino frente a los pecados de la población.

La crisis que reflejaron los medios

La epidemia puso en jaque "tanto al Estado como a los médicos, quienes demostraron cierta incapacidad y desconocimiento acerca de las medidas que debían ser tomadas para combatirla con éxito, por las propias incertidumbres del momento".

Carbonetti y su equipo también analizaron el tratamiento periodístico que los diarios La Nación, La Voz del Interior y Nueva Época dieron a la epidemia y sus repercusiones. Observaron que cada diario utilizó la enfermedad para oponerse políticamente al gobierno nacional, provincial o municipal. "Así como la influenza A(H1N1) fue utilizada en términos políticos en 2009, la gripe española también fue aprovechada por la oposición o por los mismos diarios", afirma Carbonetti.

Para los investigadores, los tres periódicos utilizaron la epidemia para desarrollar una oposición política con el propósito de generar una opinión contraria al gobierno. "Aunque el discurso estaba centrado en la epidemia, tenía como finalidad imponer en la opinión pública una mirada de ineficacia, de indolencia e ineptitud, que no sólo se circunscribía a la enfermedad sino a los desafíos futuros de los gobiernos, en todos los casos radicales, en todos los niveles del Estado", apunta el investigador.

El análisis realizado muestra que mientras La Nación generaba una crítica sutil hacia el gobierno radical (nacional y municipal), haciendo hincapié en las contradicciones entre el discurso y las medidas adoptadas; La Voz del Interior arremetía con menos delicadeza en contra del gobierno provincial, acusándolo de electoralista, ineficiente y corrupto, frente al trabajo desinteresado de la municipalidad de Córdoba. El diario Nueva Época, en tanto, criticaba por igual al gobierno nacional, provincial o municipal.¹



Río Negro: Confirmaron un caso de hantavirosis

31 de mayo de 2016 – Fuente: Bariloche 2000 (Argentina)

Estudios confirmaron un nuevo caso de hantavirosis en un paciente internado hace una semana en el Hospital Zonal 'Dr. Ramón Carrillo' de San Carlos de Bariloche.

El paciente, de unos 60 años, es poblador de una zona rural cercana a la localidad de El Bolsón. Ante la gravedad de su cuadro, fue derivado a Bariloche, donde tomaron muestras para conocer el origen de su afección respiratoria.

Las pruebas fueron enviadas a la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán' de Buenos Aires y el 30 de mayo los resultados llegaron a Bariloche.

La directora del hospital zonal, Mercedes Iberó, informó que el hombre se encuentra en grave estado de salud y permanece internado en terapia intensiva.

Este año hubo dos casos fatales de hantavirosis en Bariloche. Otro hombre que contrajo el virus pudo recuperarse tras estar internado varias semanas.

América



Brasil presentó una prueba para detectar el virus Zika en 20 minutos

1 de junio de 2016 – Fuente: Xinhua (China)

Funcionarios sanitarios de Brasil podrán detectar el virus Zika en apenas 20 minutos, gracias a una nueva prueba desarrollada en conjunto con la empresa surcoreana Genbody, informó hoy la Fundação Baiana de Pesquisa Científica e Desenvolvimento Tecnológico, Fornecimento e Distribuição de Medicamentos (Fundação Bahiapharma).

El organismo presentó en Salvador, capital del estado de Bahia, la prueba autorizada por la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA), que permitirá detectar si la persona está infectada por el virus Zika.

Según la fundación, vinculada a la Secretaría de Salud de Bahia, se trata de la primera prueba nacional que logró la autorización de la ANVISA para ser producida y comercializada en el país.

La prueba detecta el virus en cualquier fase, debido a que se hace con anticuerpos desarrollados por la persona infectada.

En un inicio está prevista una producción de 500.000 pruebas para atender a la demanda del Ministerio de Salud.

Las pruebas anteriores usaban la técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR), cuyos resultados para la detección del virus tardan semanas.

"El test anterior necesitaba ser llevado a un laboratorio. Este aquí es rápido y basta separar el suero de la sangre y ya tenemos el resultado en 20 minutos. El diagnóstico es serológico", explicó el secretario de Salud de Bahía, Fábio Vilas-Boas Pinto, durante la presentación de la prueba.



¹ Puede consultar el artículo completo haciendo clic [aquí](#).

La elaboración de la nueva prueba duró 10 meses y fue posible gracias a un acuerdo entre la Fundação Bahiafarma y Genbody.

Bahia es uno de los estados más afectados por el virus Zika. Según el último boletín médico del Ministerio de Salud, Brasil contabiliza al menos 1.434 casos de microcefalia en bebés, mientras que otros 3.257 son investigados, lo cual ha llevado a las autoridades a decretar el estado de emergencia sanitaria en el país y a declarar una lucha intensiva contra el mosquito vector, *Aedes aegypti*.



Colombia: Más de 100 niños han muerto por desnutrición en lo que va del año

4 de junio de 2016 – Fuente: EFE

Un total de 101 niños menores de cinco años han muerto en Colombia en lo que va del año por desnutrición o por causas asociadas a ella, según el último boletín del Instituto Nacional de Salud (INS).

El documento sostiene que solo en la última semana "se notificaron nueve muertes en menores de cinco años por diferentes patologías, que registran desnutrición como uno de los diagnósticos; estos casos se registran como casos probables de muertes por y asociadas a desnutrición", agrega el texto, en el que se desglosan los casos por departamento.

Del total de 101 decesos, más de la mitad (55,4%) se concentran en las regiones de La Guajira, Meta, Cesar, Chocó, Tolima y Vichada.

El caribeño departamento de La Guajira, azotado por frecuentes sequías, encabeza la terrible clasificación con 26 casos, lo que representa 25,5% del total.

El INS destacó que 54,5% de las muertes por desnutrición se dan en menores de un año, que en el momento de morir pesaban en promedio unos 4,7 kilos.

Además, 53,5% de los niños fallecidos eran indígenas y 5,9% negros.

El boletín también destaca que 41,6% de los menores fallecidos "eran residentes del área rural dispersa", 78,2% pertenecían al régimen subsidiado y 18,8% no se encontraban afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Otro apartado resaltado por el INS es la situación de las madres de los menores fallecidos, que según sus datos en 82,2% de los casos "registran bajo o ningún nivel educativo", y 88,1% "pertenecen al estrato socioeconómico uno", el de menor ingreso de Colombia.

La situación en La Guajira, denunciada con regularidad en Colombia, pasó a primer plano de nuevo a principios de mayo, cuando decenas de personas se manifestaron en Bogotá para pedir soluciones al problema de desnutrición que ha causado la muerte de varios niños de la comunidad indígena Wayúu, residente en esa región.

Según datos de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, la desnutrición y la falta de agua potable pueden haber causado la muerte a más de 4.500 niños Wayúu durante los últimos ocho años.

El pasado 6 de marzo, la oficina del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en Colombia dijo que uno de cada diez niños sufre desnutrición crónica en el país.



El Sol de Hermosillo México, Sonora: Murió un niño de 11 años por rickettsiosis en Cajeme

2 de junio de 2016 – Fuente: El Sol de Hermosillo (México)

Un menor de 11 años perdió la vida por rickettsiosis en el municipio de Cajeme en el lapso de la semana epidemiológica 21, defunción con la que se suma un total de 14 muertes por esta enfermedad de los 42 casos registrados durante el presente año.

El secretario de Salud, Gilberto Ungson Beltrán, informó que este es el cuarto evento letal debido a rickettsiosis en la comunidad del Valle del Yaqui. El mismo número de casos fatales se ha registrado en Hermosillo; dos muertes en San Miguel de Horcasitas y, por último, Nogales, Navojoa, Magdalena y Guaymas registran cada uno un deceso por esta enfermedad.

Además de esto, se ha detectado un caso de dengue clásico más en el estado, con lo que suman ya 86 personas con esta enfermedad en lo que va de 2015, cifra muy por debajo de los 248 casos de los cuales se tenía conocimiento para la misma fecha del año pasado.

Se tiene conocimiento de un caso de una persona más con fiebre chikungunya, con la que suman ya 8 pacientes desde enero a la fecha.

La disminución en estos vectores fue tribuida por Ungson Beltrán a las acciones llevadas a cabo por parte de la Secretaría de Salud en materia de prevención, entre las que destacan la información oportuna a la población, la constante actividad de carros fumigadores y el trabajo de personal con motomochilas que fumiga en diversos puntos del estado.

Dichas acciones han generado una disminución considerable en materia de contagios por mordeduras y picaduras de fauna nociva, reduciendo por ejemplo, la tasa de mortalidad por rickettsiosis de 42 a 33% durante 2015 y los casos de dengue de un total de 248 a sólo 86 en comparación con el año pasado.

“Perú es el segundo país en América Latina con la tasa más alta de tuberculosis y uno de los estados más afectados por la tuberculosis multidrogorresistente, una variedad más agresiva de esta enfermedad”, reveló el decano del Colegio Médico del Perú (CMP), Miguel Palacios Celis.

“Habíamos logrado cifras históricas y bajar considerablemente esta enfermedad, pero ahora estamos encima de los 25.000 casos nuevos al año. Además hablamos también de la cepa más letal que es la multidrogorresistente (TB-MDR), la cepa a la que los fármacos comunes no le hacen nada”, dijo Palacios Celis.

“Este aumento ocurre por qué los bacilos son seres vivos que mutan rápidamente, y más aún con el uso irracional de antibióticos así como por el abandono de tratamientos iniciales”, explicó el decano.

“Tiene que ver también con el abandono de los tratamientos. Además, la tuberculosis es una enfermedad social, que genera que muchos no acudan a recibir su tratamiento por vergüenza. Tiene que ver con el hacinamiento, con la mala alimentación, con la presencia de anemia”, afirmó.

Cifras de temer

De acuerdo con las cifras del Ministerio de Salud, en Perú se registra al año un promedio de 27.000 nuevos casos de tuberculosis. En los últimos años se han reportado 1.500 pacientes con TB-MDR por año, y alrededor de 80 casos de tuberculosis extremadamente resistente (TB-XDR).

“En los dos últimos casos se trata de etapas difíciles de tratar. Esta situación se debe a muchos motivos, por dejar de tomar las pastillas, por falta de medicinas, por el corte del abastecimiento de medicamentos. Todo esto ha hecho que en el caso de la TB-MDR estemos solo por encima de Haití”, advirtió Palacios Celis.

Ante este panorama, hizo un llamado a las autoridades para unificar criterios y normas y que haya un efectivo nivel de gobernanza de parte del Ministerio de Salud para que sus directivas también se lleven a cabo en el interior. “Actualmente las direcciones regionales hacen lo que quieren”, acotó el especialista.

Los distritos

En Lima, la capital, la mayor cantidad de casos de tuberculosis se encuentran en distritos como El Agustino, La Victoria, San Juan de Lurigancho, Santa Anita y Ate Vitarte. En esas jurisdicciones se ha detectado un gran nivel de hacinamiento en las familias de escasos recursos. “Tenemos el caso emblemático del cerro San Cosme, donde hasta los doctores se contagian de esta enfermedad. Los que tenemos la suerte de estar bien alimentados no nos contagiamos pero la mayoría está expuesto”, dijo el médico.

Médicos expuestos

Palacios Celis dijo que actualmente los médicos están expuestos a contraer esta enfermedad por la falta de bioseguridad en los hospitales. “Los médicos usan mascarillas de una sola capa que no protege ni de un resfrío. Deben ser mascarillas de tres capas para estar bien protegidos, Además, los guantes deben cambiarse después de cada atención en consultorio o en quirófano, pero vemos que andan con los mismos guantes un buen tiempo”, dijo el decano del CMP.



El mundo

THE LANCET Infectious Diseases **Dinamarca: Primera prueba clara del éxito del tratamiento como prevención en HSH en un país desarrollado**

9 de mayo de 2016 – Fuente: *The Lancet Infectious Diseases*

Un estudio realizado en Dinamarca por un equipo de investigadores de Estados Unidos y Dinamarca proporciona la primera prueba clara de la existencia de una relación entre unas tasas elevadas de personas con carga viral indetectable y el descenso de la incidencia del VIH entre la población de hombres que practican sexo con hombres (HSH).

La incidencia del VIH registrada en esta investigación entre HSH fue tan baja (0,14% anual) que se acerca al umbral determinado por la OMS (0,1% anual) para poner fin a la epidemia de este virus. Por otro lado, el porcentaje de HSH que tienen VIH y una carga viral indetectable gracias al tratamiento actualmente es de 72,1%, una cifra también muy cercana al del objetivo 90/90/90 fijado por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA).

La epidemia del VIH en Dinamarca está concentrada en la población HSH, por lo que la reducción de la infección en estos hombres conduciría a un descenso del conjunto de la epidemia en el país. Un detalle a señalar es que, en ese país, la prevalencia del VIH entre la población de usuarios de drogas intravenosas es muy baja gracias los programas de reducción de daños disponibles.

Dinamarca cuenta con una base de datos donde se recogen los casos de VIH registrados desde 1996 y que refleja que el número de diagnósticos anuales entre HSH pasó de 152 en 1991 a 68 en 2000. Posteriormente, tras un repunte que llevó a registrar 139 infecciones en 2007, se detectaron 76 casos en 2013.

El aumento de los programas de realización de pruebas supuso que se produjera un aumento de los recuentos de CD4 en el momento del diagnóstico del VIH. Antes del año 2000, el porcentaje de HSH con niveles de 200 células/mm³ era de 40%, mientras que se situó por debajo de 20% después de 2003. Igualmente, el porcentaje de hombres diagnosticados con recuentos por encima de 500 células/mm³ ha ido en aumento, desde 20% antes del año 2000 hasta 40% con posterioridad al año 2005.

Partiendo de la estimación de que el número de HSH en Dinamarca es de 55.000 hombres, se calculó que el número de HSH con VIH no diagnosticados se redujo entre 1995 y 2013, pasando de 1.400 hombres a un poco más de 600.

Al calcular el número de HSH que en el curso de un año tienen VIH y una carga viral detectable, también se observa un descenso entre 1996 (2.200) y 2013 (800). En 1996, la mitad de estas personas (potenciales transmisoras de la infección a terceros) estaban diagnosticadas, pero o no tomaban tratamiento o experimentaban un fracaso del mismo.

Aunque las cifras se refieren a los diagnósticos anuales y no a la incidencia real, al realizar una estimación del tiempo transcurrido desde la infección (teniendo en cuenta el recuento promedio de CD4 en el momento del diagnóstico), se pudo determinar que el número absoluto de HSH que adquirieron el VIH en Dinamarca descendió de 117 en 1994 a 70 en 2013 (aunque el número de HSH diagnosticados ese año fue de 76).

El equipo de investigadores detectó la existencia de un efecto 'umbral', ya que detectó que la incidencia de VIH solo empezó a reducirse cuando la proporción de HSH con VIH (incluyendo los no diagnosticados) que recibían tratamiento antirretroviral superó 35%.

Otro hallazgo destacable es que aunque se produjo un descenso de la incidencia, esta disminución fue menor que la de los diagnósticos. Además, también se observó que la tasa de transmisión aumentó. En 1996, 5% de los HSH con VIH y carga viral detectable transmitieron el virus a una de sus parejas al año, mientras que en 2012 esta cifra llegó a 9% al año, casi el doble. Los autores consideran que este hecho probablemente esté reflejando un aumento de las conductas de riesgo y, además, a una concentración de dichas conductas de riesgo dentro de un grupo concreto de esta población de HSH.

Esto podría explicar otro 'efecto umbral' presente en los datos del estudio. Así, mientras la incidencia se mantuvo estable en torno a 80 infecciones anuales cuando la proporción de HSH con VIH en tratamiento estuvo por encima de 55%, pero la incidencia se redujo cuando se superó 70% de HSH con VIH en tratamiento. Esto podría deberse a que, para que la incidencia disminuya en una población en situación de gran riesgo de infección por VIH se necesita una mayor proporción de personas con carga viral indetectable en comparación con poblaciones que presenten unos niveles de riesgo más bajos.

Esto podría explicar por qué en un estudio realizado en KwaZulu-Natal (Sudáfrica) se observó un descenso de la incidencia de VIH cuando la cobertura de tratamiento llegó a 30%, mientras que dicha incidencia sigue aumentando en países como Gran Bretaña, que presenta unas cifras similares a Dinamarca de personas con carga viral indetectable. Algunos expertos han determinado que sería necesario alcanzar unas tasas próximas a 90% de personas con carga viral indetectable para empezar a reducir la incidencia en Gran Bretaña, en ausencia de profilaxis preexposición (PrEP) o cambios positivos de comportamiento.

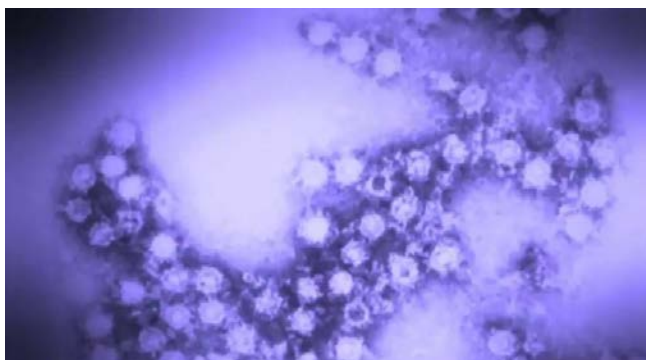
Los autores recalcan que esto solo se ha alcanzado en Dinamarca porque existe un acceso universal a la atención sanitaria en el país, se proporciona tratamiento antirretroviral gratuito y se dispone de muchas clínicas muy accesibles en las que no es necesario pedir turno para realizarse una prueba del VIH y desde donde se deriva a las personas al tratamiento en caso necesario.²

EL PAÍS España, Catalunya: Ya son 82 los niños afectados por el enterovirus

3 de junio de 2016 – Fuente: El País (España)

El goteo de casos de menores con alteraciones neurológicas causadas por un enterovirus continúa. Apenas un mes después de que el Departamento de Salud lanzase la alerta médica al detectar una acumulación de niños con rombencefalitis, la cifra de afectados se ha elevado a 82, una decena más que la semana pasada. El subdirector del Servicio Catalán de la Salud (CatSalud), Josep Maria Argimon i Pallàs, explicó que 19 de los niños afectados por el brote permanecen ingresados en diversos hospitales catalanes, seis de ellos en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Argimon reveló por primera vez el reparto territorial del brote disperso por toda Catalunya. En la Región Sanitaria de Camp de Tarragona se han diagnosticado 32 casos y es la unidad territorial en la que, en proporción a su tamaño, se han re-



² Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#) (requiere suscripción).

gistrado más casos. En toda el área sanitaria de Barcelona (que incluye el área metropolitana y municipios del Alt Penedès, el Vallès y una parte del Maresme) se han detectado otros 35 casos. Girona ha notificado cinco infectados y Lleida, Terres de l'Ebre y Catalunya Central otros cuatro casos cada una. Salud precisó que ninguno de los casos está conectado entre sí y la mayoría pertenecen a municipios distintos. "En la ciudad de Tarragona, por ejemplo, se han detectado 12 casos pero no hay ninguna conexión entre ellos, ni entre guarderías ni escuelas", apuntó Argimon.

El 59% de los casos registrados son niños y la mayoría tiene menos de dos años. "El 65% del total tiene entre uno y dos años de edad", indicó el subdirector del CatSalut. Cuatro de cada 10 niños debieron ser derivados a otros hospitales, la mayoría de las veces al Hospital Universitari Vall d'Hebron, el centro sanitario que detectó la acumulación inicial de casos que hizo sospechar del brote.

Los facultativos también han confirmado una hipótesis que planeaba desde el inicio del brote. Aunque los enterovirus son una familia de microorganismos muy grandes (a este grupo pertenecen los virus que provocan la poliomielitis, por ejemplo), el serotipo que ha generado el brote es el A71, un grupo que afecta especialmente al sistema nervioso central y provoca rombencefalitis. El equipo de microbiología del Vall d'Hebron ha detectado el A71 en una veintena de niños.

Aunque no se sabe el origen del brote ni por qué ha habido más incidencia en Tarragona, los expertos apuntaron que el A71, "un virus emergente pero que ya lleva unos años circulando", ha multiplicado su presencia en los últimos tiempos. Hasta hace un tiempo, 7% de los virus que circulaban eran A71. Sin embargo, el año pasado este porcentaje se elevó a 20%.

El secretario de la Agencia de Salud Pública, Joan Guix i Oliver, anunció que sus equipos de investigación comenzarán a realizar un análisis epidemiológico del brote, aunque ya ha avanzado que ninguna de las variables inspeccionadas ha mostrado diferencias entre el virus en Tarragona y en el resto de Catalunya. Argimon, por su parte, insistió en que el brote está "estabilizado", pero reconoció que se prevén más casos durante junio y julio "porque el virus circula especialmente en esas épocas".

ABC España, Euskadi: Detectan siete casos de tuberculosis en un campus universitario de Leioa

3 de junio de 2016 – Fuente: ABC (España)

El Departamento de Salud del Gobierno vasco informó el 3 de junio que el número de casos en un brote de tuberculosis originado en la facultad de Ciencia y Tecnología de la Universidad del País Vasco (UPV), en el campus de Leioa (Bizkaia), asciende a fecha de hoy a siete, sin que se descarte que pueda darse alguno más. El 1 de junio el consejero de Salud, Jon Darpón Sierra, confirmó que tres alumnos estaban infectados con la enfermedad. La directora de salud pública y adicciones, Miren Dorronsoro Iraeta, acaba de explicar que se han detectado dos nuevos casos en el aula de esos alumnos, para un total de cinco, a los que se suman otros dos procedentes del ámbito relacional (conocidos o amigos).

Dorronsoro detalló que "el pasado 20 de mayo se notificó a Salud Pública la existencia de los tres primeros casos y la sospecha de que se trataba de un brote, por lo que se proponía activar el protocolo de actuación sanitaria y proponer una coordinación intensa entre todos los implicados". Se inició entonces el estudio de contactos, inicialmente entre alumnos, 67 en esa primera fase. Posteriormente el estudio se trasladó a los ámbitos familiar y relacional. En cuanto a los estudiantes que compartían residencia con el caso índice, Dorronsoro precisó que todos fueron negativos.

"El siguiente paso es seguir con el estudio de contactos, que se está acelerando al máximo. Hay citados otros 18 profesores y 46 estudiantes más. Restan los del ámbito familiar. Al tiempo, se ha activado la vigilancia activa, por si pudiera haber más casos aún no identificados. En las próximas semanas mantendremos una vigilancia exhaustiva", afirmó Dorronsoro.

Dimensión no frecuente

Dorronsoro admitió que "no es frecuente que los brotes adquieran esta dimensión" pero, como Darpón esta misma semana, recordó que "no es raro que haya brotes", para insistir en que son muy estrictos al respecto, por lo que "se considera brote de tuberculosis si existen dos casos que estén asociados".

"Desde 2005 se han estudiado 32 brotes en Euskadi, tanto en centros escolares, como en centros universitarios, ámbito familiar y también alguno en ámbito comunitario. La incidencia anual de tuberculosis ha ido disminuyendo. En 2015 la tasa fue de 11,78 cada 100.000 habitantes. Equivale a que hubo 256 en toda Euskadi. Habitualmente se dan de forma aislada, sin generar brotes epidémicos", informó.

El tratamiento de la tuberculosis, aunque es variable, dura unos seis meses. "Es importante la adherencia al tratamiento. Se va a curar pero tiene un tratamiento largo", advirtió Dorronsoro, quien precisó que es el servicio de Neumología del vizcaíno Hospital de Cruces el que está coordinado los tratamientos. Las pruebas se desarrollan tanto en la UPV, con la que hay permanente contacto, como en Osakidetza -el servicio vasco de salud-. Se prevén, además, sesiones informativas con los afectados para que conozcan el alcance de la enfermedad.



Definiendo el síndrome asociado con la infección congénita por el virus Zika

5 de junio de 2016 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

La infección por el virus Zika en los seres humanos es generalmente leve o asintomática. Sin embargo, algunos bebés nacidos de mujeres infectadas con el virus Zika presentan secuelas neurológicas gra-

ves. Un inusual clúster de casos de microcefalia congénita y otros trastornos neurológicos en la Región de las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), condujo a la declaración de una emergencia de salud pública de importancia internacional por parte de la OMS el 1 de febrero de 2016. Hasta el 5 de mayo de 2016, se han recibido informes de recién nacidos o fetos con microcefalia u otras malformaciones -presumiblemente asociadas con la infección por el virus Zika- en los siguientes países y territorios: Brasil (1.271 casos), Polinesia Francesa (8), Colombia (7), Panamá (4), Cabo Verde (3) y Martinique (2). También se reportaron casos adicionales en Eslovenia y Estados Unidos, en el que las madres tenían antecedentes de viaje a Brasil durante sus embarazos.

El Zika es un virus intensamente neurotrópico, que se dirige en particular a las células progenitoras neurales, y también en menor medida a las células neuronales en todas las etapas de madurez. La cerebritis viral puede alterar la embriogénesis cerebral y causar microcefalia y otras alteraciones neurológicas. El virus Zika se ha aislado de los cerebros y el líquido cefalorraquídeo de los recién nacidos con microcefalia congénita e identificado en el tejido de la placenta de las madres que habían tenido síntomas clínicos compatibles con la infección por el virus Zika durante el embarazo. La asociación espacio-temporal de los casos de microcefalia con el brote de infecciones por el virus Zika y la evidencia que surge de los reportes de casos y los estudios epidemiológicos, ha dado lugar a un fuerte consenso científico de que el virus Zika está implicado en las anomalías congénitas.

La evidencia existente y los datos no publicados compartidos con la OMS ponen de manifiesto la más amplia gama de anomalías congénitas, probablemente asociados a la infección por el virus Zika *in utero*. Además de microcefalia, otras manifestaciones incluyen desproporción craneofacial, espasticidad, convulsiones, irritabilidad y disfunción del tronco cerebral, incluyendo dificultades en la alimentación, alteraciones oculares y hallazgos en neuroimágenes, tales como calcificaciones, trastornos corticales y ventriculomegalia. De manera similar a otras infecciones adquiridas *in utero*, los casos varían en su severidad; han sido notificados algunos bebés con anomalías neurológicas y una circunferencia craneal normal. Los datos preliminares de Colombia y Panamá sugieren que también pueden verse afectados los sistemas genitourinario, cardíaco y digestivo.

La gama de anomalías observadas y la probable relación causal con la infección por el virus Zika sugieren la presencia de un nuevo síndrome congénito. La OMS ha puesto en marcha un proceso para definir el espectro de este síndrome. El proceso se centra en la ponderación y el análisis de las manifestaciones clínicas que incluyen las anomalías neurológicas, auditivas, visuales y otras, y los hallazgos de las técnicas de neuroimagen. La OMS necesitará adecuados historiales prenatales y postnatales y datos de seguimiento, resultados de imágenes por ultrasonido, la exclusión de otras etiologías y el análisis de los hallazgos en las imágenes para delinear adecuadamente este síndrome. El alcance de este síndrome aumentará, ya que estará disponible mayor información y se realizará un seguimiento más prolongado de los niños afectados. El sistema de vigilancia establecido como parte de la respuesta al brote epidémico inicialmente sólo solicitaba la notificación de los casos de microcefalia. Esta orientación de la vigilancia se ha ampliado para incluir un espectro de malformaciones congénitas que podrían estar asociados con la infección intrauterina por el virus Zika.

Es necesario un intercambio efectivo de datos para definir este síndrome. Unos pocos informes han descrito una amplia gama de anomalías, pero la mayoría de los datos relacionados con las manifestaciones congénitas de la infección por el virus Zika permanecen inéditos. Las organizaciones de salud global y los financiadores de investigaciones se han comprometido a compartir los datos y resultados relevantes de la epidemia de fiebre zika de la manera más abierta posible. Es necesario un mejor análisis de los datos de las cohortes de mujeres embarazadas con infección por el virus Zika para entender todas las consecuencias de la infección por el virus Zika durante el embarazo.

En la Región de las Américas, 37 países y territorios están informando la transmisión del virus Zika a través de mosquitos y el riesgo de la transmisión sexual. Con tal propagación, es posible que muchos miles de bebés desarrollen discapacidades neurológicas moderadas a severas. Por lo tanto, los sistemas de vigilancia de rutina y los protocolos de investigación deben incluir una población más grande que sólo los niños con microcefalia. La respuesta del sistema de salud, incluidos los servicios psicosociales para mujeres, bebés y familias afectadas debe ser completamente reforzado.

La emergencia de salud pública por el virus Zika es diferente debido a sus consecuencias a largo plazo para la salud y por el impacto social. Es necesario un enfoque coordinado para el intercambio de datos, la vigilancia y la investigación. Debido a ello, la OMS ha iniciado la coordinación de los esfuerzos para definir el síndrome congénito por virus Zika y hace una invitación abierta a todos los asociados para unirse en este esfuerzo.

Materia Una vacuna contra la leishmaniosis canina, primer paso para la humana

1 de junio de 2016 – Fuente: *Materia* (España)

A los veterinarios les gusta decir que solo hay una salud, la que engloba a la animal y la humana. Esta idea de *One Health* llega a su manifestación extrema con la vacuna contra la leishmaniosis canina que acaba de aprobar la Agencia Europea del Medicamento. No solo porque, como dice Jaime Grego, director del laboratorio Leti que la ha diseñado, permitirá reducir el reservorio del parásito, que está en animales domésticos y salvajes –en Occidente, sobre todo, perros; en África, pequeños rumiantes–, sino también porque es el primer paso para desarrollar una inmunización para las personas.

Esta es la primera vacuna europea y la segunda del mundo contra la leishmaniosis que utiliza una proteína recombinante para inmunizar contra *Leishmania*. Ésta consiste en que en vez de usar las naturales del parásito, como en las inmunizaciones tradicionales, se han elegido cinco fragmentos de cuatro moléculas que son las que dan una mejor respuesta. A diferencia de los fármacos que ya existen, esta es tan potente que no necesita de otras sustan-



cias que la potencien, los adyuvantes, con lo que se evitan reacciones adversas. "Es 100% no tóxica", afirma Grago, quien además indica que su protección es de más de 90%.

La leishmaniosis está causada por el parásito *Leishmania*, que se transmite por la picadura de un insecto volador muy pequeño, el flebotomo. Como todo el dueño de una mascota sabe, puede ser mortal para su perro, con tasas de fallecimientos que llegan a 30%. Pero esta especie de mosquito también pica a las personas. La variante humana de la infección es endémica en más de 80 países donde viven más de 350 millones de personas y causa entre 40.000 y 60.000 muertes (3% de los dos millones que la adquieren). No es exclusiva de países pobres, aunque se considera una de las enfermedades olvidadas y, por ejemplo, la ONG Iniciativa para el Desarrollo de Medicamentos para Enfermedades Olvidadas (DNDi) tiene un programa para buscar tratamientos fáciles de usar y vacunas.

Esta relación entre la enfermedad en personas y la de los animales es la que anima a Grego a ir más allá. En verdad, admite, ya hace 24 años, cuando empezó la investigación, estaban pensando en humanos, pero al trabajar con animales pensaron que les sería más fácil y barato. "Aunque hemos probado la vacuna con 500 perros de España y Francia, un ensayo en humanos implicaría miles de voluntarios y de millones", afirma el director del laboratorio.

De hecho, "nada más recibir la aprobación de la agencia europea, empezamos a pensar en cómo adaptarla a humanos", dice. Ya han visto que su proteína sintética, a la que llaman Q, va a necesitar algunas modificaciones. Y se teme que también requerirá de la ayuda de una farmacéutica grande para afrontar las pruebas.

Será la segunda manera de proteger a las personas gracias a los perros: al vacunarlos, se reducen las fuentes de contagio. Y lo aprendido con ellos servirá para la inmunidad de las personas. La mención inevitable al mejor amigo del hombre gana un motivo.

Documental

"Luchas campesinas Frente al Chagas"

Puede verse en Internet -por tiempo limitado- el documental "Luchas campesinas Frente al Chagas".

Este documental fue seleccionado para participar del Premio del Público Online del Festival "Short of the Year". El ganador será el que haya sido visto por más personas hasta el 30 de junio de 2016. No hay que votar, simplemente mirarlo hasta el final (dura 20 minutos).

La complejidad de la problemática de la enfermedad de Chagas cobra particular significado en el contexto rural latinoamericano. En este documental, los relatos compartidos por organizaciones campesinas de Córdoba y Santiago del Estero (Argentina) permiten comprender parte del entramado puesto en juego en el territorio. Estos testimonios también ponen sobre la mesa la persistencia de ciertos prejuicios que estigmatizan a las personas directa o indirectamente afectadas por la enfermedad de Chagas y a su entorno.

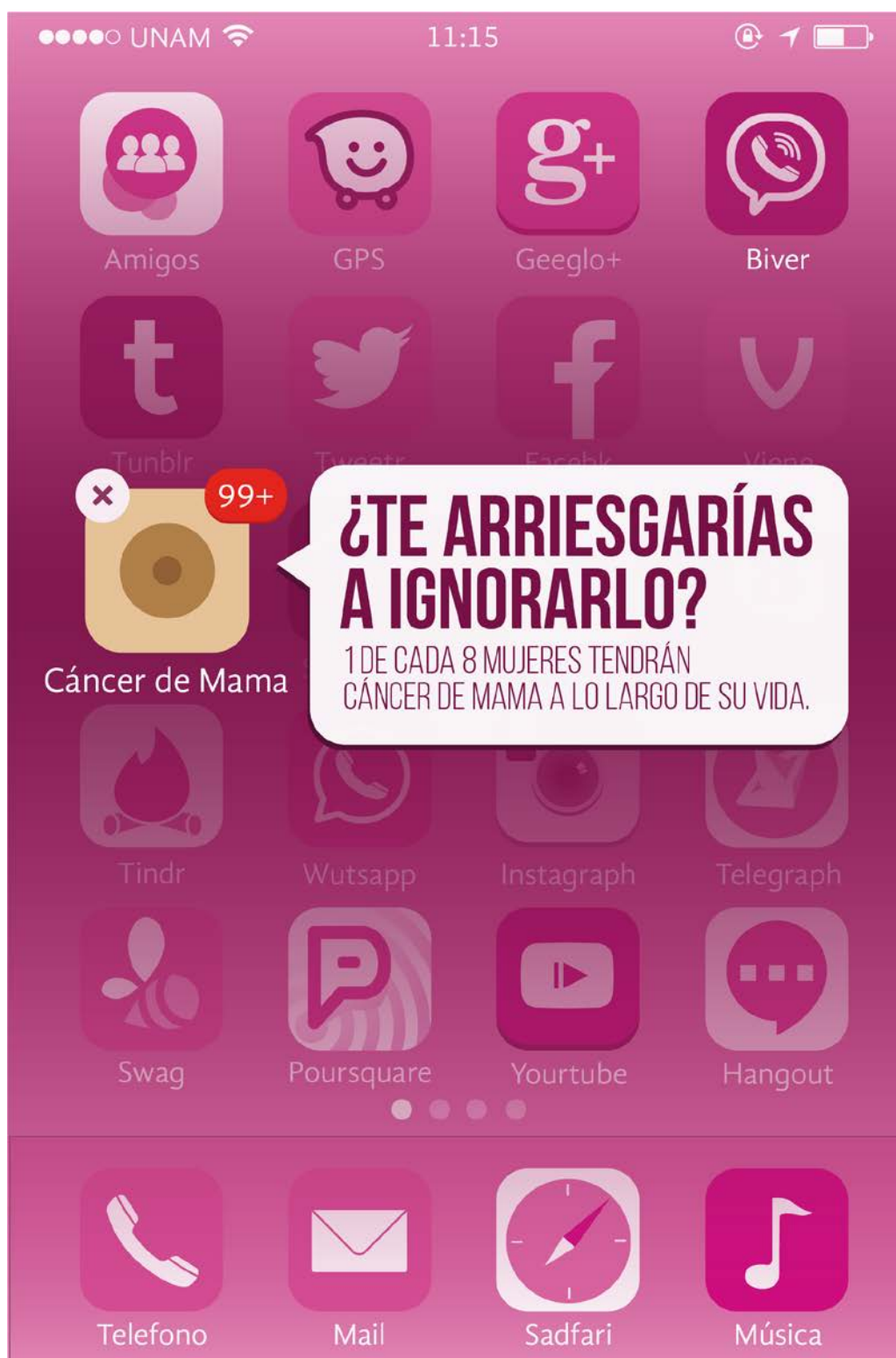
El documental cuenta con guion y dirección de Mariana Sanmartino y Juan Darío Almagro; dibujos de Carlos Julio Sánchez; gráfica de Juan Manuel Costa; y música original de Carlos Mastropietro.

Puede accederse al mismo mediante el siguiente enlace:

<http://luchascampesinasfrentealchagas.tk/>.

Se agradece ver... ¡y difundir!





II Concurso Universitario de Cartel sobre Prevención de Cáncer de Mama
Faculta de Artes y Diseño – Universidad Nacional Autónoma de México (2015. México).

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.