



# Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente

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

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

## # 2.169

1 de abril de 2019

### 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.)

Javier Casellas (Arg.)

Isabel Cassetti (Arg.)

Arnaldo Casiró (Arg.)

Ana Ceballos (Arg.)

Sergio Cimerman (Bra.)

Fanch Dubois (Fra.)

Milagros Ferreyra (Fra.)

Salvador García Jiménez (Gua.)

Ángela Gentile (Arg.)

Ezequiel Klimovsky (Arg.)

Susana Lloveras (Arg.)

Gustavo Lopardo (Arg.)

Eduardo López (Arg.)

Tomás Orduna (Arg.)

Dominique Peyramond (Fra.)

Daniel Pryluka (Arg.)

Fernando Riera (Arg.)

Charlotte Russ (Arg.)

Horacio Salomón (Arg.)

Eduardo Savio (Uru.)

Daniel Stecher (Arg.)

Carla Vizzotti (Arg.)

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

## Noticias

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

### Argentina

- Vigilancia de malaria
- Preocupación por la demora en los envíos de ciertas dosis de vacunas
- Buenos Aires, Bolívar: Caso fatal de hantavirus

### América

- Chile, Región del Maule: Nuevo caso de hantavirus
- Estados Unidos: Advierten sobre las bacterias que pueden encontrarse en los peloteros
- Estados Unidos: Reportan un caso de bartonelosis con síndrome neuropsiquiátrico en un adolescente
- Uruguay: Detectaron un caso importado de sarampión

### El mundo

- Estados Unidos, Hawai'i: Segundo caso de angiostrongilosis en el año

- Europa: Las aguas residuales del sur de la Región tienen más bacterias resistentes que las del norte

- India: Descubren una enfermedad renal que hasta ahora sólo se había descrito en América Central y Sri Lanka

- Madagascar: Características epidemiológicas de la epidemia de peste urbana de 2017

- Mozambique: Aumentan a 271 los casos de cólera

- República Democrática del Congo: Situación epidemiológica de la enfermedad por el virus del Ébola

## La mortal epidemia de cáncer de cuello de útero en Haití (Segunda parte)

- "Ya sé que voy a morir"

### Adhieren:

**SLAMVI**

Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

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

**CIRCULO MÉDICO DE CÓRDOBA**

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

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

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



Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas

Universidad Nacional de Córdoba

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



S.A.D.I.

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

**Comité Nacional de Infectología**

Sociedad Argentina de Pediatría

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



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

**Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica**

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



Asociación Parasitológica Argentina

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

**Vigilancia de malaria**

15 de marzo de 2019 – Boletín Integrado de Vigilancia – Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de la Situación de Salud (Argentina)

| Provincia/Región                | 2018        |             | 2019        |             |
|---------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
|                                 | Notificados | Confirmados | Notificados | Confirmados |
| Ciudad Autónoma de Buenos Aires | 5           | 2           | 2           | —           |
| Buenos Aires                    | 2           | 1           | 4           | 3           |
| Entre Ríos                      | 1           | —           | —           | —           |
| Santa Fe                        | 3           | —           | 1           | 1           |
| <b>Centro</b>                   | <b>11</b>   | <b>3</b>    | <b>7</b>    | <b>4</b>    |
| Misiones                        | —           | —           | 1           | —           |
| <b>NEA</b>                      | <b>—</b>    | <b>—</b>    | <b>1</b>    | <b>—</b>    |
| Jujuy                           | 2           | —           | 20          | —           |
| Salta                           | 4           | —           | 25          | —           |
| <b>NOA</b>                      | <b>6</b>    | <b>—</b>    | <b>45</b>   | <b>—</b>    |
| <b>Total Argentina</b>          | <b>17</b>   | <b>3</b>    | <b>53</b>   | <b>4</b>    |

**Tabla 1.** Casos notificados y confirmados, según provincia y región. Argentina. Años 2018/2019, hasta semana epidemiológica 8. Fuente: Secretaría de Salud de Argentina.<sup>1</sup>

## Urgente24 Preocupación por la demora en los envíos de ciertas dosis de vacunas

29 de marzo de 2019 – Fuente: Urgente 24 (Argentina)

El 25 de marzo, los ministros de salud de todo el país plantearon ante el secretario nacional de Salud, Adolfo Luis Rubinstein, su preocupación por la demora en los envíos de ciertas dosis de vacunas.

Luego de que en agosto pasado dicho ministerio dispusiera el cese de la provisión de las dosis contra la meningitis para los niños de 11 años, manteniéndolas para los de 3, 5 y 15 meses de edad, las provincias se quejaron ante el Consejo Federal de Salud (COFESA) por las demoras en los envíos de esta vacuna –y de otras como la del virus del papiloma humano, la Sabin y la antigripal–, que impiden el normal cumplimiento del calendario oficial.

Sin dudas, la embestida de los jefes de las áreas sanitarias tuvo como principal destinatario al propio Rubinstein, quien negó que exista una política de recorte presupuestario en el esquema de prevención y garantizó que en los “próximos 10 a 15 días el sistema habrá quedado normalizado y actualizado de acuerdo con las previsiones del primer trimestre del año”. Y atribuyó las demoras a problemas en la logística de distribución territorial.

El jefe de Epidemiología del Gobierno de San Luis, Rodrigo Verdugo señaló que frente a este conflicto se inició el proceso de compra de las vacunas más críticas. “La ministra de Salud provincial, Silvia Sosa Araujo, viajó a la reunión del COFESA y presentó la preocupación de San Luis por la falta de envío de las vacunas que está siendo incompleto desde agosto, cuando se interrumpió el envío de la antimeningocócica y tiempo después fue enviada en cantidades insuficientes”.

Comentó que desde este primer trimestre los envíos también tuvieron faltantes en diferentes vacunas. “En muchas de ellas la provincia contaba con stock y se puede terminar marzo, pero hay dos vacunas que son críticas como la antimeningocócica y la del rotavirus y aún no hemos recibido ninguna. Ante esta situación estamos gestionando la compra de estas dos vacunas”, dijo Verdugo.

Si bien la autonomía financiera y política de las provincias permite que ante situaciones de emergencia gestionen de manera directa con los laboratorios la compra de las dosis, en la mayoría de los casos la conveniencia en el precio que logra la Nación por un lote mayor de dosis termina por desalentar esa posibilidad, a la que solo acceden unos pocos distritos con mayor holgura económica o baja población de riesgo.

En el caso de las tres dosis contra la meningitis (la B y la ACWY), fueron incorporadas desde 2015 al Calendario. El 23 de agosto de 2018, la Secretaría de Salud anunció que por “problemas logísticos” se disponía un cese de la vacuna en los adolescentes de 11 años.

Desde Chubut, el ministro de Salud, Adrián Pizzi, también sumó su preocupación ante la discontinuidad de los envíos. “Es un problema que tienen todas las provincias. Nación nos provee las vacunas, nosotros no podemos comprarlas por ley. Y así debe funcionar porque todo el país debe recibir la misma vacuna”, dijo el funcionario.

“Lamentablemente es una situación que se viene produciendo en los últimos meses”, dijo asimismo Sofía Testino, directora del Hospital Zonal de Trelew. Y recordó que “las vacunas de calendario oficial llegan a través del Estado Nacional, que es quien compra las vacunas a los fabricantes”.

“Las vacunas ingresan por aduana y sufren los procesos de cualquier producto de importación. Creo que es un tema presupuestario de Nación por costos, intereses, dólar... Creo que tiene que ver con las dificultades con el trámite de desaduanaje de insumos de cadena de frío. El año pasado reclamamos las 24 provincias”, estipuló Brito.

<sup>1</sup> No hay registrados casos autóctonos de malaria en Argentina. Los casos notificados para este evento son todos importados, y se consiguen por provincia de residencia o consulta. Los casos notificados incluyen casos sospechosos, probables, confirmados y descartados. Se listan solamente las provincias y regiones que han notificado casos.

El Ministerio de Salud entrerriano, por su parte, advirtió que también esta situación “es producto de que Nación no está garantizando la provisión normal. Se está distribuyendo a modo de goteo y a raíz de ello actualmente hay faltantes de Sabin, antimeningocócica, algunas gamma globulina, antigripales y triple bacteriana”.

Es la segunda vez en el año que en territorio bonaerense, las familias no consiguen la vacuna antimeningocócica.

“En los últimos días, en distintos puntos de la provincia de Buenos Aires se conocieron faltantes y escasez de la dosis en distintas salitas, centros de salud y farmacias. Esa faltante no es solo exclusiva del territorio bonaerense, en otras provincias, los medios periodísticos denuncian que también hay escasez. La vacuna antimeningocócica es la que se aplica a los niños a los 3, 5 y 15 meses. Nación está enviando solo 30 y 40% de la cantidad que se necesita para la población objetivo, advierten los especialistas”, según el mencionado medio.

Cuando el ministerio decidió suspender miles de dosis contra el meningococo para niños de 11 años, se denunció el hecho como un “nuevo ajuste”. Pero, el Juzgado Federal N° 2 de La Plata ordenó que se vuelvan a aplicar. La decisión del juez ocurrió luego de que Abogados por la Justicia Social La Plata, Berisso y Ensenada (AJUS LPBE) interpusiera una medida cautelar contra el Estado Nacional debido al incumplimiento de la Resolución que lo preveía.

## INFOZONA

### Buenos Aires, Bolívar: Caso fatal de hantaviriosis

30 de marzo de 2019 – Fuente: InfoZona (Argentina)

El intendente municipal de Bolívar, Marcos Emilio Pisano confirmó que la muerte de una persona ocurrida días atrás en dicho distrito bonaerense, fue por hantaviriosis.

Pisano conjuntamente con el equipo de Salud, Zoonosis y profesionales del Hospital Municipal Subzonal ‘Dr. Miguel Luis Capredoni’, se encuentra trabajando desde el 29 de marzo, cuando recibieron el informe que confirmó el resultado positivo del análisis, realizado por la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) ‘Dr. Carlos Gregorio Malbrán’.

“Es importante aclarar que no existe contagio interhumano y lo sucedido fue un caso excepcional”, expresó la Dra. Marcela Laborde, vicedirectora del nosocomio.

Laborde explicó que después de conocerse el resultado, se procede a la elaboración de una ficha epidemiológica que determinará las manifestaciones médicas y los lugares donde estuvo la persona en los últimos 50 días.

Por su parte, el intendente confirmó que el Ministerio de Salud provincial ya está al tanto del caso y que desde el municipio se trabaja bajo el protocolo indicado por la cartera bonaerense.

“En contacto con Zoonosis Rural de Azul trabajamos en el protocolo que se debe seguir para investigar las causas del contagio. El 1 de abril comenzará el trabajo en conjunto para buscar las causas y tener la mayor aproximación posible para aclarar éste caso”, explicó el veterinario Pablo Bergonzelli.

“Los últimos meses se tomaron medidas de prevención y se montó un dispositivo para disipar las dudas que tengan los vecinos acerca de los síntomas presuntivos”, expresó la secretaria de Salud, María Estela Jofré. “Estamos en una zona endémica, la presencia de ratones infectados se da todos los años en la provincia. Pasó en Olavarría, pasó en Azul, y éste año lamentablemente nos tocó a nosotros”, agregó Jofré.

## América



### Chile, Región del Maule: Nuevo caso de hantaviriosis

30 de marzo de 2019 – Fuente: Biobío (Chile)

El Instituto de Salud Pública (ISP) de Chile confirmó el caso número 11 de hantaviriosis en la Región del Maule, correspondiente a una mujer de 27 años que reside en Talca, pero que fue trasladada al Hospital Clínico de la Red de Salud UC CHRISTUS, en Santiago, para recibir oportuno y específico tratamiento.

La Secretaria Regional Ministerial (Seremi) de Salud del Maule, Marlenne Ingrid Durán Seguel, informó que se trata de “un caso que tiene probabilidades de ser un contagio de persona a persona, debido a que es una mujer de 27 años, que fue la tutora de la bebé de un mes que falleció el 13 de marzo pasado por hantaviriosis”.

La joven es familiar de la madre de la lactante fallecida por el virus, mujer que también estaba contagiada. Mientras la mamá se encontraba recibiendo tratamiento en el Hospital Higuera de Talcahuano, en la región del Biobío, la tía se quedó cuidando a la bebé recién nacida en el hospital en Talca, instancias en las que se podría haber provocado el contagio.

“Ella tuvo contacto directo con la recién nacida y con las secreciones de esta pequeña, cuando estuvo hospitalizada en Talca. Durante esos días, aún no se confirmaba la hantaviriosis en la bebé. Después se confirmó que adquirió el virus a través de la leche materna”, sostuvo la autoridad sanitaria.

Recordó que el abuelo de la bebé fue el primero en presentar hantaviriosis en la familia, después la mamá de la bebé, luego la propia lactante y, ahora, la prima de la madre, que hizo las veces de tutora de la menor. Los primeros tres pacientes tienen domicilio en Parral.

### Condición estable

En cuanto al estado de salud de la paciente, la Seremi sostuvo que “está estable, ayer solo presentaba un poco de fiebre, pero los niveles de trombocitopenia y plaquetas están bien. De todas maneras, de forma preventiva permanecerá en Santiago, donde está todo el equipamiento que pueda necesitar”.

La Región del Maule lidera en casos de hantavirus a nivel nacional, con 11 casos a la fecha, de los cuales, cuatro han fallecido. Se han registrado 36 casos a nivel nacional, con ocho muertes a causa del síndrome pulmonar por hantavirus.

Ante este escenario poco favorable y la realidad altamente rural de la región, la Seremi despachó un oficio a la dirección del Servicio de Salud Maule (SSM) con el fin de contar, en el mediano plazo, con un equipamiento ECMO (de oxigenación por membrana extracorpórea), para evitar derivaciones de pacientes contagiados y disminuir los tiempos de acceso al tratamiento.

La Seremi de Salud recalcó que “los casos de contagio entre humanos son muy poco frecuentes, excepcionales y representan 1% de todos los casos de hantavirus. Se da por un contacto muy estrecho como lo fue en este caso, donde la tutora estuvo en contacto con las secreciones y la orina de la recién nacida. La joven no siempre utilizó la protección correspondiente como mascarilla. El llamado es a la calma y a tomar las medidas de prevención durante todo el año, no tan solo en el verano”.



### Estados Unidos: Advierten sobre las bacterias que pueden encontrarse en los peloteros

22 de noviembre de 2018 – Fuente: *American Journal of Infection Control*

Los peloteros utilizados en la terapia física para niños, similares a los que se han hecho populares en cumpleaños, fiestas e incluso restaurantes o diferentes servicios, pueden contribuir a la transmisión de gérmenes entre los pacientes que los utilizan.

La popularidad de los peloteros ha aumentado desde que los restaurantes comerciales tradicionales las instalaron en todo el país para los niños en la década de 1980, y a menudo se las encuentra contaminadas con suciedad visible, vómitos, heces u orina, lo que proporciona un ambiente favorable para la contaminación. Peloteros similares se usan comúnmente en la terapia física pediátrica para proporcionar estimulación a niños con discapacidades sensoriales o motoras. Según el estudio, estos peloteros pueden pasar días o incluso semanas sin limpiarse, lo que permite que los microorganismos se acumulen y crezcan hasta niveles capaces de causar infecciones en los niños y enfermarlos.



Se examinaron seis peloteros de clínicas de fisioterapia para pacientes hospitalizados o clínicas ambulatorias en el estado de Georgia. Se seleccionaron aleatoriamente de nueve a 15 bolas a diferentes profundidades de cada pelotero muestreado.

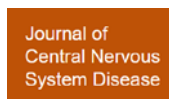
Se encontró una considerable colonización microbiana en los peloteros que se analizaron, incluidas ocho bacterias y una levadura que podrían causar enfermedades. Se descubrió que la colonización bacteriana es tan alta como miles de células por pelota, lo que demuestra claramente un mayor potencial para la transmisión de estos organismos a los pacientes y una mayor posibilidad de infección.

Se encontró una variación considerable en el número de microorganismos entre las diferentes muestras de pelotas. Esto sugiere que las clínicas utilizan diferentes protocolos para la limpieza y el mantenimiento, lo que potencialmente representa una necesidad más amplia de aclarar y establecer estándares que reduzcan el riesgo de transmisión.

En general, se identificaron 31 especies bacterianas y una especie de levadura. Las bacterias asociadas a los humanos encontradas en los peloteros incluyen:

- *Enterococcus faecalis*, que puede causar endocarditis, septicemia, infección del tracto urinario y meningitis;
- *Staphylococcus hominis*, causa de infecciones del torrente sanguíneo y se informa como causa de sepsis en una unidad de cuidados intensivos neonatales;
- *Streptococcus oralis*, que puede causar endocarditis, síndrome de dificultad respiratoria en adultos y shock estreptocócico;
- *Acinetobacter lwoffii*, que se ha informado como causa de septicemia, neumonía, meningitis e infecciones del tracto urinario y de la piel.

Esta investigación muestra que los peloteros pueden representar un peligro de infección. Las instalaciones deben establecer un programa de limpieza regular para proteger a los pacientes y trabajadores de la salud de posibles riesgos de infección.<sup>2</sup>



### Estados Unidos: Reportan un caso de bartonelosis con síndrome neuropsiquiátrico en un adolescente

18 de marzo de 2019 – Fuente: *Journal of Central Nervous System Disease*

Un singular caso médico fue reportado por un hospital de Estados Unidos, en el que un adolescente comenzó a sufrir repentinamente síntomas de brotes psicóticos sin tener antecedentes de enfermedad mental.

Un adolescente de 14 años que gozaba de buena salud comenzó a exhibir de repente, en octubre de 2015, algunos problemas de salud mental. Tenía pensamientos suicidas porque tenía temor de asesinar a su familia y amigos. También desarrolló un gran número de fobias y temía que el gato de su familia quisiera matarlo.

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

Fue hospitalizado de emergencia en la unidad psiquiátrica de un hospital, bajo tratamiento con medicamentos antipsicóticos. Desafortunadamente, los síntomas continuaron durante 18 meses más.

Durante ese período, un médico notó que el niño presentaba una especie de estrías a lo largo de los muslos y las axilas. Con esa pista, comenzaron a investigar si también padecía una infección.

Los análisis dieron positivo para *Bartonella henselae*, un tipo de bacterias asociadas con una infección que a menudo se contrae por una mordedura o arañazo de gato. Precisamente, la familia del menor convivía con dos gatos callejeros adoptados.

En cuanto la infección bacteriana fue tratada con antibióticos, la salud mental del adolescente se recuperó por completo. Los médicos creen que la bacteria fue el desencadenante del brote psicótico.

El síndrome neuropsiquiátrico pediátrico de inicio agudo (PANS) es un diagnóstico clínico que se presenta en niños que tienen un desarrollo abrupto y repentino de síntomas neuropsiquiátricos. La causa del PANS se desconoce en la mayoría de los casos pero se cree que la provocan infecciones y otras reacciones inflamatorias.<sup>3</sup>

## **Montevideo Uruguay: Detectaron un caso importado de sarampión**

30 de marzo de 2019 – Fuente: Montevideo Portal (Uruguay)

El Ministerio de Salud Pública de Uruguay alertó el 29 de marzo en un comunicado que se detectó un caso de sarampión importado. Se trata de un ciudadano ruso, de 39 años de edad, que viajó desde Buenos Aires a Montevideo el 17 de marzo pasado. Ese mismo día volvió a la capital argentina. Se trata del primer caso que se detecta en el país en 20 años: la enfermedad se erradicó en 1999.

Debido a que el hombre ya presentaba la enfermedad, el Ministerio de Salud Pública realizó un llamado de atención a todas las personas que hayan tomado el buque 'Papa Francisco' de la empresa Buquebus el domingo 17 de este mes a las 7:30 horas de Buenos Aires a Montevideo y a las 20:15 de regreso.

A todos los involucrados la cartera los insta a que verifiquen que tengan las dosis de la vacuna triple viral al día de acuerdo a su edad.

El Ministerio de Salud Pública indicó que se debe consultar al médico e informarle que pudo haber tenido contacto con un caso de sarampión en caso de presentar síntomas como fiebre, erupción cutánea, conjuntivitis y síntomas respiratorios hasta incluso dos semanas después de haber viajado. Las mismas precauciones se aplican para las personas que crean haber tenido contacto con el extranjero en algún otro momento.

## El mundo



## **Estados Unidos, Hawai'i: Segundo caso de angiostrongilosis en el año**

28 de marzo de 2019 – Fuente: Hawai'i State Department of Health (Estados Unidos)

El Departamento de Salud de Hawai'i confirmó un caso de angiostrongilosis, contraída en la Isla de Hawai'i. El caso reside en North Hawai'i y es el segundo del condado de Hawai'i en dar positivo en la prueba de angiostrongilosis en 2019, lo que lleva el total estatal a dos casos este año.

Los funcionarios de salud fueron informados recientemente sobre el adulto residente en North Hawai'i, que enfermó en enero. Las pruebas de laboratorio realizadas a través de la División de Laboratorios Estatales del Departamento de Salud confirmaron la infección a fines de febrero. El caso fue hospitalizado por un corto tiempo y desde entonces se ha recuperado.

Los funcionarios realizaron una investigación detallada para obtener más información sobre la posible fuente de infección, la que no se pudo identificar con certeza, aunque descubrieron que esta persona tiene un huerto familiar en su propiedad. Es probable que el individuo haya consumido accidentalmente una babosa o un caracol con los productos de su huerto.

"En Hawai'i, debemos tratar a todas las babosas y caracoles como si estuvieran infectados con el parásito *Angiostrongylus cantonensis* que causa la enfermedad, y esto significa que se deben lavar todos los productos sin importar de donde provengan, ya sea de una tienda, un mercado o el propio huerto", dijo el Director de Salud, Bruce Anderson. "Lavar todos los productos de manera cuidadosa y minuciosa, utilizando agua corriente limpia, es la forma más efectiva de eliminar las babosas o caracoles no deseados de las frutas y verduras frescas".

El Departamento de Salud realizará una reunión comunitaria en North Hawai'i a fines de abril para brindar a los residentes del área información sobre la enfermedad y cómo pueden protegerse.<sup>4</sup>

## Science Advances

## **Europa: Las aguas residuales del sur de la Región tienen más bacterias resistentes que las del norte**

27 de marzo de 2019 – Fuente: Science Advances

Las aguas que evacuan las ciudades llevan nuevos contaminantes cuyo impacto aún se desconoce. Uno de estos contaminantes emergentes son las bacterias resistentes a los antibióticos. Un estudio comparativo de una decena de

<sup>3</sup> Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

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

plantas depuradoras de varios países europeos muestra ahora que las aguas residuales que llegan a las plantas del sur de Europa portan una mayor abundancia de genes que intervienen en el desarrollo de resistencia a fármacos. El resultado confirma el mayor consumo de antibióticos en el sur y convierte a las depuradoras en un eficaz sistema de vigilancia antibacteriana.

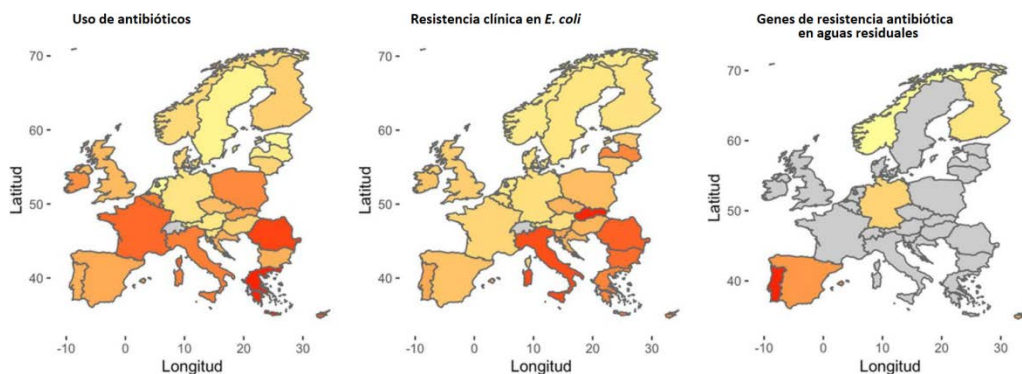
Se tomaron muestras durante tres campañas en 12 plantas de tratamiento de aguas residuales de varios países europeos, y se analizaron las aguas tanto al entrar en la depuradora como al salir. Se buscaron bacterias patógenas como *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* y *Staphylococcus aureus*. En particular, se puso énfasis en detectar la presencia de 229 genes conocidos por intervenir en el desarrollo de resistencias y otros 25 elementos genéticos móviles que podrían facilitar la propagación de esa resistencia a otras bacterias de la misma u otra especie. Es necesario aclarar que el agua saliente era completamente apta para el consumo, con niveles de microorganismos normales. Lo que interesaba era la presencia de resistencias a antibióticos.

Se demostró que todas las aguas residuales llegan a las depuradoras con material bacteriano resistente. Las plantas funcionan como verdaderos colectores del microbioma urbano y atestiguan la carrera de armamentos desatadas entre antibióticos y bacterias patógenas. El estudio configura dos grupos de países. Por un lado, Alemania, Noruega y Finlandia con una abundancia relativa de genes de resistencia bacteriana significativamente menor que la del otro grupo, formado por Portugal, Chipre y España.

Todas las muestras analizadas contenían genes de resistencia bacteriana a diversos tipos de antibióticos, como los aminoglucósidos (estreptomina), betalactámicos (penicilinas o cefalosporinas), sulfamidas o tetraciclinas. En la mayoría también se detectó material multirresistente, capaz de sobrevivir a la acción de más de un grupo de antibióticos. Salvo en el caso de las tetraciclinas, la resistencia a las demás familias de fármacos era más abundante en las aguas a tratar de los países del sur.

El Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC) ya había observado la diferencia entre el norte y el sur en las infecciones clínicas. Esta investigación demostró que lo mismo sucede en las plantas de tratamiento de residuos urbanos. Pero mientras los informes del ECDC se basan en datos obtenidos de muestras hospitalarias, este trabajo muestra el ecosistema de resistencias bacterianas de los habitantes de toda una ciudad, lo que sería su resistoma urbano.

Las diferencias entre el norte y el sur reflejan también el mayor consumo de antibióticos que se ha detectado en la mayoría de los países del sur (y también del este) de Europa. La emergencia de resistencia es una respuesta adaptativa de las bacterias: a más antibióticos, mayor desarrollo de resistencia bacteriana. Sin embargo, el abuso de los antibióticos no es la única explicación de la mayor resistencia bacteriana en el sur. A esto habría que añadir la diferencia de temperatura: los patógenos humanos prosperan a la temperatura corporal humana, así que proliferan por encima de los 30°C, extremo que no se da con mucha frecuencia en el norte de Europa.



Las plantas depuradoras son un reflejo del estado de salud de la población. Y como tales, pueden servir como centinelas. Los genes de bacterias resistentes son un contaminante emergente del que aún se sabe muy poco de sus impactos en el medio y en la salud humana.

Entre los posibles riesgos están la propagación de una resistencia determinada ya sea por recombinación genética o por transferencia horizontal a otras bacterias de la misma o de otra especie. Se sabe, por ejemplo, que las algas microscópicas que verdean ríos y lagos (las cianobacterias) son muy sensibles a los antibióticos. Pero se desconoce qué ocurriría si desarrollan resistencias. Tampoco está claro hasta qué puntos de la cadena trófica pueden llegar las bacterias resistentes: suelos, vegetación, agua de riego, animales o humanos.

Por fortuna, una vez tratada, el agua sale de las plantas con una ínfima parte de su carga bacteriana. Las depuradoras aquí hacen bien su trabajo, pero el problema de la resistencia bacteriana es casi cualitativo: aunque en menor cantidad, las aguas salientes aún contienen material bacteriano resistente a buena parte de los antibióticos.

Se pueden eliminar las bacterias patógenas pero no necesariamente todos los genes de resistencia bacteriana; comprender cuál es el sistema más eficaz para eliminar dichos genes es importante. De hecho, se ha discutido que en ocasiones, las propias plantas podrían favorecer la aparición de resistencias. Los procesos usados, como la ozonización o la radiación ultravioleta podrían provocar la respuesta SOS en las bacterias (para reparar el ADN dañado), favoreciendo la recombinación y la transferencia de la resistencia. Sin embargo, este es un tema que está aún en estudio y lo que resulta claro de este trabajo es que las depuradoras, en su conjunto, son muy eficaces eliminando los patógenos bacterianos y los genes de resistencia que portan.

Las plantas depuradoras pueden convertirse en la base de un sistema de vigilancia global de las resistencias bacterianas. Pero también urge establecer unos niveles máximos de su presencia en el agua como existen para otros contaminantes.<sup>5</sup>

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

28 de marzo de 2019 – Fuente: *The British Medical Journal Open*

Una enfermedad renal crónica de origen desconocido que hasta ahora sólo se había descrito en América Central y Sri Lanka ha sido diagnosticada ahora también en la India. Esta dolencia podría ser común en otras comunidades rurales de países tropicales y subtropicales.

Esta enfermedad renal crónica de origen desconocido se considera una epidemia en América Central y es devastadora en Nicaragua y El Salvador, donde afecta principalmente a poblaciones de comunidades agrícolas en edad laboral.

La enfermedad renal crónica de origen desconocido se caracteriza por provocar una pérdida gradual de la función renal y no está asociada con la diabetes o la hipertensión, causas principales de la enfermedad renal crónica tradicional, y su evolución clínica tiende a ser más rápida.

Las causas de la enfermedad no están claras, pero se han sugerido factores de riesgo como el estrés por calor, el trabajo extenuante, las condiciones climáticas, el uso de agroquímicos o la exposición a metales pesados.

Se combinaron datos de 12.500 personas –que formaban parte de tres estudios poblacionales en India– de áreas urbanas y rurales del norte (estados de Delhi y Haryana) y del sur (estados de Tamil Nadu y Andhra Pradesh).

Los participantes habían completado previamente cuestionarios sobre sus hábitos alimentarios, consumo de alcohol, nivel educativo y otros datos sociodemográficos, y también midieron su masa corporal y presión arterial, así como biomarcadores de la función renal.

Las conclusiones mostraron que la prevalencia de la enfermedad entre personas adultas de menos de 60 años es de 1,6 %, pero esta cifra varía mucho según las zonas del país, siendo más alta en las comunidades rurales del sur de India, donde la cifra alcanzó a 4,8%.

Sobre los factores de riesgo, se relacionó con tener menos de 60 años (edad productiva), vivir en una zona rural, consumir alcohol y contar con menor nivel educativo. Estos factores de riesgo identificados son similares a los ya encontrados previamente en América Central y Sri Lanka.

En los entornos rurales es donde se produce una exposición a algunos de los posibles factores de riesgo para la enfermedad, como el trabajo agrícola y la exposición a agroquímicos.

Los resultados de la investigación tienen implicaciones importantes para la salud global, ya que indican que la enfermedad podría tener una carga de salud pública sustancial a nivel mundial que hasta ahora ha sido poco reconocida.<sup>6</sup>

## THE LANCET Infectious Diseases **Madagascar: Características epidemiológicas de la epidemia de peste urbana de 2017**

28 de marzo de 2019 – Fuente: *The Lancet – Infectious Diseases*

Un reciente artículo describe las características de la gran epidemia de peste urbana en Madagascar en la segunda mitad de 2017.

Madagascar representa 75% de los casos globales de peste reportados a la Organización Mundial de la Salud, con una incidencia anual de 200 a 700 casos sospechosos (principalmente de peste bubónica). En 2017, se produjo una epidemia de peste neumónica de tamaño inusual. El alcance de esta epidemia brindó una oportunidad única para comprender mejor la epidemiología de las pestes neumónicas, especialmente en entornos urbanos.

Se notificaron 2.414 casos clínicamente sospechosos de peste, incluidos 1.878 (78%) casos de peste neumónica, 395 (16%) de peste bubónica, un caso septicémico (<1%) y 140 (6%) casos con forma clínica no especificada. De los 1.878 casos notificados de peste neumónica, 386 (21%) fueron probables y 32 (2%) fueron confirmados.

De los 395 casos notificados de peste bubónica, 73 (18%) fueron probables y 66 (17%) fueron confirmados. La tasa de letalidad fue mayor entre los casos confirmados (ocho de 32 casos, 25%) que probables (27 de 360 casos, 8%) o casos sospechosos de peste neumónica (74 de 1.358 casos, 5%) y una tendencia similar se observó en casos de peste bubónica (16 de 66 casos confirmados, 24%; cuatro de 68 casos probables, 6%; y seis de 243 casos sospechosos, 2%).

De los 418 casos confirmados o probables de peste neumónica, 351 (84%) se concentraron en Antananarivo, la ciudad capital, y Toamasina, el principal puerto marítimo. Las 50 cepas aisladas de *Yersinia pestis* fueron susceptibles a los antibióticos probados.<sup>7</sup>

## **Mozambique: Aumentan a 271 los casos de cólera**

30 de marzo de 2019 – Fuente: Agência Lusa (Portugal)

Los casos de cólera entre los supervivientes del devastador ciclón Idai en Mozambique aumentaron a 271, informaron las autoridades, una cifra que casi se duplicó con respecto a la del día anterior.

El director nacional de salud, Ussein Isse, declaró el brote de la enfermedad diarreica aguda el 27 de marzo, con sólo cinco casos.

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

<sup>7</sup> Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).



Hasta ahora no se han producido muertes en los hospitales, pero sí dos casos, no confirmados aún, fuera de los centros médicos, con síntomas de la enfermedad, que incluyen diarrea y deshidratación.

El número de muertos en el centro de Mozambique a causa del ciclón que azotó el 14 de marzo había aumentado a 501. Las autoridades han advertido que el saldo es muy preliminar, ya que las aguas de la inundación siguen retrocediendo y revelando más cadáveres.

Los casos de cólera han sido descubiertos en la ciudad portuaria de Beira, donde medio millón de residentes, especialmente los que viven en barrios pobres y abarrotados, corren más riesgos.

Miles de personas estuvieron atrapadas durante más de una semana en localidades sumergidas sin acceso a agua potable después de que Idai tocara tierra en Beira el 14 de marzo, provocando inundaciones catastróficas y provocando devastación en Mozambique, Zimbabwe y Malawi.

Médicos Sin Fronteras está atendiendo unos 200 casos probables de cólera al día en la ciudad, donde los trabajadores de socorro se están apresurando a restaurar el dañado sistema de suministro de agua y traer asistencia médica adicional.

La Organización Mundial de la Salud advirtió de un "segundo desastre" si enfermedades transmitidas por el agua, como el cólera, se extienden por la devastada región. El 26 de marzo dijo que se enviaron 900.000 vacunas orales contra el cólera a la región, que se espera que lleguen el 1 de abril.

La enfermedad es una de las principales preocupaciones de los miles de sobrevivientes en la nación del sur de África que se refugiaron en condiciones miserables en campamentos, escuelas y hogares empapados.

La Organización de Naciones Unidas dijo que alrededor de 1,8 millones de personas necesitan ayuda urgente en la anegada región de mayoría rural. El hambre es otra de las preocupaciones, ya que el meteoro barrió las cosechas que estaban a punto de ser recolectadas



## República Democrática del Congo: Situación epidemiológica de la enfermedad por el virus del Ébola

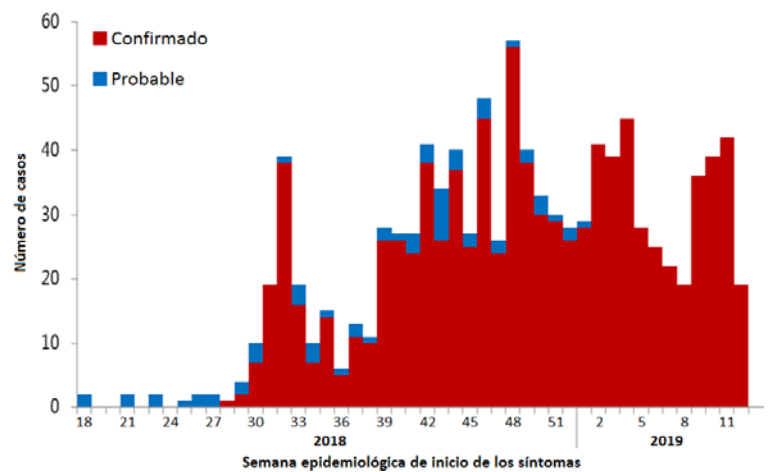
28 de marzo de 2019 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

El brote actual de la enfermedad por el virus del ébola (EVE) en las provincias de Nord-Kivu e Ituri registró un aumento en el número de nuevos casos la semana pasada. En este momento, los equipos de respuesta enfrentan desafíos diarios para garantizar la identificación e investigación oportuna y exhaustiva de todos los casos en un contexto de violencia esporádica por parte de grupos armados y desconfianza en algunas comunidades afectadas. A pesar de esto, se está avanzando en áreas como Mandima, Masereka y Vuhovi, donde los equipos de respuesta han podido acceder gradualmente una vez más y se observa la aceptación por parte de la comunidad de intervenciones comprobadas para romper las cadenas de transmisión.

Durante los últimos 21 días (del 6 al 26 de marzo), se notificó un total de 125 casos nuevos en 51 áreas sanitarias en 12 de las 21 zonas sanitarias afectadas hasta la fecha; 38% de las 133 áreas sanitarias afectadas hasta la fecha. La mayoría de estos casos provienen de zonas calientes remanentes de Katwa (36), Butembo (14) y tres clústeres emergentes en Mandima (19), Masereka (18) y Vuhovi (17), además de un número limitado de casos en otras áreas (ver Tabla 2). Todos los casos se vinculan con las cadenas de transmisión en las zonas calientes, y se observa una transmisión local en un número limitado de pueblos y aldeas dentro de las redes familiares/sociales o centros de salud donde los casos fueron visitados antes de su detección y aislamiento.

Al 26 de marzo, se habían notificado un total de 1.029 casos confirmados y probables, de los cuales 642 fallecieron (tasa de letalidad de 62%). De los 1.029 casos con edad y sexo notificados, 57% (584) eran mujeres y 30% (307) eran menores de 18 años. El número de trabajadores de la salud afectados ha aumentado a 78 (8% del total de casos), incluidas 27 muertes.

Los esfuerzos de participación de la comunidad para alentar una mayor participación local y la apropiación de la respuesta al brote están en marcha y han tenido cierto éxito en muchas áreas. En Butembo y Katwa, la semana pasada, un total de 4.171 hogares fueron visitados por voluntarios de salud de la comunidad y de la Cruz Roja. La semana pasada también se establecieron nueve comités comunitarios para mejorar el diálogo directo con los trabajadores de la salud y capacitar a los miembros de la comunidad para participar en el proceso de toma de decisiones de la respuesta local. Se están llevando adelante diálogos especiales en las comunidades donde se han producido los incidentes con mayor frecuencia. Un antropólogo se reúne primero con la comunidad para conocer sus inquietudes y



**Gráfico 1.** Casos confirmados y probables, según semana epidemiológica de inicio de los síntomas. República Democrática del Congo. Años 2018/19, hasta el 26 de marzo de 2019. Fuente: Organización Mundial de la Salud.



luego organiza reuniones comunitarias donde se pueden discutir estas inquietudes, incluso entre líderes juveniles locales, asociaciones de mujeres, médicos tradicionales y proveedores de salud.

Hasta el 26 de marzo, 324 pacientes se habían recuperado y habían sido dados de alta de los Centros de Tratamiento del Ébola. En Beni, las ONG locales y los equipos internacionales están actualmente impartiendo capacitación sobre el cuidado de los ojos a diez oftalmólogos y estableciendo clínicas dedicadas para el cuidado de los ojos para proporcionar exámenes de detección y atención ocular a los sobrevivientes de la EVE. Hasta la fecha, 145 sobrevivientes han sido evaluados en estas clínicas y un total de 293 se han inscrito en el programa de sobrevivientes.

También se han logrado avances notables en la mejora de las capacidades de prevención y control de infecciones (PCI) en los centros de salud. Desde enero, los equipos de campo de PCI han descontaminado más de 250 centros de salud y hogares, han proporcionado más de 100 kits de suministros y han capacitado a más de 3.000 trabajadores de salud en PCI. Se ha completado un reciente taller nacional de PCI para ayudar a la implementación de nuevas estrategias, mientras que el establecimiento de un grupo de trabajo de PCI ha mejorado aún más la comunicación y coordinación de los socios en todos los niveles. Sin embargo, el trabajo está en curso y los equipos de PCI continúan respondiendo a los nuevos casos de transmisión nosocomial con la aparición de clústeres en comunidades y centros de salud que anteriormente no se habían visto afectados.

Estos éxitos locales no se logran sin desafíos. Al visitar comunidades en áreas de alto riesgo, los equipos de respuesta a veces enfrentan desafíos de seguridad. Aunque no se han reportado incidentes de seguridad importantes en los últimos 10 días, la situación general sigue siendo frágil. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus socios han establecido recientemente centros de coordinación y análisis operacional para lograr una comprensión más integral de cómo se puede involucrar a las comunidades de manera más efectiva, así como aumentar la conciencia operativa de las operaciones diarias para garantizar la seguridad de los trabajadores de atención médica de primera línea y las comunidades a las que están ayudando. La OMS y sus asociados también han fortalecido la seguridad física en los centros de tratamiento y el alojamiento de los trabajadores de la salud.

Encontrar un equilibrio entre brindar protección operativa adecuada a los miembros de la comunidad en riesgo y a los trabajadores de la salud, al mismo tiempo que se gana la confianza de las comunidades, sigue siendo un proceso de aprendizaje interactivo. La OMS está modificando constantemente los esfuerzos de respuesta para enfrentar estos desafíos operacionales y continuará intensificando la colaboración con las comunidades para aumentar la aceptación en el terreno.

| Provincia/Zona Sanitaria | Casos acumulados |            |             |           |              |            | Casos reportados del 06/03 al 26/03 |             |           |
|--------------------------|------------------|------------|-------------|-----------|--------------|------------|-------------------------------------|-------------|-----------|
|                          | Áreas sanitarias |            | Confirmados | Probables | Total        | Muertes    | Áreas sanit. afectadas              | Confirmados | Probables |
|                          | Afectadas        | Total      |             |           |              |            |                                     |             |           |
| Beni                     | 15               | 18         | 233         | 9         | 242          | 128        | 5                                   | 6           | —         |
| Biena                    | 3                | 14         | 6           | —         | 6            | 6          | 1                                   | 1           | —         |
| Butembo                  | 13               | 15         | 98          | —         | 98           | 76         | 9                                   | 14          | —         |
| Kalunguta                | 11               | 18         | 48          | 13        | 61           | 35         | 3                                   | 4           | —         |
| Katwa                    | 17               | 18         | 285         | 11        | 296          | 207        | 13                                  | 36          | —         |
| Kayna                    | 2                | 18         | 8           | —         | 8            | 3          | 2                                   | 3           | —         |
| Kyondo                   | 11               | 22         | 16          | 2         | 18           | 14         | —                                   | —           | —         |
| Lubero                   | 2                | 18         | 3           | —         | 3            | 1          | 2                                   | 3           | —         |
| Mabalako                 | 8                | 12         | 90          | 16        | 106          | 70         | —                                   | —           | —         |
| Manguredjipa             | 3                | 9          | 5           | —         | 5            | 4          | —                                   | —           | —         |
| Masereka                 | 7                | 16         | 27          | 1         | 28           | 9          | 6                                   | 18          | —         |
| Musienene                | 4                | 20         | 6           | 1         | 7            | 3          | —                                   | —           | —         |
| Mutwanga                 | 3                | 19         | 4           | —         | 4            | 3          | —                                   | —           | —         |
| Oicha                    | 10               | 25         | 34          | —         | 34           | 20         | 3                                   | 3           | —         |
| Vuhovi                   | 9                | 12         | 30          | —         | 30           | 12         | 3                                   | 17          | —         |
| <b>Nord-Kivu</b>         | <b>118</b>       | <b>254</b> | <b>893</b>  | <b>53</b> | <b>946</b>   | <b>591</b> | <b>47</b>                           | <b>105</b>  | <b>—</b>  |
| Bunia                    | 1                | 20         | 1           | —         | 1            | 1          | 1                                   | 1           | —         |
| Komanda                  | 5                | 15         | 27          | 9         | 36           | 18         | —                                   | —           | —         |
| Mandima                  | 6                | 15         | 39          | 3         | 42           | 28         | 3                                   | 19          | —         |
| Nyakunde                 | 1                | 12         | 1           | —         | 1            | 1          | —                                   | —           | —         |
| Rwampara                 | 1                | 11         | 1           | —         | 1            | 1          | —                                   | —           | —         |
| Tchomia                  | 1                | 12         | 2           | —         | 2            | 2          | —                                   | —           | —         |
| <b>Ituri</b>             | <b>15</b>        | <b>85</b>  | <b>71</b>   | <b>12</b> | <b>83</b>    | <b>51</b>  | <b>4</b>                            | <b>20</b>   | <b>—</b>  |
| <b>Total</b>             | <b>133</b>       | <b>339</b> | <b>964</b>  | <b>65</b> | <b>1.029</b> | <b>642</b> | <b>51</b>                           | <b>125</b>  | <b>—</b>  |

**Tabla 2.** Casos confirmados y probables de enfermedad por el virus del Ébola, y número de áreas sanitarias afectadas, por zona sanitaria. Provincias de Nord-Kivu e Ituri, República Democrática del Congo. Datos al 26 de marzo de 2019. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

## Respuesta de salud pública

El Ministerio de Salud sigue fortaleciendo las medidas de respuesta, con el apoyo de la OMS y sus asociados.<sup>8</sup>

## Evaluación de riesgos de la OMS

La OMS monitorea continuamente los cambios en la situación epidemiológica y el contexto del brote para garantizar que el apoyo a la respuesta se adapte a las circunstancias cambiantes. La última evaluación concluyó que los niveles de riesgo nacional y regional siguen siendo muy altos, mientras que los niveles de riesgo globales siguen siendo bajos. Los ataques a los CTE en Katwa y Butembo representaron los primeros ataques a gran escala y organizados dirigidos directamente a la respuesta a la EVE, y fueron de un orden de magnitud diferente a los episodios de

<sup>8</sup> Puede obtener información detallada sobre las acciones de respuesta de salud pública de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus asociados, consultando el último informe de situación publicado por la Oficina Regional de la OMS para África, haciendo clic [aquí](#).

desconfianza en las comunidades o los peligros de ser atrapados en el fuego cruzado entre los combates. Además, la persistencia de focos de resistencia y desconfianza comunitaria, agravada por las tensiones políticas y la inseguridad, ha dado lugar a suspensiones temporales recurrentes y demoras en la investigación de casos y actividades de respuesta en las áreas afectadas, reduciendo la efectividad global de las intervenciones. La alta proporción de muertes en la comunidad reportadas entre los casos confirmados, los retrasos persistentes en la detección y el aislamiento en los CTE, los desafíos en la notificación oportuna y la respuesta a los casos probables, aumentan colectivamente la probabilidad de nuevas cadenas de transmisión en las comunidades afectadas y un mayor riesgo de propagación geográfica dentro de la República Democrática del Congo y hacia países vecinos, al igual que el riesgo de mayor movimiento de población previsto durante los períodos de mayor inseguridad.

### Asesoramiento de la OMS

Tráfico internacional: La OMS continúa desaconsejando cualquier restricción a los viajes o el comercio con la República Democrática del Congo, con base en la información actualmente disponible. No existe una vacuna con licencia para proteger a las personas contra el virus del Ébola. Por lo tanto, cualquier requisito para los certificados de vacunación contra el Ébola no es una base razonable para restringir el movimiento a través de las fronteras o la emisión de visas para pasajeros que salen de la República Democrática del Congo. La OMS sigue supervisando de cerca y, si es necesario, verificando las medidas comerciales y de viaje relacionadas con este evento. Actualmente, ningún país ha implementado medidas de viaje que interfieran significativamente con el tráfico internacional hacia y desde la República Democrática del Congo. Los viajeros deben consultar a un médico antes de viajar y deben practicar una buena higiene.

## Serie: La mortal epidemia de cáncer de cuello de útero en Haití (Segunda parte)



### “Ya sé que voy a morir”

15 de noviembre de 2018 – Fuente: El Nuevo Herald (Estados Unidos)

En Haití, las mujeres llevan la mayor carga en la familia y la economía local. Llamadas *poto mitan* –la columna vertebral de la sociedad– son esposas y madres, pero también vendedoras callejeras, que se ganan la vida en la economía informal.

Paula Paul, de 44 años y vendedora callejera, conoció en abril que tenía cáncer de cuello de útero; nunca le habían hecho un estudio de detección. Tampoco sabía nada de la enfermedad, por lo general vinculada con el virus del papiloma humano (VPH), una infección de transmisión sexual. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos recomiendan dos dosis de la vacuna contra el VPH a partir de los 11 años.

En el caso de Paul, la enfermedad ya había avanzado. Si se la hubieran detectado antes, una histerectomía, o incluso una operación menor, podría haber controlado la propagación de la enfermedad y probablemente se hubiera curado.

Pero Paul probablemente llevaba al menos cinco años padeciendo de la enfermedad. La mujer había pensado que los sangramientos vaginales frecuentes e irregulares, que comenzaron cuando su hija tenía 1 año, eran un efecto secundario de su implante para el control de la natalidad.

“No sé de dónde salió. Yo pensé que era algo relacionado con mi familia, pero en mi familia no hay nadie que la haya padecido”, dijo Paul.

La mujer agregó que ha aceptado que la enfermedad le provocará la muerte: “Ya sé que voy a morir, ¿qué más puedo hacer?”

Pero queda en claro que no ha abandonado las esperanzas. Después de comenzar un tratamiento de quimioterapia en mayo, dijo que esperaba morir rápido. Pero ahora se siente mejor. Y aunque el médico le dijo que no debía hacer mucho esfuerzo, hay días en que puede cargar un cubo de agua o lavar su ropa.

“No digo que estoy curada, pero antes del tratamiento sangraba mucho, ahora ya no sangro”, dijo. “Cuando voy a la quimioterapia, los médicos dicen que están muy contentos y que debo rezar para que todos mis resultados de laboratorio estén bien”.

Pero Paul se preocupa por el futuro de sus hijos más que por su propia salud, especialmente su hija más pequeña, Marie Stacey, de 6 años.

Su familia –una hermana y una tía enferma que vive cerca, y su madre, ya anciana, en Port-au-Prince– es demasiado pobre para cuidar a su hija cuando ella muera, piensa Paul. Ha pensado en la posibilidad de entregarla a un orfanato para asegurar que pueda estudiar. Demasiado enferma para trabajar y ganar dinero para pagar los gastos de la escuela, Paul se vio obligada a sacar a Marie Stacey del kínder, y no ha podido volverla a enviar a la escuela.

Durante un viaje en junio al Hospital Universitario de Mirebalais, en el centro del país, al que va cada 15 días para recibir tratamiento paliativo para aliviar el dolor y el sangrado, Paul habló con franqueza: “Yo tengo que hacer frente a esto sola, nadie me puede ayudar”.

Paul se muestra estoica y solamente se emociona cuando habla de su hija. Incluso cuando se cayó el cabello por la quimioterapia, rechazó cualquier intento de solidaridad: “Una no puede llorar por el cabello”.



Paula Paul con su hija de 6 años, Marie Stacey, frente a su casa en Bellanger, una comunidad en el Vallée de l'Artibonite, en Haití. Paul sufre de cáncer avanzado de cuello de útero.



Marie Stacey (izquierda), de 6 años y su amigo Lukenson, de 4, miran curiosamente a un visitante en su poblado, Bellanger, en el Vallée de l'Artibonite, Haití. La madre de la niña, Paula Paul, padece de cáncer avanzado de cuello de útero.

Unos tres meses después de empezar el tratamiento, su médico le recetó analgésicos tres veces al día, que debía tomar con las comidas. Pero incluso eso es complicado porque no tiene mucho dinero para comprar alimentos. Lo poco que pudo ahorrar antes de la enfermedad, ya se acabó, dinero que usó para el transporte al hospital de Mirebalais.

Antes del cáncer, Paul mantenía a su familia vendiendo cosas en el Mercado Pond Sonde en Bellanger, una comunidad rural en el Vallée de l'Artibonite. La mujer compraba arroz y especias al mayoreo y las vendía en porciones pequeñas en el mercado.

Pero ahora, llegar al hospital parece un obstáculo casi insalvable. En agosto, cinco días antes de su cita para la quimioterapia, Paul se sentó en el portal de su vivienda y evaluó su desesperada situación. No tenía dinero para el pasaje del viaje de dos horas en autobús o de pasajera en una moto. Lo único que había, el día anterior, fue un plato de sémola de maíz. Y no tenía los 28 dólares que costaban tres análisis de laboratorio antes de

cada sesión de quimioterapia, dijo, sacando un papel con los resultados de entre las páginas de su Biblia.

Normalmente, las pruebas en el hospital de Mirebalais –una instalación de 16 millones de dólares construida por Partners In Health que ofrece servicios médicos gratis a más de mil pacientes diarios– no cuestan nada. Pero el aparato de resonancia magnética estaba dañado. Paul necesitaba una tomografía para determinar si el tratamiento era efectivo. Así las cosas los pacientes tenían que ir a una clínica privada y pagar la prueba.

O, como en el caso de Paul, no someterse a tratamiento.

“No tengo dinero”, dijo. “Todo lo que podía vender ya lo vendí”.

Mientras discutía el tratamiento que no podía pagar, Paul podía escuchar los sonidos de todo lo que sucedía a su alrededor. Del otro lado de la calle se escuchaba música a alto volumen, que ahogaba la risa de un grupo de jóvenes que jugaba dominó cerca de la puerta de su casa. En su patio hay solamente un árbol de mango, sin mangos.

Su hija, Marie Stacey, que estaba jugando con el hijo de una vecina, entró corriendo, con una sonrisa en los labios. Al verla, Paul trató de concentrarse en las palabras de un médico privado que le dijo que su cáncer era operable, y del médico del hospital que le dijo que el cáncer todavía no le había llegado a la sangre.

“Estoy pensando”, dijo Paul, como hablando consigo misma, “¿cómo es posible que me descubrieron la enfermedad temprano y no me la pueden tratar?”.

## Publicidad relacionada con la salud

### Campaña de invierno 2014

#### ¿Quiénes deben vacunarse?

- Todo el personal de Salud.
- Todas las embarazadas.
- Todas las mamás que tengan bebés de hasta 6 meses de edad.
- Todos los niños de 6 a 24 meses inclusive.
- Todas las personas de 2 a 64 años con factores de riesgo asociados.
- Todas las personas mayores de 65 años.

**EN INVIERNO LE HACEMOS FRENTE A LA GRIPE**

#### ¿Dónde podrán vacunarse?

- Las vacunas son gratuitas y se encuentran en todos los hospitales, centros de salud y puestos sanitarios de la provincia.
- Si creés que tenés que vacunarte, consultá con el equipo de salud.

Somos Chubut

**Gobierno del Chubut**

Vacunate y vacuná a los tuyos. No lo dudes, la mejor barrera contra la gripe la hacemos entre todos.

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

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

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