

MALARIA

La malaria debería
estar ya eliminada

ENTREVISTA A ANNA FARRÉ

La malaria y la
gente que viaja

SABINO PUENTE



LA CRISIS Y LOS MÁS POBRES

ÍNDICE

- 2 NOTICIAS
- 3 EDITORIAL
La nueva gripe
- 4 PROYECTOS
Salud sexual y reproductiva en Honduras
- 6 ENTREVISTA
"La malaria debería estar ya enteramente eliminada, pero no hay una lucha decidida contra sus causas" Anna Farré.
- 9 DIVULGACIÓN
La malaria y la gente que viaja
- 11 OPINIÓN
Una cuestión de justicia

REVISTA CUATRIMESTRAL

34

EQUIPO DE REDACCIÓN
Guillermo García-Almonacid
Francisco José Vega

COLABORACIONES
medicumsmundi navarra
Javier Pagola
Sabino Puente
Samuel Sánchez

DISEÑO
la cuina

MAQUETACIÓN
medicumsmundi madrid

FOTO PORTADA
Mujer e hijo en el centro de salud de Namuno. Mozambique. Samuel Sánchez

EDITA
medicumsmundi madrid
Lanuza, 9 - 28028 Madrid
Tfnos.: 91 725 13 31 / 33 Fax: 91 725 13 31
madrid@medicumsmundi.es
www.medicumsmundi.es/madrid

Imprime: Alian Producciones
Impreso en papel reciclado.
Depósito Legal M-15652-2005.

NOTICIAS

Asamblea de medicumsmundi en Pamplona

La **Federación de Asociaciones de Medicus Mundi España (FAMME)**, que agrupa a 16 entidades con más de 7.000 socios y 165 proyectos en 26 países diferentes beneficiando a 11,5 millones de personas, celebró el último fin de semana de mayo en Burlada (Navarra) su asamblea anual.

En este encuentro participó como invitada Rosa Elcarte, directora de cooperación sectorial y multilateral de la Agencia Española de Cooperación. Rosa Elcarte resaltó que la salud debe ser considerada como un derecho humano universal en todas las partes del mundo y que por tanto los países más desarrollados tenemos la obligación de responder a este compromiso apoyando a los sistemas nacionales de salud.

Tanto el presidente de la **FAMME**, Raúl Aguado, como el de **medicumsmundi navarra**, Vicente Madoz, coincidieron en agradecer el apoyo de la sociedad y de los diferentes financiadores públicos y privados y abogaron por continuar avanzando por el camino que va de las palabras a los hechos pensando siempre que detrás de las acciones de cooperación "hay personas", señaló Vicente Madoz.

La campaña "Stop Malaria Now", además de diferentes asuntos técnicos y de orden interno, completaron el programa de una asamblea anual en la que participaron más de 40 representantes de las asociaciones de **medicumsmundi**.

Aprobados dos nuevos proyectos

El Ayuntamiento de Rivas Vaciamadrid ha aprobado una nueva subvención de 30.000 euros para continuar nuestro trabajo conjunto en Bolivia en tareas de agua y saneamiento en los municipios de Reyes y Rurrenabaque, en el departamento del Beni.

Por otro lado, la Universidad Complutense de Madrid nos ha concedido 32.580 euros para equipar el centro de salud de Chai, en Mozambique.



El centro de salud de Chai en la actualidad.

Los dos artículos sobre malaria que aparecen en este número han sido tomados de la revista **EL SUR**. Nº 27. Diciembre de 2008, editada por **medicumsmundi navarra**.

Colabora:

 Alian Producciones
c/ Trigo, 33 nave 5
Polígono Polvoranca, 28914 Leganés (Madrid)
Tel.: 91 498 70 68, fax: 91 498 70 67
alian@alianproducciones.com

PARA UNA REFLEXIÓN A FONDO

La malaria causa cada año un millón de muertes y no hay ninguna alarma social que se sepa, ni es noticia digna de salir en primera página de los innumerables periódicos que se editan cada día en el mundo. Quizá la causa es que afecta a personas que viven en zonas pobres, míseras e insalubres, lejos del Norte rico, que no se siente afectado por esa amenaza.

Sin embargo, en los últimos cuarenta días salta una noticia de forma alarmante: la aparición de la “gripe porcina”, la “nueva gripe” o la “gripe del virus H1N1”, arrasa en los medios de comunicación, asusta a la población y pone en guardia a casi toda la sociedad. Empieza a agravarse la situación cuando “toca” al Norte rico. No llegan a 20.000 casos en todo el mundo con cerca de 120 muertos, de los que 97 han sucedido en una zona deprimida de México. Los especialistas dicen que la gripe normal es la causante de más muertes que las existentes hasta ahora por esta nueva gripe.

La nueva gripe
es parte de la
crisis
generalizada
global

Nadie pone en duda la importancia del hecho, la prevención y sus tratamientos de curación, que los responsables de los Sistemas Nacionales de Salud del Norte rico ponen en marcha ante una posible pandemia causada por la aparición de una nueva gripe. Sin embargo, es evidente la desproporción en la manera de tratar estas dos situaciones debido a ciertos intereses.

La nueva gripe, que es una enfermedad respiratoria aguda y que amenaza con expandirse a más regiones del mundo, no es un fenómeno aislado. Es parte de la crisis generalizada global y tiene sus raíces, fundamentalmente, en el sistema de cría de animales dominado por unas pocas empresas multinacionales.

Los habitantes de la Gloria, en México, tienen la certeza de que esta enfermedad está relacionada con la contaminación provocada por un extenso criadero de cerdos perteneciente a una multinacional. El área rural de la Gloria es muy pobre, pero llena de criaderos industriales y a cuyas empresas les importa un bledo la salud de la población. Las voces de sus habitantes denunciando estos hechos no han sido escuchadas por el Sistema Mundial de detección de enfermedades emergentes de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

No es la primera ni la última vez que los criaderos industriales ocultan brotes de enfermedades y ponen en peligro la vida de la gente. La proximidad de criaderos industriales de cerdos y pollos aumenta los riesgos de recombinación viral y el surgimiento de nuevas capas virulentas de gripe.

En este panorama damos entrada también a dos o tres grandes empresas farmacéuticas que controlan las únicas vacunas, en teoría, apropiadas para la prevención y combate de esta gripe, con las consiguientes ganancias.

¿Realmente estamos ante algo nuevo y peligroso o ante una falta de prevención y mala gestión en salud mezclados con intereses de control y económicos que hacen que el auténtico virus sea el del miedo?

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN HONDURAS

Nuestra asociación participa, junto con otras cinco asociaciones de **medicmundi**, en un convenio financiado por la Agencia Española de Cooperación al Desarrollo (AECID) en Centroamérica que tiene por objetivo el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud de la región, trabajando especialmente en el campo de la salud sexual y reproductiva.

El trabajo de **medicmundi madrid** se centra en el departamento de Yoro, donde nuestra asociación trabaja desde el año 2001.

Yoro es uno de los departamentos más pobres de Honduras, un país en el que la mitad de la población es indigente y vive con menos de 1 euro al día. En las zonas rurales, la extrema pobreza alcanza al 75% de la población.

Mejorar la atención a las mujeres en edad fértil

Uno de los principales problemas sobre los que se pretende actuar en esta línea es la mejora del seguimiento del embarazo y, en especial, de los embarazos de riesgo. Para ello se está apoyando la realización de salidas del personal de salud a las aldeas para buscar mujeres embarazadas. A estas mujeres se les toma una muestra de sangre, se les vacuna y se les realiza los respectivos controles.

También se está trabajando para reducir los embarazos no deseados, que en algunas zonas del departamento suponen el 33% de los embarazos totales.

La atención al parto

La mejora de la atención que se ofrece en las clínicas de salud materno infantil es otro de los objetivos que se trabajan en esta acción.

Las actividades van encaminadas a formar al personal de las clínicas en el nuevo programa de gestión de la calidad de la Secretaría de Salud. Además se están organizando otras formaciones específicas en temas como la recuperación tras el parto y la lactancia materna.

Por tu salud, aprendamos juntos

Otra de las áreas que se está apoyando es la realización de campañas sobre planificación familiar. Para ello se está trabajando en la realización de un programa de radio sobre salud sexual y reproductiva: **Por tu salud, aprendamos juntos**.

También se continúa el apoyo para la emisión de cuñas radiofónicas y del programa **Para cuidarte, mi vida**, una radionovela con mensajes educativos sobre salud materno infantil.

La emisión del programa de radio se complementa con la distribución en las clínicas de salud materno infantil del **Librito de familia saludable**, un manual dirigido a la población que refuerza los mensajes radiofónicos.

El VIH/SIDA

Otra de las líneas de trabajo del proyecto consiste en reducir la incidencia de enfermedades de transmisión sexual, prestando especial atención al VIH/SIDA. Para ello se está fomentando la creación de grupos de autopocho compuestos por personas que tienen el virus del SIDA. Estos grupos están recibiendo formación en temas como autoestima y confianza en el tratamiento para evitar abandonos.

A las personas que forman estos grupos, que por norma disponen de escasos recursos, también se les ha apoyado para la creación de una microempresa que elabora llaveros y mantas bordadas. Los fondos que obtienen se utilizan para poder asistir a los Centros de Atención Integral para obtener los medicamentos antirretrovirales.

Para mejorar la atención y la información que recibe la población sobre

La extrema pobreza alcanza en las zonas rurales de Honduras al 75% de la población

En algunas zonas de Yoro el 33% de los embarazos son no deseados

Los grupos de autopocho de personas con VIH/SIDA han formado una microempresa para obtener fondos para el tratamiento con antirretrovirales

VIH/SIDA, también se está formando al personal sanitario en cuestiones relacionadas con esta enfermedad, como la detección y conducción de casos. En cuanto al personal comunitario, se está trabajando con ellos en consejería sobre esta enfermedad.

Trabajo con adolescentes

La población adolescente también es una de las poblaciones con las que se trabaja directamente en este proyecto.

Ya se están desarrollando actividades en los institutos con temáticas relacionadas con la planificación familiar, la prevención de embarazos, las infecciones de transmisión sexual, el VIH/SIDA, etc.

MARRUECOS, BOLIVIA, MOZAMBIQUE



Marruecos

280 partos en la maternidad de Aouama

La maternidad de Aouama ha atendido desde su apertura hasta el mes de mayo 280 partos, con una media de 25 partos al mes en los últimos 10 meses.

Construida con el apoyo de **medicmundi**, esta maternidad está situada en la región de Tánger, al norte de Marruecos. El centro cuenta con una sala de partos y se estima que atiende a una población de 22.000 personas.

Las principales usuarias del centro son las mujeres en edad fértil, que desde su apertura pueden dar a luz en condiciones más seguras, recibir atención pre-natal, post-natal e información sobre planificación familiar.

Asimismo, 2.300 niños y niñas de la comuna menores de 5 años, recibirán una atención especializada y podrán acceder al programa de vacunación de Marruecos.

La clínica forma parte del sistema público de salud marroquí y la atención se presta de manera gratuita.



Bolivia

Agua para comunidades rurales

Con la financiación del Ayuntamiento de Aranjuez, nuestra asociación está trabajando en las comunidades de San Felipe, Río Viejo y Nuevo Amanecer apoyando la construcción de letrinas comunitarias y la perforación de pozos de agua.

Además se ha retomado el trabajo en las escuelas de los municipios de Reyes y Rurrenabaque para hacer formación a los alumnos y a los profesores en hábitos higiénicos saludables.

Mozambique

Día de la Malaria

Nuestra asociación ha realizado en el distrito de Ancuabe, en coordinación con la ONG Solidarmed, una jornada para celebrar el Día Mundial de Lucha contra la Malaria. Se transmitió a la población mensajes sobre los medios necesarios para combatir la enfermedad y se organizaron actividades culturales y deportivas.



"La malaria debería estar ya enteramente eliminada, pero no hay una lucha decidida contra sus causas"

ANNA FARRÉ MALUQUER

Misionera de Cristo Jesús, médica, cirujana, y especialista en medicina tropical, ha dedicado la mayor parte de su vida a servir a África, promoviendo servicios de atención básica, interviniendo en hospitales, formando al personal sanitario y extendiendo la educación para la salud.

Su actividad social y profesional, centrada durante 47 años en la República Democrática de Congo, le ha puesto constantemente en relación con personas afectadas por la malaria, enfermedad que ha vivido en su propio cuerpo y cuyos efectos personales y sociales conoce.

Anna tiene 76 años. Nació en Balaguer (Lleida), y hace el número 6 en una familia numerosa de diez hermanas y hermanos. 4 de ellos eligieron un opción radical de vida religiosa: uno es jesuita, otro escolapio, y dos de las hermanas son misioneras de Cristo Jesús.

Esta entrevista, celebrada en la casa de las misioneras en Javier, fue una conversación a cuatro en la que tomaron parte Teresa Franco, médica, Mirentxu Cebrián, enfermera, ambas voluntarias de [medicmundi](#), y el periodista que anota y transcribe.



La vocación de servir me hizo ser médica

Tú eres religiosa, pero ¿por qué te decidiste por ser sanitaria?

Primero de todo fue mi vocación religiosa. En mi familia no me pusieron ningún obstáculo, pero mi madre me propuso que, antes, viviera un tiempo de la misma manera que toda la gente joven, igual que mis amigas y amigos. Incluso hubo un chico que me gustaba y que me propuso casarme con él. Pero yo sentí que Jesús me había llamado primero. En lo profesional yo no pensaba en ser sanitaria. Es verdad que mi abuelo había sido médico, pero yo estudié magisterio. Cuando terminé el noviciado me dijeron que si quería hacer un trabajo eficaz en África, pensara en ser médica. Así que no lo dudé. Estudié la carrera en Pamplona y Valencia. Me destinaron a Congo, a un hospital en la selva. Enseguida comprendí que precisaba formarme más y estudié medi-

cina tropical en Amberes. Fue en Bélgica donde pude hacer mis primeras prácticas de cirugía: intervenciones de apendicitis, hernias y algunas cesáreas, un aprendizaje adecuado a la realidad que luego abordé.

¿En qué condiciones trabajaste en Congo?

Llegué en 1964. Como todos los médicos extranjeros recién llegados tuve que hacer 6 meses de prácticas en un hospital. Yo aprendí mucho, en Kisantu, con un médico belga. Y después marché más al interior. Todavía era insegura y tenía miedo, dada mi inexperiencia. Pero la necesidad obligaba. Había un hospital en Panzi con mucha carga de trabajo para una sola hermana, porque acababan de abandonar los dos únicos médicos que había antes. La gente me acogió muy bien, aunque yo era todavía joven. Estuve 27 años en el Hospital de Panzi, en la zona de Bandundu. Trabajé con dos hermanas, una era

pediatra y otra enfermera comadrona, y con un joven que, aunque sólo era auxiliar de enfermería, había ayudado mucho y bien en prácticas de cirugía. Afortunadamente no se me murió nadie. Yo digo que allí vi cómo los muertos resucitan. Por ejemplo en casos de malaria, porque llegaban personas medio muertas, con malaria cerebral, en coma. Les poníamos quinina y a los dos días habían reaccionado y salido de aquel estado. Eso nos daba mucha alegría. También llegaba gente con unas hernias enormes, difíciles, que no habían sido tratadas durante años, y las operaciones nos salían bien. A veces, ante casos que se me presentaban, tenía que leer, e incluso matamos una cabra para estudiar anatomía y poder intervenir con éxito a una mujer de una luxación crónica de mandíbula que ya duraba tres meses. Lo conseguimos, con anestesia bien calculada, vendajes oportunos, la suerte y la ayuda de Dios.

Luego estuviste en Dekese, en la selva. Allá viviste el horror de la guerra.

En Dekese, en plena selva, a unos 700 kilómetros de la capital estuve 17 años, desde 1990 hasta 2007. Allá, en el año 98, sufrimos la invasión de los rebeldes del este enfrentados a Mobutu y el enfrentamiento con las tropas gubernamentales. La zona se llenó de soldados, que violaron a muchas mujeres y nos trajeron el SIDA. Venían a nuestra casa a robarnos y hasta nos quitaron los paneles solares que eran la fuente de energía del Hospital. Un día empezaron a tirar balas dirigidas al suelo para asustarnos, entraron en nuestra casa y nos acusaban de dar acogida a rebeldes. Estábamos muertas de miedo y sin posibilidad de comunicarnos porque nos quitaron la radio. Una noche la pasamos en el interior de la selva en una casita que habían preparado las mujeres como refugio para cuidarnos. Yo quise quedarme en el hospital, pero nuestras hermanas de Kinshasa no me dejaron hacerlo. Salimos en avioneta y creíamos que los militares podían disparar contra ella.

La malaria y su tratamiento

350 millones de personas hay en el mundo afectadas de malaria. Cada año un millón muere por esa causa, el 90% de ellas en África, y la mayoría niñas y niños. ¿Esta realidad qué te dice?

Desde la independencia de los países africanos las cifras han bajado. Con los años, los cuidados médicos han crecido en las ciudades, aunque en las zonas rurales sucede al revés. En todas partes se previenen mejor los casos graves, porque la gente conoce mejor los síntomas y se va acostumbrando a buscar un tratamiento temprano. Antes se hacía más profilaxis, tratando a los niños pequeños con nivaquina en el momento de hacer el control mensual del peso, pero eso se abandonó, porque los niños que eran tratados tenían menos resistencia a la enfermedad que otros que no se trataban y se curaban. Ahora se insiste más en la buena nutrición. Pero no hay una lucha decidida y fuerte contra las causas de la enfermedad. La malaria tendría que estar eliminada

ya en Congo y en toda África, como sucede en la mayor parte de la India. La gran esperanza es que se encuentre una vacuna eficaz para la malaria.

¿Por qué es más abundante la enfermedad en la infancia?

Debido a una mala nutrición. Pero eso pasa más en la ciudad. Porque, en la selva, las mujeres que son fuertes y trabajadoras dan buen alimento a sus hijos. Consiguen proteínas con la caza, con la pesca, con unos gusanos comestibles grandes que salen de los árboles, con hormiguitas voladoras que se preparan con salsa, con una ratas que viven en la selva y son buenas para comer. Y no faltan vegetales, sobre todo las hojas de la mandioca y las nueces de palmera.

Tú misma, ¿has sufrido la enfermedad?

Muchísimas veces. Comenzaba a sentir dolor de cabeza, algo de fiebre, escalofríos y malestar general. Y en cuanto notaba los síntomas acudía al tratamiento. La malaria te deja sin fuerzas, a veces durante varios días, te produce vómitos, y anemia. Hay crisis que se repiten cada mes o cada trimestre, es como si llevaras la malaria dentro, atenuada, y te vas haciendo resistente. La malaria le roba bastantes horas de trabajo a la gente.

¿Cómo se previene la enfermedad?

Con mosquiteras, que es mejor que no se regalen sino que haya que pagar una pequeña cantidad por ellas para que se aprecien y se usen. Y con intervenciones medioambientales, saneando terrenos y limpiando a menudo los alrededores de las casas de hierbas y charcos, que es donde se crían los mosquitos, o evitando dejar abandonados recipientes con agua. No hay costumbre en Congo de hacer campañas de fumigación desde avionetas. Debería haber una intervención mucho más decidida y grande del Estado para sanear y desinsectizar. Los mosquitos están ahí y nos pican continuamente.

¿Qué sucede en casos graves?

Hoy se curan más y mejor. Incluso personas que llegan al centro sanitario y llevan varios días en coma. Pero aún existe cierto fatalismo. Recuerdo

que llegan casos de malaras cerebrales. Allá toda la familia está alrededor del niño o del adulto, esperando que se muera. Hasta que el familiar se cura, ni comen, ni duermen, y se ponen a llorar, pensando que se va a morir. Si la muerte llega, a menudo se atribuye a los malos espíritus. Incluso se hace una reunión familiar para determinar quién ha tenido la culpa, o quién le ha querido matar, incluso aunque sea alguien que viva lejos.

"La gente busca atención pronto, pero los tratamientos son costosos. En las calles de la ciudad se ven personas tiradas en el suelo, pasando escalofríos y fiebre"

¿Cuál es el tratamiento?

A los primeros síntomas, en cuanto aparecen las convulsiones, un baño con agua fría para que baje la fiebre. Y medicamentos: fansidar y, en los casos resistentes, quinina. La quinina tiene algunos efectos secundarios, el más grave es que puede producir temporalmente sordera. En ocasiones llegan personas enfermas con una anemia fuerte y hay que hacer transfusiones de sangre. O remediar intoxicaciones producidas por tratamientos tradicionales inadecuados. Algunos curanderos prescriben unas lavativas de agua con pilipili, un picante que obtienen de pequeños pimientos rojos, muy triturados. Se lo ponen porque irrita el intestino y hace evacuar. Pero si no consiguen evacuar, vienen al centro sanitario con el vientre hinchado, y algunas personas mueren intoxicadas. Hay muchos terapeutas tradicionales pero no quieren decir nunca qué recursos utilizan. Algunos saben curar. Por ejemplo curan de maravilla muchas fracturas. Otros tratan bien las fiebres, actúan sobre los síntomas, pero la malaria no la pueden curar.



¿Qué pasa con los medicamentos?

Hay robos. Faltan medicamentos en centros de salud y hospitales. Algunos enfermeros se espabilan para tener los medicamentos esenciales, se arreglan con las farmacias y tratan a las personas enfermas en su casa. Así se cura a menudo la malaria, porque ahora la gente acude más pronto a recibir tratamiento y no hacen falta tantas transfusiones. Además los médicos de los hospitales están muy mal pagados por el Estado y piden dinero a quien demanda atención sanitaria, o intervenciones. Por eso la gente va con los enfermeros.

¿Abundan los medicamentos falsificados?

Sí, hay falsificaciones de medicamentos. Hemos probado que quininas que han sido fabricadas en Kinshasa, en India o en China, no curan con la misma eficacia y rapidez que otras quininas que llegan de Alemania o de España. Pasa lo mismo con algunos antibióticos.

¿Resultan costosos los tratamientos?

Pues, por ejemplo, un maestro, si tiene un hijo con una malaria cerebral, puede emplear todo su salario para curarlo, porque la quinina y los sueros resultan caros. La familia ha de vivir del trabajo de la mujer.

Muchas familias tienen que endeudarse. Así que hay mucha gente que queda sin tratamiento. Basta con dar un paseo por la ciudad y es frecuente encontrar personas debajo de los árboles, tiradas en el suelo sobre una estera con mucha fiebre, pasando, como pueden, un brote de malaria. Allí están todo el día sin comer ni beber. No van al hospital, porque no pueden pagar el tratamiento.

Ayuda al desarrollo y cooperación

¿Llega ayuda eficaz?

La situación es difícil. Yo he trabajado muy bien con **medicusmundi** y otras

ONGD. Esa ayuda es buena y práctica pues mejora todos los centros sanitarios y forma al personal. Pero he visto cómo otras organizaciones que llegan allá, sobre todo de Estados Unidos, aunque dicen que van a ayudar, en el fondo esconden intereses económicos, buscan diamantes, oro y otros minerales provocando guerras, y he visto también en el país corrupción y robos de medicamentos y material sanitario. Todo eso no favorece el cambio social, al contrario, empobrece más a la población. Claro que hay mejoras en la vivienda, en las condiciones de vida, en la formación de la gente, pero en otros aspectos hay retroceso.



Vuestra estrategia ha sido formar personal sanitario.

Claro, porque sabíamos que no íbamos a quedarnos para siempre en aquellos hospitales. Así que vimos la necesidad de crear una escuela de enfermería de un nivel elemental, para formar auxiliares. Sacamos un buen número de profesionales, con bastante práctica. A quienes avanzaban más les enseñé incluso a tomar el bisturí. Hasta cesáreas llegaron a atender, muy bien. Veo que todavía hay mucho retraso, pero creo que nuestra tarea ha merecido la pena, no tanto por las personas a las que hemos curado, cuanto por el personal que hemos formado y que ha quedado en el terreno.

Uno de los Objetivos del Milenio pretende combatir el SIDA, la malaria y la tuberculosis ¿Se va a lograr algo?

Yo no veo, en Congo, una ayuda eficaz. Tengo la impresión de que esas ayudas tan grandes, que a veces llegan sí, no alcanzan su destino final. ¿A dónde se

va ese dinero? Dice el gobierno que él debe recibir una parte, porque debe gestionar la ayuda. Pero no hay transparencia, no se sabe qué uso se da a ese dinero que queda en manos del gobierno.

¿Eres afropesimista o afrooptimista? ¿Cómo ves el futuro?

Voy a cumplir pronto 77 años. Pero, aunque fuera más joven creo que no volvería a trabajar en un hospital en África. Creo que esa es una tarea de la gente africana. Tienen que hacer ya las cosas sin nuestra ayuda. Ahora recibo montones de cartas de gente que conozco, algunas tratan cuestiones de pura amistad, pero casi todas piden cosas concretas. Ya basta. ¿Ir siempre a África para dar? Eso ya me repugna. Si pudiera ir para una convivencia o para una colaboración entre iguales, como he procurado siempre, de acuerdo. Pero hay capacidades en África y en la gente de Congo. Son personas inteligentes, su país es rico, pero los recursos están mal repartidos. Esa es su responsabilidad. A pesar de que les quiero mucho, y aunque pienso que las cosas van ahora algo peor, no volvería. Amo a la República Democrática de Congo, y me duele que potencias y empresas extranjeras vayan allá a chupar la riqueza que debería mejorar la vida de los congoleños. La responsabilidad más grave es la de quienes gobiernan, se asignan grandísimos sueldos, viven en casas lujosas rodeados de servicio, disponen de coches carísimos y amasan verdaderas fortunas personales. Hay una corrupción generalizada. La ayuda debe llegar a los más pobres, pero no se les debe dar gratuitamente, sino haciéndoles colaborar en su desarrollo. Eso **medicusmundi** siempre lo ha hecho así, exigiendo la participación de la comunidad.

Javier Pagola

medicusmundi navarra

LA MALARIA Y LA GENTE QUE VIAJA

Cada año se diagnostican más de 11.000 casos de paludismo en Europa

Ante una fiebre, al regreso de zona malárica, siempre hay que descartar, de forma urgente, el paludismo

Casos diagnosticados en Europa

La malaria es una enfermedad parasitaria que actualmente tiene una amplia distribución en zonas tropicales y subtropicales. Es endémica en 109 países.

La malaria es un proceso potencialmente mortal en viajeros sin ningún grado de semi-inmunidad, la cual la adquieren los residentes en zonas endémicas tras repetidos episodios de malaria.

Los países endémicos son visitados cada año por más de 125 millones de viajeros. Se estima en más de 11.000 el número de casos de paludismo diagnosticados cada año en Europa, de los que 8.000 corresponderían al parásito *Plasmodium falciparum*, tanto en viajeros como en personas naturales de zonas endémicas recién llegadas a nuestro continente. Muy probablemente, esta cifra europea esté infravalorada, al igual que en España, donde la incidencia real del paludismo posiblemente sea superior a la declarada. El 80%, o más, de los viajeros que contraen malaria no desarrollan síntomas hasta el regreso a su país, con una mortalidad, en los casos de paludismo *falciparum*, del 0.6 al 3.8%, debiéndose, fundamentalmente, a retraso en el diagnóstico y/o a tratamiento incorrecto.

5 especies de parásito afectan al ser humano

Aunque son más de 20 las especies de plasmodios que afectan a los primates, se ha considerado, hasta recientemente, que sólo eran 4 las especies que afectaban al hombre, pero, últimamente, se ha descrito una quinta especie. Las cuatro especies clásicas son *Plasmodium falciparum*, *P. malariae*, *P. vivax* y *P. ovale*. La última especie implicada es el *P. knowlesi*, que fue descrito por primera vez como infección natural en el hombre en 1965, en EEUU, en un viajero que regresaba de Malasia. Posteriormente, en 1971, se describió en un ciudadano de Malasia y desde entonces son varias las comunicaciones sobre esta "nueva" especie.

El parásito en nuestro organismo

El parásito se transmite, generalmente, por la picadura de mosquitos infectados del género *Anopheles*. Otras vías de transmisión, mucho menos frecuentes, son: la vía vertical (madre a hijo) y la transfusional (transfusión sanguínea, accidente de laboratorio, jeringuillas en los adictos a drogas intravenosas). En el caso de transmisión por mosquito, en el momento de la picadura, la hembra infectada inculca los parásitos al hombre. Los mosquitos machos no son hematófagos, es decir, no se alimentan de sangre, sino

de plantas, por lo que no están implicados en la transmisión de la malaria.

Los parásitos que son inoculados por el insecto vector, el *Anopheles*, van a localizarse al hígado, en el que sufren una serie de transformaciones hasta que pasan a la sangre e infectan los hematíes o glóbulos rojos. Mientras están en el hígado no producen ningún síntoma, apareciendo estos cuando llegan a la sangre.

Recaída, recrudescencia, reinfección

El comportamiento de los parásitos en el hígado es diferente según las especies de plasmodios. En el caso de *P. vivax* y *P. ovale*, de los parásitos que se encuentran en el hígado sólo una parte pasan a la sangre, permaneciendo el resto en el hígado como en forma durmiente, de ahí su nombre de *hipnozoitos*. Si estos últimos desaparecen de la sangre con el tratamiento, el paciente se queda asintomático, pero en un momento dado, que puede variar desde unas pocas semanas hasta 5 años, otros parásitos de los que se han quedado en el hígado, los *hipnozoitos*, pueden pasar a la sangre y producir de nuevo síntomas. Este fenómeno que se da en *P. vivax* y *P. ovale* se conoce como "recaída". Las recaídas no se producen en las otras especies ya que no tienen *hipnozoitos* y, en el momento en que los parásitos que se encuen-



tran en el hígado pasan a la sangre lo hacen todos a la vez. Si en estas especies reaparecen los síntomas, es debido a un fallo en el tratamiento y se conoce como "recrudescencia", produciéndose fundamentalmente en los casos de paludismo por *P. falciparum*. El fallo del tratamiento en esta última especie puede ser debido al uso de un fármaco inadecuado, a que se haya administrado a dosis insuficientes, o a que no se haya absorbido bien. La tercera causa de reaparición de los síntomas es que nos pique otro mosquito infectado, tratándose en este caso de una nueva enfermedad y se conoce como "re-infección" y es debida a un parásito distinto al de la infección primaria.

Las recaídas por la existencia de los *hipozoitos* y las reinfecciones son las que ha dado lugar a la falsa creencia, muy extendida por otra parte, de que una vez que una persona adquiere un paludismo lo tiene ya de por vida.

Síntomas y diagnóstico

Los síntomas de la malaria son muy inespecíficos. El fundamental es la fiebre, que en los primeros días es irregular y diaria, no observándose habitualmente las conocidas fiebres tercianas (fiebre a días alternos) de los paludismos *falciparum*, *vivax* y *ovale*, ni las fiebres cuartanas (fiebre un día sí y dos no) del *paludismo malariae*. La fiebre suele acompañarse de escalofríos, tiritonas, sudoración, cefaleas y dolores generalizados de músculos y articulaciones. Otros síntomas que pueden aparecer son vómitos y diarrea. Como puede verse, los síntomas son completamente inespecíficos, pudiendo ser similares a una gripe o a una gastroenteritis. Hay que ser sumamente cautos y evitar estas confusiones, especialmente en el caso del *paludismo falciparum*, ya que puede ser fatal en 1 a 2 días si no se diagnostica y trata precozmente. Ante una fiebre al regreso de zona

malárica, siempre hay que descartar, de forma urgente, el paludismo. Aunque haya una causa que justifique la fiebre, también hay que descartar paludismo si se ha estado en zona malárica en los últimos meses. Nosotros tenemos la experiencia de haber atendido a pacientes con neumonía, absceso hepático amebiano o rickettsiosis, esta última transmitida por picaduras de garrapatas y muy frecuente en determinadas zonas tropicales, y que además tenían paludismo. Si nos hubiéramos quedado con el diagnóstico inicial que además justificaba la fiebre, se nos hubiera pasado sin diagnosticar la malaria, con las consecuencias fatales que podrían haber tenido lugar.

Unas máximas: toda fiebre al regreso de zona palúdica es una "urgencia médica" y siempre hay que descartar el paludismo. Un primer estudio negativo no lo excluye. Como primer diagnóstico hay que pensar en paludismo, como segundo también paludismo y como tercero el mismo. Un paciente puede venir relativamente bien y en pocas horas ponerse muy malito, con los síntomas de paludismo complicado: coma, insuficiencia renal, shock, edema de pulmón, alteraciones de la coagulación, etc., complicaciones prácticamente exclusivas del *paludismo falciparum*.

Prevención y tratamiento

Si no hay picadura de mosquito no hay paludismo, salvo los raros casos de las otras formas de transmisión. De ahí las llamadas "medidas de barrera", encaminadas a evitar las picaduras: repelentes, ropa con mangas o perneras largas y de colores claros, aire acondicionado, telas mosquiteras en las ventanas y dormir con red mosquitera en la cama. Hay que tener en cuenta que los vectores son de hábitos nocturnos, picando del atardecer al amanecer, por lo que en estas horas hay que extremar estas medidas. Se

debe desechar completamente la creencia de que los complejos vitamínicos B y la ingesta de alcohol transfieren un olor especial al sudor que le hace repeler a los mosquitos. Yo, como anécdota siempre cuento el caso de un joven que se puso de bebidas alcohólicas hasta el gorro, pero le tuvimos con un hermoso paludismo. Eso sí, debido al grado de alcohol que debía tener en sangre, según nos contaba, la "pobre mosquita" que le picó e ingirió su sangre para alimentarse debió morir en coma etílico.

Como es casi imposible evitar las picaduras, es conveniente hacer profilaxis medicamentosa, o sea, tomar determinados antipalúdicos, siempre previa consulta en unidades de Consejo al Viajero, que actuarán contra los parásitos que nos hayan podido inocular en los primeros momentos y evitar la aparición de los síntomas. El tratamiento, con diversas drogas antimaláricas, es muy agradecido si se hace correctamente. Va desde la clásica quinina a otros antipalúdicos de síntesis más modernos. Siempre hacerse bajo control médico, a no ser que se esté en un lugar donde sea imposible y haya que recurrir al llamado "autotratamiento", con los fármacos que se hayan recomendado.

Muy poco probable reaparición en nuestro medio

En algunas zonas ha reaparecido el paludismo, pero en nuestro medio es muy poco probable, ya que aunque puedan existir algunos vectores para alguna de las especies, es probable que no sean "receptivos", o sea, que el parásito no sea capaz de desarrollarse en ellos.

Sabino Puente. Jefe de Sección de Medicina Tropical y del Viajero. Hospital Carlos III, Madrid

UNA CUESTIÓN DE JUSTICIA

1.400 millones de personas viven en la extrema pobreza, con algo menos de 1 euro al día. 10 millones mueren cada año de hambre. La subida de los precios de los alimentos puede hundir a 100 millones de personas más en la pobreza. La mayoría de estas personas viven lejos, muy lejos de nosotros, pero no debemos olvidar que son también seres humanos con nombres propios, con rostros. Son la cara más desagradable de la pobreza.

El aumento de la pobreza se traduce en un aumento de la mortalidad en los países más pobres

En estos tiempos de crisis, es nuestra obligación recordar recordar que no sólo la están sufriendo Estados Unidos y Europa, sino que está golpeando también a los más pobres, a los más vulnerables.

Naciones Unidas analiza recesiones pasadas y nos recuerda que los países más pobres sufren mucho más las crisis que los más ricos, y no sólo en lo que se refiere a pérdida de empleos y de ingresos: la esperanza de vida en estos países también se ve afectada durante las crisis. Un aumento de las tasas de pobreza se traduce casi automáticamente en una mayor mortalidad. Para millones de personas, la crisis es cuestión de vida o muerte.

La crisis económica disminuirá los ingresos de los pobres y empujará a millones a la pobreza, la crisis alimentaria multiplicará el número de personas que pasa hambre en el mundo, ya sabemos que el cambio climático mata a 150.000 personas al año.

Una crisis que está además profundizando la brecha de inequidad y pobreza que sufren las mujeres: ellas trabajan el 80% de la tierra en nuestro planeta, pero son propietarias apenas de un 1%, además de que en algunas zonas la diferencia salarial entre hombres y mujeres puede rondar el 40%. La situación se agrava cuando en épocas de crisis son las últimas a las que se les da empleo y las primeras en ser despedidas.



Hospital rural de Montepuez. Mozambique. Samuel Sánchez



Hay que dar voz al Sur en la construcción de un nuevo sistema financiero internacional

En la búsqueda de soluciones tenemos que ir más allá de solicitar un aumento de la ayuda al desarrollo. Es fundamental que cambien las reglas del comercio internacional, lo que conllevaría, entre otras cuestiones, que los países ricos eliminasen sus subsidios a las exportaciones agrícolas. Y que cambien también los papeles que jugamos: hay que dar voz al Sur en la construcción de un nuevo sistema financiero internacional más transparente y con una regulación más eficiente.

Como han afirmado los líderes de América Latina y el Caribe, esta crisis comenzó en el mundo desarrollado, en los centros de poder, generada por la falta de control del sistema financiero y bancario, pero la van a pagar los más pobres. No olvidarlos no es cuestión de solidaridad, sino de justicia.

Francisco José Vega

medicusmundi madrid

