



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente

Córdoba - Argentina

Sede del XII Congreso de la Sociedad Argentina de Infectología 2012

Faltan 6 días



Número 896

10 de mayo de 2012

Publicación de:
Servicio de Infectología
Hospital Nuestra Señora de la
Misericordia
Ciudad de Córdoba
República Argentina

Comité Editorial

Editor Jefe
Ángel Mínguez

Editores Adjuntos
Ílide Selene De Lisa
Enrique Farías

Editores Asociados

Luis A. Ahumada (Arg.)
Jorge Benetucci (Arg.)
Pablo Bonvehí (Arg.)
Marina Bottiglieri (Arg.)
María Belén Bouzas (Arg.)
Lydia Carvajal (Arg.)
Arnaldo Casiró (Arg.)
Ana Ceballos (Arg.)
Sergio Cimerman (Bra.)
Ángela Gentile (Arg.)
Ezequiel Klimovsky (Arg.)
Gabriel Levy Hara (Arg.)
Tomás Orduna (Arg.)
Daniel Pryluka (Arg.)
Charlotte Russ (Arg.)
Eduardo Savio (Uru.)

Colaboradores

Germán Bernardi (Arg.)
Guillermo Cuervo (Esp.)
Milagros Ferreyra (Fra.)
José González (Arg.)
Leonardo Marianelli (Arg.)
Lorena Ravera (Arg.)
Gisela Sejenovich (Arg.)
María Lola Voza (Arg.)

Noticias

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

Argentina

- Declaración de Córdoba: Hacia un mundo sin sida: el compromiso de América Latina
- Vigilancia de dengue
- Corrientes, Corrientes: Ya suman 110 los casos de leishmaniosis canina y se duplican las cifras de 2011

América

- Brasil: Obstetricia moderna y parteras, una alianza necesaria
- Colombia: Alerta por encefalitis equina venezolana
- Cuba: La mortalidad infantil es de 4,3 cada 1.000 nacidos vivos
- Estados Unidos: El humo de segunda mano impregna a muchos edificios de departamentos
- Puerto Rico: El dengue representa un alto costo para el Estado

- Venezuela, Valencia: El Ministerio de Salud confirma el caso de sarampión

El mundo

- Alemania: Perfil epidémico del brote de infección por *Escherichia coli* productora de toxina Shiga
- Angola: Afirman que estarían aumentando los casos de tuberculosis
- China: Alarma por repollo contaminado con formol
- España: Sanidad garantizará la atención sanitaria a los 'sin papeles' con VIH y enfermos de cáncer
- GAVI: "Inmunizar a cada niño del mundo"
- Una herramienta predictiva abarataría las pruebas de VIH
- Una combinación de antivirales experimentales logra curar la hepatitis C con tres meses de tratamiento

XII CONGRESO
SADI 2012
16, 17 y 18 de Mayo
Córdoba - Argentina
www.sadi.org.ar

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.

Adhieren:



www.apinfectologia.org/

SLAMVI

Sociedad Latinoamericana
de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/



Declaración de Córdoba: Hacia un mundo sin sida: el compromiso de América Latina

9 de mayo de 2012 – Fuente: Sociedad Argentina de Infectología – Asociación Panamericana de Infectología



En el marco del XII Congreso de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI) se hará la presentación de un importante documento en el cuál se demuestra que existen posibilidades ciertas de combatir la expansión del VIH/sida a través de nuevas estrategias de prevención que complementan a las ya conocidas.

A partir de los estudios del Dr. Julio Montaner y su equipo se demostró que en la medida en que se mejore el acceso al diagnóstico y al tratamiento, los pacientes adecuadamente controlados disminuyen la trasmisión del virus.

Esta posibilidad identifica la necesidad de que desde las autoridades de salud de la región se replantee el problema del VIH/sida utilizando la estrategia de "Tratamiento 2.0" planteada por la Organización Mundial de la Salud/ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (OMS/ONUSIDA).

La presentación se realizará el jueves 17 de mayo a las 13:30 horas en el Hotel Sheraton de la Ciudad de Córdoba y contará con la presencia entre otros, de los doctores Julio Montaner y Pedro Cahn, ex Presidentes de la Sociedad Internacional de Sida; el Dr. Pablo Bonvehí, Presidente de la Sociedad Argentina de Infectología; el Dr. Eduardo Savio, Presidente de la Asociación Panamericana de Infectología; el Dr. Marcelo Vila, Coordinador Subregional en VIH/ITS para el Cono Sur de la Organización Panamericana de la Salud; y el Dr. Carlos Falistocco, Director de la Dirección Nacional de Sida y ETS del Ministerio de Salud de Argentina.

Un resumen de los puntos centrales de esta declaración, que cuenta con el apoyo de centenares de miembros de los equipos de salud de la región incluye:

1. La urgente necesidad de desarrollar políticas que faciliten el acceso amplio e irrestricto al testeo voluntario.
2. Contribuir a cumplir con los objetivos de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (UNGASS) de contar con 15 millones de personas en tratamiento y no en estado de abandono de medicación o ignorancia del estado de infectado para el año 2015. Para esto es necesario duplicar los tratamientos que se inician en la región.
3. Continuar y ampliar los programas de prevención y reducción de daños.
4. Apoyar políticas nacionales en el marco de la estrategia "Tratamiento 2.0" promovida por OMS/ONUSIDA que incluye:
 - a. Optimizar los regímenes de medicamentos facilitando el acceso a combinaciones que faciliten las tomas de los mismos.
 - b. Proporcionar herramientas de diagnóstico y monitoreo en el punto de atención de los pacientes.
 - c. Reducir los costos de los antirretrovirales (ARV) para que estén al alcance de todos los países.
 - d. Adaptar la prestación de servicios.
 - e. Fortalecer la movilización de las comunidades.
5. Apoyar el objetivo de la iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (OPS/UNICEF) de eliminar la transmisión vertical del VIH y la sífilis en la región para el año 2015.
6. Impulsar los cambios necesarios en las guías y recomendaciones de tratamiento.
7. Confirmar nuestra firme decisión de combatir toda forma de estigma y discriminación hacia las personas viviendo con VIH.



Vigilancia de dengue

8 de mayo de 2012 – Fuente: Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

Resumen de la situación actual

Durante la semana epidemiológica 17 (SE 17) se registró un único nuevo caso de dengue en la localidad de Pichanal (departamento Orán, Salta). En lo que va del año se registraron en total en dicha localidad, 26 casos de dengue. En el resto de las localidades con circulación viral de la provincia, durante 2012, se han registrado 57 casos en Salvador Mazza y 16 en Aguaray (ambas del departamento General San Martín). El serotipo identificado en las tres zonas afectadas es DEN-2.

Se notificó un nuevo caso confirmado correspondiente a la SE 12, con residencia en la localidad de Remedios de Escalada, partido de Lanús, Provincia de Buenos Aires. El caso presenta antecedentes de viaje a Paraguay, el serotipo identificado fue DEN-2.

El total de casos probables son 65, de los cuales 28 presentan antecedente de viaje a países con circulación viral (Brasil, Paraguay y Bolivia). Los 37 casos probables restantes residen en las provincias de Salta, Buenos Aires, Córdoba, Jujuy, La Rioja, Misiones y Capital Federal.

La vigilancia de dengue se mantuvo activa desde comienzos de año hasta la actualidad, habiéndose notificado casos en todas las semanas. A la fecha se estudiaron 1.649 notificaciones en 20 provincias, de las cuales 1.177 resultaron descartados¹ y 271 se encuentran en estudio.

El 82% de los casos sospechosos para dengue se notificaron en las provincias de Salta, Misiones, Jujuy, Santa Fe, Chaco y Córdoba.

Casos estudiados por provincia

Hasta el 3 de mayo de 2012 se notificaron 1.649 casos. Los departamentos de Orán, Capital y General San Martín (Salta), Eldorado (Misiones), Ledesma (Jujuy), Formosa (Formosa) y Rosario (Santa Fe) fueron los que registraron mayor número de notificaciones en este período, acumulando el 60% del total de los casos notificados del país.

Tabla 1. Casos estudiados según jurisdicción y clasificación. República Argentina. Año 2012, hasta semana epidemiológica 18. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.

Provincia/Región	Confirmados por laboratorio					Probable con AVZA	Probable sin AVZA	En estudio	Descartados	Total
	Sin serotipo	DEN-1	DEN-2	DEN-3	DEN-4					
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	17	2	—	2	—	4	1	32	14	72
Buenos Aires	1	—	1	1	—	13	7	23	27	73
Córdoba	—	1	—	—	1	—	7	10	73	92
Entre Ríos	—	—	—	—	—	1	—	9	8	18
Santa Fe	—	—	—	—	—	—	—	31	99	130
Centro	18	3	1	3	1	18	15	105	221	385
La Rioja	—	—	—	—	—	—	6	4	34	44
Mendoza	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
San Juan	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
San Luis	—	—	—	—	—	—	—	1	7	8
Cuyo	—	—	—	—	—	—	6	5	43	54
Corrientes	—	—	—	—	—	1	—	—	13	14
Chaco	—	—	—	—	—	4	—	4	102	110
Formosa	2	—	—	—	2	1	—	7	64	76
Misiones	—	—	—	—	—	—	1	47	160	208
NEA	2	—	—	—	2	6	1	58	339	408
Catamarca	—	—	—	—	—	—	—	—	13	13
Jujuy	2	—	—	—	—	2	3	22	162	191
Salta	94	—	10	—	—	2	12	79	355	552
Santiago del Estero	—	—	—	—	—	—	—	1	24	25
Tucumán	—	—	—	—	—	—	—	—	16	16
NOA	96	—	10	—	—	4	15	102	570	797
La Pampa	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2
Río Negro	—	—	—	—	—	—	—	1	2	3
Sur	—	—	—	—	—	—	—	1	4	5
Total Argentina	116	3	11	3	3	28	37	271	1.177	1.649

Referencia: AVZA: Antecedentes de Viaje a zona afectada

La región del NOA (Noroeste Argentino) registró la mayor cantidad de notificaciones de casos sospechosos dentro del período analizado, con el 48% de los casos. El 33% de los casos del país se notificaron en la provincia de Salta. Todas las provincias de la región notificaron casos en este período.

La región del NEA (Noreste Argentino) aportó el 26% del volumen de notificaciones, y las provincias de Misiones y Chaco aportaron la mayor proporción con el 13 y 7% de los casos de país respectivamente.

La región Centro notificó el 23% de los casos. Dentro de esta región, la provincia de Santa Fe fue la que tuvo el mayor número de notificaciones de la región aportando el 8% de los casos notificados en el país. Todas las provincias de la región notificaron casos en el período.

En Cuyo se notificó el 3% de los casos del país. El 2% de las notificaciones se registraron en la provincia de La Rioja.

La región Sur sólo notificó cinco casos en lo que va del año.

Durante las primeras 18 semanas del año se notificaron en promedio 92 casos por semana con un máximo de 144 en la SE 12 y un mínimo de 56 en la SE 1. La SE 18 se encuentra aún en curso y hasta el 3 de mayo no se habían registrado casos sospechosos.

Corrientes, Corrientes: Ya suman 110 los casos de leishmaniosis canina y se duplican las cifras de 2011

9 de mayo de 2012 – Fuente: El Litoral (Argentina)

En lo que va del año 2012, ya suman 110 los casos de leishmaniosis visceral canina y así se registran más del doble de casos que los de 2011. Desde las áreas de Salud de la provincia y el municipio, continúan con acciones de prevención en los barrios. No obstante, las autoridades provinciales reclaman al municipio capitalino, mayor control de los minibasurales y perros callejeros.

“Continúan apareciendo casos a través de los rastrillajes y testeos de mascotas con síntomas compatibles”, advierten desde Salud Pública por medio de un comunicado en el que resaltan también que “aún se puede observar que persisten los minibasurales en distintas esquinas, además del desorden peridomiciliario en algunos hogares, generando focos infecciosos”.

¹ Incluye los descartados por laboratorio y los casos con pruebas negativas que no descartan la infección pero son interpretadas como descartadas por el contexto epidemiológico del caso.

En tanto, los equipos de Zoonosis y Control de Vectores avanzan con las tareas de prevención, y en ese marco, ayer trabajaron en forma simultánea en tres barrios. Los trabajos de rociado casa por casa a cargo de personal preparado se efectuaron en los barrios Sur y San Martín y el control de mascotas con personal de Veterinaria en los barrios Caridi y Bajo Galván.

Hoy se completará el cuarto ciclo de fumigación espacial en el barrio Berón de Astrada y lo mismo se hará el jueves en el barrio Nuestra Señora de Pompeya y el viernes en el Pío X.

Las tareas de los agentes sanitarios consisten en el rociado de paredes externas, en los refugios de animales, las bases de árboles, montículos de materia orgánica, entre otros lugares. Estas acciones deben tener el apoyo de la población para el control y saneamiento ambiental, además de la tenencia responsable de mascotas.

América



Brasil: Obstetricia moderna y parteras, una alianza necesaria

3 de mayo de 2012 – Fuente: Inter Press Service

María dos Prazeres de Souza perdió la cuenta de la cantidad de nacimientos “sin ninguna muerte” que atendió como partera, oficio que actualmente se busca rescatar en las comunidades tradicionales de Brasil a las que el Estado no llega o que su accionar no es del todo comprendido culturalmente.

De Souza tiene 74 años y cuenta que hasta 2008 intervino en 1.000 partos, tanto en Jaboatão dos Guararapes, el municipio que habita, como en el resto del estado de Pernambuco y en otros vecinos del Nordeste.

Aunque reconoce el dolor de la mujer en todo alumbramiento, aún continúa sorprendiéndose por ese cambio de la expresión del llanto al placer. “La mujer en trabajo de parto siente dolor, pero cuando nace el bebito sonríe y llora de alegría”, describió al recordar todas las lágrimas que ella misma derramó de emoción en cada nacimiento.

Esta partera de origen indígena aprendió el oficio por herencia cultural. Su madre, abuela y bisabuela le transmitieron desde niña ese conocimiento y práctica. “Al principio atendía partos de gatas, perros y otros animales, pero después y ante situaciones de emergencia, cuando mi madre no estaba, comencé a asistir a mujeres en sus casas”, recordó. Posteriormente hizo un curso de enfermera obstétrica y también trabajó en hospitales durante 20 años.

Ahora, ya jubilada, sigue atendiendo partos a domicilio, a veces “hasta por un abrazo a cambio”, como muchas de sus colegas que traen vidas en los rincones más miserables del país.

“No se puede negar que las tecnologías y prácticas del modelo oficial de salud trajeron grandes avances, pero debemos esforzarnos por asociar y conseguir un equilibrio entre lo tradicional y lo biomédico si queremos garantizar la salud de la madre y del niño, no solo físicamente sino mental y espiritualmente”, indicó Paula Viana, coordinadora del Programa de Parteras del Grupo Curumim, en Pernambuco. “Por su sabiduría y experiencia, las parteras deberían ser integradas y no excluidas del sistema de salud”, sostuvo.

Este programa del Grupo Curumim demostró, entre otros beneficios, que las parteras tradicionales contribuyen a evaluar más precozmente problemas del embarazo y que, como líderes naturales, ayudan en casos de mujeres violadas o en campañas de vacunación o de prevención del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida).

Su trabajo colaboró en el aumento constatado de las consultas prenatales en los servicios públicos, así como en prácticas saludables, como la lactancia materna, y en acciones terapéuticas leves, como masajes, baños y contención afectiva.

El Grupo Curumim impulsará una campaña para valorizar el oficio de las comadronas tradicionales entre los indígenas y en “quilombolas”, comunidades de habitantes de los antiguos quilombos o refugios de esclavos negros.

La campaña pedirá también el reconocimiento del nacimiento en domicilio asistido por parteras tradicionales en el Sistema Único de Salud (SUS), la red integrada de Brasil, y su reconocimiento como “un patrimonio inmaterial”. “Las parteras tradicionales son el eslabón entre la comunidad y los servicios de salud. En muchos lugares donde no hay médicos, son ellas las que se ocupan de atender a la población en general, y otras veces son la única conexión para llevar a alguna persona enferma a hospitales u otros puestos sanitarios de ciudades vecinas”, destacó Viana.

De Souza conoce muy bien ese aislamiento de muchas comunidades rurales, selváticas o ribereñas. Alguna vez llegó a atender un parto en un primer piso de una casa a medio construir, sin escalera siquiera, teniendo que subir por una cuerda colocada de modo improvisado por dos policías. “Después del parto fue un trabajo bajar solita, porque un policía traía al bebé y el otro a la parturienta”, narró.

Datos del Ministerio de Salud indican que unas 41.000 mujeres paren anualmente en sus domicilios en Brasil, la mayoría de ellas asistidas por comadronas tradicionales. Pero las autoridades admiten que ese número puede ser mayor.

A pesar de que oficialmente se considera ese tipo de partos dentro de la promoción de políticas y proyectos de salud, “la realidad es que la mayoría de las veces ocurren en situación de exclusión y de aislamiento, y desarticulados del SUS”, cuestionó Viana.

Aunque las “parteras pueden enseñar más que aprender”, como cualquier profesional de salud deben capacitarse, actualizarse y disponer del material adecuado de transporte para urgencias, apuntó.

De Souza agregó que muchas de sus colegas en Brasil no tienen derechos laborales ni son reconocidas por su tarea. “El gobierno tiene que preocuparse por este tema, sobre todo en un país en que tuvimos hasta un presidente

que nació en casa con una partera”, enfatizó la experta, en referencia al ex mandatario Luiz Inácio ‘Lula’ da Silva (2003-2011), originario del Nordeste.

Viana enfatizó que “el riesgo es inherente al proceso obstétrico, independientemente de si el parto es en la casa de la mujer o en el hospital”. Pero el peligro de una complicación grave de salud crece si “la parturienta no cuenta con el apoyo de estas parteras tradicionales”, añadió. Por eso, la representante del Grupo Curumim insta a “unir los dos modelos de atención, el tradicional y el biomédico”, en especial para las comunidades aisladas.

Para De Souza, el embarazo es un “acto ecológico”, pero “muchas mujeres se metieron en la cabeza que están enfermas o no quieren sentir dolor y piden cesárea”. Estadísticas del SUS de 2008 indican que la mitad de los tres millones de nacimientos registrados ese año fueron por esta vía.

La mortalidad materna está en franco descenso en Brasil desde 1990, cuando se ubicó en 140 casos cada 100.000 nacimientos vivos, índice que cayó en 2010 a 68 por 100.000 y va camino a una reducción histórica. Las principales causas de estos decesos son hipertensión, hemorragias e infecciones postparto. También retrocedió la mortalidad infantil hasta llegar a 15,6 cada 1.000 nacidos vivos en 2010, 47% menos que en 2000, según el último censo poblacional.

En ese contexto, Viana cree que para mejorar más hay que considerar la diversidad de la atención obstétrica regional. “En la medida en que la comunidad científica se esfuerza por establecer el modelo biomédico de salud, más que nunca tenemos que analizar las consecuencias de la naturaleza intervencionista y médica en exceso de esa escuela de pensamiento”, advirtió, ante la merma de parteras tradicionales.

Es que, como dice De Souza, “fuimos bendecidas y lo seguimos siendo”. “La nuestra es una historia milenaria que tiene que ser respetada”, ilustró esta partera de las más de 1.000 vidas.

EL TIEMPO Colombia: Alerta por encefalitis equina venezolana

8 de mayo de 2012 – Fuente: El Tiempo (Colombia)

El Instituto Colombiano Agropecuario (ICA) hizo un llamado a los propietarios de caballos, mulas y asnos del país para que notifiquen la sospecha de encefalitis equina venezolana (EEV) y tomen las medidas necesarias para reducir el riesgo de ocurrencia de casos.

Esta campaña de vigilancia, prevención y control de la enfermedad en las zonas de riesgo de todo el territorio nacional se presenta a raíz de focos hallados en los departamentos de Antioquia, Valle del Cauca, Casanare y Cauca.

El Instituto informó que “aplica estrategias especiales que incluyen vigilancia epidemiológica en los predios vecinos y áreas cercanas consideradas de riesgo; control de la movilización, y vacunación gratuita. Además ejecuta actividades de educación sanitaria que permiten a los productores reconocer la enfermedad y la manera de prevenirla”.

Como parte de los requisitos para la movilización de équidos, el ICA establece que los dueños de estos ejemplares deben vacunar a sus animales en las zonas de riesgo. Para la movilización de caballos, asnos y mulas desde y hacia áreas que se encuentren ubicadas en altitudes inferiores a los 1.200 metros sobre el nivel del mar o en áreas consideradas de riesgo, los animales deben haber sido vacunados contra la EEV.

Cuando hay sospecha de presencia de la EEV, el Instituto recomienda a los propietarios de equinos que informen de inmediato a la oficina del ICA más cercana, con el fin de aplicar de manera inmediata las medidas sanitarias necesarias. Los animales enfermos presentan signos neurológicos como incoordinación al caminar, marcha en círculos, convulsiones y debilidad, entre otros.

Un comunicado dice que ante la alerta sobre la posible presencia de EEV en un predio, el ICA visita de inmediato el lugar y efectúa las pruebas diagnósticas necesarias para confirmar su ocurrencia, tomar las medidas sanitarias requeridas y evitar así su difusión a otros animales y especialmente su transmisión a las personas.

En 2011 y en el marco de la emergencia invernal, el ICA vacunó más de 500.000 animales en todo el país. Es necesario señalar la importancia que tiene la vacunación de los equinos contra la EEV, considerando que es una enfermedad de alto impacto en la salud pública, por ser transmisible al ser humano.

Prensa Latina Cuba: La mortalidad infantil es de 4,3 cada 1.000 nacidos vivos

30 de abril de 2012 – Fuente: Prensa Latina

Cuba presenta en lo que va del año una mortalidad infantil de 4,3 cada 1.000 nacidos vivos, inferior al 4,9 de 2011, cuando alcanzó la más baja de la región, dijeron hoy fuentes del sector.

La doctora María Isabel Martínez, secretaria general del Sindicato de Trabajadores de la Salud, destacó que en el último lustro la isla cerró siempre por debajo de cinco en ese indicador.

Solo Canadá (4,92) alcanzó en 2011 una cifra similar a la lograda por la nación caribeña en el continente americano, mientras Estados Unidos concluyó con 6,06.

Martínez señaló que además de la baja tasa de mortalidad infantil, Cuba muestra hoy otros importantes resultados en materia de salud.

“Tenemos 30 enfermedades infecto-contagiosas eliminadas o controladas, y seguimos abriéndonos al mundo con nuestra cooperación médica”, dijo.



Una nueva encuesta de habitantes de departamentos en Estados Unidos revela que hasta un tercio de los residentes que no fuman huelen el hedor del humo de segunda mano en los espacios públicos de sus edificios, mientras que casi la mitad lo huelen dentro de sus propias viviendas.

“Como pediatra, muchos padres me han dicho que se trata de un problema realmente significativo para ellos”, aseguró la autora del estudio, Dra. Karen Wilson. “Creo que para muchas personas este es un concepto relativamente nuevo, en términos de observar la situación y el impacto potencial, y de poder hacer algo al respecto”.

Wilson es directora de Medicina Pediátrica Hospitalaria del Hospital Pediátrico de Colorado, y profesora asistente de pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Colorado. Los hallazgos fueron presentados el domingo en la reunión anual de las Sociedades Académicas de Pediatría (Pediatric Academic Societies), en Boston.

La encuesta se enfocó en las experiencias de 323 respondientes que eran nacionalmente representativos, y fue llevado a cabo por el Centro de Excelencia ‘Julius B. Richmond’ de la Academia Americana de Pediatría (*American Academy of Pediatrics*), un grupo de defensoría que busca proteger a los niños de los cigarrillos y del humo de segunda mano.

Los investigadores encuestaron a residentes de departamentos cuyas propias viviendas habían estado libres de humo durante un mínimo de tres meses. Todos los participantes se eligieron de la Encuesta de Clima Social de 2011, que era de mayor tamaño.

Se les preguntó sobre las restricciones para fumar en sus edificios, la composición familiar, dónde olían el humo de segunda mano y con qué frecuencia. Entre los que reportaron oler humo de segunda mano, 38% dijeron que sucedía semanalmente, y 12% que notaban el olor a diario.

Los residentes no fumadores eran más propensos a indicar que el olor del humo de segunda mano era un problema en áreas comunes si tenían hijos: el 41% de los respondientes con hijos reportaron cierto grado de incursión del humo en áreas públicas, frente a 26% de los respondientes sin hijos.

Había menos probabilidades de que las viviendas en que había niños reportaran esas incursiones del humo en sus propias unidades: 34%, frente a 60% de los residentes sin hijos.

La encuesta halló que aquellas personas cuyos costos de viviendas recibían cierto nivel de subsidio gubernamental también eran más propensas a reportar la incursión del humo.

Las regulaciones de los edificios solo parecían tener un impacto apreciable en el humo de segunda mano si conllevaban una prohibición total, halló la encuesta. Los edificios libres de humo tenían tasas más bajas de incursión del humo en las áreas comunes que los que no tenían ese tipo de restricción. En contraste, el olor a humo de segunda mano en los lugares públicos era un problema mucho más grande en edificios que tenían prohibiciones contra fumar solo en las áreas comunes, al igual que en los edificios que no tenían ninguna prohibición.

“Vimos claramente que una prohibición total es mucho más eficaz que una parcial”, anotó Wilson. “Y con eso diría que si bien respaldo absolutamente las medidas para prohibir fumar en el lugar de trabajo, los adultos por lo menos tienen cierta elección en el asunto al poder dejar un trabajo o ir a otro sitio si llegan a un ambiente de trabajo donde todavía se permite fumar. Sin embargo, los niños no tienen ninguna elección en el hogar”.

“Los padres deben presionar y expresarse, y señalar que no quieren que sus hijos sean expuestos mientras duermen, hacen su tarea o juegan en casa”, añadió. “Y deben preguntar a los terratenientes sobre las regulaciones respecto a fumar en cualquier edificio de departamentos en el que estén considerando mudarse”.

Por su parte, una defensora dijo que el problema de la incursión del humo en los departamentos complementa el enfoque primario de su organización “de obtener aire libre de humo en todos los lugares que podamos”.

“Ciertamente creemos que los residentes tienen un derecho absolutamente legítimo de al menos saber si estarán expuestos a este tipo de riesgo de salud cuando están pensando en mudarse a un departamento”, señaló Marie Cocco, vocera de Campaign for Tobacco-Free Kids. “Porque sabemos que el humo de segunda mano es una sustancia letal que contiene más de 7.000 compuestos químicos, de los cuales al menos 69 provocan cáncer”.

Cocco apuntó que su organización ha respaldado públicamente medidas como la recién revelada por el alcalde de New York, Michael Bloomberg, que requeriría que los edificios de departamentos publiquen íntegramente su política sobre fumar a todos los inquilinos y compradores prospectivos.

“La Directora de Sanidad ha descrito claramente los riesgos del humo de segunda mano, como cáncer de pulmón y enfermedad cardíaca en los adultos, e infecciones del oído y asma entre bebés y niños”, añadió.

Debido a que este estudio se presentó en una reunión médica, sus datos y conclusiones deben ser considerados como preliminares hasta que se publiquen en una revista revisada por profesionales.

Los costos de tratar y afrontar el dengue en Puerto Rico totalizan casi 38 millones de dólares al año, según un estudio reciente, que también apuntó que cada dólar invertido en la vigilancia y prevención de la enfermedad que transmiten los mosquitos podría ahorrar cinco dólares en costos relacionados con la enfermedad.

Las familias pagan casi la mitad de los costos de la enfermedad, seguido por el gobierno (24%), las compañías de seguro (22%) y las empresas (7%), según investigadores de los Institutos Schneider de Políticas de Salud de la Universidad de Brandeis en Waltham, Massachusetts.

Dado que el gobierno de Estados Unidos cubre el 62% de los gastos de salud pública de Puerto Rico, "unas inversiones sólidas relacionadas con el dengue no solo beneficiarían a los residentes de Puerto Rico, sino a todos los contribuyentes de Estados Unidos", aseguraron los investigadores.

Se enfocaron en Puerto Rico porque se trata de un área de Estados Unidos con unas altas cifras de dengue. En 2010, se reportaron más de 22.000 casos de la enfermedad, lo que equivale a una tasa de incidencia de 57 casos cada 10.000 habitantes. Dado que el tratamiento está fácilmente disponible, en Puerto Rico el número promedio de muertes por dengue es de unas 16 al año.

"En general, las personas piensan que el dengue es una enfermedad de países pobres. El hecho es que hallamos que es una importante carga en un territorio de Estados Unidos, y debido a que ha aparecido recientemente en Estados Unidos continental, es un recordatorio de que las enfermedades transmitidas por los mosquitos son una amenaza que no discrimina", apuntó el coautor del estudio, Donald Shepard.

En 2010 hubo un brote de dengue en los Cayos de Florida, y la enfermedad amenaza actualmente a 3.000 millones de personas de todo el mundo. Los expertos en salud pública advierten que la propagación del dengue podría resultar más costosa y provocar más enfermedad que la malaria.²

EL UNIVERSAL Venezuela, Valencia: El Ministerio de Salud confirma el caso de sarampión

8 de mayo de 2012 – Fuente: El Universal (Venezuela)

Pruebas realizadas por el Instituto Nacional de Higiene, confirmaron la presencia de sarampión en una mujer residente en Valencia, quien había viajado al Líbano, donde se contagió.

Eugenia Sader, ministra de Salud, explicó que el 20 de abril llegó la paciente, con fiebre, a Venezuela; el 26 de abril se reportó la sospecha ante el Ministerio de Salud; el 30 de abril, el Instituto nacional de Higiene confirmó la presencia de la enfermedad y el 1 de mayo se activó el cerco epidemiológico. "Buscamos a los 160 pasajeros y 11 tripulantes que estaban en el vuelo. El 3 de mayo fuimos a la escuela de los hijos de la paciente para vacunar a los niños, como medida preventiva", aseguró Sader.

Aseguró que desde 2007 no se han presentado casos autóctonos de sarampión en Venezuela debido a la aplicación gratuita de la vacuna.

Además, comentó que "hace dos semanas la Organización Panamericana de la Salud realizó una evaluación de los sistemas de control epidemiológico internacional en los aeropuertos, y Venezuela fue calificada como la mejor entre 81 países evaluados, por sus condiciones para aplicar los cercos epidemiológicos".

El mundo



Alemania: Perfil epidémico del brote de infección por *Escherichia coli* productora de toxina Shiga

10 de noviembre de 2011 – Fuente: *The New England Journal of Medicine*

El 19 de mayo de 2011 se notificaron al Instituto Robert Koch, una autoridad en salud pública a nivel nacional de Alemania, tres casos de síndrome urémico hemolítico (SUH) en niños internados en el mismo día en el Hamburg University Medical Center. El 20 de mayo de 2011, un equipo del Instituto Robert Koch llegó a Hamburgo para asistir a la investigación de salud pública. Pronto quedó claro que el número de casos siguió creciendo y que también se vieron afectados adultos y en otras zonas de Alemania, sobre todo el norte. Se inició entonces una investigación del brote con la participación de las autoridades de todos los niveles de la salud pública y seguridad alimentaria, para identificar el agente causal y el vehículo de la infección, y así evitar nuevos casos de la enfermedad.

El SUH, descrito por primera vez en niños en la década de 1950, se caracteriza por la tríada de insuficiencia renal aguda, anemia hemolítica y trombocitopenia. El SUH asociado a diarrea se produce principalmente en los niños por una infección provocada por la toxina producida por *Escherichia coli*, principalmente del serotipo O157:H7. El reservorio más común de estas bacterias son los rumiantes, en particular los bovinos. La infección humana por *E. coli* productor de toxina Shiga se produce por la ingestión accidental de materia fecal, por ejemplo, a través de alimentos o agua contaminados o por el contacto con animales o su entorno agrícola o, en segundo lugar, a través del contacto con seres humanos infectados. En cuanto al SUH con predominio de diarrea, lo que indica una causa infeccio-

² El dengue no es una condición exclusiva de países subdesarrollados; y los vectores no entienden de fronteras ni de barreras artificiales establecidas por los humanos. En este caso en particular, se enfrenta una enfermedad contra la cual no existen vacunas ni un tratamiento antiviral específico. Mientras se esperan dichos avances (¿cuántos años más?), la mejor arma es la prevención; y ello se inicia en las familias y en las comunidades, con medidas simples pero muy efectivas, tales como una limpieza adecuada de hogares, patios y jardines, de manera tal que no haya recipientes con agua o superficies cubiertas por agua que faciliten el desarrollo del vector. En la medida que las poblaciones –y ciertamente las autoridades de salud– tomen conciencia de la magnitud del problema, se habrá dado un paso significativo en limitar la mayor diseminación del dengue.

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

sa, es un evento raro en los adultos. Por ejemplo, desde 1989 hasta 2006, solo 21 de los 322 adultos (7%) que figuran en el Registro de Oklahoma con púrpura trombocitopénica trombótica como parte del SUH presentan diarrea sanguinolenta.

Resultados

Al 18 de junio de 2011, en Alemania, ya se había informado un total de 3.222 casos del brote (incluyendo 39 muertes), 810 de los cuales (25%) presentaron SUH. El brote se localizó en el norte de Alemania y alcanzó su punto máximo alrededor del 21 al 23 de mayo. La mayoría de los pacientes eran adultos en los que se desarrolló el SUH (89%, con una edad media 43 años) con predominancia de mujeres (68%). La estimación del periodo medio de incubación es de 8 días, con una mediana de 5 días desde el inicio de la diarrea hasta el desarrollo del SUH. Doce de los 59 pacientes infectados con la cepa del brote que fueron seguidos prospectivamente en el Hamburg University Medical Center desarrollaron el SUH (20%); no se hallaron diferencias significativas de sexo o de síntomas y signos iniciales entre los pacientes que desarrollaron el síndrome y entre los que no. La cepa del brote fue *E. coli* O104: H4 enteroagregativo productor de toxina Shiga y de un espectro amplio de β -lactamasas.

Información clínica

Se analizaron los datos de 141 pacientes, obtenidos en su primera presentación en el Hamburg University Medical Center, 124 de los cuales (88%) eran adultos. Entre los adultos, el 66% eran mujeres y el porcentaje fue consistente en los diferentes grupos etarios; entre los niños, el 50% eran mujeres. Ningún paciente tuvo fiebre en la primera presentación. La diarrea con sangre fue menos frecuente en los niños que en los adultos (59% [10 de 17 de los niños] vs. 96% [114 de 119 adultos]), mientras que dolor abdominal fue un síntoma muy común tanto en los niños como en los adultos (92% de los niños y 89% de los adultos). Los vómitos se observaron con mayor frecuencia en los niños que en los adultos (69% [9 de 13 niños] vs. 20% [20 de 98 adultos]). La mayoría de los pacientes no tenía leucocitosis significativa (la mayoría estaba dentro del rango normal y en algunos casos, era de alrededor de 13.000/mm³); los niveles de proteína C reactiva (por lo general 15 a 35 mg/l [nivel normal, <5 mg por litro]). Un total de 22 pacientes (16%) cumplían con los criterios para el SUH en el momento de la presentación clínica. En 59 (44%) de los 135 pacientes del brote que fueron seguidos en forma prospectiva se detectó la cepa de *E. coli* productora de toxina Shiga y el SUH se desarrolló en 12 de estos pacientes (20%).

Comentarios

En este brote, que comenzó el 1 de mayo de 2011, hubo más de 800 casos de SUH, en su mayoría en adultos. Por otra parte, hacia el 17 de junio de 2011 se produjeron casos en por lo menos otros 15 países, incluyendo Estados Unidos, con la afectación de personas que habían viajado hasta el norte de Alemania: 41 casos de SUH (incluyendo un muerto) y 68 casos de gastroenteritis causada por la toxina Shiga de *E. coli*. Los autores sostienen que el brote actual probablemente se inició el 8 o el 9 de mayo; los tres casos de SUH en los pacientes que comenzaron con gastroenteritis antes de esas fechas son atípicos para el brote. Asimismo, el paciente que representó el primer caso de gastroenteritis producida por la toxina Shiga de *E. coli* confirmado como infección por el serotipo O104 inició su enfermedad el 8 de mayo.

Hasta el momento existen diferencias importantes entre este brote y los brotes anteriores importantes de infección por *E. coli* productor de toxina Shiga, como ocurrió en Japón en 1996, cuando se produjeron 121 casos de SUH, todos en niños. En primer lugar, el SUH representa la cuarta parte de los casos comprobados, el cual es un porcentaje mucho mayor que el comprobado en otros brotes. En segundo lugar, la mayoría de los casos de SUH (aproximadamente el 89%) se produjo en adultos más que en niños, con predominancia en mujeres. En tercer lugar, el agente causal fue una cepa de *E. coli* O157 no productora de toxina Shiga cepa (O104:H4).

La cepa del brote combina las propiedades virulentas de 2 diferentes patotipos de *E. coli* que causan diarrea: la cepa enteroagregativa típica de *E. coli* y *E. coli* productor de toxina Shiga. Se ha especulado que la cepa del brote es una cepa de *E. coli* enteroagregativa típica que ha adquirido la codificación del bacteriófago stx2a. La cepa *E. coli* enteroagregativa productora de toxina Shiga aislada de los pacientes con SUH ya ha sido descrita con anterioridad, aunque esporádicamente. En 2001, en Alemania, se ha aislado una cepa de *E. coli* O104:H4 productora de toxina Shiga similar, con un conjunto de fimbrias diferente, en dos hermanos con SUH. Dado que la cepa de *E. coli* enteroagregativa típica ha sido aislada principalmente de seres humanos, es probable que el origen de este brote no sea zoonótico.

En este brote, la proporción de pacientes que desarrolló SUH fue 25%, a pesar de haber aconsejado a la población que los pacientes con diarrea sanguinolenta soliciten atención médica (y análisis de laboratorio), lo que probablemente condujo a una información más completa de los casos de gastroenteritis. Del mismo modo, en un hospital de Hamburgo, el SUH se observó en el 20% de los pacientes con diarrea por *E. coli* productor de toxina Shiga que fueron seguidos prospectivamente. Estas proporciones son más elevadas que en los brotes anteriores y mayor que la proporción (6%) obtenida a través de la vigilancia activa de *E. coli* O157:H7 productor de toxina Shiga, el prototipo de *E. coli* virulento productor de toxina Shiga en Estados Unidos. Según los autores, tomados en conjunto, estos datos sugieren que el patógeno del brote actual es excepcionalmente virulento.

Es de destacar que la variante de la toxina Shiga de la cepa del brote actual solo ha sido aislada en Alemania a partir de la fermentación del sorbitol de la rara cepa de *E. coli* O157:H- productora de toxina Shiga, un patógeno hipervirulento en niños que se asocia con una mortalidad elevada. Otras de las características del patógeno es el periodo medio de incubación en este brote que fue estimado en 8 días, el cual es más largo que el del periodo de incubación de 3 a 4 días reportados para *E. coli* O157: H7 productor de toxina Shiga.

En la actualidad, todavía queda por dilucidar porqué los casos de SUH predominan en las mujeres. En una muestra reducida de pacientes con diarrea que fueron seguidos de forma prospectiva en el Hamburg University Medical Center no se observó diferencia de sexo con respecto al riesgo de desarrollar el SUH. Por otra parte, no está claro si la distribución por edad de los casos atípicos en este brote refleja principalmente la distribución de la exposición o se debe a las propiedades específicas de la cepa de este brote, o a ambos factores. La cepa hallada en el brote carece del factor de adherencia a la íntima intestinal (codificado por el gen *eae*), que podría ser de particular importancia para la virulencia en los niños. El gen *eae* se halla en la mayoría de las bacterias *E. coli* productora de toxina Shiga aisladas en los niños con gastroenteritis en Alemania (85% de los niños menores de 3 años) y en el 97% de esos microorganismos aislados de los niños con SUH de Alemania y Austria. En contraste, en la mayoría de las bacterias *E. coli* productoras de toxina Shiga aisladas de los adultos con casos esporádicos de gastroenteritis no existe el gen *eae*, y las cepas *eae* negativas han sido previamente aisladas de los adultos con SUH.

El signo clínico más común en los adultos fue la diarrea con sangre con calambres abdominales. La presentación clínica en adultos difería de la de los niños. La diarrea con sangre se produjo con mucha mayor frecuencia en los adultos –independientemente de la presencia o la ausencia del SUH– mientras que el vómito se informó con mayor frecuencia en los niños. Un tema para las investigaciones futuras es si la elevada proporción de pacientes con diarrea sanguinolenta refleja las características de la cepa o si es una consecuencia del asesoramiento al público para solicitar atención médica en el caso de diarrea con sangre. Los síntomas clínicos como el dolor abdominal, la diarrea con sangre y la frecuencia de las deposiciones no difieren entre los pacientes con SUH y los que no lo presentan. Los cambios en los valores de laboratorio que indican insuficiencia renal y hemólisis se produjeron rápidamente, a menudo dentro de las 24 horas. Los análisis de laboratorio diarios, como el recuento de plaquetas y la determinación de creatinina y lactato deshidrogenasa parecen ser de gran importancia para el diagnóstico precoz del SUH; estas pruebas de laboratorio son más sensibles que los síntomas relatados por los pacientes y el examen físico. De hecho, varios pacientes informaron que habían comenzado a recuperarse de la diarrea varios días después de la evacuación sanguinolenta inicial, al mismo tiempo que comenzaban con el SUH. En muchos casos, la información sobre los síntomas exactos (por ejemplo, la diarrea o la diarrea con sangre) y otra información microbiológica aún no están disponibles. En consecuencia, aunque el cuadro clínico del SUH en los adultos parece ser muy específico de este brote por *E. coli* productora de toxina Shiga con diarrea, los casos no relacionados con este brote no pueden ser filtrados con eficacia teniendo en cuenta el serotipo.³



Angola: Afirman que estarían aumentando los casos de tuberculosis

26 de abril de 2012 – Fuente: Angola Press

El vicepresidente de la República de Angola, Fernando da Piedade Dias dos Santos, afirmó que el país enfrenta una tendencia creciente de casos de tuberculosis, y se estima una tasa de 300 casos cada 100.000 habitantes, de los cuales el 42% está coinfectado con VIH/sida.

Dias dos Santos hizo esta afirmación en la apertura de la reunión conjunta extraordinaria de los ministros de Salud y de los responsables de la lucha contra el VIH/sida en la región de la Comunidad de Desarrollo de África Austral (SADC) sobre la tuberculosis en la industria minera.

Para enfrentar la situación, el vicepresidente de la República señaló que en el marco del programa nacional de combate al VIH/sida y a las grandes endemias, el Ejecutivo angoleño aumentará el número de laboratorios en el país, para detectar los casos de infección y mantener en tratamiento controlado a todos los enfermos registrados.

“A pesar de la adopción casi universal, por parte de los estados miembros, de la estrategia de tratamiento en unidades sanitarias, apoyando en diagnóstico de laboratorio, la región africana ha tenido una tasa de éxito en el tratamiento de la tuberculosis de apenas 79%, cuando la meta establecida es de 85%”, dijo.

Dias dos Santos justificó que esta situación se debe, entre otras causas, al abandono de la medicación por los enfermos, su transferencia, así como la no evaluación del porcentaje de los pacientes al final del tratamiento. “Los regímenes de tratamiento inadecuados o mal administrados aumentan la probabilidad de generar resistencia a los medicamentos, lo que constituye uno de los grandes desafíos en la lucha contra este flagelo”, observó el vicepresidente, y recordó que la organización regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para África abordó de forma inequívoca la necesidad de tomar acciones aceleradas para garantizar que ningún niño de hoy muera de tuberculosis pulmonar.

Dias dos Santos dijo que está consciente de que la agudización de la epidemia de la tuberculosis en el continente africano se debe principalmente a la pobreza, asociada al impacto negativo de la coinfección tuberculosis/VIH.

“Estas preocupaciones, ligadas a la problemática de la migración ilegal y al abordaje temático sobre la situación del empleo juvenil en la región de la SADC, deberán ser objeto minucioso de reflexión y de orientación en los documentos en discusión”, esclareció el vicepresidente.



China: Alarma por repollo contaminado con formol

7 de mayo de 2012 – Fuente: British Broadcasting Corporation (Gran Bretaña)

En China, vendedores de verduras han sido sorprendidos pulverizando repollos con una solución de formol para mantenerlos frescos durante su transporte, en el más reciente episodio de un escándalo por contaminación de alimentos en el país.

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

El formol es una sustancia tóxica que causa cáncer, que es utilizado como desinfectante y también en el proceso de embalsamamiento.

Docenas de vendedores mayoristas de verduras de Qingzhou, en la provincia de Shandong, fueron sorprendidos cuando vendían repollos rociados con formol. No se conoce si los vendedores fueron arrestados ni la sanción a la que se les someterá.

Al parecer, los comerciantes han venido realizando esa práctica por lo menos en los últimos tres años, en especial durante los meses de más calor, cuando las verduras perecen con mayor facilidad durante el transporte. En China no se obliga a los comerciantes a usar camiones frigoríficos para sus productos perecederos, y pocos pueden costearlos.

El repollo es un alimento básico en China.

Los inspectores de la industria de alimentos y de las agencias de salud de China se han esforzado por mejorar su reputación después de una serie de graves problemas, que incluyen leche contaminada con melamina y carne de cerdo cubierta con hormonas de crecimiento prohibidas por el gobierno.

europa **España: Sanidad garantizará la atención sanitaria a los 'sin papeles' con VIH y enfer-** **press** **mos de cáncer**

9 de mayo de 2012 – Fuente: Europa Press

La ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, Ana Mato, aclaró que aquellos inmigrantes en situación irregular infectados por el VIH o enfermos de cáncer tendrán la asistencia sanitaria "cubierta" a través de convenios entre las comunidades autónomas (CCAA) y organizaciones de apoyo a esta población.

De este modo, Mato recordó que estos enfermos, así como aquellos con cualquier otra enfermedad crónica, "van a seguir siendo atendidos". "La sanidad está garantizada porque somos titulares de ese derecho. El Real Decreto no cambia la legislación actual y, por tanto, la Ley General de Sanidad sigue vigente al ciento por ciento", añadió.

"Está previsto en el marco del desarrollo reglamentario. Todas las CCAA tienen previsto hacer convenios con organizaciones que atienden a inmigrantes de manera irregular para que también se les pueda atender en Atención Primaria", por tanto "no va a quedar nadie desatendido en España".

Asimismo, reiteró que esta decisión forma parte de una medida encaminada a acabar con los "abusos" y equipara a España a otros países europeos, donde la sanidad "funciona de esa manera y no pasa nada".

"Hay que diferenciar, no puede ser equiparable una persona que está en España en situación legal que ilegal, que tienen la asistencia sanitaria cubierta en todo caso con la asistencia básica", añadió.

La ministra, que reiteró su intención de mantener una sanidad universal, afirma que el Real Decreto Ley de reformas para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), ha sido un avance "importante" para garantizar la viabilidad de la sanidad y que, en contra de lo que se afirma desde diversos sectores, "no hay un cambio de modelo" con la nuevas medidas, sino un sistema sanitario más "eficiente".



GAVI: "Inmunizar a cada niño del mundo"

3 de mayo de 2012 – Fuente: Reuters

Seth Berkley era un joven epidemiólogo que trabajaba para el Departamento de Estado de Estados Unidos cuando vio las tumbas que había generado el sarampión en los campos de refugiados en Sudán durante la hambruna de 1985.

"Uno veía pequeñas tumbas, alineadas, una tras otra... bebés. Eso sucede cuando el sarampión atraviesa una comunidad nutricionalmente deficiente. Es una enfermedad horrible y se expande con una eficacia increíble", señala.

Ahora, como presidente ejecutivo de la Alianza Global para Vacunas e Inmunización (GAVI), la especialización de Berkley es la vacunología y se encuentra nuevamente en África, trabajando por introducir las inmunizaciones infantiles de rutina que protegen a la mayoría de las personas en el mundo rico.

En Ghana, no ha habido muertes por sarampión desde 2003, y no se han registrado casos de poliomielitis, otra enfermedad prevenible con vacuna, desde 2008. Pero las intenciones de Berkley son muy elevadas.

Su meta actual con GAVI es salvar otros cuatro millones de vidas para 2015, y su gran misión es que la comunidad sanitaria global lleve vacunas contra toda enfermedad prevenible a cada niño que necesita protección.

"Espero que podamos tener hospitales adecuados en cada rincón de la Tierra, pero en términos realistas, llevará tiempo antes que eso pueda suceder", dijo. "Pero podemos inmunizar a cada niño de la Tierra, y podemos prevenir esas enfermedades. Se trata sólo de intención política, un poco de dinero y algunos sistemas para hacerlo", agregó.

GAVI, fundada en el año 2000, emplea respaldo de donantes privados y gubernamentales para negociar rebajas en los precios de las vacunas para el mundo en desarrollo, luego las compra en cantidad y las entrega a los países cuyas poblaciones más lo necesitan.

En su primera década, GAVI señala que ha financiado inmunizaciones que previnieron más de 5,5 millones de muertes prematuras por enfermedades comunes pero peligrosas.

Tras tambalearse por una crisis de financiación a fines de 2010, el grupo sostuvo una conferencia de compromiso en Londres en junio pasado y enumeró la ayuda del filántropo multimillonario Bill Gates y el Gobierno británico, para presionar a otros donantes.

El resultado fueron compromisos por 4.300 millones de dólares, sustancialmente más de los 3.700 millones que GAVI había pedido y suficiente para mantener financiados hasta 2016 los programas de la alianza en más de 70 de los países más pobres del mundo.

Berkley considera que el éxito de GAVI reside en el mercado que ha creado, difícil de ignorar para las compañías farmacéuticas. “El concepto de GAVI era crear un mercado para todo el mundo en desarrollo. Cuando estamos en negociaciones con las empresas, no se trata sólo del mercado de Togo o Ghana, se trata de todo el mercado”, dice Berkley. Casi 75 millones de niños. “Eso es un gran mercado”, agregó.

Precios rebajados

Desde 2000, los grandes laboratorios se han visto obligados a reducir gradualmente los precios de sus vacunas en el mundo en desarrollo por la presión del mercado de GAVI. El año pasado varios laboratorios –incluidos GlaxoSmithKline, Merck, la unidad Crucell de Johnson & Johnson y Sanofi Pasteur de Sanofi-Aventis– dijeron que reducirían los precios de sus vacunas contra enfermedades como el sarampión, la diarrea y la meningitis para ayudar a GAVI a mantener sus suministros en las naciones más pobres del mundo.

El precio que GAVI pagó por las vacunas pentavalentes –que protegen contra la difteria, el tétanos, la tos convulsa, la hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo B– también fue rebajado por las firmas indias Serum Institute y Panacea Biotech, llevándolas bien por debajo de los dos dólares por dosis.

Con todo, GAVI suele ser criticado, en especial por la entidad benéfica internacional Médicos Sin Fronteras (MSF) que dice que el grupo aún paga demasiado por algunas de las vacunas.

Pfizer y Glaxo firmaron un acuerdo a 10 años con GAVI en marzo de 2010 para suministrar sus vacunas patentadas contra la neumonía, a un precio de descuento de 7 dólares por dosis el primer 20% y 3,50 dólares el restante 80%. MSF dijo que ese precio aún era muy elevado.

“¿El precio podría ser más barato? Probablemente”, indica Berkley. “Pero entre el tiempo en que lanzamos esto –ahora– y el tiempo en que esto posiblemente tendrá más competencia en el mercado, 500.000 niños hubieran muerto por enfermedad neumocócica. Por lo tanto, ¿qué haces, sólo esperas y dejas que eso pase?”, cuestionó Berkley, quien admite que su decisión es “casi como una creencia religiosa”, pero insiste en que también es pragmática.

Desde su infancia en New York, donde ayudaba en una tienda de suministros químicos para estar cerca de la ciencia, luego trabajó en una clínica en Mississippi, y se mudó de allí para estudiar medicina tropical en Brasil. Su primer viaje a África fue a Senegal.

“Amo la ciencia y creo en ella. Tengo fe en que la ciencia puede solucionar problemas y hacer del mundo un mejor lugar”, dice Berkley.



Una herramienta predictiva abarataría las pruebas de VIH

7 de mayo de 2012 – Fuente: *Public Library of Science Medicine*

Una herramienta para monitorear cómo responden los pacientes VIH positivos a la terapia antirretroviral (TAR) podría liberar los escasos recursos de personal y de laboratorio en países en desarrollo, según un equipo internacional de investigadores.

El VIH destruye las células del sistema inmune, incluyendo el tipo de glóbulos blancos de la sangre conocidos como CD4. La Organización Mundial de la Salud recomienda que, idealmente, la TAR se brinde una vez que la cantidad de células CD4 baje a menos de 350 por microlitro de sangre, y en todos los casos cuando sea menor a 200. Desde el momento en que se inicie la TAR, los pacientes deben someterse regularmente a exámenes para monitorear cómo está reaccionando su sistema inmune.

Pero estas pruebas requieren equipo y personal especializado, y la dificultad de brindarlos en países pobres se ha identificado como un factor en la carencia de provisión de TAR. En 2010, menos de la mitad de las 15 millones de personas en países desarrollados que necesitan TAR la estaban recibiendo.

Los investigadores buscaron determinar si sería posible ‘clasificar’ a la gente en la TAR y priorizar los exámenes de CD4 para pacientes con la mayor necesidad. Para ello, aplicaron una herramienta de clasificación basada en la predicción (PBC) a casi 2.000 muestras de sangre de personas sometidas a esta terapia en siete clínicas de varios países incluyendo Argentina, Malasia y Sudáfrica.

Querían determinar si la herramienta podría reducir la necesidad de monitorear las células CD4 constantemente. En su lugar, hicieron un recuento de las CD4 al comienzo de la TAR y luego usaron pruebas más baratas de glóbulos blancos para predecir el momento en que el número de las CD4 bajaba a menos de 200 células por microlitro de sangre.

Cuando la probaron en retrospectiva en muestras de sangre, la herramienta PBC clasificó correctamente 90% de las muestras en las cuales el recuento de CD4 había bajado a menos de 200.

Los investigadores dijeron que usando la herramienta PBC podrían eliminar hasta 54% de los exámenes de CD4, potencialmente bajando costos y liberando recursos.

“La introducción de PBC reducirá la carga sobre laboratorios de pocos recursos, liberando fondos para llegar a más pacientes”, dijo Ian Sanne, de la Universidad de Witwatersrand en Sudáfrica y coautor del estudio.

Luis Montaner, autor principal del estudio y director del Laboratorio de Inmunopatogénesis VIH-1 del Instituto Wistar de Estados Unidos, dijo que necesitarían hacerse más estudios para mejorar la exactitud de predicción del método y demostrar la viabilidad y la rentabilidad del enfoque durante largos períodos en el campo.

Victor DeGruttola, profesor de Estadística de la Escuela de Salud Pública de Harvard, que no estuvo involucrado en el estudio, dijo que "este estudio demuestra cómo una herramienta estadística bastante sencilla –PBC– puede ayudar a hacer que el costo de monitorear a los pacientes infectados con VIH que reciben TAR sea moderado, mientras brinda cuidado de calidad".⁴



Una combinación de antivirales experimentales logra curar la hepatitis C con tres meses de tratamiento

9 de mayo de 2012 – Fuente: *47th Annual Meeting of the European Association for the Study of the Liver*

Acortar la duración del tratamiento de la hepatitis C parece un objetivo cada vez más cercano. Según los resultados de un estudio presentado en el transcurso del 47º Encuentro Anual de la Asociación Europea para el Estudio del Hígado (EASL 2012), celebrado a mediados del mes de abril en Barcelona (España), un régimen sin interferón pegilado que combinó dos fármacos experimentales orales de una sola toma al día consiguió curar a 9 de 11 (82%) pacientes naive infectados por el genotipo 1 del virus de la hepatitis C (VHC). La combinación de antivirales estuvo formada por ABT-450, un inhibidor de la proteasa que necesita potenciarse con ritonavir (Norvir®), ABT-072, un inhibidor de la polimerasa no análogo de nucleósido, y ribavirina.

En un primer momento, se consideró que 10 de los 11 (91%) pacientes que habían recibido la combinación de los dos antivirales experimentales y ribavirina habían logrado curar su hepatitis C dado que estos mantenían la carga viral indetectable tras 24 semanas de finalizar el tratamiento. Sin embargo, un paciente tuvo una recidiva tardía 36 semanas después de completar la terapia.

El estudio, llamado PILOT, incluyó a 11 participantes naive con infección crónica por el VHC de genotipo 1, siendo el 1a el mayoritario (72,7%, u 8 de 11 pacientes). Los pacientes tenían un promedio de edad de 54 años; la mayoría eran hombres (72,7%, u 8 de 11) y caucásicos (81,8%, o 9 de 11).

A los participantes se les administró un tratamiento durante 12 semanas basado en 150mg una vez al día de ABT-450 potenciado por 100mg diarios de ritonavir; 400mg de ABT-072 una vez al día; y ribavirina ajustada al peso (1.000-1.200 mg/día). Tras concluir la terapia, los pacientes fueron visitados durante un período de 48 semanas.

En este ensayo, a pesar de que se definió como curación una respuesta virológica sostenida a la semana 24 (es decir, carga viral indetectable del VHC 24 semanas después de finalizar el tratamiento), se consideró oportuno alargar el período de seguimiento posterior a la terapia como consecuencia de la preocupación existente ante el hecho de que en los regímenes que prescinden del uso de interferón pegilado puedan producirse recidivas tardías de la hepatitis C.

El estudio sólo contó con pacientes con genotipo CC (que influye de forma favorable en la respuesta a interferón en el marco del tratamiento estándar), que no tenían cirrosis ni contraindicaciones para tomar una terapia con interferón. Dada la naturaleza experimental de esta combinación formada por antivirales todos orales, los investigadores quisieron introducir estas medidas de seguridad para que, en caso de que el régimen no funcionase, los pacientes tuvieran todavía la posibilidad de curar su hepatitis tomando la terapia estándar basada en interferón pegilado y ribavirina.

La combinación de antivirales se mostró potente de forma rápida. A la semana 4, todos los participantes tenían carga viral del VHC indetectable. Dicha respuesta se mantuvo en todos los voluntarios durante las 12 semanas que duró el tratamiento.

Un paciente presentó una recaída 8 semanas después de finalizar el tratamiento y otro, a las 36 semanas. En ambos casos, no hubo indicios de la existencia, antes de la terapia, de mutaciones virales que pudieran conferir resistencia a los fármacos de la combinación. Sin embargo, tras la recidiva, se detectaron mutaciones de resistencia tanto en la proteasa como en la polimerasa en el paciente que recayó a la semana 8, y mutaciones de resistencia en la polimerasa en el paciente en el que el VHC se hizo de nuevo detectable a la semana 36.

Aunque no se produjeron más recaídas tras 48 semanas de haber finalizado el tratamiento, el único caso de recidiva tardía plantea la preocupación de si una respuesta virológica sostenida (o carga viral indetectable 24 semanas después de finalizar el tratamiento) puede considerarse también una curación de la hepatitis C en los pacientes que reciben regímenes sin interferón o si, por el contrario, habría que seguir durante todavía más tiempo a estos pacientes hasta considerar su curación definitiva. Durante la presentación de los resultados, los investigadores señalaron que el laboratorio farmacéutico responsable de la investigación y el desarrollo de los dos fármacos –Abbott– está actualmente analizando los datos para determinar si la recidiva tardía podría haber sido, en realidad, un caso de reinfección.

Si bien todos los participantes experimentaron efectos secundarios, éstos fueron de intensidad leve-moderada. La cefalea fue el más habitual y se dio en cuatro participantes; náuseas, fatiga y piel seca se desarrollaron, cada uno de ellos, en tres participantes; y se comunicaron dos casos de exantema (rash) y dos de enfermedad por reflujo gastroesofágico. No se registraron interrupciones durante el desarrollo del ensayo.

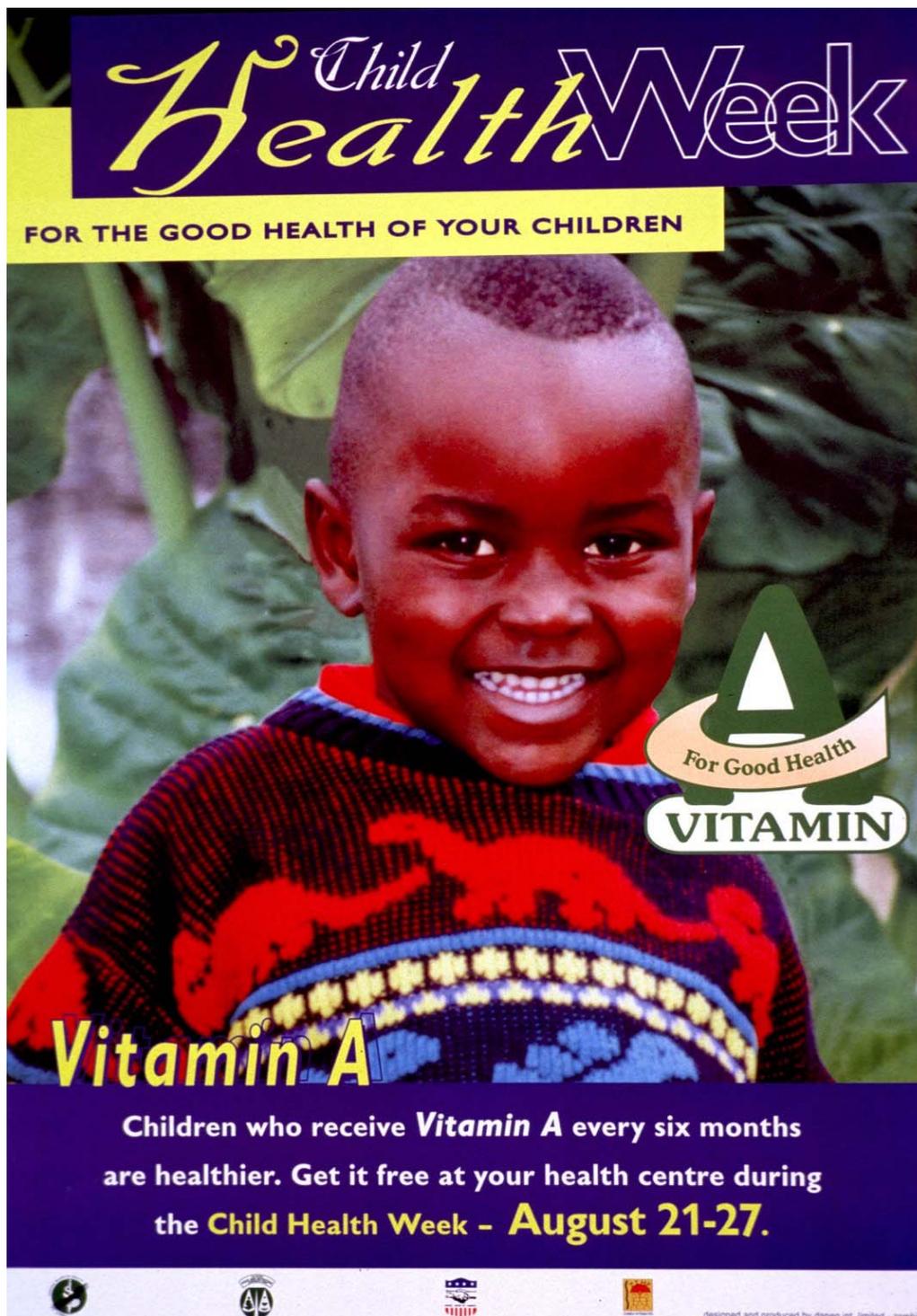
⁴ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

Entre las anomalías de laboratorio, se incluyeron dos casos de elevaciones de los niveles de bilirrubina indirecta, sin que se observasen incrementos en los niveles de otras enzimas hepáticas que pudieran ser indicativos de toxicidad hepática. Las elevaciones de la bilirrubina indirecta comenzaron tras la primera semana de tratamiento y se resolvieron en el transcurso del mismo. También se comunicó un caso de elevación de los niveles de glucosa en una persona con diabetes.

En sus conclusiones, los investigadores afirman que PILOT es el primer ensayo clínico que documenta una curación de la hepatitis C en más de un 80% de una población de pacientes con genotipo 1 con el uso de un régimen sin interferón durante sólo 12 semanas.

A pesar de que los resultados y el reducido número de participantes deben llamar a la prudencia, los prometedor niveles de eficacia de esta combinación antiviral suscitan optimismo.

Publicidad relacionada con la salud



Child Health Week

FOR THE GOOD HEALTH OF YOUR CHILDREN

Vitamin A

For Good Health
VITAMIN

Children who receive **Vitamin A** every six months are healthier. Get it free at your health centre during the **Child Health Week - August 21-27.**

designed and produced by dapeg int. limited - zambia

Semana de la Salud Infantil.
Por la buena salud de nuestros hijos.
Los niños que reciben vitamina A cada seis meses son más saludables.
Obtenla gratuitamente en tu centro de salud durante la Semana de la Salud Infantil.
Central Board of Health (Zambia).

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

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