



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina



Número 1.164

3 de julio de 2013

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

Comité Editorial

Editor Jefe

Ángel Mínguez

Editores Adjuntos

Ílide Selene De Lisa

Enrique Fariás

Editores Asociados

Hughes Aumaitre (Fra.)

Jorge Benetucci (Arg.)

Pablo Bonvehí (Arg.)

María Belén Bouzas (Arg.)

Isabel Cassetti (Arg.)

Arnaldo Casiró (Arg.)

Ana Ceballos (Arg.)

Sergio Cimerman (Bra.)

Milagros Ferreyra (Fra.)

Salvador García Jiménez (Gua.)

Ángela Gentile (Arg.)

Ezequiel Klimovsky (Arg.)

Gabriel Levy Hara (Arg.)

Susana Lloveras (Arg.)

Gustavo Lopardo (Arg.)

Eduardo López (Arg.)

Tomás Orduna (Arg.)

Dominique Peyramond (Fra.)

Daniel Pryluka (Arg.)

Charlotte Russ (Arg.)

Horacio Salomón (Arg.)

Eduardo Savio (Uru.)

Daniel Stecher (Arg.)

Noticias

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

Córdoba

- Tras la muerte de una niña por influenza, advierten sobre los riesgos de no vacunar a los niños

Argentina

- Vigilancia de ofidismo
- Se espera el pico de la influenza y ya son 18 los muertos en el país

América

- Brasil: Extendieron la campaña de vacunación contra la poliomielitis
- Canadá, Saskatchewan: Reportan un caso fatal de hantavirus
- El Salvador: Miles de personas se hacen la prueba para detectar el VIH/sida
- Estados Unidos, California, San Diego: Alertan de otro brote de hepatitis A vinculado a semillas de granada

El mundo

- Bulgaria, Kardzhali: Detectan dos casos de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo
- China: La influenza aviar A(H7N9) es la que más probabilidad tiene de contagiarse entre humanos
- Laos: Movilizan a estudiantes de medicina para enfrentar el dengue
- Ucrania: La poliomielitis a las puertas de Europa
- Informan avances en la lucha contra la poliomielitis
- Nuevas recomendaciones de la OMS sobre el VIH, en las que pide un tratamiento más temprano
- La OMS lanza una red que evaluará los compuestos químicos que afectan la salud
- Desarrollan una vacuna con parásitos de la malaria atenuados

Adhieren:



www.apinfectologia.org/



www.sadi.org.ar/

SLAMVI
Sociedad Latinoamericana
de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/



www.sadip.net/

**Comité Nacional de
Infectología**

Sociedad Argentina de Pediatría
www.sap.org.ar/



Tras la muerte de una niña por influenza, advierten sobre los riesgos de no vacunar a los niños

2 de julio de 2013 – Fuente: La Mañana de Córdoba (Argentina)

Una niña de 7 años murió este fin de semana en Córdoba. Se trata de la octava víctima fatal a causa de la influenza A(H1N1) en la provincia, aunque la primera fuera de los grupos de riesgo. Sin embargo, las autoridades sanitarias provinciales destacaron que la pequeña proviene de una familia naturista que había decidido no vacunarla con ninguna inoculación del calendario nacional obligatorio.

Al respecto, María Frías Céspedes, jefa del Área de Epidemiología de la Provincia, destacó los riesgos que implica esta decisión y la importancia de completar el esquema de vacunación obligatorio que en la actualidad incorpora 16 inoculaciones gratuitas en el Calendario Nacional.

La funcionaria informó que en Córdoba se vacuna a más de 95% de la población, un registro positivo según los estándares fijados por la Organización Mundial de la Salud.

En tanto, destacó que “contra la influenza hay que vacunar todos los años a los grupos de riesgo, y en el caso de los niños a los que tengan entre 6 meses y 2 años de edad”.

Desde hace unos años se extendió en algunos grupos la denominada “libre vacunación”, esto es la decisión por parte de algunos padres de no inocular a los niños “por los supuestos riesgos y efectos secundarios que esta práctica puede generar en la salud de los más chicos”.

Según experiencias y estudios en distintos países, parece evidente no sólo que si no fuera por las vacunas las enfermedades no desaparecerían, sino que si se interrumpiera la vacunación reaparecerían.

Éste es el caso de un brote de rubéola en el faldeo del cerro Uritorco registrado hace años y el de sarampión en San Marcos Sierras. En todos los casos se trataba de comunidades naturistas que optaron por no vacunar a sus hijos.

Es que muchos padres en una buena situación económica y con acceso a la información deciden no vacunar a sus hijos, ya sea por considerar que son más los riesgos que los beneficios o bien en rechazo de los productos de la industria farmacéutica.

Lo cierto es que el fallecimiento de la niña de 7 años conmocionó a la localidad de San Javier y a la comunidad sanitaria del hospital de Villa Dolores donde estuvo internada.

Tras el penoso hecho, el intendente de la localidad, Alejandro Bustos, reconoció que “la gente tiene miedo y ha tomado conciencia”.



Argentina



Vigilancia de ofidismo

1 de julio de 2013 – Fuente: Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

El envenenamiento por serpientes venenosas es, en algunas áreas de Argentina, una urgencia médica. Durante el período 2007-2012, según datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS), fueron notificados 4.385 casos, con un promedio de 877 casos anuales. Las víboras que los provocan son, en su mayoría, del género *Bothrops* (yarára), en menor número (menos de 3%), por víboras del género *Crotalus* (cascabel), y en un porcentaje casi insignificante por serpientes del género *Micrurus* (coral).¹

Situación epidemiológica en Argentina

Los casos de ofidismo se notifican al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS), en su módulo de Vigilancia Clínica (C2).

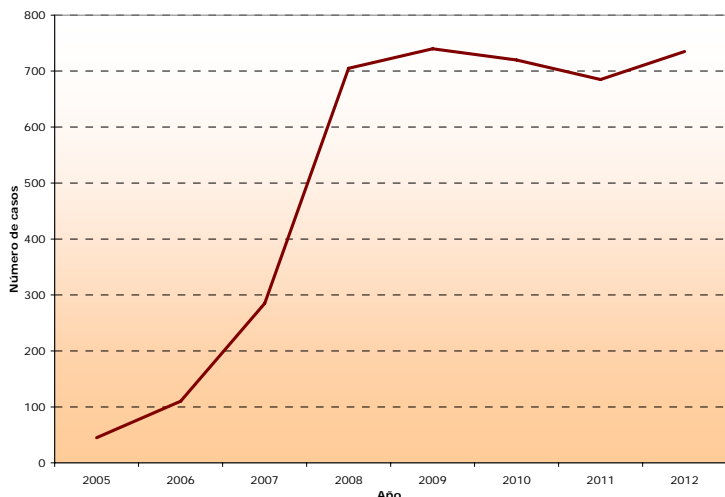
Los accidentes por ofidios tienen mayor incidencia en el género masculino, correspondiendo a este 69% de los casos. Según grupos etarios, la mayoría corresponde a las edades laboralmente activas (Gráfico 2). El trabajo en establecimientos rurales y el género masculino sugieren ser factores de riesgo relacionados a los accidentes por ofidios.

El mayor número de casos notificados de ofidismo se reportó en las provincias de Misiones, Santiago del Estero y Salta (Mapa 1).

El mayor número de fallecimiento por ofidismo se reportó en los años 2005, 2007 y 2010 y el grupo etario con más fallecidos fue el de mayores de 64 años de edad (Gráficos 3 y 4).

¹ García SI *et al.* 2007. Guía de Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Vigilancia Epidemiológica de los Envenenamientos por Ofidios. 1ª ed. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Prevención y Control de las Intoxicaciones.

Gráfico 1. Casos notificados. Argentina. Años 2005/2012. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2 (N=4.029).



Mapa 1. Distribución de casos por provincia. Argentina. Años 2008/2013. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.

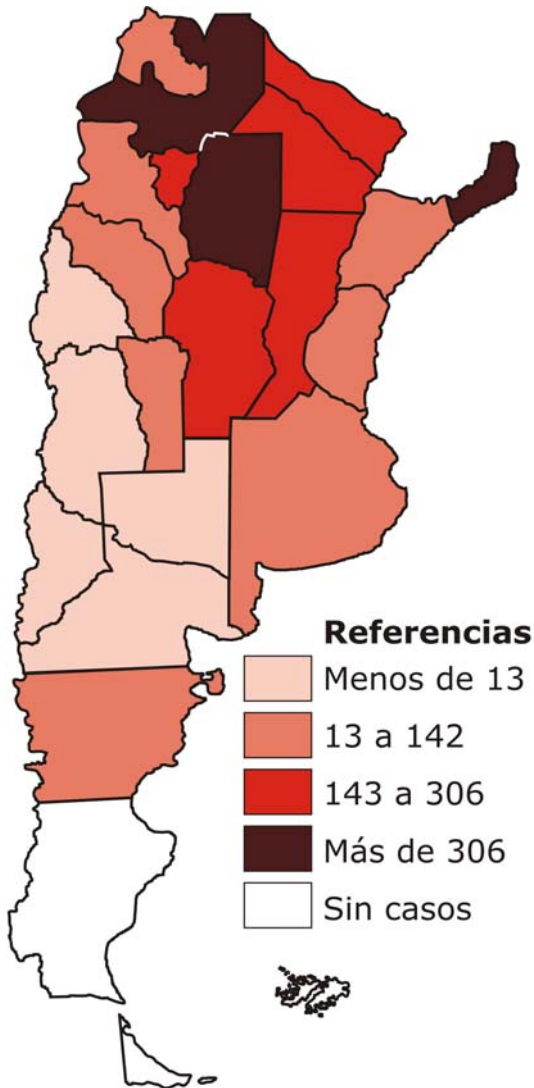


Gráfico 2. Casos notificados según grupos etarios. Argentina. Años 2005/2012. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2 (N=3.584).

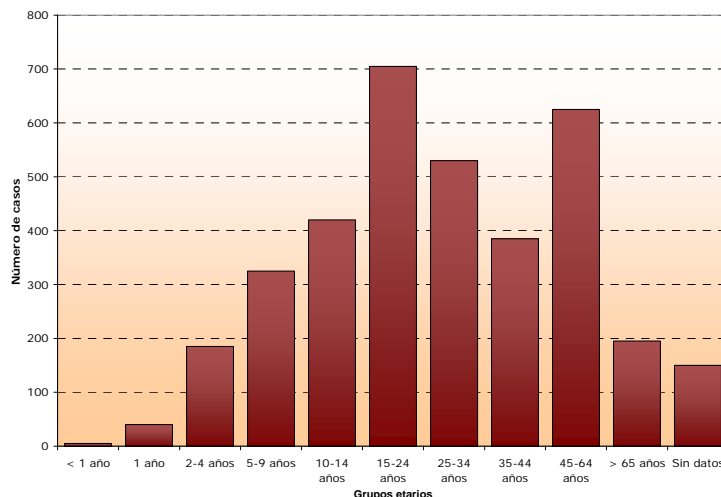


Gráfico 3. Casos fatales. Argentina. Años 2001/2010. Fuente: Dirección de Estadísticas e Información de Salud (N=32).

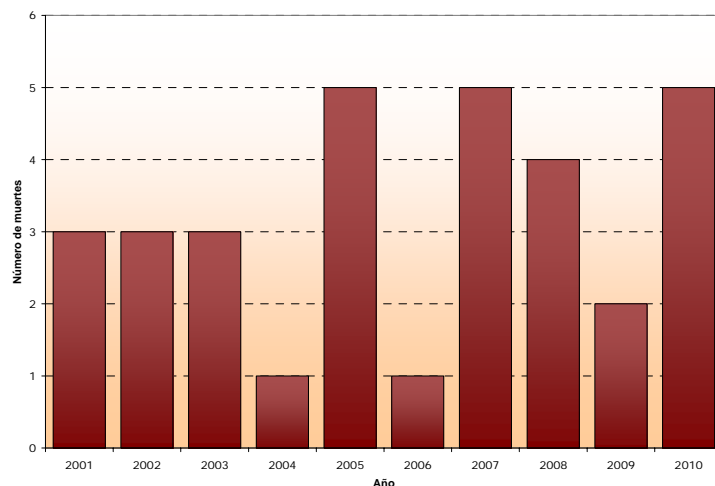
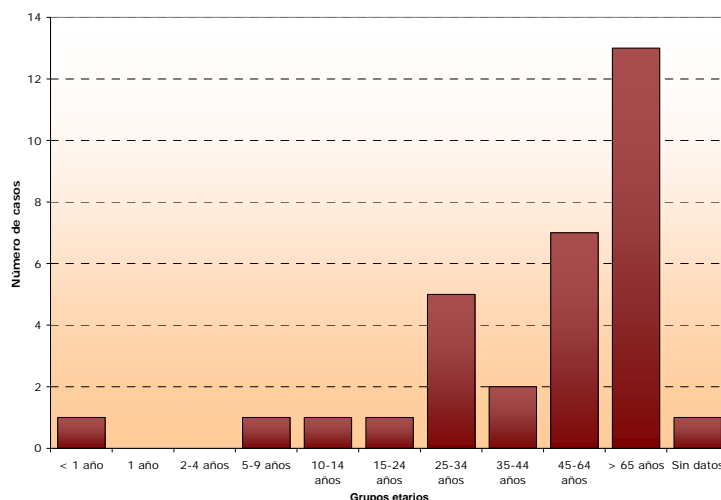


Gráfico 4. Casos fatales según grupos etarios. Argentina. Años 2001/2010. Fuente: Dirección de Estadísticas e Información de Salud (N=32).



Se espera el pico de la influenza y ya son 18 los muertos en el país

2 de julio de 2013 – Fuente: Clarín (Argentina)



Catamarca registró el domingo la primera muerte por influenza A del año en su territorio, por lo que la cantidad de fallecimientos como consecuencia de este virus ascendió a nivel nacional a 18. La víctima catamarqueña tenía 50 años y era de Tinogasta, aunque murió mientras estaba internada en una clínica de San Fernando del Valle de Catamarca, la capital provincial.

Según reveló Liliana Fazio, directora del Hospital Interzonal 'San Juan Bautista', la mujer había sido diagnosticada con influenza A la semana pasada. La médica contó que la víctima no había prestado atención al inicio de los síntomas gripales hasta que el cuadro se complicó y debió ser asistida en el sector de Emergencias del Hospital de Tino-gasta, desde donde luego fue derivada a la capital.

En Catamarca además se registraron ocho casos de esta enfermedad, de los cuales siete recibieron tratamiento ambulatorio, aunque otra mujer permanece internada en terapia intensiva, y grave. De acuerdo con Fazio, en el Hospital 'San Juan Bautista' existe un plan de contingencia para asistir casos de influenza A.

Las provincias que registraron más casos de muertes este año son Buenos Aires y Córdoba, con siete fallecimientos en cada jurisdicción. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se registraron dos muertes y una en Santa Fe, aunque como consecuencia de otro tipo de virus de la influenza, el A(H3N2).

Según alertaron los ministerios sanitarios de todo el país, se acerca el período crítico de la enfermedad. Por ese motivo, el Ministerio de Salud bonaerense instó a los ciudadanos a vacunarse y advirtió que hay integrantes de grupos en riesgo de contraer la afección sin recibir inmunización, sobre todo niños de entre 6 meses y dos años.

"La mejor forma de prevención de la influenza es aplicarse la vacuna antigripal en los casos que corresponde", afirmó el ministro de Salud bonaerense, Alejandro Collia. La vacuna es gratuita.

En cuanto a otras medidas relacionadas con este panorama, el Ministerio de Educación de la Nación aclaró que no habrá cambios en el cronograma de las próximas vacaciones de invierno. Los gobiernos porteño y bonaerense confirmaron que el receso escolar arrancará el lunes 15 de julio y terminará el viernes 26 de ese mes.

América



Brasil: Extendieron la campaña de vacunación contra la poliomielitis

28 de junio de 2013 – Fuente: Prensa Latina

El Ministerio de Salud de Brasil extendió su campaña de vacunación contra la poliomielitis hasta el 5 de julio de 2013, para inmunizar al menos a 95% de los niños de entre seis meses y cinco años de edad.

Una nota de ese organismo revela que hasta la fecha se vacunaron 11,3 millones de niños, lo que representa 87,6% de los 12,9 millones de pequeños con las edades fijadas.

La coordinadora del Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI), Carla Domingues, destacó la necesidad de que los padres conozcan la importancia de este proceso para mantener a Brasil libre de poliomielitis.

Puntualizó que los números de la campaña hasta ahora son satisfactorios, pero hace falta un esfuerzo mayor para cumplir con las metas previstas y suministrar la dosis al menos a 95% de los infantes, es decir 12,2 millones de chicos.

Según datos preliminares, los estados con mayores niveles de cobertura de vacunación con vacuna antipoliomielítica son Acre (97,3%), Roraima (96,7), Rondônia (94,8), Santa Catarina (93,6), Rio de Janeiro (93,5), Goiás (93,5), Paraná (92,8), Maranhão (92,3), Sergipe (91,6) y Rio Grande do Sul (90,5).

Otros territorios cumplieron con sus planes del 21 de junio último, cuando debió culminar esta campaña.

Las estadísticas oficiales revelan que Brasil no tiene registros de esta enfermedad desde hace 24 años. El último caso fue notificado en 1989 en el estado de Paraíba, ubicado en la región nordeste.

Más de 14 millones de niños fueron inmunizados en 2012, lo cual representó 99% de la cifra prevista para ese periodo.



Canadá, Saskatchewan: Reportan un caso fatal de hantavirosis

26 de junio de 2013 – Fuente: The Star Phoenix (Canadá)

Una muerte por hantavirosis se ha registrado en el centro oeste de Saskatchewan. Las autoridades de salud provinciales confirmaron que un hombre en la Región de Salud de Heartland murió a causa de complicaciones relacionadas con el virus. Otra muerte en la región también está siendo investigada en relación con esta enfermedad.

La infección por hantavirus es una enfermedad rara, asociada con la exposición a partículas aerosolizadas de heces, orina y saliva de ratones infectados. A menudo se contrae mientras se limpian construcciones infestadas, pero puede ser contagiado a través de una mordedura.

Desde 1994 ha habido 24 casos confirmados de infección humana por hantavirus en Saskatchewan, dando como resultado siete muertes.²

² Casos esporádicos de infecciones por hantavirus en humanos se han producido en las provincias de Manitoba, Saskatchewan, Alberta y British Columbia durante varios años. Este informe no indica el hantavirus involucrado en este caso, pero probablemente se trate del virus Sin Nombre. Tanto el hantavirus Sin Nombre como el New York tienen al ratón ciervo (*Peromyscus maniculatus*) como reservorio; este roedor es uno de los mamíferos más comunes y ampliamente distribuido en América del Norte.



El Salvador: Miles de personas se hacen la prueba para detectar el VIH/sida

28 de junio de 2013 – Fuente: EFE

Miles de salvadoreños se hicieron hoy la prueba para saber si tienen el virus del sida, en la séptima jornada nacional organizada con ese fin por el Ministerio de Salud, que registra casi 30.000 casos de la enfermedad desde 1984.

La ministra salvadoreña de Salud, María Isabel Rodríguez, destacó, al inaugurar el VII Día Nacional de la Toma de la Prueba del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), que esta actividad ha permitido detectar al menos 531 casos “ya avanzados” de infección desde 2007. Otros casos detectados mostraron niveles menores de avance, según la funcionaria.

Rodríguez, quien fue una de las primeras en practicarse la prueba, presidió el acto junto a otros funcionarios locales y representantes de organismos internacionales de salud en la Plaza ‘General Gerardo Barrios’, en el centro de San Salvador.

En esta ocasión se espera superar las 117.381 pruebas hechas en la jornada de 2012, de las cuales 0,19% resultó positivo, según datos del Ministerio de Salud.

Las pruebas realizadas en el primer año (2007) fueron 56.619, con un 0,56 % de positivas.

Rodríguez detalló que, de los “531 casos de VIH ya avanzado detectados mediante la prueba nacional desde 2007, 58,4% son hombres y 41,6% mujeres. Además, 51% se registró en personas de 25 a 44 años de edad y 10,7% de 15 a 24 años”.

La viceministra de Salud, Violeta Menjivar, declaró que “la prueba es gratuita y confidencial”, y que se lleva a cabo en todos los centros asistenciales del Ministerio de Salud y del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

Las pruebas también se practican en el Hospital Militar y en estaciones móviles en los parques centrales de San Salvador, San Miguel y Sonsonate, agregó.

“Otras instituciones estatales y varias organizaciones no gubernamentales colaboran con el Ministerio de Salud en esta actividad”, refirió Menjivar.

El Salvador registra al menos 29.788 casos de VIH desde 1984, cuando apareció el primer caso, de los cuales 1.554 corresponden a 2012 y 551 al período del 1 de enero al 14 de junio de este año, según datos oficiales.



Estados Unidos, California, San Diego: Alertan de otro brote de hepatitis A vinculado a semillas de granada

1 de julio de 2013 – Fuente: Notimex

Autoridades de Salud del condado San Diego, California, advirtieron hoy sobre un nuevo brote de hepatitis A vinculado a semillas de granada importadas de Grecia.

La Agencia de Servicios Humanos y de Salud de San Diego indicó que este producto, llamado Woodstock Frozen Organic Pomegranate Kernels, es el segundo en menos de un mes que se asocia con brotes de hepatitis A, distribuido por la compañía Townsend Farms.

La institución informó que las semillas de granada, que ya se retiraron del mercado, eran parte de la carga de importación que incluyó al producto anterior vinculado con el brote, una mezcla de bayas que se vendieron en las tiendas Costco.³

El brote anterior, que sigue activo, ha enfermado a 127 personas en Estados Unidos, 15 de ellas en el condado de San Diego.

La agencia de salud llamó a las personas que hayan consumido las semillas de granada en las últimas dos semanas a que si no han sido vacunadas contra la hepatitis A, que en estos días se vacunen en clínicas de salud del condado o con sus médicos particulares.

Las semillas de granada sospechosas de contaminación fueron vendidas congeladas entre febrero y abril, como productos naturales orgánicos.

Por lo menos dos personas que contrajeron hepatitis con el producto anterior, la mezcla de fresas, presentaron demandas por daños en California, una de ellas en San Diego.



³ Ver ‘Estados Unidos: Siguen aumentando los casos de hepatitis A producidos por las bayas congeladas’ en Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 1.155, de fecha 18 de junio de 2013.

Bulgaria, Kardzhali: Detectan dos casos de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo

28 de junio de 2013 – Fuente: Darik Radio (Bulgaria)

Dos casos de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo, el último ayer, fueron informados por el Departamento de Enfermedades Infecciosas del Hospital 'Dr. Atanas Dafovski' en Kardzhali, provincia de Kurdzhali. Ambos fueron remitidos para su tratamiento al Hospital Plovdiv, ya que el primero carece de las instalaciones adecuadas para el tratamiento de enfermedades como la fiebre hemorrágica de Congo-Crimea (FHCC), de acuerdo con la jefa del departamento, Dra. Magdalena Marinova.

Los pacientes habían sido picados por garrapatas, que son vectores de la enfermedad. Este año, la población de garrapatas es particularmente numerosa, debido a las fuertes lluvias.

Según Marinova, los síntomas de la FHCC pueden tratarse con gammaglobulina hiperinmune, pero si la enfermedad está en una etapa avanzada, existe riesgo de muerte. Agregó que la literatura científica informa que 15% de los enfermos de FHCC no se recuperan.⁴



Hyalomma marginatum

⁴ La primera descripción de esta fiebre hemorrágica se hizo en la península de Crimea en 1944, afectando a las tropas soviéticas que dormían a la intemperie y fueron picadas por garrapatas *Hyalomma marginatum*. Se demostró la etiología viral al año siguiente aunque el virus no pudo aislarse hasta 1967. En 1969 se demostró que el agente de la fiebre de Crimea era idéntico a un virus aislado en 1956 de sangre en el entonces Congo Belga. Desde entonces se usan ambos nombres combinados para designar la enfermedad.

El agente —el virus de la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo, VFHCC—, pertenece al género *Nairovirus* de la familia Bunyaviridae. Tanto animales salvajes como domésticos con reservorios del virus; los grandes herbívoros son hospedadores preferidos de las garrapatas adultas, y los pequeños como roedores y lagomorfos, de las formas larvarias. Desarrollan viremia y respuesta de anticuerpos, pero nunca clínica apreciable. Posiblemente el principal mecanismo amplificador que asegure la perpetuación del virus y facilite su transmisión transestadial por garrapatas adultas a grandes vertebrados, sea la adquisición de la infección por formas inmaduras en pequeños vertebrados.

En general no se ha detectado infección en mamíferos de tamaño medio ni aves acuáticas, pero sí se han encontrado prevalencia y títulos de anticuerpos relativamente altos en avestruces (*Struthio* sp.).

El virus se ha aislado en al menos 30 especies de garrapatas, como *Amblyomma variegatum*, *A. hebraeum*, *Rhipicephalus appendiculatus*, *R. rossicus*, *R. evertsi* y *Dermacentor marginatus*, que presentan transmisión transestadial, y *Hyalomma truncatum*, *H. impeltatum*, *H. dromedarii*, transestadial y transovárica imperfecta, pero el verdadero vector biológico es *Hyalomma marginatum*, capaz de transmisión transovárica, transestadial y venérea en todas sus subespecies.

Se ha demostrado la presencia del VFHCC o sus anticuerpos en la antigua Unión Soviética, China, India, África Subsahariana, Afganistán, Pakistán, Hungría, Turquía, Francia, Portugal y recientemente en España.

Hay una clara tendencia a la estacionalidad de la enfermedad, primavera u otoño, en áreas endémicas, asociada a la estacionalidad de las garrapatas. Los humanos pueden adquirir el virus por picadura de garrapatas o por contacto con sangre o tejidos de ganado infectado.

En el ser humano, el periodo de incubación es corto, de 1-3 días, máximo 9 si la infección se adquiere por picadura de garrapatas, y de 5-6 días, máximo 13, en caso de exposición a sangre o tejidos de personas o animales infectados. El comienzo es repentino, con fiebre, rigidez, escalofríos, dolor de cabeza intenso, mareo, dolor de cuello y rigidez, ojos doloridos, fotofobia, mialgia, malestar, con intenso dolor de espalda y dolores en las piernas.

Las náuseas, el dolor de garganta y los vómitos son habituales al principio y es posible la aparición de dolores abdominales y diarrea. Fiebre frecuentemente intermitente con repentinos cambios de humor con fases de confusión y de agresividad en los primeros dos días, seguidos de lasitud, depresión y somnolencia entre el 2º y 4º día, enrojecimiento cutáneo con conjuntivas inyectadas o quemosis. Cuadrante superior derecho del abdomen blando, a veces con hepatomegalia apreciable.

Taquicardia con hipotensión ligera. Puede haber linfadenopatía, enanema y petequias de garganta, tonsilas y mucosa bucal. Enrojecimiento petequeal de tronco y miembros a los 3-6 días de enfermar, seguido de la aparición de grandes cardenales y equimosis, especialmente en fosa antecubital, antebrazos, axilas e ingües.

A los 4-5 días, y aún antes, se dan hemorragias variadas: epistaxis, hematemesis, hematuria, melena, hemorragias gingivales, vaginales o por otras aberturas naturales. A veces la sangre rezuma por puntos de inyección o venipuntura. Puede haber hemorragias internas, incluyendo intraperitoneal e intracraneal. Pacientes muy graves pueden desarrollar fallo hepatorenal y pulmonar hacia el 5º día y progresivamente entrar en somnolencia, estupor y coma.

La ictericia se puede hacer aparente a partir de la segunda semana. Tasa de mortalidad de 30-50%, con muerte entre los días 5º y 14º de enfermedad. Los pacientes que se recuperan suelen empezar la mejoría al 9º-10º día, pero la astenia, conjuntivitis, ligera confusión y amnesia pueden extenderse un mes o más.

La alta tasa de mortalidad y la propensión del virus a causar infecciones hospitalarias, determinan la necesidad de emplear sistemas estrictos de aislamiento de enfermos o sospechosos de padecer FHCC, principalmente para proteger al personal médico que los esté cuidando. Las personas afectadas y sus contactos deben mantenerse en observación un mínimo de 2 semanas (periodo máximo de incubación) tras el último posible contacto con la infección. Cubrir todos estos requerimientos es muy costoso y altera los servicios médicos normales de cualquier hospital.

La mayoría de los pacientes son varones adultos con ocupaciones relacionadas con la ganadería, pastores, ganaderos, peones, matarifes y veterinarios. A veces se da en habitantes de ciudad que han contactado con tejidos infectados o picados por garrapatas en el curso de cacerías o excursiones. En áreas de FHCC endémica, los ruminantes domésticos seroconvierten tras infecciones naturales al principio de sus vidas. Los humanos que contacten con sangre virémica de tales animales en el curso de castraciones, vacunaciones, colocación de crotales o sacrificios, pueden infectarse fácilmente. Algunos brotes humanos graves en Sudáfrica se han dado en operarios de mataderos de avestruces, los cuales, aunque parecen ser bastante resistentes a la infección, suelen estar muy parasitados por *Hyalomma*.

La nueva cepa de la influenza aviar A(H7N9), que este año causó 37 muertos y 132 casos en China, es el virus aviar que más probabilidades tiene de acabar siendo transmisible entre humanos.

Casi todos los casos se registraron en el este del país, con 15 de los fallecidos solo en la ciudad de Shanghai.

Esa es la conclusión a la que han llegado los expertos internacionales y chinos que han investigado el problema en las áreas afectadas, donde la cepa fue capaz de provocar más contagios en humanos en un corto período de tiempo que cualquier otro tipo de virus aviar.

Eso refleja que el A(H7N9) ha sufrido la evolución genética necesaria para adaptarse mejor que otros virus similares para ser capaz de contagiarse a los seres humanos, lo que aumenta también sus posibilidades de llegar a poder transmitirse de persona a persona.

“Parece que el virus es muy transmisible de aves a humanos, lo que significa que podría volverse más fácilmente contagiable entre personas”, explicó el profesor Malik Peiris, jefe de virología de la Universidad de Hong Kong y uno de los 14 expertos de China y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que investigaron el caso.

En efecto, los 132 casos de contagio detectados en humanos por A(H7N9) entre febrero y mayo pasados suponen una proporción mucho mayor que la del virus A(H5N1), que ha estado provocando unos 60 casos al año durante la última década.

Mientras el A(H7N9) fue descubierto este año por primera vez en humanos, cuando eso ocurrió con el A(H5N1) por primera vez, en Hong Kong, en 1997, hubo 18 casos ese primer año, según la OMS.

Afortunadamente, por el momento no se han conocido casos de contagio entre humanos de ninguno de estos dos virus, pero el A(H7N9) ha mutado genéticamente para unirse a las células humanas, mientras que en 16 años de actividad el A(H5N1) no lo ha conseguido.

Con todo, hay otra cepa, la A(H9N2), que también ha sufrido mutaciones similares a algunas de las que hacen eso posible para el A(H7N9), pero ha afectado en casos muy contados a personas, dijo Peiris.

El informe que han elaborado los expertos recomienda a China que vigile a la población humana y animal de todas sus provincias para detectar lo antes posible si el A(H7N9) se está extendiendo por su geografía, si adquiere la capacidad de contagiarse a humanos con mayor facilidad, o si consigue hacerlo de persona a persona.

La OMS trabaja en el desarrollo de una vacuna para esta nueva cepa, que gracias probablemente a las medidas adoptadas y sobre todo a la llegada del verano parece cada vez menos activa, ya que no se han registrado nuevos contagios durante junio.

“Lo que muchos de nosotros creemos es que el A(H7N9) no desaparecerá completamente en las aves durante el verano, por lo que podría reaparecer con el invierno”, advirtió Peiris.

En Shanghai, la ciudad más poblada de China y la más afectada por el A(H7N9), se volvieron a abrir a fines de junio unos 200 de sus 461 mercados de aves vivas, cerrados el 6 de abril tras descubrirse ejemplares contagiados del virus, aunque sólo se autorizará volver a poner a la venta pollos, palomas y codornices, y no patos ni gansos.

Laos moviliza hoy a sus estudiantes de medicina de los dos últimos cursos para participar en la prevención y control de la epidemia de dengue que ya cobró 58 vidas en lo que va de este año.

Autoridades de salud pública les instaron a diferir sus estudios ante la propagación de la enfermedad que hasta la fecha atacó a unas 16.500 personas, y a brindar asistencia junto al personal médico de los hospitales a pacientes ingresados.

Se espera de ellos, además, que desempeñen un papel de liderazgo en las comunidades a lo largo del país en la aplicación de medidas preventivas y la eliminación de focos de mosquitos vectores.

“Los estudiantes de medicina constituyen el más importante recurso para controlar la epidemia”, dijo Phengta Vongphrachanh, director del Centro Nacional de Laboratorio y Epidemiología, quien apuntó que el número de infectados y fallecidos continúa aumentando.

La actual epidemia es mucho peor que la que sufrió el país en 2010, con 23.000 personas casos y 46 fallecidos, de acuerdo con estadísticas comparativas divulgadas.

Un reporte de la Organización Mundial de la Salud, señala que en Laos, Nueva Caledonia, Filipinas y Singapur se reportaron más casos en el primer semestre de 2013 que en el mismo período del año anterior, mientras se registra una curva ascendente en Camboya y Malasia.



Ucrania afronta la amenaza real del regreso de la poliomielitis, además de brotes de otras enfermedades serias como parotiditis, rubéola y sarampión, debido a una combinación de ineficiencia estatal y falta de confianza del público en las vacunas, según expertos en salud.

El país tiene una de las coberturas más bajas de Europa en materia de inmunizaciones, especialmente entre los niños, y los casos de algunas enfermedades prevenibles han aumentado en los últimos años.

Funcionarios internacionales de salud dicen estar trabajando con las autoridades ucranianas para mejorar la proporción de las inmunizaciones, pero temen que pueda haber importantes brotes de enfermedades en el futuro, poniendo vidas en riesgo, a menos que se avance en la cantidad de vacunaciones.

“Hay un riesgo muy real de que la poliomielitis pueda volver y de que puedan producirse brotes de otras enfermedades, como parotiditis y rubéola. Solo podemos esperar otros brotes en el futuro a menos que se mejore la cobertura, que ahora está en su punto más bajo en 20 años en Ucrania”, dijo la médica Dorit Nitzan, representante de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en este país.

Las vacunaciones se redujeron mucho en Ucrania desde 2008, cuando un adolescente murió tras ser inoculado contra el sarampión y la rubéola. Erróneamente, se reportó que el deceso había sido causado por la vacuna, y una confusa respuesta inicial del gobierno y el arresto del ministro de Salud de entonces, en lo que los críticos sostienen fue una medida puramente política, dejó a gran parte de la población con miedo ante la seguridad de las vacunas.

Este temor continúa arraigado en muchos hasta la actualidad. Un estudio del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) mostró que un tercio de los padres ucranianos están en contra de las inmunizaciones.

La proporción de vacunaciones entre los niños es particularmente baja. Aunque pautas nacionales de salud determinan que la población infantil debe inocularse contra 10 enfermedades infecciosas, entre ellas la poliomielitis, la rubéola, la tos convulsa y el sarampión, apenas 50% está totalmente inmunizada. Esa proporción representa un declive en relación a los registros de 2008, cuando era de 80%, según UNICEF.

Olga Denisova, una asistente de ventas de 33 años de Kiev, dijo que había llevado a su hija adolescente a vacunarse, pero que estaba muy preocupada por la seguridad de esos medicamentos. “Como madre, por supuesto que estoy preocupada. Oigo tantas historias sobre vacunas que no son seguras que es difícil no preocuparse. La gente no tiene suficiente información sobre las vacunas y el gobierno debería decirle más sobre ellas”, planteó.

“Sé que a causa de las escasas vacunaciones puede haber casos de poliomielitis aquí. Eso asusta. Y si yo misma y otras madres estamos preocupadas por las vacunas, hay algo que está mal en el proceso de vacunación”, señaló.

Las vacunas infantiles no son obligatorias por ley, pero los niños no pueden empezar la escuela sin un certificado que muestre que fueron inmunizados. Sin embargo, los padres eluden esta norma obteniendo documentos falsos.

Estos temores también son reforzados, tal vez sorprendentemente, por los trabajadores locales de la salud. Muchos de ellos adoptan una posición apática e incluso desdeñosa hacia las vacunas.

“Trabajamos para intentar que el personal médico promueva activamente la vacunación”, dijo Nitzan. Según ella, a muchos les preocupa que, como ocurrió con los médicos en el caso de la muerte del adolescente inmunizado en 2008, puedan castigarlos o arrestarlos si alguien reacciona adversamente a una inoculación.

Aunque la OMS, el UNICEF y algunos prestigiosos médicos ucranianos se han mostrado dispuestos a crear conciencia sobre la seguridad y la importancia de la inmunización, es común hallar galenos que sostienen que las vacunas son dañinas.

Incluso cuando haya personas que quieran vacunarse, no siempre pueden hacerlo. La inmunización es gratuita en los centros de salud del Estado, pero a menudo los hospitales se quedan sin reservas durante varios meses.

Algunas madres dijeron que tuvieron que esperar 10 meses en las clínicas de sus zonas para que sus hijos recibieran las vacunas que necesitaban. Aunque algunas resuelven la situación pagando de su propio bolsillo en una farmacia, no todos los padres pueden darse el lujo de hacer eso en un país donde el salario mensual promedio es de unos 390 dólares.

La escasez en los hospitales se debe a una combinación de falta de financiamiento, corrupción e ineficientes procedimientos de adquisición de vacunas.

El presupuesto estatal se encuentra bajo presión, con una economía que se esfuerza por mantenerse a flote desde la crisis financiera de 2008. El gobierno dice que tiene fondos para cubrir alrededor de 65% de las necesidades de vacunas de la nación.

Los procesos de compra de estos fármacos también han sido muy criticados por ineficientes, y porque la falta de previsión condujo a problemas con los suministros.

Mientras, son frecuentes las denuncias de corrupción en los procesos de licitación de vacunas, que inflaron los precios que el Ministerio de Salud pagaba por ellas y, por ende, hicieron que hubiera menos de estos medicamentos disponibles.

Funcionarios del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo dijeron previamente que “intereses privados en las licitaciones de vacunas” eran responsables de su escasez.

Todos estos problemas combinados hicieron que Ucrania enfrente un serio desafío sanitario, según la OMS. Preocupa particularmente que pueda producirse un brote de poliomielitis, enfermedad casi completamente erradicada

de Europa. Apenas 74% de la población está inmunizada contra ella, en comparación con los promedios de Europa y Estados Unidos, que registran más de 90%.

Ante la amenaza de un brote, la OMS lideró en mayo un ejercicio de simulacro en Ucrania, y confía en que la situación puede mejorar.

“Lo que se necesita son mejores mecanismos de compra, mejores capacidades, mejores reportes, por ejemplo investigaciones adecuadas luego de eventos adversos, y por supuesto una campaña de información para crear confianza en el público”, dijo Nitzan.

“De todos modos somos optimistas. La nueva ministra ucraniana de Salud, Raisa Bogatyrova, está comprometida no solo con la salud pública en general, sino específicamente con las vacunas. Solo podemos esperar que haya un apoyo transversal desde otros ministerios involucrados en la salud en Ucrania, como el de Finanzas, y así se podrán lograr avances” en la cobertura inmunitaria, sostuvo.



Informan avances en la lucha contra la poliomielitis

2 de julio de 2013 – Fuente: Docsalud

La lucha mundial contra la poliomielitis no se detiene. Según las últimas cifras publicadas por la Iniciativa Global para la Erradicación de la Poliomielitis (GPEI), durante el primer semestre de 2013 se notificaron 69 casos de la enfermedad en el mundo, mientras que en el mismo período del año anterior los reportes fueron 78. Si bien las notificaciones disminuyeron en los tres países que aún tienen la enfermedad – Afganistán, Pakistán y Nigeria –, recientemente se produjeron nuevos brotes en regiones que habían dejado de estar afectadas, como Somalia y Kenia, lo que representa un desafío para el logro de los objetivos.

“Detener la transmisión de la poliomielitis hacia fines de 2014 es una posibilidad realista”, señala el último reporte –elaborado en mayo de este año– del Comité Independiente de Monitoreo de GPEI. Este tiene como objetivo evaluar el progreso del Programa Global de Erradicación de la Poliomielitis y determinar los principales riesgos para su éxito. Según el documento, la iniciativa mejoró enormemente en los últimos años y hubo grandes avances para abordar los desafíos que se presentaron. Hoy, los brotes en áreas que estaban libres de la enfermedad y la inseguridad que enfrentan los vacunadores en ciertas regiones son parte de los obstáculos a sortear.



Según el documento, la iniciativa mejoró enormemente en los últimos años y hubo grandes avances para abordar los desafíos que se presentaron. Hoy, los brotes en áreas que estaban libres de la enfermedad y la inseguridad que enfrentan los vacunadores en ciertas regiones son parte de los obstáculos a sortear.

Nuevos casos en el Cuerno de África

Luego de seis años sin rastros de poliomielitis, Somalia confirmó el primer caso de parálisis en mayo de 2013. Se trató de una niña de 32 meses, que fue hospitalizada en la región sureste tras infectarse con el virus salvaje de tipo 1. Al 19 de junio, los reportes de afectados en ese país y Kenia crecieron a 25.

Como solo una de cada 200 infecciones produce síntomas de poliomielitis, la detección de un único caso indica que existe circulación continua del virus en la población en cuestión. Por eso, esta situación se considera como un brote y una emergencia de salud pública de interés internacional, ya que por los movimientos migratorios y los viajes la enfermedad puede diseminarse en forma global.

La respuesta de la GPEI y de los gobiernos de Somalia y Kenia fue entonces inmediata: pusieron en marcha campañas de emergencia en ambos lados de la frontera, las cuales alcanzaron a más de 2 millones de personas. En las semanas siguientes, las ampliaron hasta alcanzar a otros 5 millones de individuos. Hoy, ya planifican otras medidas para extenderlas al resto del Cuerno de África.

Ningún país está seguro hasta no concretar la erradicación global del virus de la poliomielitis. En el proceso hacia esta meta, los brotes son inevitables y están contemplados en los plazos y el presupuesto previsto por la GPEI. La aparición de nuevos casos en el África oriental, una región donde las coberturas de vacunación están por debajo de los niveles necesarios, deja en claro que mejorar las tasas de inmunización es una tarea crítica, tanto para erradicar la enfermedad como para proteger a los niños de los países que hoy están libres de poliomielitis. Las respuestas a los brotes son ahora más efectivas para limitar la severidad y duración de los mismos gracias a guías de amplia adopción a nivel internacional que se basan en nuevas vacunas y mejoras de la calidad de las operaciones de inmunización. Cabe recordar que existen tres tipos de virus de polio salvajes: todos los últimos casos registrados se debieron al tipo 1 y no ha habido notificaciones de enfermedad por el tipo 3. El virus tipo 2 no circula desde 1999.

El problema de la inseguridad

Durante el último tiempo, los oficiales de vacunación antipoliomielítica sufrieron asesinatos y ataques en Pakistán. Las dos muertes más recientes ocurrieron el pasado 16 de junio y, como respuesta, el presidente de ese país emitió una declaración que condenó los episodios y aseguró que el gobierno está fuertemente resuelto a erradicar la poliomielitis.

En este sentido, la GPEI trabaja para lograr que la comunidad y los líderes religiosos se comprometan y apoyen la vacunación. Como enfatiza el informe de su Comité Independiente de Monitoreo, todavía se necesita estimular las comunicaciones y la demanda de vacunas de la comunidad. También llama a los líderes políticos de los países endémicos a sostener su compromiso absoluto en pos de esta causa.

Las nuevas directrices terapéuticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomiendan un inicio más temprano del tratamiento antirretroviral (TAR). Pruebas recientes indican que un TAR más temprano ayudará a los infectados por el VIH a vivir más tiempo y con mejor salud, además de reducir sustancialmente el riesgo de transmisión del virus. Este cambio podría evitar 3 millones más de muertes y 3,5 millones más de nuevas infecciones por el VIH de aquí a 2025.

Las nuevas recomendaciones se presentan en una publicación de la OMS titulada *Directrices unificadas sobre el uso de medicamentos antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH*⁵, al mismo tiempo que nuevos datos revelan que a finales de 2012 había 9,7 millones de personas en tratamiento con estos fármacos que pueden salvarle la vida a los pacientes.

“Estas directrices representan otro salto adelante en la tendencia a fijarse objetivos cada vez más ambiciosos y a obtener logros cada vez mayores –dijo la Dra. Margaret Chan, Directora General de la OMS–. Ahora que hay cerca de 10 millones de personas en tratamiento con antirretrovirales, algo impensable hace tan solo algunos años, podemos alimentar el impulso necesario para forzar la declinación irreversible de la epidemia de VIH”.

Iniciar más temprano el tratamiento antirretroviral

En las nuevas recomendaciones se alienta a todos los países a que inicien el tratamiento de los adultos infectados por VIH cuando la cifra de linfocitos CD4 sea igual o inferior a 500/mm³, es decir, mientras el sistema inmunitario todavía es fuerte. La recomendación anterior de la OMS, establecida en 2010, era ofrecer tratamiento cuando dicha cifra fuera igual o inferior a 350/mm³. El 90% de los países han adoptado la recomendación de 2010, y algunos, como Argelia, Argentina o Brasil, ya están ofreciendo tratamiento a los pacientes con 500 células/mm³.

La OMS ha basado su recomendación en pruebas que revelan que el tratamiento más temprano con fármacos seguros, asequibles y de manejo más fácil puede mantener saludables de los pacientes infectados por el VIH, además de reducir la cantidad de virus en la sangre, lo cual reduce a su vez el riesgo de transmisión a otras personas. En el informe se señala que si consiguen integrar estos cambios en las políticas nacionales de lucha contra el VIH y respaldarlos con los recursos necesarios, los países obtendrán importantes beneficios desde el punto de vista tanto de la salud pública como de la salud individual.

Proporcionar el tratamiento a los menores de 5 años y embarazadas

En las nuevas directrices también se recomienda proporcionar TAR a todos los menores de 5 años, todas las embarazadas y todas las mujeres lactantes con infección por el VIH, así como a todos los infectados cuya pareja no esté infectada, independientemente de su cifra de linfocitos CD4. La OMS sigue recomendando la administración de TAR a todos los infectados por el VIH que también padezcan tuberculosis activa o hepatitis B.

Otra nueva recomendación es que se ofrezca a todos los adultos que empiecen a tomar TAR la posibilidad de recibir un solo comprimido diario de una misma combinación de medicamentos en dosis fijas que es más fácil de tomar y más segura que las combinaciones alternativas recomendadas anteriormente, y que puede utilizarse en adultos, embarazadas, adolescentes y niños mayores.⁶

“Avances como este permiten que los niños y las embarazadas accedan al tratamiento antes y con mayor seguridad, y que nos acerquemos al objetivo de lograr una nueva generación sin sida”, dijo Anthony Lake, Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). “Ahora debemos intensificar nuestros esfuerzos e invertir en innovaciones que nos permitan realizar las pruebas más rápidamente en los recién nacidos, a fin de proporcionarles un tratamiento adecuado para que puedan empezar la vida en las mejores condiciones posibles”.

Estrechar los vínculos con otros servicios de salud

La OMS también alienta a los países a que mejoren la forma en la que prestan sus servicios relacionados con el VIH, por ejemplo vinculándolos más estrechamente con otros servicios de salud, como los relacionados con la tuberculosis, la salud materno-infantil, la salud sexual y reproductiva o el tratamiento de las drogodependencias.

“Las nuevas directrices de la OMS son muy oportunas teniendo en cuenta los rápidos avances que hemos logrado en la ampliación de los programas preventivos y terapéuticos”, dijo el Director Ejecutivo del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, Dr. Mark Dybul. “Este es un ejemplo de colaboración entre el Fondo Mundial y la OMS para prestar apoyo a los países en la eliminación del VIH como amenaza para la salud pública”. Desde su creación en 2002, el Fondo Mundial ha apoyado más de 1.000 programas que proporcionan tratamiento contra el VIH a 4,2 millones de personas en 151 países.



⁵ Puede consultar la publicación completa, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

⁶ El tratamiento recomendado consiste en una combinación de tres antirretrovirales –tenofovir, lamivudina (o emtricitabina) y efavirenz– en un solo comprimido, administrado una vez al día.

Quedan retos por superar

Todavía quedan retos por superar. En una actualización de los progresos terapéuticos realizada conjuntamente por la OMS, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y el UNICEF se han identificado áreas que requieren atención.

Aunque el número de niños candidatos al TAR que lo reciben ha aumentado 10% entre 2011 y 2012, este crecimiento sigue siendo muy lento en comparación con el 20% registrado en los adultos. Otra complicación radica en el hecho de que muchas poblaciones clave, como los consumidores de drogas inyectables, los hombres con relaciones homosexuales, los transexuales o los trabajadores del sexo siguen enfrentándose a obstáculos legales y culturales que les impiden obtener tratamientos que en otras condiciones estarían disponibles con más facilidad. Otro problema que hay que resolver radica en la importante proporción de personas que, por motivos diversos, abandonan el tratamiento.

Datos alentadores

Pese a esto, la publicación *Global Update on HIV Treatment: Results, Impact and Opportunities*⁷ contiene datos alentadores que refuerzan la viabilidad de la nueva recomendación de la OMS sobre el TAR más temprano, con el que el número mundial de candidatos a recibirlo pasaría a ser de 26 millones de personas.

Entre 2011 y 2012 se logró el mayor aumento registrado hasta ahora (1,6 millones) del número de personas que reciben TAR, con lo que la cifra total de casos tratados pasó a 9,7 millones. Además, el aumento de la cobertura terapéutica se produjo en todas las regiones, en particular en África. El 80% de quienes comenzaron a recibir tratamiento en 2012 vivían en el África subsahariana.

“Hoy hay cerca de 10 millones de personas con acceso a este tratamiento que puede salvarles la vida. Esto representa un verdadero triunfo desde el punto de vista del desarrollo”, dijo Michel Sidibé, Director Ejecutivo del ONUSIDA. “Pero ahora se nos plantea un nuevo reto: lograr que los 26 millones de candidatos al tratamiento, ni uno menos, tengan acceso a él. Toda nueva infección por el VIH y toda nueva muerte relacionada con el sida por falta de acceso al tratamiento antirretroviral será inaceptable”.⁸



La OMS lanza una red que evaluará los compuestos químicos que afectan la salud

1 de julio de 2013 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

Más de 25% de la carga mundial de enfermedades está ligado a factores ambientales, como la exposición a productos químicos. Por este motivo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció hoy el lanzamiento de la Red de Evaluación del Riesgo Químico, que incorporará a las principales instituciones de evaluación de riesgos de todo el mundo para reducir su riesgo sobre la salud.

Esta iniciativa, que será de colaboración voluntaria entre sus Estados Miembros, ampliará la escala de acción y facilitará la interacción sostenible entre las instituciones de control, mejorando la colaboración y evaluación de los peligros para la salud humana.

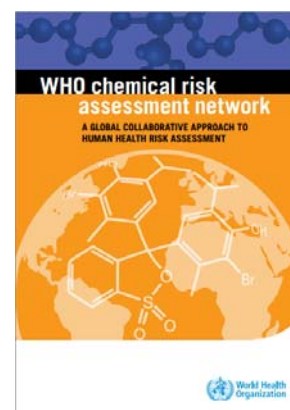
“La producción y el uso de productos químicos sigue aumentando en todo el mundo, particularmente en las economías en rápido desarrollo”, señala la OMS que, ante esta situación, demandan “mayores esfuerzos globales para compartir conocimientos”, y para “evaluar y gestionar los riesgos” asociados con la exposición a sustancias químicas peligrosas.

Entre sus objetivos, se encuentran proporcionar un foro para el intercambio científico y técnico; facilitar y contribuir a la creación de capacidades; promover las mejores prácticas y la armonización de las metodologías; y asistir en la identificación de las necesidades de investigación y promover la aplicación de la nueva ciencia en la práctica de evaluación de riesgos.

Asimismo, pretende ayudar en la identificación de los riesgos emergentes para la salud humana de los productos químicos; compartir información sobre los programas de trabajo para evitar la duplicación de esfuerzos, y, si se solicita, ayudar a la OMS en el desarrollo de la formación y otros materiales de apoyo a los anteriores.

La organización plantea realizar una reunión cada dos años para presentar y revisar el trabajo de la Red; para compartir información y experiencias; y para evaluar el progreso de los proyectos y planificar acciones futuras.

Así, todo el que quiera participar puede hacerlo mediante el Programa Internacional de Seguridad de las Sustancias Químicas (IPCS). La OMS invita a este nuevo grupo de trabajo a Gobiernos e instituciones de salud pública, organizaciones intergubernamentales, sociedades profesionales, centros Colaboradores de la OMS, ONG en contacto con la OMS y otras entidades sin ánimo de lucro con experiencia relevante en proyectos químicos.⁹



⁷ Puede consultar la publicación completa, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

⁸ La OMS hizo públicas las nuevas recomendaciones el 30 de junio de 2013, en la apertura de la Conferencia de la Sociedad Internacional del Sida 2013, que se celebra en Kuala Lumpur. Entre otros asistentes que han respaldado las nuevas recomendaciones han estado representantes de los países en los que el TAR más temprano ya forma parte de la política nacional, así como de los organismos de desarrollo que están proporcionando apoyo técnico y financiero.

La Conferencia de la Sociedad Internacional del Sida, de carácter bienal, reúne a los principales científicos, clínicos, expertos en salud pública y líderes comunitarios para examinar los últimos avances en la investigación sobre el VIH y estudiar cómo los avances científicos pueden repercutir en la respuesta mundial al VIH/sida.

⁹ Puede acceder al formulario de solicitud haciendo clic [aquí](#).

La vacunación con parásitos de la malaria atenuados químicamente proporciona inmunidad protectora, por lo que estas vacunas se podrían utilizar para dirigirse a las especies de malaria en humanos, según una investigación.

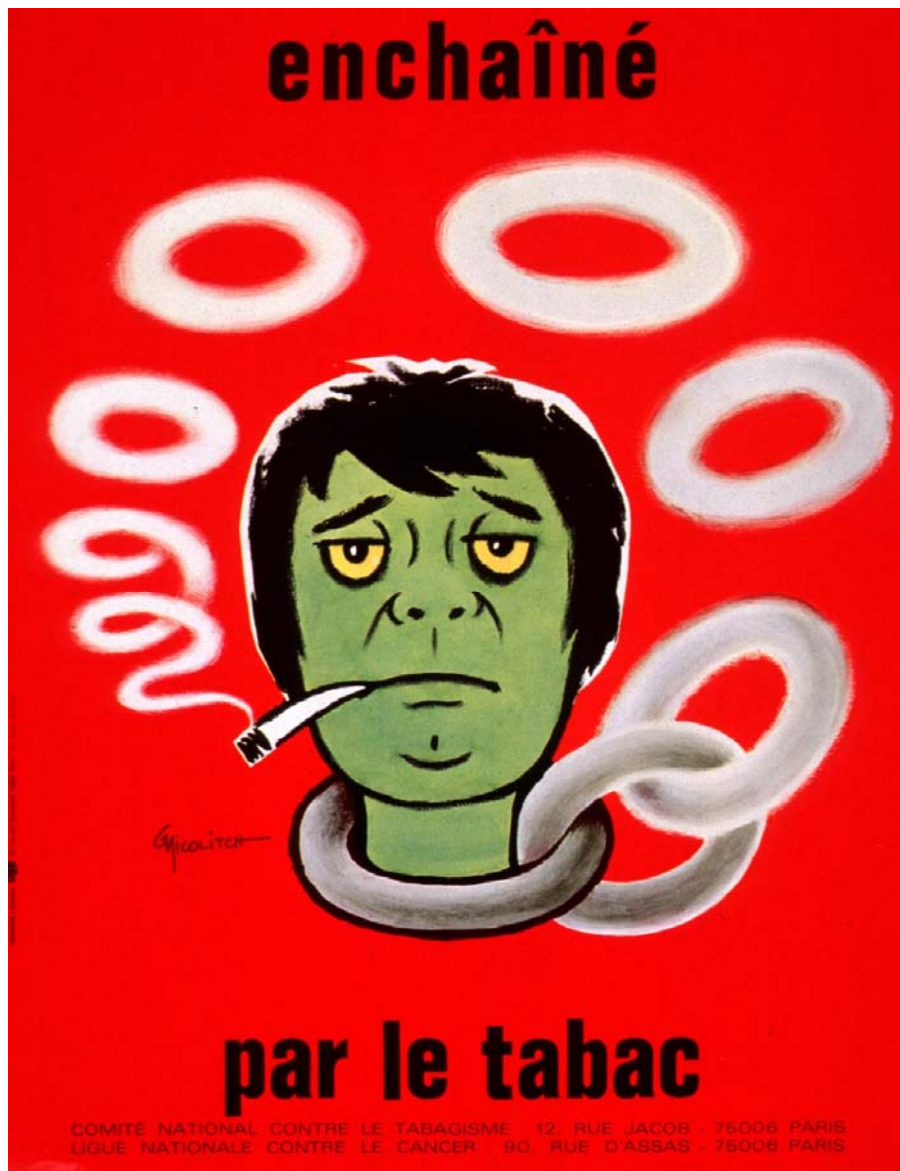
La malaria, una enfermedad infecciosa transmitida por mosquitos, mata a más de 600.000 personas cada año. La investigación se ha centrado en el desarrollo de una vacuna para prevenir la enfermedad, sin embargo, muchas vacunas contra la malaria dirigidas a antígenos del parásito han fracasado porque las dianas antigénicas son muy variables.

Basados en la observación de que las infecciones de baja densidad pueden inducir la inmunidad de anticuerpos independiente de diferentes cepas de malaria, Michael Good y sus colegas de la Universidad de Griffith, en Australia, han creado una vacuna contra parásitos de la malaria usando el estadio en sangre atenuado con un agente químico que impide que el parásito se multiplique.

Estos científicos demostraron que los ratones inoculados con una sola especie del parásito atenuado tenían inmunidad a múltiples especies de malaria durante más de cien días.¹⁰



Publicidad relacionada con la salud



Encadenado por el tabaco.
Comité National contre le Tabagisme (Francia).

¹⁰ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

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

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

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