



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina



Número 1.034

30 de noviembre de 2012

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

Comité Editorial

Editor Jefe

Angel Minguez

Editores Adjuntos

Ílide Selene De Lisa
Enrique Fariás

Editores Asociados

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.)
Susana Lloveras (Arg.)
Eduardo López (Arg.)
Tomás Orduna (Arg.)
Dominique Peyramond (Fra.)
Daniel Pryluka (Arg.)
Charlotte Russ (Arg.)
Eduardo Savio (Uru.)
Daniel Stecher (Arg.)

Colaboradores

Germán Bernardi (Arg.)
Guillermo Cuervo (Esp.)
Milagros Ferreyra (Fra.)
Leonardo Marianelli (Arg.)
Lorena Ravera (Arg.)
Gisela Sejenovich (Arg.)
Natalia Spitale (Arg.)
María Lola Vozza (Arg.)

Noticias

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

Día Mundial de la Lucha contra el Sida

- Argentina: El promedio de notificaciones de VIH/sida se mantiene estable en los últimos cinco años
- Gran Bretaña: La esperanza de vida de las personas con VIH es cada vez más similar a la de la población general

Argentina

- Vigilancia de enfermedad tipo influenza
- Mendoza: Médicos del sector privado insisten en aplicar la vacuna antimeningocócica para viajar a Chile

América

- Implementarán un plan de acción de emergencia para mantener a la región libre de sarampión y rubéola
- Brasil: El número de muertes por dengue cae un 49% este año
- Estados Unidos: Un estudio asocia la contaminación vehicular con el riesgo de autismo

- Estados Unidos: Un panel de expertos recomiendan a los médicos ofrecer el test de la hepatitis C a los nacidos entre 1945 y 1965
- República Dominicana: Vigilancia ante brotes de dengue y cólera
- Venezuela, Miranda: Este año se han atendido 30 casos de leishmaniosis

El mundo

- Pakistán: El primer país de Asia meridional en incorporar la vacuna contra la neumonía para los niños
- República Democrática del Congo: El Gobierno declara el fin oficial del brote de fiebre hemorrágica del Ébola en el país
- Siria: Inicia una campaña de vacunación contra la poliomielitis y el sarampión
- Uganda: Una combinación de medicamentos contra el VIH reduce el riesgo de recurrencia de malaria en niños con el virus
- Un plan para combatir la tuberculosis la fortaleció

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/

Argentina: El promedio de notificaciones de VIH/sida se mantiene estable en los últimos cinco años

25 de noviembre de 2012 – Fuente: Ministerio de Salud (Argentina)

En Argentina viven alrededor de 110.000 personas con VIH, 4 de cada 1.000 entre jóvenes y adultos están infectados con el virus y el 40% de ellos desconoce su condición. En paralelo, el Estado Nacional asegura el tratamiento antirretroviral gratuito a 47.000 personas de las cuales 69% recibe los medicamentos del sistema público de salud, el resto lo hace de obras sociales y prepagas. Estos datos surgen del Boletín Epidemiológico 2012 de la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (DSyETS) de la cartera sanitaria nacional que se dieron a conocer en vísperas de la conmemoración –el próximo 1º de diciembre– del Día Mundial de la Lucha contra el Sida.

El informe, que será oficialmente presentado en un acto el próximo viernes en la sede del Ministerio de Salud de la Nación, destaca, además, que 27% entre los varones y 15% entre las mujeres de los que acceden al diagnóstico, lo hacen en estados avanzados de la infección. Estos diagnósticos tardíos comprometen la evolución de la infección y contribuyen en parte a sostener la mortalidad de las personas con sida.

En tanto, el promedio de notificaciones de VIH/sida se mantuvo estable en los últimos cinco años, con 5.500 nuevos diagnósticos de VIH, de los cuales 90% se infectaron a través de relaciones sexuales sin protección; a la vez que se contabilizan 1.400 fallecimientos anuales por sida. A ello se suma que alrededor de 100 niños al año se contagian de la relación madre-hijo.

En cuanto a los modos de transmisión, la prevalencia entre los hombres que tienen sexo con hombres es de 12%; entre los usuarios de drogas, de 7%; entre las mujeres que realizan trabajo sexual, de 2%; y entre las personas trans, de 34%.

El rol del Estado en la lucha contra el sida

El Ministerio de Salud de la Nación, a través de la DSyETS, trabaja activamente sobre cuatro líneas prioritarias en las que articula políticas universales y focalizadas en los grupos más vulnerables a la epidemia. Las mismas apuntan a garantizar la accesibilidad a los preservativos, geles lubricantes y materiales de información y difusión; optimizar la accesibilidad al diagnóstico del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) con asesoramiento; fortalecer la atención de las personas con VIH, incluyendo el acceso a los antirretrovirales y a los estudios de seguimiento y reducción del estigma y la discriminación.

Para promover el uso y facilitar el acceso a preservativos, información y otros recursos preventivos, la dependencia pública se encarga de distribuir profilácticos, geles lubricantes y materiales educativos a través de una extensa red de 2.904 puestos fijos ubicados en instituciones de salud, otros organismos públicos, comedores comunitarios, escuelas, cárceles, pubs y discotecas de todo el país.

Con el objetivo de mejorar el acceso al diagnóstico de VIH y también al de sífilis, se brinda capacitación permanente a personas claves y equipos de salud, se oferta el análisis de VIH y sífilis a las parejas de mujeres embarazadas, se realizan campañas de testeo y se puso en marcha la implementación extendida de test rápidos, entre otras acciones.

También, se comenzó a implementar un nuevo sistema informático que tiene como finalidad monitorear la atención de las personas con VIH que son asistidas bajo el sistema público de salud.

Finalmente, la Dirección cuenta con un componente de diversidad sexual que realiza un trabajo orientado a mejorar el acceso de la población gay, trans y bisexual a los servicios y recursos de salud; además de garantizar el acceso de las personas privadas de libertad y en proceso de prelibertad a los recursos preventivos, de diagnóstico y de tratamiento para la prevención y asistencia del VIH-sida y otras ITS.



HIV and Hepatitis Gran Bretaña: La esperanza de vida de las personas con VIH es cada vez más similar a la de la población general

29 de noviembre de 2012 – Fuente: HIV and Hepatitis

Varios estudios presentados en el XI Congreso Internacional sobre Terapia Farmacológica en la Infección por VIH, celebrado recientemente en Glasgow (Escocia, Gran Bretaña), han concluido que la esperanza de vida de las personas con VIH de Gran Bretaña sería muy semejante a la de la población general, siempre que los recuentos de CD4 se mantengan por encima de las 350 células/mm³ y que reciban una terapia antirretroviral eficaz.

La cohorte de colaboración sobre VIH de Gran Bretaña (UK CHIC) contiene registros de 43.000 personas seropositivas atendidas en veinte de las principales clínicas que tratan la infección en Gran Bretaña. En el mencionado congreso, se presentaron datos sobre la mortalidad de las personas pertenecientes a la cohorte que habían iniciado terapia antirretroviral a una edad superior a los 20 años durante el periodo comprendido entre los años 2000 y 2008.

El seguimiento de los participantes se prolongó hasta el año 2010. No obstante, hay que destacar que el estudio excluyó a la población de usuarios de drogas inyectables (UDI).

El estudio registró el recuento de CD4 y la carga viral tras iniciar el primer tratamiento antirretroviral e incluyó el último recuento de estos linfocitos disponible tras cada año de seguimiento.

De acuerdo con el modelo construido a partir de los análisis del estudio, las personas que alcanzaron carga viral indetectable y recuentos de CD4 superiores a 350 células/mm³ durante el primer año de terapia anti-VIH presentarían una esperanza de vida parecida a la de la población general.

Después de cinco años bajo tratamiento antirretroviral, un hombre con niveles de CD4 entre 350 y 500 células/mm³ mostraría una esperanza de vida de 77 años y de 81 si sus niveles excedieran las 500 copias/mm³. En el caso de una mujer, los valores de esperanza de vida serían de 81 y 86 años, respectivamente. La esperanza de vida de la población general de Gran Bretaña es de 80,1 años en hombres y de 88,6 en mujeres.

El hecho de no alcanzar niveles de CD4 superiores a 200 células/mm³ tras cinco años de terapia antirretroviral reduciría 24 años la esperanza de vida promedio de las personas con VIH.

A partir de la revisión de datos de la misma cohorte, un segundo estudio concluyó que parámetros tales como un diagnóstico tardío, el uso de drogas inyectables y la coinfección por hepatitis virales reducían la esperanza de vida de las personas con VIH. Así, de forma global, en Gran Bretaña, la población con VIH presentaría una esperanza de vida de 12 a 13 años inferior a la observada en la población general.

En esta línea, los investigadores concluyeron que el uso de drogas inyectables reduciría 10 años la esperanza de vida y la coinfección por el virus de la hepatitis C (VHC) causaría alrededor de un 30% de las muertes de las personas con VIH.

Otro interesante hallazgo fue que la supervivencia, en sí misma, potenciaría la esperanza de vida de las personas con VIH. Un ejemplo de ello sería que la influencia de un diagnóstico tardío sobre la mortalidad tendría una relevancia en el primer año superior a la apreciada una década después. En la misma línea, en un estudio europeo se observó que la tasa de mortalidad de hombres heterosexuales con VIH que nunca han experimentado una enfermedad definidora de sida es inferior a la de hombres de la misma edad sin VIH, posiblemente por tratarse de personas bajo un mayor control médico.

Un último estudio dado a conocer en el congreso, en este caso australiano, destacó la importancia que la disponibilidad de nuevas opciones terapéuticas tendría sobre la esperanza de vida de las personas con VIH, ante un hipotético fracaso del tratamiento antirretroviral. Según los cálculos de los investigadores, con los fármacos disponibles en la actualidad se puede tratar a las personas durante un promedio de 43 años, por lo que la esperanza de vida se vería condicionada por la edad de inicio del tratamiento antirretroviral. Sin embargo, dado el continuo desarrollo de nuevos fármacos, conclusiones como las de este estudio deben tomarse más como una descripción del escenario actual que como una previsión de futuro.

Argentina



Vigilancia de enfermedad tipo influenza

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

Gráfico 1. Corredor endémico semanal. República Argentina. Año 2012, hasta semana epidemiológica 38, en base a datos de los años 2006 a 2011 (con exclusión del año 2009). Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.

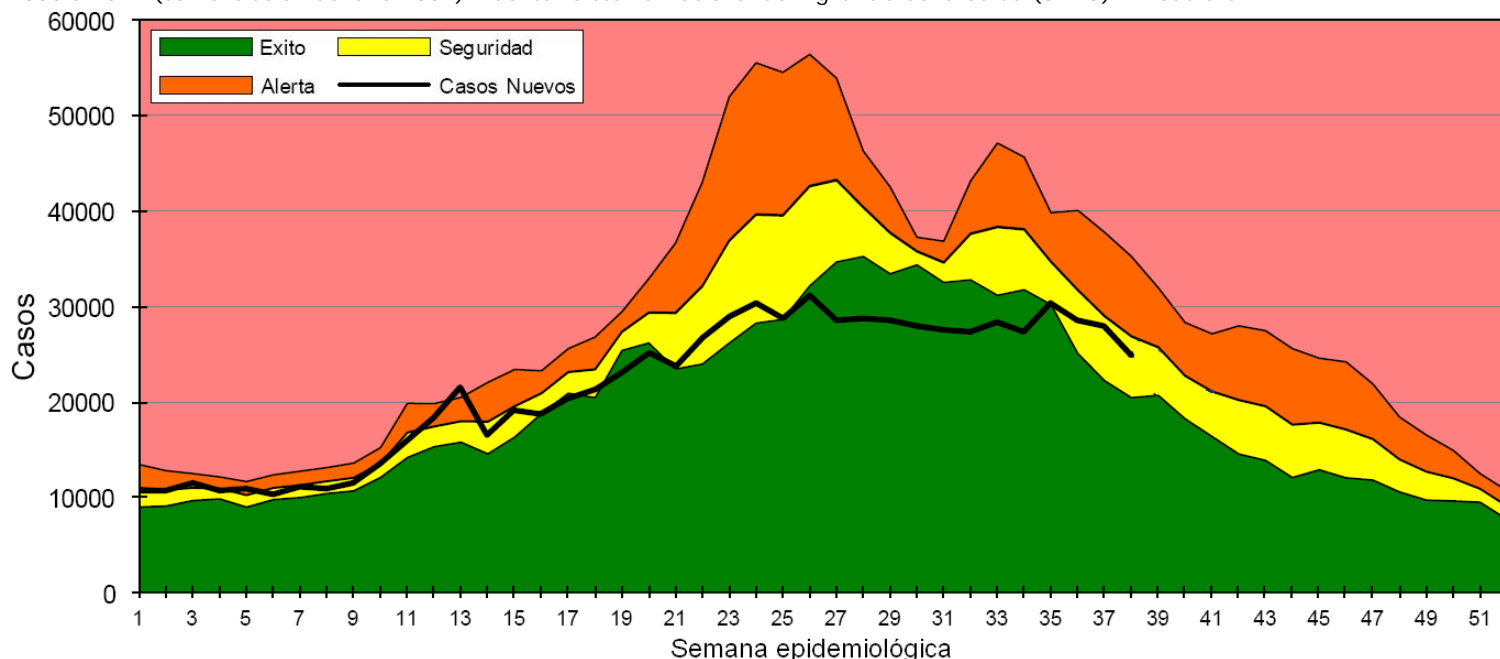
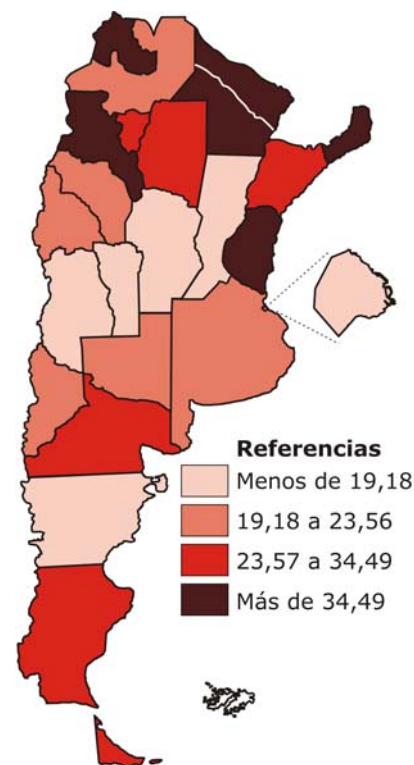


Tabla 1. Casos notificados y tasas de notificación cada 1.000 habitantes, según provincia y región. República Argentina. Años 2010/2012, hasta semana epidemiológica 42. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.¹

Provincia/Región	2010		2011		2012	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	23.928	7,82	27.102	8,86	11.776	3,85
Buenos Aires	330.128	21,55	338.434	22,10	311.619	20,35
Córdoba	84.815	24,97	89.219	26,27	52.604	15,49
Entre Ríos	74.238	57,91	68.245	53,23	48.935	38,17
Santa Fe	52.246	15,90	77.172	23,49	61.993	18,87
Centro	565.355	21,47	600.172	22,79	486.927	18,49
La Rioja	3.906	10,99	5.573	15,68	6.948	19,55
Mendoza	26.382	14,94	30.216	17,11	20.298	11,50
San Juan	21.899	30,63	22.029	30,81	16.743	23,42
San Luis	12.767	27,95	10.688	23,40	6.935	15,18
Cuyo	64.954	19,73	68.506	20,80	50.924	15,47
Corrientes	40.364	38,97	40.321	38,93	35.645	34,42
Chaco	50.966	47,58	46.748	43,64	44.306	41,36
Formosa	27.626	49,71	24.093	43,36	23.312	41,95
Misiones	81.630	73,44	72.662	65,38	66.692	60,00
NEA	200.586	53,15	183.824	48,71	169.955	45,03
Catamarca	17.446	43,16	13.970	34,56	16.885	41,77
Jujuy	39.584	56,67	23.664	33,88	24.253	34,72
Salta	47.994	37,87	37.236	29,38	24.444	19,29
Santiago del Estero	39.752	44,99	30.668	34,71	24.054	27,22
Tucumán	40.631	26,88	29.708	19,65	37.476	24,79
NOA	185.407	38,91	135.246	28,38	127.112	26,68
Chubut	21.014	44,64	17.398	36,96	7.394	15,71
La Pampa	12.228	35,81	11.573	33,89	7.110	20,82
Neuquén	19.422	34,36	14.874	26,31	11.603	20,53
Río Negro	21.797	36,10	20.220	33,49	17.908	29,66
Santa Cruz	7.103	30,34	5.315	22,71	5.550	23,71
Tierra del Fuego	4.098	30,65	3.304	24,71	3.338	24,97
Sur	85.662	36,47	72.684	30,94	52.903	22,52
Total Argentina	1.101.964	27,20	1.060.432	26,17	887.821	21,91

Mapa 1. Tasas de notificación cada 1.000 habitantes. República Argentina. Año 2012, hasta semana epidemiológica 42. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.



La información provista por la vigilancia clínica (con un atraso aproximado promedio de 5 semanas), muestra que la notificación hasta la SE 42 presenta un descenso del 16,28% respecto del año 2011. Sin embargo, jurisdicciones como La Rioja, Catamarca, Jujuy, Tucumán, Santa Cruz y Tierra del Fuego presentan tasas superiores al año pasado. Asimismo, Chaco, Catamarca y Formosa registran tasas que duplican la tasa nacional, mientras que Misiones la triplica.

Por grupos etarios, las tasas más elevadas corresponden al grupo de 0 a 4 años, seguido del de 5 a 9 años y luego el de 10 a 14 años.



Mendoza: Médicos del sector privado insisten en aplicar la vacuna antimeningocócica para viajar a Chile

29 de noviembre de 2012 – Fuente: Diario Uno (Argentina)

Mientras que organismos de Salud de la Provincia aseguran que no es necesario colocar la vacuna antimeningocócica a los mendocinos que quieran viajar a Chile, en el sector privado los médicos recomiendan aplicarla, lo que provocó que en el último mes aumentara 30% la demanda en vacunatorios privados, a partir del brote de esta enfermedad en el vecino país.

Desde el Vacunatorio Central, Rubén Cerchiai fue categórico y afirmó: “No tenemos ningún programa nacional de inmunización ni recomendación para vacunar a los viajeros. Sólo se aplicarían esta vacuna las personas en riesgo por una enfermedad de base o en caso de que existiera un brote en nuestra provincia”.

Y agregó que “el Ministerio de Salud no se hace cargo de vacunar por la situación que padece Chile con el brote de meningitis por meningococo. No se puede hacer una recomendación general, sólo depende de la edad de la persona, si padece una enfermedad de base y el destino del viaje, ya que el foco del brote no es generalizado y está focalizado en Santiago y Valparaíso”.

Extremar las medidas de higiene

Al mismo tiempo, Cerchiai sugirió: “Los mendocinos que viajen a vacacionar a Chile este verano deberán extremar las medidas de higiene, como el lavado de manos, evitar concurrir a espacios con aglomeración de gente y el contacto con personas enfermas. Para el caso de los más chicos, no compartir chupetes, vasos ni juguetes”.

Por su parte, el jefe de Infectología del Hospital Pediátrico ‘Dr. Humberto Joaquín Notti’, Dr. Héctor Abate, aclaró que “esta vacuna es de indicación personalizada ya que no está dentro del calendario oficial. Es una recomendación que tiene que evaluar el médico de acuerdo a cada paciente”.

Y para los que decidan viajar al país vecino, opinó: “No es una recomendación para la población colocar la vacuna antimeningocócica, pero el que desee puede pedir una indicación médica individual”.

¹ Esta información es parcial y sujeta a modificaciones. Las notificaciones incluyen casos sospechosos.

Además, el médico sugirió que frente a esta situación hay que tomar medidas preventivas más efectivas, como “no concurrir con menores de 5 años a lugares hacinados, porque la bacteria se transmite por la secreción de las fosas nasales y garganta, y hacer vida al aire libre”.

Y agregó que “la vacuna que existe en el mercado protege contra la cepa W135, pero no es efectiva para el serogrupo B, que también causa meningitis en Chile”. Es decir que es “una protección parcial, no para todos los serogrupos que están circulando en Chile”, consideró el experto.

Consultar al pediatra

Según opinó el pediatra Humberto Cavagnaro, “la meningitis por el meningococo es una enfermedad gravísima y, por el brote que apareció en Chile, creo que es recomendable colocar la vacuna un tiempo antes de emprender el viaje, para que alcance a producir anticuerpos”.

De todos modos, el especialista subrayó que “siempre es preferible consultar al pediatra para tomar la decisión”. Y agregó: “Estamos previniendo una enfermedad realmente grave que se puede dar en cualquier lugar, si bien no está en el calendario oficial provincial ni nacional. Pero si alguien tiene previsto viajar a Chile, donde hay un brote, es preferible colocarla por una cuestión de seguridad”.

Desde el vacunatorio privado CIPPI, la encargada, Carla Gostelli, comentó que a partir del brote de meningitis en Chile se triplicó la demanda en la colocación de vacunas contra esta enfermedad debido a que los médicos las recomiendan a sus pacientes, tanto a niños como a adultos.

Y dijo que por el momento cuentan con stock para cubrir la demanda y que la vacuna que ofrecen cubre las cepas A, C, Y y W135 del meningococo.

América



Implementarán un plan de acción de emergencia para mantener a la región libre de sarampión y rubéola

28 de noviembre de 2012 – Fuente: Organización Panamericana de la Salud

Con el fin de mantener a las Américas libres de sarampión, rubéola y del síndrome de rubéola congénita, los países de la región acordaron implementar un plan de acción de emergencia para evitar la reintroducción de estas enfermedades ya eliminadas en el continente.

“La región sigue estando expuesta dada la importación de casos de otras regiones del mundo que pueden causar brotes, lo que representa un riesgo para el mantenimiento de la eliminación de estas enfermedades”, explicó la Gerente del Área Salud de la Familia y la Comunidad de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Gina Tambini.

El plan de acción de emergencia, aprobado por los ministros de Salud de la región durante la 28ª Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS/OMS, que tuvo lugar a fines de septiembre en Washington DC, insta a fortalecer la vigilancia activa de estas enfermedades y a garantizar medidas oportunas para dar respuesta a brotes por virus importados, así como también a mantener coberturas de vacunación mayores o iguales a 95%.

En los próximos años, la región de las Américas será sede de una serie de eventos internacionales, como la Copa Mundial de Fútbol 2014 en Brasil y las Olimpiadas en 2016, que encienden el alerta ante la posibilidad del ingreso de personas infectadas de otras regiones que puedan generar brotes, con los costos económicos (hasta 10.000 dólares por caso) y para la salud que ello supondría.

Delegados de los países Miembros de la OPS/OMS abogaron por la eliminación mundial de estas enfermedades y solicitaron a la organización movilizar recursos para mantener los logros alcanzados en la región. Consideraron que mientras no haya una meta de eliminación mundial, el riesgo de reintroducción en las Américas seguirá presente.

En noviembre de 2002, la región eliminó el sarampión a través de la vacunación. Sin embargo, en 2011, se documentaron 171 brotes causados por virus del sarampión importados, los que generaron transmisiones persistentes en al menos tres países (Canadá, Ecuador y Brasil). Estos brotes de sarampión importado representan un riesgo para el logro alcanzado por la región.

Por otra parte, los casos confirmados de rubéola disminuyeron un 98% entre 1998 y 2006, en tanto pasaron de 135.947 a 3.005. En 2007 la región de las Américas experimentó un resurgimiento de los casos debido a importaciones del virus a los países que inicialmente habían dirigido las campañas de vacunación masiva solamente a las mujeres. Como resultado de los brotes ocurridos en tres países, los casos confirmados de rubéola aumentaron de 3.005 en 2006 a 13.187 en 2007. Como consecuencia de esta situación, entre 2008 y 2009 se notificaron 27 casos del síndrome de rubéola congénita.

Los países que culminaron las campañas para adolescentes y adultos, hombres y mujeres no notificaron casos de rubéola endémica. El último de estos casos se notificó en febrero de 2009. En 2011, se registraron siete casos de rubéola asociados con la importación. En 2010 y 2011 no se notificaron casos de rubéola congénita.

De acuerdo a este plan de emergencia, la OPS/OMS seguirá dando apoyo técnico a los países para fortalecer su capacidad en el marco de la vacunación de rutina, a través de estrategias centradas en la mejora de la vigilancia y la notificación, y en la cobertura cada vez mayor por vacunación de las poblaciones vulnerables y a las que son difícil acceder.



Brasil: El número de muertes por dengue cae un 49% este año

27 de noviembre de 2012 – Fuente: EFE

Brasil registró en los diez primeros meses de este año 247 muertes por dengue, una reducción de 49% frente a las 481 del mismo período de 2011, según un informe epidemiológico divulgado hoy por el Ministerio de Salud.

El número de casos graves de la enfermedad cayó 64%, de 10.507 entre enero y octubre del año pasado a 3.774 en los diez primeros meses de 2012, de acuerdo con el estudio.

A esa disminución contribuyeron especialmente las medidas adoptadas en Rio de Janeiro, estado en el que la enfermedad es endémica y en donde el número de casos graves pasó de 3.783 en 2011 a 891 en 2012. En comparación con 2010 el número de casos graves cayó 78% y el de muertes 62%.

De la misma forma, el número total de casos notificados bajó 22%, de 727.803 en los diez primeros meses de 2011 a 565.510 en 2012.

Según el estudio, el número de hospitalizaciones por casos de dengue se redujo 38%, de 72.091 entre enero y septiembre de 2011 a 44.569 en los nueve primeros meses de 2012, lo que le generó al Estado un ahorro de 5,8 millones de dólares en gastos de atención a los enfermos.

De 1.239 ciudades analizadas por el Ministerio de Salud en su último estudio sobre infestación del mosquito *Aedes aegypti*, 77 fueron consideradas en situación de riesgo para el dengue, 375 en estado de alerta y 787 fuera de peligro.

En las 77 ciudades en situación de riesgo, en las que viven 5,7 millones de personas, fueron encontradas larvas del mosquito transmisor en más de 3,9% de las viviendas visitadas.

El Ministerio de Salud atribuyó la baja de la incidencia de la enfermedad a las medidas adoptadas para agilizar el diagnóstico y el tratamiento de los enfermos, y a una mayor concienciación de la población sobre la necesidad de evitar la proliferación del mosquito.



Estados Unidos: Un estudio asocia la contaminación vehicular con el riesgo de autismo

26 de noviembre de 2012 – Fuente: *Archives of General Psychiatry*

Los bebés expuestos a un alto nivel de contaminación ambiental vehicular durante el primer año de vida son más propensos a desarrollar autismo. Esto, para la autora principal de un nuevo estudio, respalda los hallazgos previos que habían relacionado la proximidad de la vivienda a autopistas con el riesgo de que los niños de esas familias sean autistas.

“No estamos diciendo que la contaminación que produce el tránsito cause autismo, sino que es un factor de riesgo”, dijo Heather Volk, profesora asistente de la Escuela Keck de Medicina de la University of Southern California, en Los Ángeles.

La prevalencia del autismo creció en los últimos años; se estima que afecta a uno de cada 88 niños nacidos en Estados Unidos, lo que se traduce en 25% más que en 2006.

Incluido el estudio de Volk, hay tres investigaciones sobre el autismo en la última edición de *Archives of General Psychiatry*.

“Hace una década, la revista publicaba la misma cantidad de artículos por año”, escribe en un editorial Geraldine Dawson, de University of North Carolina, Chapel Hill.

Los otros dos estudios publicados son sobre las distintas formas de evaluar el cerebro por imágenes para identificar diferencias físicas entre un cerebro autista y un cerebro no autista.

Dawson, que también dirige el área científica de la ONG Autism Speaks, recordó que la cantidad de estudios sobre el autismo comenzó a crecer en el año 2000 y que la mayoría era sobre la biología de la enfermedad.

Factores ambientales

Pero el nuevo estudio de Volk es uno de una serie de relevamientos realizados en estos años sobre cómo los factores ambientales estarían asociados con el riesgo de desarrollar autismo.

A diferencia de su último estudio, en el que se había evaluado cuán cerca vivían los niños de las autopistas como indicador de la exposición a la contaminación ambiental, Volk y sus colegas analizaron ahora la calidad del aire alrededor de los hogares de los niños.

El equipo halló que, comparados con 245 niños sanos de California, 279 niños autistas eran casi dos veces más propensos a haber estado expuestos a los niveles más altos de contaminación ambiental durante la gestación y tenían tres veces más riesgo de haber vivido expuestos a ese nivel de contaminación durante el primer año de vida.

En los niños expuestos a la cantidad más alta de “materia particulada” (una mezcla de ácidos, metales, tierra y polvo), se duplicaba el riesgo de desarrollar autismo. Este tipo de contaminación regional la controla la Agencia de Protección Ambiental.



El equipo detectó también una relación similar entre el autismo y el dióxido de nitrógeno, que está presente en los gases de los camiones, los automóviles y otros vehículos.

Existen otras sustancias contaminantes que, según explican los autores, también pueden influir en el desarrollo del cerebro, pero aseguran que eso no prueba que la exposición a la contaminación del aire cause autismo.

El equipo advirtió que podrían existir otras explicaciones de esta relación, como la contaminación de los ambientes del hogar y la exposición al humo de segunda mano.²

**Annals of
Internal Medicine**

Estados Unidos: Un panel de expertos recomiendan a los médicos ofrecer el test de la hepatitis C a los nacidos entre 1945 y 1965

27 de noviembre de 2012 – Fuente: *Annals of Internal Medicine*

Un panel del Gobierno estadounidense recomendó que los médicos ofrezcan la pesquisa de la hepatitis C a los adultos nacidos entre 1945 y 1965.

El borrador de las nuevas recomendaciones de la Comisión Especial de Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF) actualiza el documento de 2004, donde no se recomendaba la prueba a la población con un riesgo promedio de desarrollar hepatitis C, debido a que faltaban pruebas a favor o en contra de la pesquisa de los adultos de alto riesgo, como los consumidores de drogas inyectables.

“En 2004 existía mucha incertidumbre”, dijo el Dr. Albert Siu, de la Escuela de Medicina de Mount Sinai, New York, y vicepresidente del panel de expertos. Las pruebas crecieron en estos años. El test no varió, sino que contamos con más certezas de su beneficio neto”, sostuvo.

Este año, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) recomendaron la realización del test de hepatitis C a la generación conocida como *baby boomers*, que representa tres cuartos de la población estadounidense infectada. Ahora, la USPSTF recomienda la pesquisa para todos los adultos de alto riesgo.

La hepatitis C se transmite a través de la sangre. Junto con los adictos que comparten jeringas, los grupos de riesgo incluyen a quienes recibieron una transfusión de sangre o un trasplante antes de que la prueba viral fuera obligatoria, lo que ocurrió en 1992.

El 1 a 2% de la población de Estados Unidos tiene hepatitis C, que con el tiempo causa cirrosis e insuficiencia hepática. En los *baby boomers*, ese porcentaje es del 3-4%.

En el nuevo borrador, el panel sostiene que existen pruebas suficientes de la precisión de los análisis de sangre para detectar la hepatitis C. El documento aclara que no existen pruebas directas y en el largo plazo de que la pesquisa reduce el riesgo de desarrollar la enfermedad hepática y de morir, en parte porque las complicaciones de la hepatitis C avanzan lentamente y demoran muchos años en manifestarse.

Para Siu, la pesquisa es más segura que antes porque cada vez menos personas deben realizarse una biopsia hepática para confirmar los análisis de sangre. Esto favorece el uso de la pesquisa.

Además, el panel detectó que el tratamiento antiviral (en especial combinaciones de tres fármacos con productos que acaba de aprobar la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos) reduce la carga viral en sangre a niveles difíciles de detectar en muchos pacientes infectados.

Los efectos adversos de los fármacos más nuevos (boceprevir y telaprevir) son la anemia y la urticaria. Esos productos se combinan con ribavirina y peginterferon alfa, que son las terapias que se utilizan desde comienzos de este siglo.

“Cuando hablamos de la pesquisa de enfermedades infecciosas, la primera duda es la prevalencia en la población, mientras que la segunda duda es si existen tratamientos efectivos”, dijo la Dra. Lu-Yu Hwang, especialista en infección y transmisión de la hepatitis C del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas.

La revisión de las pruebas que realizó el panel sugiere también que el parto por cesárea o evitar la lactancia materna no reduciría el riesgo de transmisión vertical del virus, lo que es un indicio de que la transmisión ocurriría mientras el feto está en el útero materno, según explicó el equipo del Dr. Roger Chou, de la Universidad de Salud y Ciencias de Oregon.

Hwang consideró que la pesquisa serviría para las mujeres que quieren quedar embarazadas. Si el resultado es positivo, dijo que deberían recibir el tratamiento para reducir la carga viral antes de poder transmitirle el virus al bebé.³

Prensa Latina
Agencia Informativa Latinoamericana

República Dominicana: Vigilancia ante brotes de dengue y cólera

27 de noviembre de 2012 – Fuente: Prensa Latina

Autoridades sanitarias de República Dominicana mantienen la vigilancia sobre brotes de dengue y cólera, cuando se registran hasta hoy en este año 36 y 51 muertes, respectivamente, por esas enfermedades, según datos oficiales.

El boletín del Ministerio de Salud Pública correspondiente a la semana epidemiológica 45 de 2012 precisa que se reportaron 6.838 casos sospechosos de dengue y 6.992 de cólera.

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

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

Por la incidencia del dengue está en alerta roja (máxima de tres niveles) la provincia de Espaillat, y en amarilla (intermedia) Puerto Plata, Santo Domingo y el Distrito Nacional.

En cuanto al cólera, la mayor presencia está, además de los cuatro territorios mencionados, en Santiago, Santiago Rodríguez, La Romana, Montecristi, San Juan, San Pedro de Macorís y Monseñor Nouel.

Con respecto a la leptospirosis, las autoridades vigilan Santo Domingo, San Cristóbal, Santiago, Azua, Monte Plata y el Distrito Nacional por la transmisión activa del mal en las últimas cuatro semanas.



EL UNIVERSAL Venezuela, Miranda: Este año se han atendido 30 casos de leishmaniosis

28 de noviembre de 2012 – Fuente: El Universal (Venezuela)

En lo que va de 2012, un total de 30 pacientes con leishmaniosis han sido atendidos de manera gratuita por Salud Miranda, conjuntamente con el Instituto de Medicina Tropical de la Universidad Central de Venezuela, en el marco del Programa de Endemias que lleva adelante el Ejecutivo regional, para garantizar el tratamiento de los mirandinos que padecen esta patología.

El director de Epidemiología de Salud Miranda, Miguel Viscuña, refirió además que desde 2011 se viene trabajando en este plan para mejorar la salud de las personas que presentan esta enfermedad. “El programa favorece al paciente con la aplicación gratuita y accesible del glucantime, además garantizamos la supervisión cercana de efectos adversos”.

Viscuña puntualizó que esta enfermedad es transmitida por un vector que se encuentra en zonas montañosas y rurales, por lo que recomendó a los habitantes de las distintas poblaciones de Guarenas, Guatire, Caucagua, Valles del Tuy, El Hatillo, Barlovento y San Diego de los Altos, a hacer uso correcto de las medidas higiénicas y preventivas para evitar la proliferación de esta enfermedad. “El uso de mosquiteros, repelente, insecticidas residuales, mantener la higiene en las viviendas y evitar bañarse en ríos a partir de las 17:00 horas, son algunas de las medidas que se deben cumplir para prevenir el contagio”.

El mundo



Pakistán: El primer país de Asia meridional en incorporar la vacuna contra la neumonía para los niños

26 de noviembre de 2012 – Fuente: Inter Press Service

Médicos del Instituto Nacional de Salud Infantil, un hospital estatal de Karachi, ciudad meridional pakistani, esperan que este invierno sea el último en que tengan que atender a grandes cantidades de niños con neumonía.

Esta enfermedad es la principal causa de muerte de menores de cinco años en Pakistán y representa alrededor de 19% de la mortalidad infantil.

Pakistán se convirtió en octubre en el primer país de Asia meridional en incorporar la vacuna contra la neumonía de forma gratuita para inmunizar a cinco millones de niños al año.

Según la médica Mohsina Ibrahim, del Instituto Nacional de Salud Infantil (NICH), la iniciativa también ayudará a disminuir la incidencia de otras enfermedades relacionadas, como la meningitis, pero solo si “a esta vacuna se le da la misma importancia que a la de la poliomielitis y se administra puerta a puerta”, subrayó.

Con una mortalidad de menores de un año de 78 cada 1.000 nacidos vivos y de menores de cinco de 94 cada 1.000, el gobierno estaba bajo fuerte presión para introducir esta vacuna en el esquema de inmunización.

Con estos indicadores es muy difícil que Pakistán logre reducir en dos tercios la mortalidad de menores de cinco años para 2015, como se propone el cuarto de los Objetivos de Desarrollo de las Naciones Unidas para el Milenio (ODM).

La nueva iniciativa formará parte del esquema básico de inmunización infantil, una serie de inoculaciones gratuitas administradas desde el nacimiento hasta los 15 meses para proteger a este sector de la población contra distintas enfermedades como difteria, tos convulsa, sarampión, tétanos, meningitis, poliomielitis, tuberculosis y hepatitis B.

La medida es el resultado de una asociación entre el gobierno de Pakistán, la Alianza Mundial para las Vacunas y la Inmunización (GAVI), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

GAVI aportará 680 millones de dólares y el gobierno unos 175.000 dólares para administrar la vacuna hasta 2015. “GAVI ofrece fondos a aquellos países que sin su ayuda nunca tendrían la capacidad fiscal de introducir nue-



vas vacunas”, dijo el pediatra Zulfiqar Bhutta, quien dirige la unidad de salud infantil y de mujeres de la Universidad Aga Khan, de Karachi.

Esto se logra comprando directamente a los fabricantes vacunas a precios fuertemente subsidiados y al por mayor. “Tras un periodo de negociaciones, se espera que los países asuman los gastos”, añadió.

Eficacia no garantizada

Según Bhutta, “la tarea más difícil” sigue siendo ampliar la cobertura del esquema básico de vacunación de 60 a 90% de los menores, si el país pretende seguir en carrera para alcanzar el cuarto ODM. Además está el desafío de “asegurarse de que las vacunas lleguen a los pobres y no se filtren o se vendan en el mercado abierto”, recordó.

Ifra Sameen, otra pediatra del NICH, también se mostró escéptica de que la vacuna vaya a “llegar a quienes la necesitan”. Si bien reconoció que es un “paso en la dirección correcta”, Sameen dijo que teme que “las buenas intenciones tropiecen con la baja cobertura de inmunización del sistema de salud estatal”.

“No hemos podido eliminar la poliomielitis, que ha contado con un enorme compromiso político y se hizo puerta a puerta. Además, ya tenemos una vacuna contra el sarampión, pero la enfermedad persiste”, se lamentó. “En este contexto, ¿qué posibilidades tenemos de eliminar la neumonía, que requiere que el niño sea trasladado a un centro de salud y reciba tres dosis en tres momentos distintos?”, añadió.

Huma Khawar, coordinadora del programa de apoyo a organizaciones no gubernamentales de GAVI, cree que es fundamental generar conciencia sobre este asunto. “A menos que los responsables de los niños, ya sea la madre, el padre o los abuelos, estén totalmente convencidos de la importancia y de los beneficios de la vacuna y se aseguren que estén inmunizados contra las nueve enfermedades, los esfuerzos del gobierno, de GAVI, y de las otras agencias para reducir la mortalidad infantil no lograrán mucho”, añadió.

Además de no llegar a los niños en zonas de conflicto y las que están controladas por la insurgencia, el programa debe superar otros obstáculos como la pobreza y la falta de educación de las madres, así como la mala gobernanza del sistema de salud pública para lograr una inoculación efectiva, según Ibrahim.

Si bien se alegra de que una vacuna extremadamente cara, de poco más de 133 dólares, esté al alcance de todos, cree que “sería mejor fortalecer la cobertura de las vacunas existentes en vez de introducir nuevas. El gobierno debió concentrarse en la difteria, la tos convulsa, el sarampión y el tétanos. La vacuna contra el sarampión, con una eficacia de 95%, reduciría la incidencia no solo de esa enfermedad, sino también de la neumonía, la meningitis y la diarrea”.

También deberían atender problemas como “la desnutrición, el bajo peso al nacer y el amamantamiento no exclusivo, que aumenta el riesgo de los niños de sufrir enfermedades neumocócicas”, apuntó Ibrahim. “Los bebés que viven en lugares hacinados, con un importante grado de contaminación doméstica y malas condiciones de saneamiento son especialmente susceptibles”, añadió.

“La desnutrición es quizá la principal causa de la neumonía”, arguyó la pediatra Sameen. Según la última Encuesta de Demografía y Salud de Pakistán, de 2006 y 2007, 38% de los menores de cinco años tienen bajo peso.

Sameen, especializada en desnutrición infantil, realizó un estudio entre enero y junio de este año de niños internados en el NICH por desnutrición grave y encontró que 20% sufrían neumonía.

El plan de acción mundial para la prevención y el control de la neumonía, una iniciativa de la OMS y de UNICEF, recomienda un enfoque de tres puntas para luchar contra esta enfermedad que incluye: protección (pecho exclusivo y mejora de la nutrición), prevención (uso rutinario de vacunas contra sarampión, DTP3, difteria, tos convulsa y tétanos, así como anti-*Haemophilus influenzae* tipo b, y neumocócicas) y tratamiento (con antibióticos apropiados y oxígeno).



República Democrática del Congo: El Gobierno declara el fin oficial del brote de fiebre hemorrágica del Ébola en el país

26 de noviembre de 2012 – Fuente: EFE

El Gobierno de la República Democrática del Congo (RDC) declaró el fin oficial del brote de fiebre hemorrágica del Ébola detectado el pasado mes de agosto en la Provincia Oriental del país y que dejó al menos 34 muertos, según un informe del Ministerio de Sanidad Pública congoleño.

El documento indica que en total se han registrado 62 casos de fiebre del Ébola y que se da por finalizado el brote en todo el territorio nacional debido a que desde el pasado 11 de octubre no se ha detectado ningún nuevo caso.

“Felicitó no solo al Gobierno congoleño por los esfuerzos, sino también a los socios que trabajan en el sector de la sanidad. Todos estos esfuerzos nos han permitido obtener estos resultados después de aclarar y contrastar los datos”, afirmó hoy el ministro de Sanidad congoleño, Felix Kabange Numbi.

Entre los actores que ayudaron a la RDC a acabar con el brote de fiebre del Ébola, el ministro destacó a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Cruz Roja, la ONG Médicos Sin Fronteras y el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Atlanta (Estados Unidos).

“Todos ellos han hecho contribuciones significativas que nos han permitido alcanzar estos resultados”, dijo el ministro, que subrayó que el fin de este brote supone un éxito para todo el mundo.

Aunque el brote no se declaró hasta mediados de agosto, las investigaciones del Gobierno de la RDC han destacado casos de la enfermedad que se remontan hasta el pasado mes de mayo.

No existe cura ni vacuna contra la fiebre del Ébola, que tiene un período de incubación de entre 2 y 21 días y que mata a entre 25 y 90% de los que contraen la enfermedad, según cifras de la OMS.

El virus se transmite por a través de sangre y fluidos corporales (sudor, orina, heces), por contacto sexual o por el manejo incorrecto de los cadáveres contaminados.

La RDC registra 8 brotes de fiebre del Ébola, una de las enfermedades más virulentas del mundo, desde que el virus fue reportado por primera vez cerca del río que le dio a la enfermedad su nombre en 1976.⁴



Siria: Inicia una campaña de vacunación contra la poliomielitis y el sarampión

26 de noviembre de 2012 – Fuente: Prensa Latina

Siria inició hoy una campaña nacional de vacunación contra la poliomielitis y el sarampión, la cual debe beneficiar a unos 2,5 millones de niños.

“Todas las condiciones están creadas en los 1.816 centros de salud y clínicas móviles habilitados en el país”, precisó una fuente del ministerio de Salud.

El Dr. Ahmad al-Abboud, directivo del referido ministerio, pidió a las familias acudir con sus hijos al centro de salud o clínica móvil más cercana, acompañados de la tarjeta de vacunación.

“La campaña, que se extenderá por dos semanas, se enmarca dentro de los esfuerzos del ministerio para promover la salud de los niños y protegerlos de enfermedades, sobre todo las de rápida propagación y potencialmente mortales”, añadió.

El proceso de inmunización busca asimismo mejorar la cultura de vacunación en la población siria, y preservar los resultados positivos obtenidos por el sector de salud en la erradicación de la poliomielitis en 1995 y el tétanos en 1997.

La campaña de vacunación iniciada este lunes cuenta con el apoyo de varios ministerios, organizaciones populares, asociaciones civiles, y de organismos como la Media Luna Roja Árabe, el Fondo de las Naciones Unidas para la Educación, la Infancia y la Cultura y la Organización Mundial de la Salud, entre otras.



Uganda: Una combinación de medicamentos contra el VIH reduce el riesgo de recurrencia de malaria en niños con el virus

29 de noviembre de 2012 – Fuente: *The New England Journal of Medicine*

Una combinación de medicamentos contra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), los inhibidores de la proteasa lopinavir y ritonavir, también reduce el riesgo de malaria recurrente en casi la mitad de los niños con VIH, según una investigación.

Esta combinación contribuyó a una reducción global de 40% en la tasa de malaria entre un grupo de personas VIH positivas formado por bebés y niños de hasta 6 años de edad en Uganda que también estaban siendo tratados con medicamentos contra la malaria, en comparación con niños que recibieron un tratamiento farmacológico de medicamentos llamados inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa (NNRTI).

Los inhibidores de proteasa interfieren con la reproducción del VIH mediante el bloqueo de la enzima proteasa del virus. La combinación de los inhibidores de la proteasa utilizados en el estudio no parece inhibir inicialmente la malaria, pero reducen las posibilidades de una recurrencia de la enfermedad después de un tratamiento exitoso, según los investigadores, quienes detectaron que los niveles sanguíneos de los medicamentos antimaláricos fueron mayores en los niños que habían recibido los inhibidores de la proteasa.

“Es posible que estos inhibidores de la proteasa eviten que los medicamentos antimaláricos se descompongan o tengan algún efecto aditivo de otro tipo contra el parásito de la malaria”, dijo Lynne Mofenson, del Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver en Estados Unidos. Además, destaca que los estudios de laboratorio sugieren que los inhibidores de proteasa pueden bloquear el parásito de la malaria por completo.

Entre otros hallazgos, los científicos destacan que 54% del grupo tratado con nevirapina NNRTI (el tratamiento de primera línea para el VIH recomendado por la Organización Mundial de la Salud para los niños en los países en desarrollo) tuvo una recurrencia de malaria en comparación con 28% de los que recibieron el tratamiento con lopinavir-ritonavir en un período de 63 días.

⁴ En la actualidad, otras dos regiones de África Central están afectadas por brotes de infección por filovirus. Un brote de fiebre del Ébola (cepa Sudán) está afectando a los distritos de Luweero y Kampala, en Uganda. Han sido reportados seis casos confirmados y cuatro probables, y ha habido cinco muertes.

Un brote de fiebre hemorrágica de Marburg en el oeste de Uganda, ha sido responsable de al menos 9 víctimas fatales. El brote ha afectado a cuatro distritos en el suroeste de Uganda (Kampala, Ibanda, Mbarara y Kabale). Al parecer, el foco está siendo contenido con éxito gracias a la rápida reacción del Ministerio de Salud de Uganda y sus asociados.

Parecería que, en la actualidad, en el África central, las condiciones son las adecuadas para la transmisión de infecciones por filovirus. Al mismo tiempo, la capacidad de las autoridades médicas locales y sus socios internacionales para responder a estos eventos ha mejorado significativamente.

Además, las pruebas realizadas una semana después del inicio del tratamiento de la malaria mostraron que los niveles en sangre de un fármaco contra la malaria fue mayor entre los niños que recibieron la combinación de inhibidores de la proteasa que entre los que tomaron el tratamiento con nevirapina. "El hallazgo merece la consideración para los niños que viven en zonas donde la malaria es rampante", afirmó el investigador principal.

La nevirapina NNRTI es más barata que la combinación de inhibidores de la proteasa, que tienen un sabor desagradable, y, a diferencia de estos, no necesita refrigeración. No obstante, Mofenson cree que los cambios recientes introducidos en los inhibidores de la proteasa pueden superar estas barreras y ayudar a la expansión de su uso en entornos de escasos recursos: "Las nuevas formulaciones han sido desarrolladas para que pueda ser rociado en los alimentos, tenga mejor sabor y no necesite refrigeración."⁵

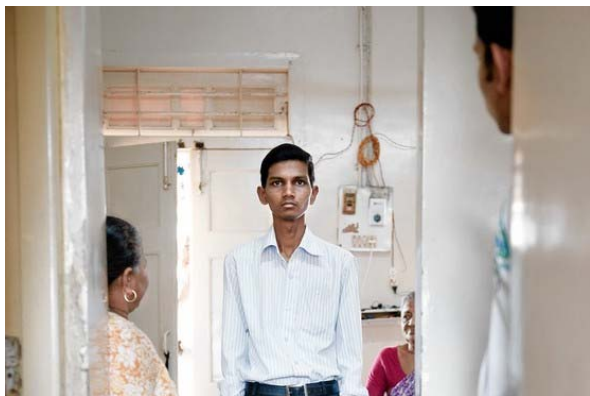
THE WALL STREET JOURNAL

Un plan para combatir la tuberculosis la fortaleció

29 de noviembre de 2012 – Fuente: The Wall Street Journal (Estados Unidos)

La estrategia de larga data de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la lucha contra la tuberculosis está mostrando consecuencias mortales e imprevistas: al concentrarse durante años en los pacientes más fáciles de curar, ayudó a propagar cepas contra las cuales la medicina moderna aún no ha diseñado un tratamiento.

La OMS y un creciente grupo de expertos mundiales de salud piden en la actualidad una revisión significativa en la forma en que los países que hacen frente a la tuberculosis resistente a los medicamentos combaten la enfermedad. Ello equivale a un reconocimiento de hecho de que la estrategia de la OMS, y los países que la utilizan, no se adaptó con la suficiente rapidez conforme la enfermedad desarrolló cepas más poderosas y resistentes. "La comunidad de la tuberculosis ha sido demasiado conservadora" a escala global, sostiene Puneet Dewan, hasta hace poco un alto funcionario del programa de tuberculosis de la OMS en India. "Deberíamos haber impulsado antes un enfoque más agresivo e integral" en la lucha contra las cepas resistentes a los medicamentos, dijo Dewan. "Hubo un costo al no hacerlo. En la actualidad estamos pagando ese costo".



Amol Dhuri, que sufre una forma extrema de tuberculosis, recién empezó a recibir el tratamiento que necesita luego de que problemas burocráticos lo impidieran.

La OMS jugó un papel particularmente importante en el desarrollo del programa contra la tuberculosis en India, que ha visto una pronunciada caída de la tuberculosis común. Pero India y otros países pobres están en medio de una epidemia de cepas resistentes a los medicamentos, variedades letales y más difíciles de tratar de una de las enfermedades infecciosas más mortales del mundo.

G. R. Khatri, que dirigió el programa de tuberculosis de India hace más de una década, denominó la epidemia de la tuberculosis resistente en Mumbai como "una receta para el desastre". La OMS debería haber sabido que era tan nociva y cargar con la responsabilidad, asevera. "¿Qué ha estado haciendo la OMS?", pregunta.

Este año, en la prueba piloto en India de un nuevo método de diagnóstico, 6,6% de los pacientes con tuberculosis no tratados fueron resistentes a los medicamentos, lo que sugiere tasas mucho más altas que los niveles de 2% y 3% que India y la OMS han reportado

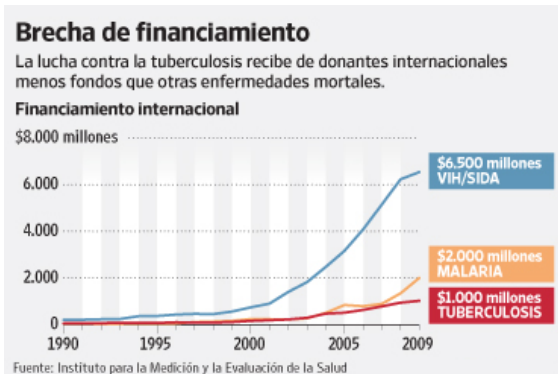
durante años. La prueba fue una colaboración entre grupos de ayuda internacional y el gobierno de India.

Una investigación realizada en una clínica de Mumbai mostró que más de una cuarta parte de los 566 tuberculosos sometidos a pruebas en los últimos meses eran resistentes al tratamiento más potente. Los resultados son preliminares, pero ante la ausencia de encuestas a nivel nacional, el estudio ofrece una idea de los niveles de resistencia a los medicamentos que podrían existir en India.

La OMS está en medio de un "replanteamiento absoluto" de su estrategia hacia la resistencia a los medicamentos, lo que implica ayudar a los países a combatir con mayor rapidez sus epidemias, señaló Mario Raviglione, principal encargado de la tuberculosis de la OMS. Los países con las mayores epidemias, como India, China, Sudáfrica y Rusia, no han actuado con la rapidez suficiente contra la resistencia a los medicamentos, añadió. "Es por eso que no se ve ningún progreso global".

Dewan reconoce que tal vez él y otros deberían haberse dado cuenta antes de la epidemia de Mumbai. Sin embargo, debido en parte a la tuberculosis farmacorresistente era una emergencia que se movía en cámara lenta, era difícil tener una idea más acabada del alcance, añadió. "Es un poco como la rana en una olla sobre el fuego", describe Dewan. "Si subes la temperatura rápido, la rana salta. Si lo haces de a poco, la rana no salta, sino que muere lentamente".

Recién ahora, India planea su primer estudio nacional de resistencia a los medicamentos en pacientes tuberculosos, explica Prahlad Kumar, director del Instituto Nacional de Tuberculosis, un centro de investigación de Bangalore. El cronograma todavía no se ha fijado.



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

Los cambios de política representan una reivindicación para Zarir Udhwadia, un prominente médico indio cuyos controvertidos hallazgos a principios de este año –identificó a varios pacientes en Mumbai que eran tan resistentes que prácticamente ninguna de las medicinas usuales funcionó– ayudaron a sonar la alarma. Pacientes como estos reflejan la forma en que la tuberculosis con resistencia a los medicamentos “está mal controlada en India”, sostiene Udhwadia.

A nivel mundial, los estudios sugieren que la tuberculosis resistente a los medicamentos es probablemente mucho más común de lo que la propia OMS estima: 3,7% de los pacientes no tratados previamente. La resistencia está empeorando en muchos países, indica la investigación, pese a que el elogiado programa de lucha contra la tuberculosis común de la OMS ha reducido el total de casos de tuberculosis desde la década de 1990.

La OMS insistió alguna vez en que los países abordaran sólo la tuberculosis común antes de intentar el tratamiento de las cepas resistentes. Ahora, en cambio, exhorta a los países pobres a tratar ambas en forma simultánea.

Eso, no obstante, requiere mucho más dinero. Habrá un déficit de 3.000 millones de dólares al año, de los 8.000 millones necesarios para luchar contra la tuberculosis en los países en desarrollo entre 2013 y 2015, calcula Raviglione, de la OMS. En India, los medicamentos para tratar la tuberculosis normal cuestan 9 dólares al mes, frente a los 2.000 necesarios para las cepas resistentes.

“Es necesario que se produzca un salto gigantesco en la financiación, el pensamiento y la innovación”, dice Soumya Swaminathan, del Instituto Nacional de Investigación de Tuberculosis, uno de los centros de estudios de primer nivel del gobierno indio.

La tuberculosis, una enfermedad milenaria que se transmite por el aire y que afecta principalmente a los pulmones, se contagia al toser y estornudar. Fue la principal causa de muerte entre los adultos en la mayor parte de Europa durante el siglo XIX.

En 1993, la OMS declaró la tuberculosis como emergencia de salud pública mundial, a raíz de un resurgimiento impulsado en gran medida por la epidemia del VIH. En ese momento, había alrededor de 8 millones de casos en todo el mundo.

La solución, en opinión de muchos, era establecer un tratamiento estándar, fácil de entender y lo suficientemente barato como para que funcionara en los lugares más pobres del mundo. La OMS desarrolló una estrategia conocida como TAES (tratamiento acortado estrictamente supervisado) en la que los pacientes debían ser directamente supervisados para asegurarse de que tomaran su medicina. Al saltarse una dosis, aunque brevemente, la enfermedad tiene la oportunidad de mutar y convertirse en resistente a los medicamentos.

La OMS instó a los países a adoptar su programa TAES, aunque no pudiera obligarlos, y desempeñó un papel particularmente importante en India, debido al tamaño de la epidemia en el país.

En virtud de la estrategia TAES, India se apoyó en un rudimentario pero asequible diagnóstico, observando la saliva de un paciente bajo un microscopio para detectar la bacteria. Los pacientes recibían seis meses de un tratamiento de cuatro medicamentos comunes. Cualquiera que siguiera enfermo, regresaba al mismo régimen por otros ocho meses, más una medicina adicional. Eso podía curar a la mayoría de la gente con tuberculosis común, pero era insuficiente para las cepas resistentes a múltiples fármacos.

En 2000, la OMS inició un nuevo programa para combatir la resistencia a los medicamentos y “limpiar” el daño causado por los programas de lucha contra la tuberculosis. Sin embargo, nunca se implementó ampliamente.

Recientemente, India formuló un plan para aumentar cuatro veces su gasto en tuberculosis en cinco años, aunque todavía espera financiación.

Sin embargo, incluso esa propuesta resulta insuficiente. Para 2017, dice el plan, India sólo sería capaz de tratar a menos de la mitad de sus 100.000 casos de tuberculosos resistentes a los medicamentos estimados anualmente.



Zeis

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.