

Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente

Córdoba – República Argentina

Sede del XII Congreso de la Sociedad Argentina de Infectología 2012



764

06/10/2011

Una publicación de los Servicios de Infectología del Hospital Nuestra Señora de la Misericordia del Nuevo Siglo, Sanatorio Francés, Sanatorio del Salvador y Clínica Romagosa, de la Ciudad de Córdoba, Argentina.

Comité Editorial: Ángel Mínguez, Ílide Selene De Lisa, Enrique Farías, Germán Bernardi, Lorena Ravera, Lola Voza, Lorena Orellano, Ruth Brito, Soledad Frola y Ana L. Sánchez.

Índice de noticias

(Haciendo clic sobre el titular accederá directamente a la noticia)

Noticias de Argentina

Argentina: Vigilancia de eventos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización (ESAVIs) – Primera parte

Chaco: Instalan en escuelas rurales dispositivos que potabilizan agua contaminada con arsénico

Santa Fe: Otros tres pueblos acuden a la justicia contra el glifosato

Noticias de América

Brasil: Van 159.052 casos de dengue en Rio de Janeiro y 84.248 en São Paulo

Estados Unidos: Los padres están demorando o saltando las vacunas recomendadas

Estados Unidos: Aumentan los cánceres orales relacionados con el VPH

OPS: Alerta por poliomielitis por poliovirus salvaje

Venezuela: El país, junto con Haití y República Dominicana fracasan en la lucha contra la malaria

Noticias del mundo

África: Algunos anticonceptivos inyectables duplican el riesgo de transmitir y contraer VIH

Camboya: Mueren este año 54 niños a causa del dengue

China: El país planea reducir a la mitad los casos de lepra para 2020

India, Bihar: Mueren al menos 56 niños por un brote de encefalitis

Japón, Fukushima: Las madres reclaman fijar estándares en materia de seguridad contra radiación específicos para niños

Vietnam: Un estudio pone de relieve el elevado riesgo de contraer dengue en áreas rurales

Unos 350 millones de menores en el mundo no reciben asistencia sanitaria profesional en su vida

Noticias de Argentina

Argentina: Vigilancia de eventos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización (ESAVIs) – Primera parte



1 de octubre de 2011 – Fuente: Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

Introducción

La evaluación del riesgo-beneficio en la aplicación de las vacunas permite afirmar que las que están disponibles son seguras. Esta seguridad abarca tanto las características de los productos como su forma de aplicación.

El sistema de vigilancia de los ESAVI se realiza en forma pasiva, mediante la notificación de todo caso de reacción post vacunal. La reacción de cada individuo puede variar y se ha informado que algunos componentes, entre ellos antibióticos, pueden provocar algunas reacciones que remiten sin consecuencias, o reacciones alérgicas a las proteínas del huevo en las vacunas contra la fiebre amarilla, contra la gripe o vacuna triple viral.

La notificación se realiza por una ficha específica, desde el efector local al provincial, el que, simultáneamente notifica al Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (PRONACEI) y a la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT).

Con la pandemia de gripe A/H1N1 se sensibilizó el sistema de vigilancia de los ESAVI.

Preguntas frecuentes

¿Qué es un ESAVI?

Un ESAVI es todo aquel cuadro clínico que aparece supuestamente atribuible a la vacunación o inmunización. Un ESAVI, si bien denota una asociación temporal, no implica necesariamente una relación de causa-efecto. La causalidad

dad entre el evento y la vacunación se determinará mediante la investigación del caso. Los casos sospechosos notificados son analizados por la Comisión de Expertos a nivel nacional para su clasificación de acuerdo a los datos de la historia clínica y los estudios complementarios. El PRONACEI recibe notificaciones de eventos graves y efectúa un análisis de causalidad para arribar a conclusiones sólidas para implementar acciones oportunas y efectivas. La Comisión está conformada por integrantes de PRONACEI, ANMAT, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), sociedades científicas y laboratorios nacionales de referencia.

¿Cómo se clasifica un ESAVI?

La clasificación final de los ESAVI es la utilizada por la OPS/OMS, considerándose:

1. Evento coincidente: definitivamente no relacionado a la vacuna (enfermedad producida por otra etiología).
2. Evento relacionado con la vacuna:
 - a. Evento relacionado con el proceso de manejo del producto (error programático)
 - b. Evento relacionado con los componentes el producto.
3. Evento no concluyente: la evidencia disponible no permite determinar la etiología.

A su vez, pueden ser eventos leves o graves. Un ESAVI grave o severo es todo aquel evento que resulte en hospitalización o fallecimiento, debiendo ser notificados obligatoriamente al sistema de vigilancia.

¿Qué ESAVIs se investigan?

- ESAVIs graves:
 - o Requieren hospitalización.
 - o Ponen en riesgo la vida de una persona.
 - o Producen desenlaces fatales.
- Rumores.
- Eventos que afecten a un grupo de personas (clusters).
- Eventos relacionados con el programa.

Tabla 1. ESAVIs notificados, según sexo y provincia y región. República Argentina. Año 2011, hasta semana epidemiológica 38. Fuente: PRONACEI.

| Provincia/Región | Sexo | | Total |
|---------------------------------|------------|-----------|------------|
| | Femenino | Masculino | |
| Ciudad Autónoma de Buenos Aires | 41 | 27 | 68 |
| Buenos Aires | 7 | 7 | 14 |
| Córdoba | 1 | 2 | 3 |
| Entre Ríos | — | 1 | 1 |
| Santa Fe | 19 | 14 | 33 |
| Centro | 68 | 51 | 119 |
| La Rioja | — | 1 | 1 |
| Mendoza | 4 | 3 | 7 |
| San Juan | — | 2 | 2 |
| San Luis | 2 | 1 | 3 |
| Cuyo | 6 | 7 | 13 |
| Corrientes | — | — | — |
| Chaco | — | — | — |
| Formosa | — | — | — |
| Misiones | 1 | — | 1 |
| NEA | 1 | — | 1 |
| Catamarca | — | — | — |
| Jujuy | 1 | — | 1 |
| Salta | 2 | — | 2 |
| Santiago del Estero | — | 1 | 1 |
| Tucumán | — | — | — |
| NOA | 3 | 1 | 4 |
| Chubut | 15 | 10 | 25 |
| La Pampa | 1 | 2 | 3 |
| Neuquén | — | 1 | 1 |
| Río Negro | 1 | — | 1 |
| Santa Cruz | 7 | 1 | 8 |
| Tierra del Fuego | 1 | 1 | 2 |
| Sur | 25 | 15 | 40 |
| Total Argentina | 103 | 74 | 177 |

Figura 1. ESAVIs notificados, según vacuna. República Argentina. Año 2011, hasta semana epidemiológica 38. Fuente: PRONACEI.

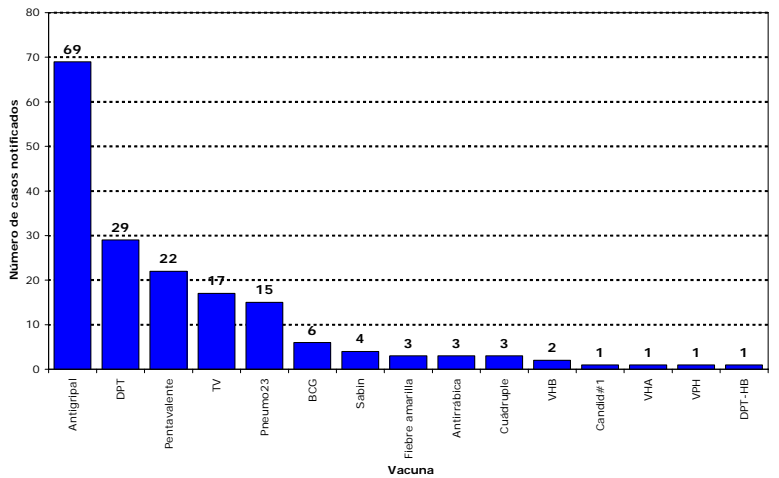
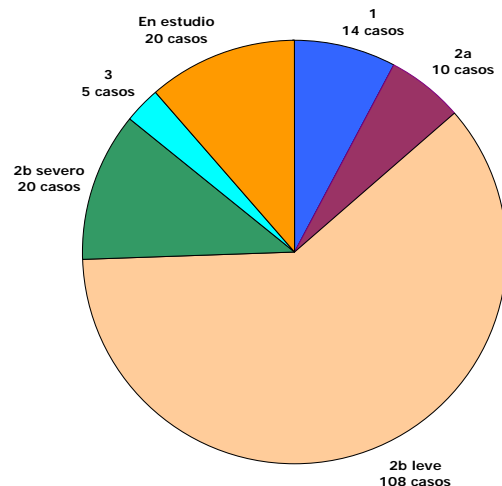


Figura 2. ESAVIs notificados, según clasificación. República Argentina. Año 2011, hasta semana epidemiológica 38. Fuente: PRONACEI.



ESAVIs de la vacuna Antigripal

Sobre un total de 4.359.033 dosis aplicadas de vacuna antigripal hasta la semana epidemiológica 39, sólo se han reportado 69 casos de ESAVI. La tasa de notificación de ESAVI por vacuna antigripal es de 1,58 cada 100.000 dosis. La tasa de ESAVI asociado a vacuna antigripal es de 1,08 (N=47), siendo la tasa de casos severos de 0,14 (N=6). No se han confirmado a la fecha casos en embarazadas. Desde la semana epidemiológica 36 no se han reportado casos sospechosos de ESAVI nuevos.

Entre los seis casos de ESAVI grave notificados con vacuna antigripal, encontramos tres casos de anafilaxia severa, con requerimiento de corticoides y adrenalina (en uno de los eventos); un caso de mielitis transversa y dos casos de púrpura trombocitopénica. Todos requirieron internación y recuperaron *ad integrum*.

Entre los casos aún en estudio, hay un caso de síndrome de Guillain-Barré, un caso de síndrome de Kawasaki, un caso de meningoencefalitis y un síndrome febril.

Figura 3. ESAVIs notificados para vacuna antigripal, según clasificación. República Argentina. Año 2011, hasta semana epidemiológica 39. Fuente: PRONACEI.

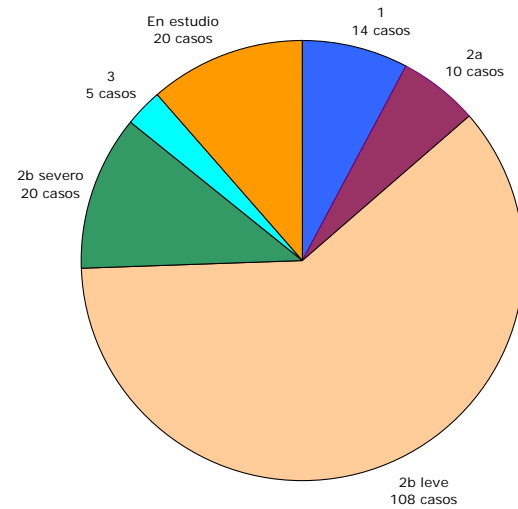


Figura 4. Coberturas con vacuna antigripal, según grupos de riesgo. República Argentina. Año 2011, hasta semana epidemiológica 39. Fuente: PRONACEI (Cobertura nacional: 87%).

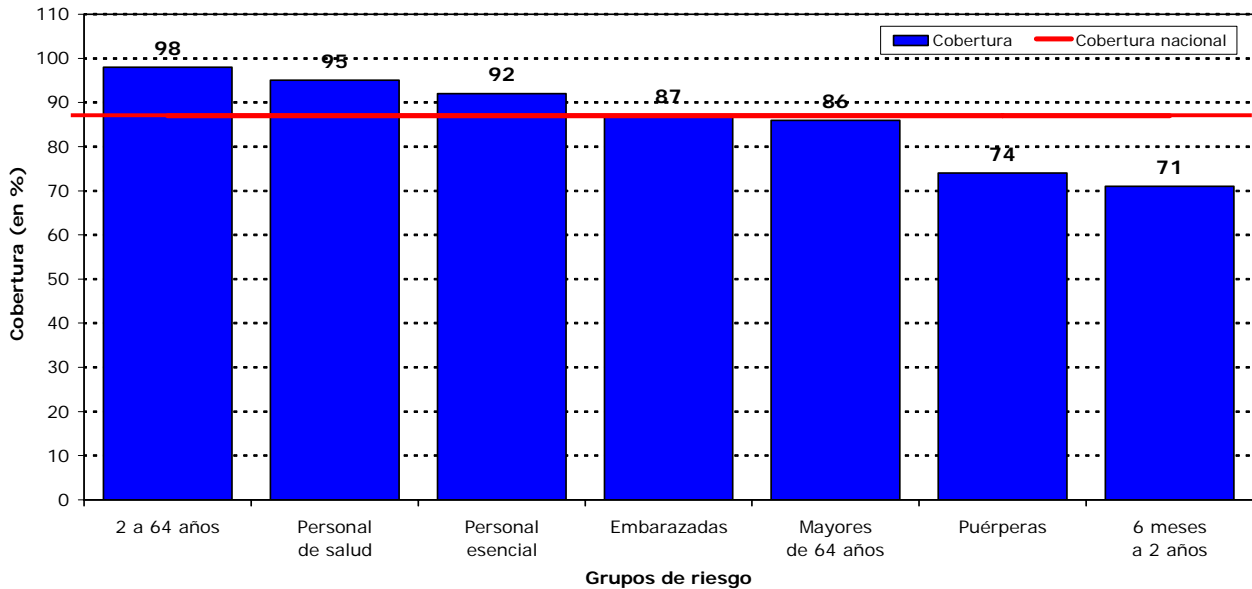


Figura 5. Coberturas con vacuna antigripal, avance de metas. República Argentina. Año 2011, hasta semana epidemiológica 36. Fuente: PRONACEI (El retraso en el reporte de dosis aplicadas es de dos semanas).

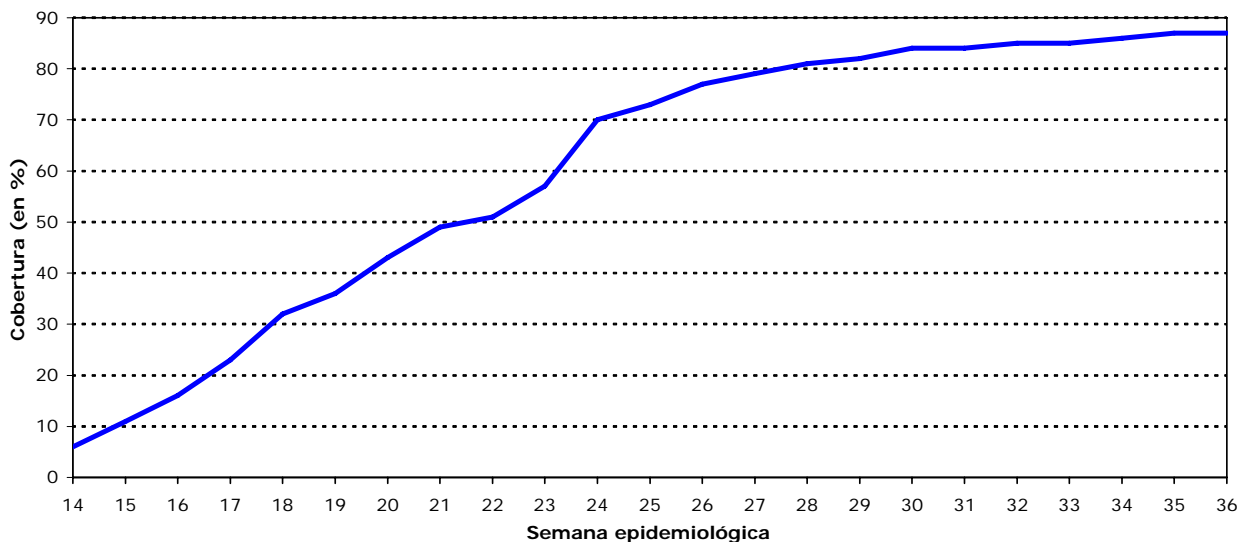
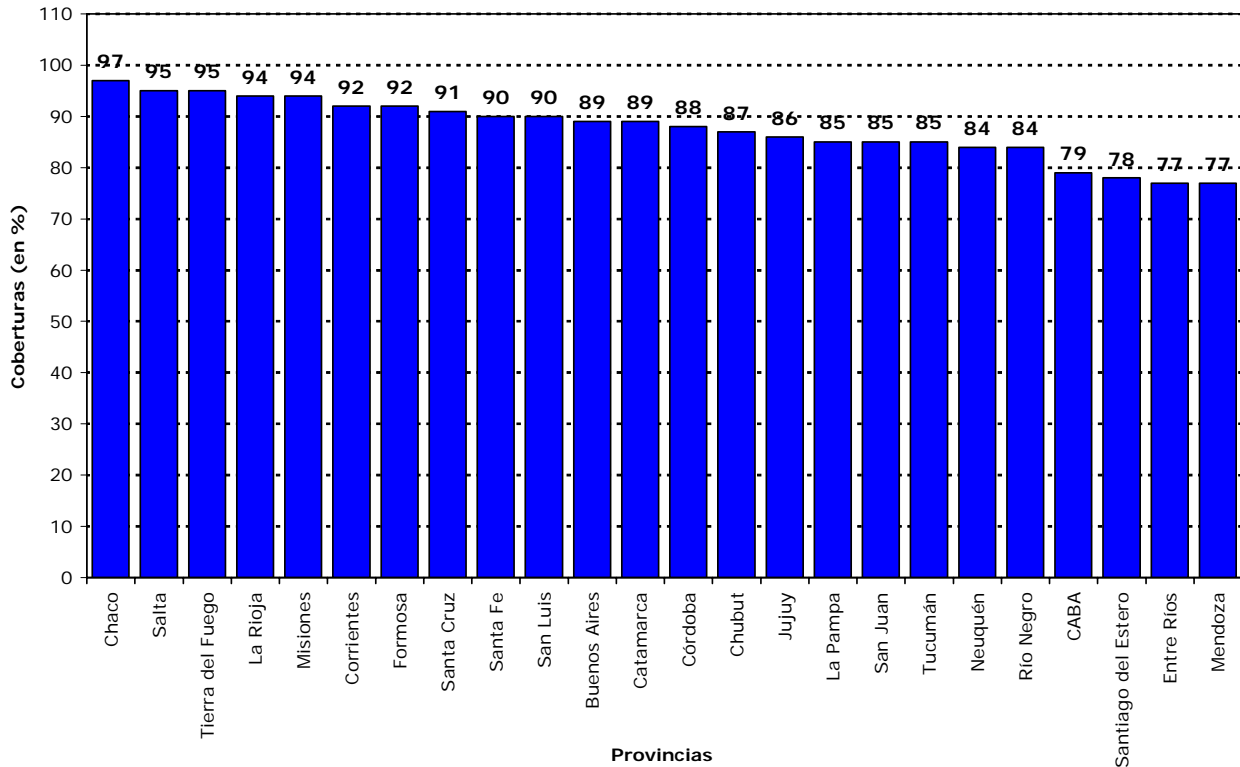


Figura 6. Coberturas con vacuna antigripal, según provincias. República Argentina. Año 2011, hasta semana epidemiológica 39. Fuente: PRONACEI.



Chaco: Instalan en escuelas rurales dispositivos que potabilizan agua contaminada con arsénico

Agencia CyTA

28 de septiembre de 2011 – Fuente: Agencia de Noticias Científicas y Tecnológicas Argentinas



El dispositivo para abatimiento de arsénico de aguas de consumo humano fue diseñado por INTI-Química con el propósito de brindar asistencia en calidad de agua a zonas rurales aisladas a las que no llegará ningún sistema de saneamiento en los próximos años.

La presencia de arsénico de 500 partes por billón (ppb), cuando el límite fijado por el Código Alimentario Argentino es de 10 ppb".

El dispositivo para abatimiento de arsénico de aguas de consumo humano fue diseñado por INTI-Química con el propósito de brindar asistencia en calidad de agua a zonas rurales aisladas a las que no llegara sistema de saneamiento alguno.

Para lograr su remoción, los equipos instalados funcionan a través de un proceso de coagulación que captura los contaminantes, los que sedimentan, y pasan a ser filtrados a través de un manto de arena.

En algunas regiones argentinas, así como en otros países, el arsénico está presente en el agua subterránea como un componente natural. En esas zonas, quienes no tienen acceso al agua de red convenientemente tratada, consumen agua de pozo con arsénico, y cuando las concentraciones de ese metaloide son importantes, este compuesto se acumula de manera progresiva en el organismo causando hidroarsenicismo crónico regional endémico (HACRE), enfermedad que en algunos casos puede ocasionar lesiones en órganos internos y derivar en cáncer.

Con esa problemática como eje, el grupo de Química del Instituto Nacional de Tecnología Industrial (INTI) desarrolló un dispositivo eficiente y de fácil empleo para remover el arsénico del agua. Según ese organismo, ya fueron instalados dispositivos con esas características en 25 escuelas rurales.

"Hasta ahora trabajamos con localidades de la provincia de Chaco. Y existen escuelas rurales con la misma problemática en otras localidades de la provincia de Buenos Aires y de Santiago del Estero a las que pensamos llegar en los próximos meses", señaló la ingeniera Sofía Frangie, una de las integrantes del grupo INTI-Química.

Eliminación de arsénico

El proyecto de llevar dispositivos para potabilizar agua en escuelas rurales surgió por iniciativa del ingeniero Enrique Martínez, presidente del INTI. Se dieron casos en que padrinos de escuelas rurales solicitaron asistencia al INTI, acercando muestras de agua de pozo extraídas de dichos establecimientos educativos. En dos casos, "los resultados arrojados por los análisis indicaron la

“El coagulante que empleamos depende de las características del agua a tratar. No es un dispositivo de uso domiciliario, ya que es necesario realizar un seguimiento respecto de su buen uso. Está pensado para escuelas rurales, en las que el mismo personal de la escuela recibe capacitación previa del INTI en lo que hace a su operación y mantenimiento. Una de las ventajas del dispositivo es que no requiere de energía eléctrica para operar”, indicó Frangie.

Si bien el tratamiento del agua a través de este dispositivo permite alcanzar niveles de arsénico menores a 10 ppb, la realidad indica que no es posible utilizarlo en cualquier tipo de agua. Sobre este punto Frangie explica que “la tecnología de coagulación y filtración puede utilizarse cuando el agua a tratar cumple con determinadas características físico-químicas. Por este motivo, los dispositivos son entregados en las zonas en las que previamente verificamos que el empleo de esta tecnología permitirá llevar el nivel de arsénico por debajo de los 10 ppb”.

Por otra parte, la especialista afirmó que la intervención del INTI en temas como la provisión de agua para consumo con niveles de contaminantes que no superen los niveles establecidos por la legislación vigente, es siempre mucho más ágil y sostenible cuando se cuenta con la colaboración de las autoridades locales.

“Para que este tipo de proyectos sean exitosos es fundamental el compromiso que pudieran asumir dichas autoridades”, concluyó.¹

Santa Fe: Otros tres pueblos acuden a la justicia contra el glifosato

3 de octubre de 2011 – Fuente: [Tiempo Argentino \(Argentina\)](#)

Tiempo
ARGENTINO

¿Qué tienen en común pueblos como San Jorge, Ibarlucea o La Criolla? Además de estar todos en la provincia de Santa Fe, comparten un triste destino que, boom sojero mediante, los está convirtiendo en pueblos fumigados, donde escuelas, casas y barrios enteros no se salvan del afán agropecuario, sólo preocupado por el rinde de la semilla.

Hay otros indicadores, preocupantes, que crecen al ritmo de la producción sojera. Hace tiempo que Alicia Boscatto, subjefa del Registro Civil de San Jorge, comenzó a contar los fallecimientos registrados por cáncer. La cifra hieló la sangre: un 30% más que hace tres años. A ella se suma el doctor Ángel Bracco, que constata esos efectos en su consultorio y curiosamente explica que “muchos llegan a la consulta preocupados por su falta de rendimiento sexual, sin saber que los pesticidas inciden en los procesos hormonales de un modo notable”.

Bracco enumera además alergias severas, cuadros de hipotiroidismo, cáncer de tiroides y de páncreas que superan su capacidad de asombro. “El estado de la salud pública aquí es inversamente proporcional al enriquecimiento sojero”, dice, contundente, y agrega que cada vez son más visibles los aumentos en las tasas de infertilidad por el efecto endocrino.

“Fumigan a la noche y la gente se siente mal por la mañana. Yo, por ejemplo, tengo alergia, me pica todo el cuerpo y la cabeza como si tuviese piojos, y me hice un análisis porque tengo alteraciones de la flora intestinal como si fuese celíaca, pero no lo soy. Me están apareciendo cosas que jamás tuve en la vida”, se queja una vecina, que no quiere dar su nombre y que vive justo enfrente de un silo sojero, en San Jorge, ubicado peligrosamente junto a una plaza donde juegan niños.

Héctor Lombarte, responsable de una de las obras sociales del pueblo, reseña que en los últimos tres años “los casos de cáncer que llegan hasta nuestra institución treparon un 400%”.

La justicia llegó a San Jorge a partir de las denuncias de la vecina Viviana Peralta sobre el modo en que cada fumigación afectaba a su hija Ailén prácticamente desde que nació. Ellos, junto a otros vecinos del Barrio Urquiza, recurrieron a todas las instancias judiciales y, además, revolearon unos cuantos cascotazos contra los “mosquitos” (las máquinas fumigadoras), logrando que un fallo judicial impida la fumigación en esa zona que, pese a estar pegada a los campos, sigue siendo urbana.

La medida, no obstante, sólo protege al barrio en cuestión y no a todo el pueblo. Como la provincia de Santa Fe se negó a realizar estudios, el fallo es precautorio: la prohibición ante el riesgo y amenaza para la salud. Pero en San Jorge, hasta las banquetas tienen soja.

El fallo escondido

Ibarlucea es otro pueblo rural ubicado a pocos kilómetros de Rosario. Allí, la vecina María Celeste Bravo inició una acción legal contra la comuna santafesina por las fumigaciones que se realizan casi de modo constante y apenas a 100 metros de áreas habitadas.

Tras más de 150 días desde la prescripción del plazo legal, todo sigue igual y el juez tampoco se expidió sobre la medida cautelar solicitada. Fuentes judiciales de la provincia de Santa Fe advirtieron sobre una posible recusación al magistrado Néstor Osvaldo García. Por lo pronto, el intendente de Ibarlucea, Juan José Prino, ordenó fumigar a 100 metros de la casa de la familia demandante, cuando la ley provincial estipula 500 como mínimo.

La abogada ambientalista Graciela Gómez, que representa a la familia Bravo, denunció que recibió amenazas en la puerta del juzgado por parte de Eduardo Sosa, el abogado de la comuna de Ibarlucea. En el Juzgado Civil N° 6 de Rosario no le dejan ver el expediente. “Una vez más la justicia santafesina demuestra que los jueces sojeros están al servicio de la producción, y del envenenamiento antes que la vida”, dijo Gómez, y agregó: “Los voy a llevar a la Corte de ser necesario, a mí no me van a correr con sus mañas procesales ni con sus amenazas”.

¹ Quienes estén interesados en estos dispositivos pueden contactarse con INTI-Química, a la dirección de correo quimica_as@inti.gov.ar.

La tierra sí, el agua no

Después de largos debates y contratiempos, Oscar Brasca, vecino de La Criolla, puede sonreír, aunque no del todo. "Hoy tenemos la zona urbana libre de pesticidas, pero no los ríos, lagunas y humedales que lindan con lotes sojeros, de modo que, aunque sea en forma parcial, la contaminación sigue. Medio Ambiente de la provincia hace caso omiso a las quejas que presentamos porque, luego de fumigar, dejan los residuos y bidones de glifosato tirados, inclusive cerca de tomas de agua", subraya preocupado.

Brasca es un referente en el norte de Santa Fe, por la experiencia adquirida durante años de lucha contra la fumigación. Cuenta que en el pueblo vecino, Vera y Pintado, "siembran hasta la última calle de la localidad", pero advierte que parte de la batalla se gana educando: "Yo doy talleres en los colegios para que padres y chicos sepan sobre los peligros y puedan organizarse igual que nosotros".

Respecto de las escuelas, un dato más viene a pintar de lleno cuál es el panorama en la provincia fumigada. Hace tres meses, al menos tres escuelas rurales sufrieron las consecuencias de fumigaciones en terrenos linderos e inclusive en el mismo espacio ocupado por los colegios, según denunció el Centro de Protección a la Naturaleza (CEPRONAT). "Mosquitos y avionetas han realizado fumigaciones a escasisima distancia de establecimientos educativos, algunas a 15 metros, y con los alumnos en clase", informó esa ONG.

Las escuelas rurales primarias de Paraje El Ombú (cerca de Arroyo Seco), Villa Amelia (vecina a Rosario) y Paraje El Mataco fueron las últimas, pero son apenas una muestra de lo que sucede con las más de 800 escuelas rurales de la provincia. Desde el CEPRONAT grafican: "Reciben las gotas de veneno sobre las cabezas de docentes y alumnos".

Noticias de América

Brasil: Van 159.052 casos de dengue en Rio de Janeiro y 84.248 en São Paulo

5 de octubre de 2011 – Fuente: O Globo (Brasil)



Unas 44 personas murieron entre enero y junio en el estado de São Paulo por el dengue y fueron registrados 81.248 casos autóctonos. En tanto, en Rio de Janeiro, ya llevan contabilizados, hasta septiembre, unos 159.052 y más de 130 muertos.

Ribeirão Preto, la ciudad paulista con más casos, notificó 15.743 y siete muertos. Las otras ciudades del estado más afectadas son: São Paulo, 4.298; Bauru, 4.387; Campinas, 2.736; Araraquara, 2.566; Limeira, 2.352; Lorena, 2.269; São José dos Campos, 1.895; Rio Claro, 1.772; Sorocaba, 1.453; Mogi Mirim, 1.389; Caraguatatuba, 1.177; Sertãozinho, 1.149; Sumaré, 1.113; y Barretos, 1.004.

São Paulo prepara hospitales de campaña para atender en los municipios que registran alto número de afectados, como se prevé, durante el verano. Ayer el Ministerio de Salud lanzó un plan de intensificación de las zonas de vigilancia y control de la enfermedad para la temporada 2011-2012.

De acuerdo con el Ministerio, además de los hospitales de campaña, la otra novedad es el entrenamiento que será dado a médicos y enfermeros en el propio lugar de trabajo, con una duración de 15 minutos. Esto va a suceder en 67 municipios considerados prioritarios.

Medidas novedosas

El tratamiento "express" de los agentes de salud es una estrategia para que el mayor número de profesionales posibles pueda lidiar con los casos sospechosos de dengue. Según el Ministerio, cuando la formación era dada fuera de los lugares de trabajo, muchos médicos acababan no compareciendo. El plan busca mejorar la atención y la identificación de personas con dengue para evitar así el agravamiento de los casos que a veces terminan en la muerte.

Además, según el Ministerio de Salud, los hospitales de campaña serán instalados siempre que un municipio lo solicite. El objetivo es aliviar los trabajos de los hospitales corrientes.

El plan cuenta con gestores municipales que insistirán en los recaudos que se deben tomar contra el mosquito *Aedes aegypti* y el tratamiento de los infectados.

También trabajarán en el combate contra el dengue 700 profesionales de la Superintendencia de Control de Epidemias; lo harán visitando casas en conjunto con agentes municipales.

El Ministerio prometió también un aumento del monitoreo viral en los municipios considerados prioritarios. El objetivo es identificar el tipo de virus que está circulando.

Un relevamiento del Ministerio mostró que 283 ciudades (43% de los municipios paulistas) presentan un riesgo alto a una epidemia de dengue en el próximo verano.

Aunque la cifra de 81.248 casos de dengue entre enero y junio es grande, es un 56% menor a la registrada en el mismo período de 2010: 188.201 casos.

En Rio de Janeiro

En tanto desde enero hasta septiembre se registraron 159.052 casos de dengue en el estado de Rio de Janeiro, según los datos divulgados por el Ministerio de Salud.

El mes en que se constataron más casos fue abril, con una cifra de 52.418 personas infectadas. En tanto, el mes con menos registros fue septiembre, con 342. En todo este período hubo 131 muertos en Rio de Janeiro, y la ciudad más golpeada fue la capital fluminense, donde se notificaron 51 decesos por dengue.

El Ministerio también anunció medidas para combatir el dengue en Rio de Janeiro hace algunas semanas y lo hizo con el plan "10 minutos contra el dengue", también preparado para la temporada 2011-2012.

La campaña, similar a la que se realizará en São Paulo, propone poner en alerta a los municipios y a la población para evitar una epidemia en el próximo verano.

Los 92 municipios del estado ya fueron invitados a un encuentro para discutir cuáles son las mejores formas de prevención y tratamiento para la enfermedad. También se busca orientar el trabajo de los hospitales y armar planes de contingencia municipales.

Estados Unidos: Los padres están demorando o saltando las vacunas recomendadas

PEDIATRICS
OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

4 de octubre de 2011 – Fuente: *Pediatrics*

Más de uno de cada diez padres usa un calendario de vacunación "alternativo" para sus hijos pequeños, que incluye hasta el rechazo de ciertas vacunas.

Según una encuesta de Estados Unidos, un equipo plantea que más padres tomarán esta actitud en el futuro, lo que elevaría el riesgo de que enfermedades como el sarampión y la tos convulsa se diseminen en las escuelas y la comunidad.

"Las vacunas recomendadas fueron tan efectivas en la eliminación de enfermedades evitables que la mayoría de los padres ni siquiera las tuvieron o conocen", dijo la doctora Amanda Dempsey, coautora del estudio, realizado sobre una encuesta de la University of Michigan en Ann Arbor.

Pero la experta agregó que "son peligros reales. Ninguna de esas enfermedades está erradicada".

El calendario de vacunación infantil de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) para los menores de 6 años incluye dosis de la vacuna triple (sarampión, parotiditis y rubéola) e inmunizaciones contra la tos convulsa, la varicela, la hepatitis y la gripe estacional, entre otras.

A la encuesta vía internet respondieron 748 padres de niños de entre 6 meses y 6 años. El 13% dijo que había utilizado algún calendario alternativo al de los CDC. Eso incluía rechazar algunas vacunas o retrasar otras hasta que los niños fueran más grandes. El motivo principal fue que "parecía más seguro".

Dempsey aseguró que no existe evidencia de la seguridad o la efectividad de esos calendarios alternativos. Un 2% de los padres rechazó toda vacunación.

Aún entre los padres que utilizaron el calendario recomendado, un cuarto opinó que demorar la aplicación de vacunas sería seguro o que el calendario oficial no era el mejor a seguir.

Dempsey señaló que existe el temor de que esos padres dejen de vacunar a sus hijos. "Es bastante preocupante", dijo.

Este rechazo o demora "crecerá significativamente en el tiempo. Es posible que estemos viendo apenas la punta del iceberg", añadió.

"Los padres que saltan o retrasan la inmunización suelen esgrimir dudas sobre la seguridad, como la relación ya descartada entre el autismo y las vacunas. Lo que no consideran es el riesgo de contraer las enfermedades que esas vacunas evitan", señaló Saad Omer, de la Emory University en Atlanta.

Omer mencionó que esos padres suelen agruparse en ciertas áreas, lo que aumenta el riesgo de que se produzca un brote localizado de enfermedad, incluso en niños inmunizados.

Dado que ninguna vacuna protege un cien por ciento al niño que la recibe, los epidemiólogos confían en la "inmunidad rebaño". Pero ese fenómeno preventivo desaparece cuando crece la cantidad de niños sin vacunar.

"Las enfermedades infecciosas son únicas porque la conducta de terceros influye directamente en el riesgo personal y familiar de enfermar", dijo Omer.²

Estados Unidos: Aumentan los cánceres orales relacionados con el VPH

**JOURNAL OF
CLINICAL
ONCOLOGY**

4 de octubre de 2011 – Fuente: *Journal of Clinical Oncology*

La tasa de cánceres orales relacionados con el virus del papiloma humano (VPH) sexualmente transmitido aumentó dramáticamente en dos décadas, según una nueva investigación del gobierno.

En una década, esos tipos de tumores podrían convertirse en la forma principal de cánceres relacionados con el VPH, anotaron los investigadores.

En el período 1984-1989, apenas 16,3% de las muestras de cáncer oral resultaban positivas para el VPH. Para 2000 a 2004, esa cifra había aumentado a 72%, hallaron los investigadores.

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

“En 2008, hicimos un estudio y hallamos que las tasas de incidencia de los cánceres orofaríngeos ha aumentado. Debido a que este aumento ocurrió en un periodo en que el consumo de cigarrillos había disminuido, teorizamos que otro factor de riesgo (quizás el VPH) podría ser responsable”, explicó el autor líder del estudio Anil Chaturvedi, investigador de la división de epidemiología del cáncer del Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos.

“Hallamos que la prevalencia de infección con VPH aumentó significativamente con el tiempo”, afirmó Chaturvedi.

El VPH es un virus de transmisión sexual, y una causa conocida de cánceres del cuello uterino. Los autores sugieren que el aumento actual en el VPH oral podría deberse a un aumento en el sexo oral.

Actualmente, hay una vacuna disponible para prevenir la infección con ciertos tipos de VPH. Sin embargo, no se sabe si esta vacuna podría también prevenir las infecciones orales con VPH.

Para el estudio actual, los investigadores evaluaron muestras de 271 cánceres orofaríngeos que ocurrieron entre 1984 y 2004. Las muestras tumorales provenían de Hawái, Iowa y Los Ángeles, según el estudio.

Los investigadores evaluaron por una cepa específica del VPH conocida como VPH16. También se sabe que este tipo particular de VPH provoca cánceres del cuello uterino, y es una de las cepas cubiertas por la vacuna contra el cáncer de cuello uterino.

Apenas 16,3% de las muestras recolectadas en los 80 resultaron positivas para el VPH16, frente a casi 72% de las tomadas en los primeros años del siglo XXI, reportaron los autores del estudio.

Eso significa que a finales de los 80, alrededor de 0,8 por cada 100.000 personas tuvo un cáncer orofaríngeo relacionado con el VPH, y para 2004, 2,6 por cada 100.000 tenían uno de estos cánceres. Esto constituye un aumento de 225%, explicaron los autores.

En ese mismo periodo, los cánceres orales VPH negativos (probablemente causados por uso de tabaco o alcohol) se redujeron en 50%, según el estudio.

“Para 2020, los cánceres orofaríngeos VPH positivos serán el cáncer más común relacionado con el VPH”, aseguró Chaturvedi. Anotó que aunque se ha avanzado mucho en la prevención del cáncer del cuello uterino relacionado con el VPH, aún no hay suficiente investigación sobre los cánceres orales relacionados con el virus.

“El VPH es una causa importante de cánceres orofaríngeos, y debemos comprender la historia natural de la infecciones orales con VPH y cuáles son los factores de riesgo modificables. También se necesitan estudios clínicos para ver si terapias dirigidas específicas pueden ayudar a los pacientes de cáncer orofaríngeo”, señaló.

El Dr. Jeffrey S. Weingarten, otorrinolaringólogo del Sistema de Salud St. John Providence de Southfield, Michigan, coincidió en que se necesita más investigación.

“Es posible que una reducción en el número de infecciones con VPH en las mujeres debido a la vacuna resulte en menos infecciones en los hombres”, planteó, y añadió que si la vacuna resulta eficaz en los hombres, quizás haya una reducción adicional en las infecciones con VPH.

Chaturvedi dijo que “se anticipa que la vacuna actualmente disponible contra el VPH tenga una alta eficacia en los hombres”, pero que solo ensayos clínicos pueden contestar esta pregunta con certeza.³



OPS: Alerta por poliomielitis por poliovirus salvaje

22 de septiembre de 2011 – Fuente: Organización Panamericana de la Salud



Hasta el 21 de septiembre de 2011, la Iniciativa Global para la Erradicación de la Poliomielitis registró a nivel mundial 401 casos de poliomielitis causados por el virus salvaje, de los cuales 147 se registraron en países endémicos⁴ y 254 en países no endémicos. Del total de casos registrados, 343 fueron debidos al virus salvaje tipo 1 (WPV1) y 58 al virus salvaje tipo 3 (WPV3). La Región de las Américas ha permanecido libre de la circulación del virus salvaje de la poliomielitis desde 1991.

El 20 de septiembre de 2011 una alerta emitida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) informó sobre la circulación, en China, del virus salvaje de polio WPV1 que genéticamente está vinculado al virus que circula en Pakistán. Al 21 de septiembre del 2011, Pakistán notificó 89 casos de poliomielitis debido a poliovirus salvaje (88 por WPV1 y uno por WPV3). Esta cifra es superior a la registrada (52) en el mismo periodo en el año anterior.

En esa misma alerta, la OMS recomienda fortalecer la vigilancia de las parálisis flácidas agudas, principalmente en los países de Asia y del Mediterráneo Occidental, a fin de detectar oportunamente la ocurrencia de casos importados y de dar una respuesta adecuada ante este tipo de evento. La OMS recomienda además, continuar con los esfuerzos para alcanzar adecuadas coberturas de vacunación a fin de reducir las consecuencias de una introducción del poliovirus salvaje.

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

⁴ Afganistán, India, Nigeria y Pakistán.

Según las recomendaciones descritas en la publicación de Viajes Internacionales y Salud de la OMS, los viajeros hacia y desde Pakistán deben estar plenamente vacunados, y si ya han recibido en el pasado tres o más dosis de vacuna antipoliomielítica oral (VPO), deben recibir una nueva dosis antes de la partida. Toda persona no inmunizada que tenga intención de viajar a Pakistán debe recibir una vacunación completa. Los viajeros procedentes de Pakistán también deben recibir una vacunación completa, y como mínimo una dosis de VPO antes de salir del país. Para conceder el visado a estos viajeros, algunos países libres de poliomielitis pueden exigirles que estén inmunizados contra la poliomielitis.

La Región de las Américas permanece libre de circulación del virus salvaje de la poliomielitis desde hace dos décadas gracias al esfuerzo de todos los Estados Miembros. Sin embargo es importante continuar trabajando para mantener coberturas de vacunación superiores a 95% y mantener a los sistemas de vigilancia alertas ante el riesgo de introducción en la Región de casos importados de poliomielitis por virus salvaje.

Ante la actual situación de transmisión a nivel global y la celebración de varios eventos deportivos y culturales en la región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) reitera a los Estados Miembros las recomendaciones realizadas en la Alerta Epidemiológica del 20 de octubre del 2010, así como las formuladas por el Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre enfermedades prevenibles por vacunación, durante su XIX sesión en julio de 2011:

- Evaluar las coberturas de vacunación a nivel local, subnacional y nacional para determinar el riesgo según bolsones de susceptibles. Según corresponda evaluar la necesidad de realizar campañas complementarias de vacunación.
- Evaluar el cumplimiento de los indicadores de vigilancia epidemiológica de las parálisis flácidas agudas (PFA) durante los últimos cinco años (por departamento o provincia) de acuerdo a las recomendaciones de OPS.
- Notificación e investigación clínica epidemiológica inmediata de todos casos de parálisis flácida aguda en menores de 15 años, garantizando la toma de muestra y envío de muestras a un laboratorio de referencia.
- Conducir búsqueda activa de casos de parálisis flácida aguda.
- Promover la vacunación a toda persona que se desplace hacia zona con transmisión actual de poliomielitis, para lo cual es necesario brindar las recomendaciones a los viajeros según corresponda.
- Capacitar e involucrar a las asociaciones de profesionales para alertarlos sobre este riesgo.

Recomendaciones del GTA 2011:

- Los países de la Región de las Américas deben continuar utilizando la vacuna VPO (vacuna antipoliomielítica oral) hasta que se logre la eliminación de la poliomielitis a nivel mundial.
- Los países de las Américas que utilizan solo la VPI (vacuna antipoliomielítica inactivada) en sus esquemas regulares de vacunación, deben hacerlo solamente si cumplen plenamente con los requerimientos mínimos recomendados por la OMS y la OPS, descritos anteriormente.
- Los países que están considerando el uso de la VPI antes de que se logre la erradicación mundial de la poliomielitis deben utilizar esquemas secuenciales que incluyan VPO y/o realizar campañas periódicas con VPO.
- Los países que no logren una cobertura de VPO mayor o igual al 95% en todos los municipios deben realizar campañas anuales de inmunización con VPO para niños <5 años, cualquier sea su estado de vacunación.
- Los países deben mantener estándares de certificación para la vigilancia de la PFA (en cumplimiento con indicadores de vigilancia).

Venezuela: El país, junto con Haití y República Dominicana fracasan en la lucha contra la malaria **EL UNIVERSAL**

4 de octubre de 2011 – Fuente: El Universal (Venezuela)



Sólo en tres países de América ha empeorado la situación de la malaria: en Venezuela, República Dominicana y Haití.

A tal conclusión llegó la Organización Panamericana de la Salud la semana pasada, durante la 51ª Reunión de su Consejo Directivo en Washington, donde evaluaron los resultados del Plan Estratégico Regional contra la Malaria en las Américas aplicado entre 2006 y 2010.

En su informe sobre la lucha contra la malaria, plasmaron éxitos que no incluyen a Venezuela: el continente logró reducir los casos en 54% y las defunciones, en 69%, comparado con el año 2000. De los 21 países de la región donde la enfermedad es endémica, 18 lograron reducir su incidencia. De estos, la mitad reportó una reducción de 75%.

En Venezuela, la situación es muy distinta y ha empeorado precisamente en esos años, después de 2000, en los que otros países han logrado grandes avances.

Según las estadísticas que manejan José Félix Oletta, Saúl Peña y Ana Carvajal, directivos de la Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela (RSCMV), en 1990 se reportó un récord de enfermos, con 46.910 casos pero, tras un esfuerzo epidemiológico eficaz, logró reducirse en apenas tres años, a 12.603 casos. Sin embargo, en 2004, se alcanzó de nuevo el pico de casos, con 46.244 enfermos.

Desde entonces, el índice de malaria ha fluctuado, aunque siempre en números altos. En 2008, la enfermedad afectó a 32.037 venezolanos y en 2009, a 35.725 personas. En 2010, el salto fue notorio: el Ministerio de Salud registró 45.155 casos. En 2011, hasta el 17 de septiembre, ya se han notificado 31.603 casos. Según los médicos de la RSCMV, si la tendencia continúa inalterable, se cerrará el año con más de 40.000 casos.

Aunque siete entidades federales concentran la gran mayoría de los casos, el más afectado es Bolívar. Por ejemplo, de los 31.603 casos de 2011, 92% ocurrió en ese estado. Otras zonas afectadas son Monagas, Sucre, Anzoátegui, la parte occidental de Delta Amacuro, Barinas, Mérida, Portuguesa, el área occidental de Apure, Yaracuy, Zulia, Trujillo y Táchira, Amazonas, Delta Amacuro y la parte oriental de Apure.

“Son muchas las causas que explican el incremento de la malaria en Venezuela. A pesar que existen algunas asociadas al cambio climático y a la movilidad hacia zonas endémicas, la mayoría son por causa de fallas del sistema público de salud, como la ausencia de un plan articulado de vigilancia epidemiológica, insuficiente personal con formación en el área malárica, incumplimiento de la administración y dosificación de los tratamientos farmacológicos y la falta de asignación de recursos para ejecutar el plan”, afirmaron los médicos.

Una de las causas más graves en el descontrol de la malaria fue que el Plan Nacional de Control de Vectores, elaborado en 2009, se inició tardíamente en marzo de 2010 y fue descontinuado por falta de recursos económicos unos meses después, en septiembre de 2010.

“De no corregirse las fallas institucionales y no asignar recursos suficientes, Venezuela no alcanzará la Meta del Milenio en Salud para el control en esta enfermedad”, alertaron los médicos de la RSCMV.

Noticias del mundo

África: Algunos anticonceptivos inyectables duplican el riesgo de transmitir y contraer VIH THE LANCET

4 de octubre de 2011 – Fuente: *The Lancet*



Mujeres africanas reciben información en un centro de planificación familiar.

Un estudio realizado en siete países africanos –Botsuana, Kenia, Ruanda, Sudáfrica, Tanzania, Uganda y Zambia– con 3.790 parejas heterosexuales serodiscordantes (aquellas en las que uno de los miembros está infectado por el VIH y el otro no) concluye que las mujeres que toman anticonceptivos inyectables multiplican por dos su riesgo de adquirir la infección por VIH así como de transmitirla a los hombres con los que se acuestan. El por qué no está del todo claro, pero parece, según apuntan los investigadores, que este método provoca ciertos cambios en la estructura de la vagina y en la forma en la que se regulan algunas proteínas que favorecen la entrada del virus.

El hallazgo plantea un dilema, sobre todo en África. “Por una parte, la promoción de estos anticonceptivos en áreas con una alta incidencia de VIH podría contribuir a propagar aún más la epidemia de sida, con consecuencias trágicas. Por otro lado, limitar el acceso a uno de los métodos anticonceptivos más usados en África subsahariana podría aumentar la mortalidad materna e infantil, con consecuencias igualmente trágicas”, expresó Charles S. Morrison, de Clinical Sciences en Durham (Estados Unidos).

¿Cómo salir de esta encrucijada? Para Renee Heffron, uno de los autores de la investigación de la Universidad de Washington, se necesitarían con urgencia dos cosas. “Primero es imprescindible realizar un ensayo clínico a gran escala destinado a conocer mejor la relación entre este sistema anticonceptivo y el riesgo de contraer VIH. Y, además, es importante que se lancen programas destinados a promover la importancia de seguir utilizando el preservativo, junto a otros métodos de anticoncepción”.

¿Cómo salir de esta encrucijada? Para Renee Heffron, uno de los autores de la investigación de la Universidad de Washington, se necesitarían con urgencia dos cosas. “Primero es imprescindible realizar un ensayo clínico a gran escala destinado a conocer mejor la relación entre este sistema anticonceptivo y el riesgo de contraer VIH. Y, además, es importante que se lancen programas destinados a promover la importancia de seguir utilizando el preservativo, junto a otros métodos de anticoncepción”.

De las 3.790 parejas que participaron en el estudio, en 1.314 era el hombre el que tenía el VIH mientras que en las 2.476 restantes, la seropositiva era la mujer. En el momento de iniciar la investigación, el 15% de las mujeres sin el virus usaba anticoncepción hormonal, al igual que el 17% de quienes sí estaban infectadas. Después, durante el estudio, los porcentajes aumentaron a un 21% y un 33%, respectivamente. Tras 24 meses de seguimiento, los investigadores comprobaron que esta anticoncepción, por sí sola –tras descartar factores como el sexo de riesgo o la edad, por ejemplo– duplicaba el riesgo tanto de contraer la infección como de transmitirla.

Aunque el trabajo tiene limitaciones, como el hecho de fiarse de la palabra de las participantes y no haber medido si utilizaban bien el método anticonceptivo, los autores señalan que “es el primer estudio prospectivo que muestra

que esta anticoncepción hormonal aumenta el riesgo de que los hombres, parejas de mujeres infectadas, contraigan el VIH". A la inversa, ya se había comprobado en estudios anteriores.

En cualquier caso, "nuestros datos son lo suficientemente importantes como para tenerlos en cuenta en los programas de planificación familiar y de prevención del VIH", explica Jared Baeten, otro de los investigadores, también de la Universidad de Washington.

En el mundo, más de 140 millones de mujeres utilizan la anticoncepción hormonal. En África subsahariana, donde viven 16 millones de seropositivas, los anticonceptivos hormonales inyectables son de los más extendidos.⁵

Camboya: Mueren este año 54 niños a causa del dengue

3 de octubre de 2011 – Fuente: Agencia France Press



Camboya informó hoy que 54 niños han muerto en el país por dengue en los primeros nueve meses de este año, a diferencia de los 37 decesos por la misma enfermedad en todo 2010.

De enero a septiembre de este año, se han reportado alrededor de 12.392 casos de dengue y 54 niños murieron a causa de la enfermedad. En comparación, en 2010 hubo solamente 5.497 casos, indicó hoy Ngan Chantha, director de control de dengue en el Ministerio de Salud.

"La temporada de lluvias de este año ha generado inundaciones, provocando más casos de la enfermedad", señaló. "Quiero solicitar a los padres que se aseguren de que sus niños duerman cubiertos por mosquiteros y que si presentan algún síntoma sospechoso de la enfermedad, los lleven urgentemente para recibir atención médica".

En Camboya, el brote de dengue normalmente comienza con la temporada de lluvias de mayo a octubre.

China: El país planea reducir a la mitad los casos de lepra para 2020

4 de octubre de 2011 – Fuente: Agencia Xinhua



China se ha puesto como meta reducir en un 50% el número de casos de lepra en los próximos diez años, con el objetivo a más largo plazo de erradicar de manera definitiva esa afección contagiosa, informó hoy lunes el Ministerio de Salud Pública.

La tasa de prevalencia deberá haber caído a un caso por cada 10.000 personas para 2015, es decir un 20% menos que en 2010, y cinco años después deberá estar en el orden de uno por cada 100.000 habitantes, o sea la mitad de los casos registrados el año pasado, de acuerdo con la campaña dada a conocer por la cartera.

Desde la fundación de la República Popular China, en 1949, han sido diagnosticados y atendidos gratuitamente en todo el país 500.000 casos de la enfermedad.

El número de afectados por el mal se ha reducido dramáticamente en los últimos 62 años, pero el país aún enfrenta serios desafíos para erradicarlo definitivamente, según la entidad.

El gobierno ha dividido las 32 provincias, municipalidades y regiones autónomas del país en tres categorías con base en la situación actual de la epidemia. Las áreas más gravemente afectadas han sido catalogadas como las de "primer grado".

India, Bihar: Mueren al menos 56 niños por un brote de encefalitis

3 de octubre de 2011 – Fuente: Agencia Indo-Asian News Service



Al menos 56 niños de entre dos y diez años murieron en las últimas cuatro semanas a causa de un brote de encefalitis en el estado de Bihar, en el norte de India, informó un responsable local de salud.

"Cada dos años hay un repunte del número de niños contagiados por esta enfermedad, pero este año esta siendo inusualmente alto", afirmó el doctor Rajendra Prasad, responsable de salud del distrito de Gaya, en el que más de 150 menores han contraído encefalitis.

Las últimas tres víctimas de esta enfermedad infecciosa, transmitida por la picadura de un mosquito, se han producido en las últimas 48 horas, según una fuente oficial. En estos momentos están bajo cuidados intensivos unos 25 niños.

La infección provoca en los niños fuertes episodios de fiebre y en los casos más graves, convulsiones y estado de inconsciencia.

Los brotes de encefalitis son relativamente comunes en algunas regiones de India tras las lluvias monzónicas del verano.

Bihar, uno de los estados más pobres de India, es habitualmente una de las zonas más golpeadas por la epidemia, pero en todo el estado no hay ningún laboratorio capaz de analizar muestras de sangre para detectar rastros de esta afección viral.

⁵ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#) (artículo no gratuito).

"No podemos confirmar al cien por ciento que se trata de encefalitis porque no tenemos medios para hacer los análisis necesarios, pero los síntomas son muy evidentes", explicó el responsable sanitario.

Hace dos años la encefalitis acabó en Gaya con la vida de 46 niños, y en el cercano distrito de Muzaffarpur 55 menores murieron por esa misma enfermedad hace solo dos meses.

"Parece que estamos en lo peor del brote de este año y creo que a partir de ahora bajará el número de casos", dijo Prasad.

Japón, Fukushima: Las madres reclaman fijar estándares en materia de seguridad contra radiación específicos para niños



30 de septiembre de 2011 – Fuente: Agencia Inter Press Service

El riesgo de contaminación de los niños tras el desastre nuclear ocurrido el 11 de marzo en Japón colocó inevitablemente a las madres al frente de la lucha para protegerlos.

En una reunión realizada esta semana en el Ministerio de Salud y Bienestar, las madres organizadas reclamaron fijar los primeros estándares del mundo en materia de seguridad contra radiación específicos para niños.

"Los estándares de seguridad de los países con energía nuclear son para adultos", afirmó Emiko Ito, de la red Kodomo Zenkoku (niños de Japón), con sede en la prefectura de Fukuyama. La organización pidió a la viceministra de Salud y Bienestar, Yoko Komiyama, un mayor esfuerzo para proteger a los menores.

"Es un hecho que los niños son más vulnerables a la radiación", apuntó.

"La cruda realidad es que los niveles de radiación son continuamente cuestionados en los países", se lamentó el pediatra Makoto Yamada, de la Red de Protección a la Infancia contra la Radiación. "En ese contexto es casi imposible fijar niveles aceptables desde el punto de vista médico para los menores", dijo.

Los niños deberían estar a salvo de todo nivel de radiación, arguyó, siendo esa la razón por la cual fundó su organización. La red está integrada por médicos de todo el país que visitaron Fukushima de forma voluntaria para asesorar a padres preocupados y ofrecer análisis clínicos independientes para evaluar el grado de contaminación.

Los resultados de investigaciones divulgados a fines de marzo indicaron que 45% de los 1.100 niños y niñas seleccionados de zonas aledañas a las áreas de evacuación recibieron bajos niveles de radiación interna, según análisis oficiales.

La radiación interna entra al organismo tras respirar aire contaminado o consumir bebidas o alimentos contaminados y puede tener graves consecuencias sobre la salud, a diferencia de la externa que queda confinada al ambiente.

La ansiedad de los padres llevó a tomar medidas de precaución más estrictas en las escuelas. Los menores deben llevar manga larga y permanecer dentro del local. Además, las autoridades removieron la capa superior del suelo circundante para minimizar la contaminación ya que allí se concentra la radiación.

Entre los episodios que denotan la gran preocupación existente estuvo el hecho de que 2.300 menores fueron retirados de jardines de infantes privados, según cifras oficiales difundidas en mayo. Organizaciones sensibles a la situación realizaron campamentos de verano en varias partes del país para ayudar a minimizar el riesgo de contaminación.

Numerosas madres separadas decidieron mudarse fuera de Fukushima, aunque el padre de su hijo quede en esa prefectura.

"Los padres no pueden dejar sus trabajos, las familias se separan y eso genera estrés. También hubo casos de divorcios por diferencias de opinión entre los adultos sobre el riesgo para los niños", indicó Kobayashi.

La enorme preocupación de los padres por sus hijos es un punto de inflexión social en Japón, señaló el portavoz de la Red de Niños de Fukushima, Seichi Nakate.

"El accidente en la planta nuclear fue una gran sacudida para la mentalidad japonesa", dijo. "Los residentes de Fukushima se sintieron engañados por las autoridades que no hacían más que escuchar una y otra vez los méritos de la energía nuclear", añadió.

"Esa la clave de la desconfianza en el gobierno, el que tiene dificultades para calmar a la población. La antigua imagen de Japón con un orden social y económico sólido se rompió. Las consecuencias pueden ser de largo alcance", remarcó.

Hay gente que ya no quiere formar una familia en Fukushima. Maya Kobayashi, de 24 años, se mudó recién casada fuera de Fukushima en mayo para escapar a la contaminación por radiación.

"La opción era clara. A punto de empezar una familia con mi esposo, lo más importante era protegerme de la radiación. No estaba dispuesta a acatar la orden del gobierno, que restringió la zona de contaminación a 30 kilómetros", señaló.

Kobayashi se asentó en un barrio de la prefectura de Yamagata, a 60 kilómetros de la ciudad de Fukushima.

Yamagata es uno de los varios lugares de Japón que reciben y apoyan a la población de Fukushima, una oferta que aprovecharon gustosas miles de familias con niños pequeños.

Desde su evacuación, Kobayashi se dedica a ayudar a quienes sufrieron lo mismo que ella. La vasta mayoría de la gente que recurre a sus servicios, de una lista de 700 personas, busca información detallada sobre donde reubicarse y sobre todo lo relacionado a los subsidios financieros, explicó.

Vietnam: Un estudio pone de relieve el elevado riesgo de contraer dengue en áreas rurales

16 de septiembre de 2011 – Fuente: *PLoS Medicine*



Un estudio realizado en Vietnam desafía al conocimiento científico convencional, al afirmar que las personas que viven en zonas rurales –no en las ciudades, como se afirma– son los que presentan mayor riesgo de contraer dengue.

Las pruebas realizadas a unos 3.000 pacientes hospitalizados en el centro-sur de Vietnam entre 2005 y 2008 demostraron que las zonas rurales pueden contribuir a las epidemias de dengue tanto como las áreas urbanas, a pesar del hecho de que las ciudades contribuyen de manera sustancial debido a que son más pobladas, según un equipo de investigadores dirigido por Wolf-Peter Schmidt, del Instituto de Medicina Tropical de la Universidad de Nagasaki.

El estudio llama la atención sobre el vínculo entre las altas tasas de infección por dengue y la falta de agua de red en las zonas rurales.

En los pueblos con un mínimo de suministros de agua del grifo, los depósitos de agua son criaderos ideales para los mosquitos infectados de dengue, dice el estudio.

“Probablemente hayo un elemento de localización específica para los resultados, de modo que si se repite el estudio en el norte de Vietnam, podrían obtenerse diferentes resultados”, dijo Cameron Simmons, inmunólogo de la Unidad de Investigación Clínica de la Universidad de Oxford, en Ciudad Ho Chi Minh.

“Sin embargo, es importante que la gente entienda que la transmisión del dengue no se limita a las áreas extensas y muy pobladas”, dijo Cameron.

No existe una vacuna disponible contra el dengue, pero la compañía francesa Sanofi planea lanzar una en 2014.

La enfermedad está presente en todo Vietnam, especialmente en las provincias del sur en verano.

Vietnam debe proporcionar un suministro permanente de agua de grifo a las aldeas rurales, dijo Vu Dinh Thiem, epidemiólogo del Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología en Hanoi, co-autor del estudio.

Lo normal es que “un pueblo tenga agua para dos días, pero luego se acaba. La gente tiene que usar un contenedor para almacenar el agua, lo que aumenta el riesgo de dengue”, dijo Thiem.

El estudio fue presentado al Ministerio de Salud de Vietnam.⁶

Unos 350 millones de menores en el mundo no reciben asistencia sanitaria profesional en su vida

19 de septiembre de 2011 – Fuente: *Save the Children*



Alrededor de 350 millones de niños y niñas en todo el mundo no ha visto a un trabajador sanitario en su vida, según se desprende del informe ‘Sanidad al alcance de todos los niños y niñas’, elaborado por Save the Children, en el que se solicita a los líderes mundiales que inviertan en salud para suplir los 3,5 millones de puestos sanitarios necesarios para un reparto equitativo de profesionales.

Según la organización, los niños y niñas de África “solo tienen acceso al 3% del total mundial de trabajadores sanitarios a nivel mundial, por lo que este aumento de personal cualificado evitaría que en Nigeria, Etiopía o Liberia los niños y niñas tengan cinco veces más posibilidades de morir antes de su quinto cumpleaños que los que viven en países con un número adecuado de trabajadores sanitarios”.

La responsable de Programas Internacionales de Save the Children, Lucía Losoviz, afirmó que “es inaceptable que un niño pierda la vida porque no tiene acceso a una matrona o enfermera”. “Formar a trabajadores sanitarios es fácil y barato y su impacto es enorme. Pueden salvar vidas administrando vacunas o ayudando en partos. Los líderes

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

mundiales deben poner fin a este escándalo y asegurar que todos los niños y niñas, independientemente de donde vivan, tengan acceso a un trabajador sanitario”, añadió.

El informe también señala que avanzar en este sentido “no es difícil si se llevan a cabo políticas e inversiones adecuadas” y que en países como Bangladesh o Nepal, “una gran inversión en trabajadores sanitarios redujo el número de muertes de niños y niñas”. Ambos países se encuentran entre los pocos encaminados a cumplir el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) de la Organización de Naciones Unidas (ONU) de reducir la mortalidad infantil en dos tercios para 2015.

Save the Children ha elaborado un ranking por países de la atención sanitaria que recibe un niño enfermo, situándose Chad y Somalia a la cola y Suiza y Finlandia a la cabeza. El análisis muestra que los niños que viven en los 20 últimos países del ranking, todos por debajo del mínimo que establece la Organización Mundial de la Salud (OMS) de dos trabajadores por cada mil habitantes, tienen cinco posibilidades más de perder la vida que los que viven en los países que encabezan el ranking.

Causas de la crisis de personal sanitario

Entre las causas de la crisis de personal sanitario, Save the Children explica que en los países con bajos ingresos, la falta de educación y formación dificulta que sus habitantes puedan llegar a formarse como trabajador sanitario. Cada año 173.000 médicos se forman en Europa, comparados con los 5.100 de África.

Otra de las causas que indica la ONG “es la poca motivación que ofrecen los bajos salarios y la escasez de incentivos lo cual provoca fuga de cerebros”. Así, precisa que el 81% de los trabajadores sanitarios de Liberia y Mozambique trabaja fuera de su país y que los que se quedan se enfrentan a un trabajo en malas condiciones en hospitales “con muy malo equipamiento”.

A lo anterior se añade la “mala gestión que se hace de los trabajadores sanitarios, que no se distribuyen donde son más necesarios”. En muchos países con un alto índice de mortalidad infantil, los trabajadores sanitarios se concentran en las áreas urbanas y están fuera del alcance de niños y niñas que viven en zonas rurales remotas.

“La escasa inversión en salud por parte tanto de los países ricos como de los países pobres frena la formación de personal sanitario. Hay una escasez de fondos de dos tercios para trabajadores sanitarios. El papel que juegan los países en desarrollo es crucial: en 2011 los países africanos se comprometieron a destinar el quince por ciento de sus presupuestos nacionales a sanidad, sólo ocho lo han cumplido”, relató.

Finalmente, denuncia que la financiación resulta “poco efectiva porque los fondos para salud se obtienen a través de diferentes canales y en diferentes momentos, lo cual hace muy difícil planificar para el futuro e invertir en los proyectos a largo plazo necesarios para contratar y formar a trabajadores sanitarios”.⁷

⁷ Puede consultar el informe completo haciendo clic [aquí](#).

Publicidad relacionada con la salud

**Deja de fumar.**

Paris sans tabac (1996. París, Francia).

A todos aquellos cuyo interés sea el de difundir reportes breves, análisis de eventos de alguna de las estrategias de vigilancia epidemiológica a través de unidad centinela y/o nodo de vigilancia clínica, o actividades de capacitación de su nivel local, les solicitamos nos envíen su artículo para que sea publicado 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.

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.