



Situación Epidemiológica Internacional

Vigilancia en Salud

ISSN 1028-4346

No. 176

Semana 4

Viernes 23 de marzo de 2007

En este número:

Influenza Aviar	2
Acumulado de casos humanos confirmados hasta el 16 de marzo de 2007	2
Influenza.....	2
Estados Unidos	2
Canadá	4
Dengue.....	7
Situación en Paraguay	7
Situación en Argentina.....	7
Situación en Brasil.....	8
Situación en Uruguay	8
La OPS hace un llamado a los países de las Américas para “que todas las niñas cuenten: el cáncer cervical es prevenible”	9
Estabilización de la epidemia mundial de Tuberculosis	11
Fuentes consultadas	13

Influenza Aviar

Acumulado de casos humanos confirmados hasta el 16 de marzo de 2007

País	2003		2004		2005		2006		2007		Total	
	casos	fall	casos	fall	casos	fall	casos	fall	casos	fall	casos	fall
Azerbaiyán	0	0	0	0	0	0	8	5	0	0	8	5
Cambodia	0	0	0	0	4	4	2	2	0	0	6	6
China	1	1	0	0	8	5	13	8	1	0	23	14
Djibouti	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Egipto	0	0	0	0	0	0	18	10	6	3	24	13
Indonesia	0	0	0	0	19	12	56	46	6	5	81	63
Iraq	0	0	0	0	0	0	3	2	0	0	3	2
Lao	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2
Nigeria	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
Tailandia	0	0	17	12	5	2	3	3	0	0	25	17
Turquía	0	0	0	0	0	0	12	4	0	0	12	4
Vietnam	3	3	29	20	61	19	0	0	0	0	93	42
Total	4	4	46	32	97	42	116	80	16	11	279	169

Número total de casos, incluidos los fallecidos.

OMS reporta sólo los casos confirmados por laboratorio.

Fuente: OMS. Acumulado de casos humanos confirmados de Influenza aviar A (H5N1). 2007 mar 16. Disponible en: http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/country/cases_table_2007_03_16/en/index.html

Influenza

Estados Unidos

Durante la semana 9 (del 25 de febrero al 3 de marzo de 2007), la actividad de Influenza en los Estados Unidos decreció ligeramente. De los especímenes analizados por los Laboratorios del Sistema Nacional de Vigilancia de Virus Respiratorios y Enterovirus y los Centros colaboradores de la Organización Mundial de la Salud (NREVSS y WHO), el 22.5% resultó positivo al virus de Influenza.

Las atenciones médicas por Enfermedad similar a la Influenza permanecen por encima del nivel histórico nacional por undécima semana en esta temporada, aunque está declinando.

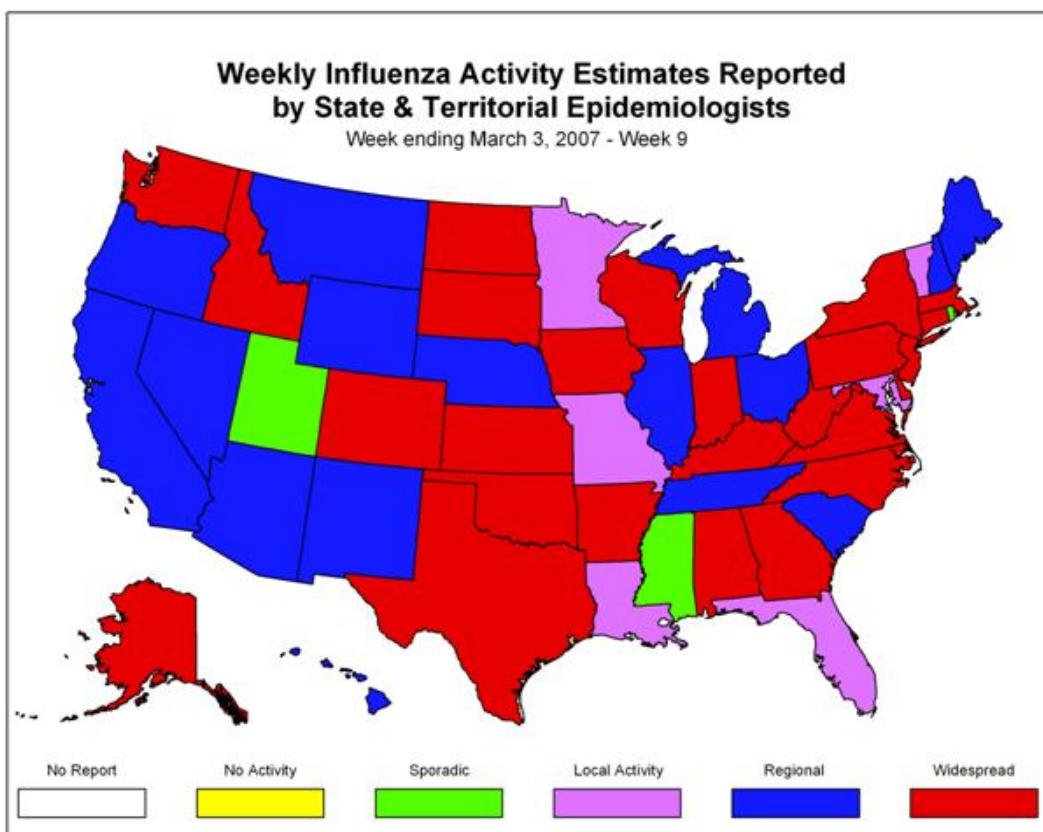
El por ciento de fallecidos atribuido a Neumonía e Influenza permanece por debajo del nivel histórico.

En 25 estados (Alabama, Alaska, Arkansas, Colorado, Connecticut, Delaware, Georgia, Idaho, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Massachusetts, New Jersey, New York, North Carolina, North Dakota, Oklahoma, Pennsylvania, South Dakota, Texas, Virginia, Washington, West Virginia, y Wisconsin) se reportó actividad diseminada de Influenza. En 16 estados (Arizona, California, Hawaii, Illinois, Maine, Michigan, Montana, Nebraska, Nevada, New Hampshire, New Mexico, Ohio, Oregon, South Carolina, Tennessee, y Wyoming), y la Ciudad de Nueva York se registró actividad regional de Influenza. En 6 estados (Florida, Louisiana, Maryland, Minnesota, Missouri, y Vermont) y el Distrito de Columbia se

notificó actividad local. En 3 estados (Mississippi, Rhode Island, y Utah), se reportó actividad esporádica de Influenza. (Gráfico 1).

La notificación de reporte de actividad de Influenza diseminada o regional decreció de 44 estados en la semana 8, a 41 estados en la semana 8.

Gráfico 1. Actividad de Influenza



Vigilancia de laboratorio

Durante la semana No. 9, fueron analizadas 4 445 muestras por los laboratorios del Sistema Nacional de Vigilancia de Virus Respiratorios y Enterovirus de los Estados Unidos y los Centros colaboradores de la Organización Mundial de la Salud (OMS); y resultaron positivas, 1 002 muestras (22.5%). De estas, 95 muestras fueron clasificadas como Influenza A(H1), 24 como A(H3), 618 como Influenza A (subtipo sin clasificar) y 265 como Influenza B.

Desde el 1 de octubre de 2006 los laboratorios del Sistema Nacional de Vigilancia de Virus Respiratorios y Enterovirus de los Estados Unidos y los Centros colaboradores de la Organización Mundial de la Salud (OMS), han analizado un total de 119 002 especímenes, de los cuales 14 993 (12.6%) resultaron positivos. De los 14 993 resultados positivos al virus de Influenza, 12 438 (83.0%) fueron clasificados como Influenza A y 2 555 (17.0%) como Influenza B.

De las 12 438 muestras de Influenza A, 3 475 (27.9%) han sido clasificadas; de estas, 2 902 (83.5%) como Influenza A(H1) y 573 (16.5%) como Influenza A(H3). De los especímenes analizados durante las tres semanas más recientes (11 de febrero al 3 de marzo, 2007), sobre una base regional, el por ciento de especímenes positivos a Influenza se presenta en la siguiente tabla:

11 de febrero al 3 de marzo, 2007 (especímenes positivos)	
>20% positivo	10-20% positivo
East North Central (31.2%)	New England (15.1%)
West North Central (28.0%)	Mid Atlantic (17.3%)
East South Central (36.2%)	South Atlantic (17.4%)
West South Central (33.1%)	Pacific (17.3%)
Mountain (21.0%)	

Caracterización antigénica

El CDC ha caracterizado antigénicamente, 303 muestras positivas a la Influenza, recolectadas por los laboratorios de Estados Unidos desde el 1ro de octubre de 2006: 200 de Influenza A(H1), 25 de Influenza A(H3), y 78 de Influenza B.

Del total de virus de Influenza A H1 (200), 189 (95%) fueron caracterizados como similar al virus A/New Caledonia/20/99, el cual es un componente de la Influenza A (H1) utilizado para la vacuna de Influenza para la temporada 2006-2007, y 11 (5%) mostraron en cierto modo títulos reducidos con antiseros producidos contra la cepa A/New Caledonia/20/99 y que son similares a A/Solomon Islands/3/2006.

Doce (48%) de los virus de Influenza A H3 (25), fueron caracterizados como similar al A/Wisconsin/67/2005, el cual es un componente de la Influenza A (H3) recomendado para la vacuna de Influenza para la temporada 2006-2007. Trece (52%) de los 25 virus mostraron títulos reducidos con antiseros producidos contra la cepa A/Wisconsin/67/2005.

Las 78 muestras positivas a Influenza B pertenecen a los linajes de B/Victoria/02/87 y B/Yamagata/16/88.

El 67% (52) del total de muestras positivas a Influenza B (78) fueron caracterizadas como B/Victoria. De estas 52 muestras, 29 (56%) fueron similares al virus B/Ohio/01/2005, el componente de la Influenza B recomendado para la vacuna de Influenza para el 2006-2007, y 23 (44%) mostraron títulos reducidos con antiseros producidos contra B/Ohio/01/2005.

El 33% (26) del total de muestras positivas a Influenza B (78) fue caracterizado como B/Yamagata.

Traducción y Síntesis: Fuente: CDC. Weekly Report: Influenza Summary Update. Week ending March 3, 2007-Week 9. Disponible en: URL: <http://www.cdc.gov/flu/weekly/>

Canadá

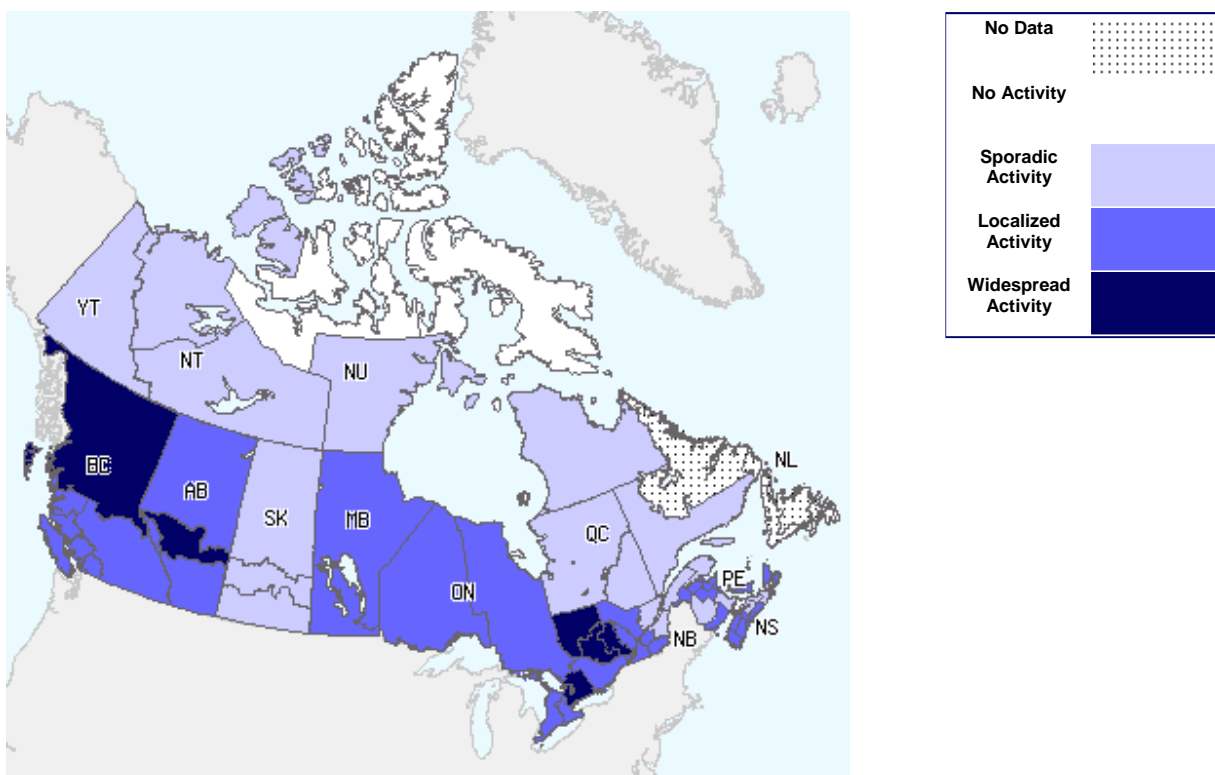
Durante la semana 9, la actividad de Influenza en todo Canadá decreció. Se reportó actividad diseminada de Influenza en 7 regiones; en 31 regiones se reportó actividad localizada y en 21 regiones, esporádica. En el resto (3 regiones de Nova Scotia y Nunavut) se reportó no tener actividad (ver mapa). (Se advierte que la información sobre los niveles de la actividad de Influenza en Newfoundland and Labrador se encuentra pendiente; sin embargo, se reportaron 22 brotes en la provincia.)

En la semana 9, el 20% (848/4 243) de las muestras analizadas resultó positivo, y se observa un ligero incremento. Las detecciones de Influenza en la semana son similares a las de las semanas precedentes en la mayoría de la regiones excepto en Ontario y British Columbia, donde se incrementaron. Hasta la fecha de la actual temporada, del total de detecciones de virus de Influenza, el 96% (4 250/ 4 423) pertenece a Influenza A (Gráfico 1).

La tasa de atenciones médicas por Enfermedad similar a la Influenza se incremento de 21 por 1000 atenciones en la semana 8 a 51 por 1000 atenciones médicas en esta semana. Esta es la tasa más alta observada en esta temporada. Sin embargo, aún se encuentra dentro del rango esperado para la semana. La tasa de atenciones se incremento en todos los grupos de edades y fue mayor en los grupos de 20-64 años y 0-4 años. La tasa de respuesta centinela fue de un 72%.

Durante la semana 9, se reportaron 97 nuevos brotes de Influenza confirmados por laboratorio (la cifra más alta reportada hasta la fecha): 38 de ellos en hogares de cuidados; 48 en escuelas y 11 en otro tipo de institución.

Gráfico 1. Actividad de Influenza en Canadá: del 25 de febrero al 3 de marzo de 2007 (Semana 9)



Total de muestras de Influenza estudiadas en laboratorio y número de muestras positivas por provincias en Canadá 2006-2007

Provincias con reportes de laboratorio	Período reportado Del 26 de febrero al 3 de marzo 2007				Temporada del 27 de agosto de 2006 al 3 de marzo de 2007			
	# Total Influenza Tests	# de Tests positivos		Total	Total # Influenza Tests	# de Tests positivos		Total
		Influenza A	Influenza B			Influenza A	Influenza B	
NL	96	19	0	19	502	76	0	76
PE	6	4	0	4	84	25	0	25
NS	68	16	0	16	633	49	0	49
NB	140	31	0	31	880	67	0	67
QC	1463	275	40	315	12700	734	116	850
ON	1133	282	0	282	20661	1784	10	1794
MB	76	0	0	0	1544	28	0	28
SK	151	13	1	14	4040	215	2	217
AB	863	100	3	103	15489	858	15	873
BC	247	63	1	64	3238	414	30	444
Canadá	4243	803	45	848	59771	4250	173	4423

Especímenes procedentes de NT, YT y NU son enviados a laboratorios de referencia de otras provincias.

Abreviaturas: Newfoundland/Labrador (NF), Prince Edward Island (PE), New Brunswick (NB), Nova Scotia (NS), Quebec (QC), Ontario (ON), Manitoba (MB), Saskatchewan (SK), Alberta (AB), British Columbia (BC), Yukon (YT), Northwest Territories (NT), Nunavut (NU)

Caracterización antigénica

El Laboratorio Nacional de Microbiología ha caracterizado 614 muestras de virus de Influenza en la temporada 2006-2007: 202 como similar A/New Caledonia/20/1999(H1N1), 382 como A/Wisconsin/67/05(H3N2), 7 B/Malaysia/2506/2004, y 23 como B/Shanghai/361/2002. Todas, excepto B/Shanghai/361/2002 están incluidas en la composición de la vacuna canadiense para la temporada 2006-2007. De los virus de Influenza A caracterizados, el 80% son A(H1N1) y proviene del Oeste, mientras la mayoría de los virus A(H3N2) se detectó en Ontario (59%) y British Columbia (25%).

Resistencia antiviral

Desde el comienzo de la temporada, el Laboratorio Nacional de Microbiología ha analizado 541 muestras de Influenza A (167 H1N1, 374 H3N2) para estudiar la resistencia a la Amantadina. Ninguna de las muestras de H1N1 resultó resistente a la Amantadina. Sin embargo, el 28% (104/374) de las muestras clasificadas como H3N2 fueron resistentes. De las 498 muestras (471 Influenza A, 26 Influenza B) analizadas para observar la resistencia al Oseltamivir, ninguna fue resistente.

Hospitalizaciones pediátricas asociadas a Influenza

Esta semana se registraron 40 casos nuevos confirmados por laboratorio de Influenza en pacientes pediátricos hospitalizados notificados a través de la red del Programa Activo para el Monitoreo de la Inmunización (Immunization Monitoring Program Active, IMPACT) en todo Canadá, excepto en Saskatchewan and Manitoba. De las 181 hospitalizaciones reportadas hasta la fecha, 93% (169/181) se ha debido a la Influenza A. La proporción de casos por grupo de edad es de: 13% para 0-5 meses, 33% para 6-23 meses, 23% para 2-4 años, 20% para 5-9 años y 11% para 10-16 años. Sólo 2 de estos casos fue debido a Influenza B.

De las hospitalizaciones reportadas hasta la fecha, el 93% (130/140) se deben a Influenza A.

Traducción y Síntesis: Fuente: Agencia de Salud Pública de Canadá. Actividad de Influenza. February 25-March 3, 2007 (Week 9). Disponible en: http://www.phac-aspc.gc.ca/fluwatch/06-07/w09_07/index.html

Dengue

Situación en Paraguay

La alerta epidemiológica nacional continúa según información del Ministerio de Salud Pública y Seguridad Social de Paraguay.

Hasta el 14 de marzo de 2007 se han reportado:

- 19 577 casos sospechosos de Fiebre de Dengue
- 46 casos de Dengue hemorrágico
- 10 fallecidos
- Tasa de letalidad: 21.7 %
- serotipo: DEN 3
- Áreas afectadas: Asunción, Departamento Central y otras ciudades.

El brote actual de Dengue en Paraguay causado por el serotipo 3 fue precedido por la circulación de los serotipos 1 y 2.

La enfermedad reapareció en el 2003, 2004 y 2006 con el predominio del serotipo 3.

Durante el brote del 2006 en Asunción se reportaron 4 271 casos de Dengue por serotipo 3. El país logró el control del brote y mantuvo en niveles bajos la transmisión hasta octubre de 2006 cuando el número de casos comenzó a aumentar.

El brote de Dengue se concentra en la capital y en 4 departamentos: capital (tasa de incidencia= 1166.6 por 100 000 habitantes), Cordillera (392.3), Central (388.4) y Concepcion (336.5). Otros departamentos afectados son Amambay y Paraguari.

Traducción y Síntesis de: Fuente: Information obtained by the PAHO Regional Program on Dengue through the PAHO Country Office in Paraguay (PAHO-Paraguay), based on data from the central database Centro de Computos DiVET > run by the Ministry of Public Health and Social Welfare (Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social / MSPBS) of Paraguay and MERCOSUR.

Tomado de: Programa para el Seguimiento de Enfermedades Infecciosas. 2007 mar 20. Disponible en: URL: www.promedmail.org

Situación en Argentina

El Gobierno de Argentina ha logrado controlar el brote de Dengue con sólo 38 nuevos casos detectados en los últimos 7 días, informó el Ministerio de Salud.

Desde el brote de la enfermedad en Argentina hace 3 semanas, 156 personas han enfermado y no se han reportado casos de Dengue hemorrágico.

El Ministerio informa 588 atenciones médicas por presentar síntomas similares al de la enfermedad.

En Formosa, cerca de la frontera paraguaya, se han reportado 197 casos sospechosos, más que cualquier otra region Argentina.

Tomado de: Programa para el Seguimiento de Enfermedades Infecciosas. 2007 mar 14. Disponible en: URL: www.promedmail.org

Situación en Brasil

Los casos de Dengue aumentaron 167% en el estado de Sao Paulo entre los días 2 y 16 de marzo. En este período, 4 887 personas contrajeron alguna forma de la enfermedad en 160 ciudades del estado. Solamente en la última semana (9 a 16 de marco), 2 482 personas se enfermaron, aumentando a 7 808 el número de casos positivos en todo el Estado desde el 1º de enero.

La información consta en la actualización hecha ayer por la Secretaría de Salud del Estado. Sin embargo, los números son más altos que los divulgados (se estima al menos el doble) porque la amplia mayoría de los municipios no hizo la correspondiente actualización de los casos.

Para tenerse una idea, sólo los municipios de Cruzeiro, con 3 casos, y Votuporanga, con un caso, están incluidos en la 11ª semana epidemiológica, los restantes están todavía repasando los datos de las semanas anteriores. Este sábado, se cerró la 12ª semana epidemiológica.

Los datos de la secretaría tampoco computan los números reales en al menos 11 municipios del estado de São Paulo en los cuales el Dengue fue declarado, por la propia secretaría, áreas de brote epidémico.

Uno de ellos es Birigüi, que de acuerdo a los números de la secretaría, registra 804 casos positivos, la mayor incidencia del Estado. De acuerdo con el alcalde de Birigüi, Wilson Carlos Borini, el número de casos clínicos confirmados sobrepasan a 1 600. En diez días, tres personas que recibían tratamiento contra el Dengue murieron en Birigüi, la última el miércoles. En dos de ellas el diagnóstico de Dengue fue confirmado.

Fuente: CruzeiroNet, Brasil 17/03/07. Disponible: <http://www.cruzeironet.com.br/run/5/253587.shl>

Tomado de: Programa para el Seguimiento de Enfermedades Infecciosas. 2007 mar 18. Disponible en: URL: www.promedmail.org

Situación en Uruguay

El Ministerio de Salud Pública de Uruguay informó el domingo que se descubrió el primer caso de Dengue autóctono en el país, tras detectar una anterior persona infectada en un viaje al exterior, en medio de un brote de la enfermedad en la región.

El director nacional de Salud, Jorge Basso, dijo a periodistas que la persona infectada es un hombre de 30 años residente en el norteño departamento de Salto, en la frontera con Argentina, donde también se han registrado decenas de casos de Dengue.

"En los últimos días, hemos tenido varios pacientes bajo observación, en uno de ellos, en la ciudad de Salto, apareció confirmado. Ese paciente no ha viajado fuera de fronteras, por lo tanto es un caso de Dengue autóctono, eso quiere decir que tenemos mosquitos infectados," explicó Basso.

El otro afectado en Uruguay es un hombre de 40 años, que trabaja en el sector de transporte internacional y vive en Montevideo, y contrajo la enfermedad durante un viaje a una zona endémica de la región.

Según datos del Ministerio, hasta el momento se encontraron larvas del mosquito que transmite la enfermedad en cinco departamentos: Rivera, fronterizo con Brasil; Salto, Paysandú y Río Negro, en el oeste de Uruguay en la frontera con Argentina, y en dos zonas de Montevideo.

Las autoridades sanitarias lanzaron una campaña de información y prevención en medios de comunicación y vía mensajes de texto en celulares, así como una fumigación masiva en lugares donde se encontraron las larvas.

La enfermedad ya ha causado la muerte de varias personas en Paraguay, el país más afectado, Brasil, Perú y Bolivia.

Fuente: Reuters Latinoamérica, 17/03/07

<http://lta.today.reuters.com/news/newsArticle.aspx?type=domesticNews&storyID=2007-03-19T012350Z_01_N18763113_RTRIDST_0_LATINOAMERICA-SALUD-URUGUAY-DENGUE-SOL.XML>

Tomado de: Programa para el Seguimiento de Enfermedades Infecciosas. 2007 mar 19. Disponible en: URL: www.promedmail.org

La OPS hace un llamado a los países de las Américas para “que todas las niñas cuenten: el cáncer cervical es prevenible”

La Organización Panamericana de la Salud enfoca este año la conmemoración del Día Internacional de la Mujer con un refuerzo panamericano contra una de las mayores amenazas a la salud de la mujer: el cáncer cervical. No obstante prevenible, esta patología es causante de cerca de medio millón de muertes cada año en el mundo. Una nueva vacuna puede ser la solución a una gran carga de la enfermedad, pero la aún muy costosa tecnología permanece todavía fuera del alcance de la mayoría de los países en desarrollo, con bajos ingresos o con limitadas capacidades y recursos.

El cáncer cervical y su devastador impacto en la salud de cientos de miles de mujeres en todo el mundo constituyen en la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el centro de la atención del Día Internacional de la Mujer 2007 que, en este año y bajo el eslogan “Que todas las niñas cuenten: el cáncer cervical es prevenible”, subraya hoy el carácter prevenible de esta enfermedad gracias a las nuevas vacunas existentes y otras en estado de desarrollo avanzado.

Perfil de inequidad

Pero en el Día Internacional de la Mujer 2007, la OPS hace énfasis en una problemática especialmente notoria y preocupante. El cáncer cervical es una enfermedad que en un 80 por ciento de los casos ocurre en países de bajos ingresos que adolecen de serias brechas en su capacidad para responder a este desafío en igualdad de condiciones a países como por ejemplo Estados Unidos o Canadá, donde se han registrado significativas reducciones tanto en sus índices de incidencia como de mortalidad.

Por ejemplo, cifras de la OPS muestran que en Canadá la tasa de mortalidad por neoplasias malignas de útero y placenta, por 100.000 mujeres, en el grupo de 45 a 64 años de edad alcanzó 8,2 en el 2002, mientras que en Paraguay fue 8 veces más (70,4). Asimismo y según las mismas fuentes, el rango de la incidencia estimada por neoplasias malignas del cuello del útero (ajustada por 100.000 mujeres) también con datos del 2002 variaba entre un 7,7 en Canadá y un 87,3 en Haití.

Al interior de los países también se reproducen estas inequidades. Así, en Ecuador en el 2004, el 70% de mujeres indígenas de 15 a 49 años con experiencia sexual nunca se realizaron una prueba del virus del papiloma humano, frente a una media nacional del 35,6%. En Guatemala, cuya media nacional en el 2002 era del 32,5%, el porcentaje de mujeres indígenas de 30 a 49 años que nunca se realizaron un examen alcanzó ese año el 58%.

Aunque el cáncer cervical es una condición prevenible, los expertos en salud pública reiteran en el Día Internacional de la Mujer que esta enfermedad aún sigue siendo un gran problema de salud pública para mujeres en el mundo en desarrollo y especialmente en la mayor parte de los países de América Latina y el Caribe donde, como revelan los datos, no se han observado las mismas tendencias de reducción de incidencia y mortalidad.

Nueva vacuna

La mayoría de los casos de cáncer cervical están ligados a la infección genital por el virus del papiloma humano (VPH), cuya mayor tasa de incidencia generalmente ocurre en mujeres de edades comprendidas entre los 16 a los 20 años. Hasta este momento, la mejor forma de prevenir el cáncer cervical consistía en la realización de exámenes ginecológicos, tamizados, y en el tratamiento de lesiones pre-cancerígenas. Sin embargo, una nueva vacuna que previene contra la infección del VPH causante de la mayoría de los casos de cáncer cervical, así como una segunda vacuna que se espera sea aprobada pronto, han venido a dar una nueva relevancia e ímpetu sobre las acciones de las instituciones internacionales de salud pública, los gobiernos y los sectores público y privado por fortalecer la capacidad de los países, especialmente los de bajos ingresos donde la incidencia es mucho mayor, para enfrentar los devastadores efectos de este gran enemigo de la salud de la mujer.

“El cáncer del cuello uterino es un problema de salud pública importante en los países menos desarrollados que persiste pese a que por más de 30 años se cuenta con la prueba de citología vaginal”, afirmó Mercedes Juárez, jefa de la Unidad de Género, Etnia y Salud de la OPS. “Esta tecnología, sencilla, eficaz y de bajo costo para la detección temprana de cáncer del cuello uterino, ofrece una alta probabilidad de curación a bajo costo en etapas tempranas. Sin embargo, no todos los grupos de mujeres tienen igual acceso a esta prueba oportunamente”.

El Dr. Jon Andrus, principal asesor técnico de la Unidad de Inmunización de la OPS e íntimo colaborador en los esfuerzos que para este Día Internacional de la Mujer se están coordinando desde la Unidad de Género, Etnia y Salud de la entidad hemisférica, ha declarado que no se trata sólo de tener una vacuna que pueda prevenir el cáncer cervical.

En el contexto de este Día Internacional “el desafío para los programas nacionales de inmunización alrededor del mundo y muy especialmente en América Latina y el Caribe, es poner al alcance de todas las mujeres que más la necesitan esta tecnología salvadora de vidas”. El Dr. Andrus subrayó que el problema es que en un 80% de las mujeres que mueren de cáncer cervical son pobres y viven en zonas desfavorecidas. “Ellas serán las que más se beneficiarán de los esfuerzos para facilitar precios asequibles y acceso a esta vacuna”.

Obstáculos a la salud

Expertos consultados coinciden en afirmar que el precio de la nueva vacuna disponible del VPH es un claro obstáculo para su efecto sanador en países de bajos recursos e ingresos muy limitados. A principios de este año, la vacuna desarrollada por la farmacéutica Merck se vendía en el mercado privado por unos 120 dólares o más por dosis, con un precio total de al menos 360 dólares para la requerida serie de tres dosis.

Aunque Merck y GlaxoSmithKline (GSK) se han comprometido a ofrecer la vacuna a precios más bajos para los programas de salud del sector público del mundo en desarrollo, los acuerdos aún no han sido negociados y es por ello que expertos y oficiales de la OPS estiman como crucial que todas las agencias y organizaciones que trabajan en pro de la salud de la mujer negocien unidos con los fabricantes de las vacunas para alcanzar los precios más ventajosos que se puedan lograr como resultado de las tratativas.

La OPS estima que más de 37.600 muertes por cáncer cervical se producen anualmente en América Latina y el Caribe. De acuerdo a un estudio OPS sobre la situación del cáncer cervical, los programas de monitoreo contra esta enfermedad generalmente no han dado resultados importantes en la Región para una reducción de sus casos y tasas de mortalidad.

“No hay duda de que es crítico un mejoramiento de los servicios de salud para las mujeres, particularmente aquellos enfocados en la detección temprana de casos y en la capacitación y entrenamiento de personal especializado en cáncer cervical”, afirmó el Dr. Andrus. “No obstante, la prevención en las redes primarias de salud sigue siendo siempre lo mejor. Tenemos que hacer todo lo que sea posible para introducir una vacuna que puede prevenir la muerte de mujeres que padecen de este tipo de cáncer y, muy particularmente, dentro de las comunidades más pobres, ya que de ellas proviene el número desproporcionadamente más alto de mujeres que mueren por esta enfermedad”.

Abordaje inter-programático

La responsable de la Unidad de Género de la OPS señaló que la organización hemisférica aprovecha el Día Internacional de la Mujer para llamar la atención y concienciar sobre la importancia de este problema de salud de las mujeres. Mercedes Juárez afirmó que con este evento se quiere fortalecer el abordaje inter-programático para responder de manera integral al desafío que representa el control del cáncer cervical en las poblaciones más vulnerables.

“En este proceso, el rol de la sociedad civil es definitivo en la búsqueda de mecanismos para revertir el impacto que el cáncer cervical tiene en la vida de las mujeres”.

La OPS fue establecida en 1902 y es la organización de salud pública más antigua del mundo. Es la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud y trabaja con los países para mejorar la salud y elevar la calidad de vida de sus habitantes.

Fuente: OPS. Comunicado de Prensa. 2007 mar 8. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps070308a.htm>

Estabilización de la epidemia mundial de Tuberculosis

La TB-XR, el VIH/SIDA y otros obstáculos siguen impidiendo mayores progresos

La epidemia mundial de tuberculosis se ha estabilizado por primera vez desde que, en 1993, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declarara la Tuberculosis una emergencia de salud pública. El Informe Mundial sobre el Control de la Tuberculosis, publicado hoy por la OMS, revela que el porcentaje de la población mundial afectada por la enfermedad alcanzó su valor máximo en 2004 y se ha mantenido constante en 2005.

«Ahora vemos tanto los frutos de la acción mundial en pro del control de la tuberculosis como la naturaleza letal de su persistencia», ha dicho Ban Ki-moon, Secretario General de las Naciones Unidas. «En la actualidad se detecta casi un 60% de los casos mundiales de Tuberculosis, y la gran mayoría de ellos se curan. En el último decenio 26 millones de pacientes han sido sometidos a tratamientos antituberculosos eficaces gracias a los esfuerzos de los gobiernos y de una amplia gama de asociados, pero la enfermedad sigue matando diariamente a 4400 personas.»

Aunque la tasa de incidencia de la Tuberculosis se estabilizó en 2005, o incluso disminuyó ligeramente con respecto a 2004, el número absoluto de casos sigue aumentando lentamente, debido al aumento de la población mundial. No obstante, el ritmo con que aparecieron nuevos casos de Tuberculosis en 2005 fue ligeramente menor que el crecimiento de la población mundial. En 2005 se registraron 8 787 000 casos, en comparación con los 8 718 000 de 2004. Se calcula que la tuberculosis causó 1,6 millones de muertes en 2005, de las cuales 195 000 correspondieron a personas infectadas por el VIH. A pesar de los signos de que la epidemia puede estar atenuándose, hay importantes obstáculos al avance rápido en la lucha contra la Tuberculosis. Entre ellos destaca la irregularidad del acceso al diagnóstico y al tratamiento en los países. «Necesitamos hacer frente a este problema, que es parte del reto más general de aumentar el acceso a los servicios de atención primaria de salud. Independientemente de quiénes sean o dónde vivan, todas las personas deben tener acceso al diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis como parte de un conjunto de servicios generales de salud que proporciona múltiples beneficios sanitarios», ha dicho la Dra. Margaret Chan, Directora General de la OMS.

Otros obstáculos importantes son:

La coinfección por VIH. La Tuberculosis es una importante causa de muerte en pacientes con VIH/SIDA, y el VIH es la principal razón de que no se alcancen las metas de control de la Tuberculosis en zonas donde la infección por VIH es frecuente, y en particular en el África subsahariana, donde el VIH/SIDA sigue alimentando la epidemia de Tuberculosis. La colaboración entre los programas de lucha contra la Tuberculosis y el VIH es fundamental para reducir la carga de Tuberculosis en pacientes con VIH/SIDA, y la carga de VIH en pacientes con Tuberculosis. Un Informe revela que la realización de pruebas de detección del VIH en pacientes con Tuberculosis está aumentando rápidamente en África, pero que son pocos los pacientes con VIH en los que se están realizando pruebas de detección de la Tuberculosis. «El año pasado hemos tenido una colaboración sin

precedentes entre los ámbitos de la Tuberculosis y del VIH, pero es necesario mucho más si queremos lograr el objetivo de proporcionar acceso universal a servicios de calidad para la prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de los pacientes con Tuberculosis e infección por VIH», ha dicho el Dr. Peter Piot, Director Ejecutivo del ONUSIDA.

Tuberculosis extremadamente resistente. La propagación de la Tuberculosis extremadamente resistente supone una grave amenaza a los progresos futuros, y podría poner en peligro incluso algunos de los avances recientes. «Tenemos un plan claro para controlar la Tuberculosis extremadamente resistente, pero los países lo están aplicando con demasiada lentitud. La financiación es otro problema. Tan sólo en 2007, serán necesarios US\$ 650 millones adicionales para aplicar en todo el mundo las medidas de control de la Tuberculosis multirresistente y extremadamente resistente», ha dicho el Dr. Mario Raviglione, Director del Departamento de la OMS Alto a la Tuberculosis. «Además, la amenaza de la Tuberculosis extremadamente resistente hace más necesaria que nunca la investigación de nuevas pruebas diagnósticas, medicamentos y vacunas.»

Déficit financiero global. Aunque los fondos destinados al control de la Tuberculosis han aumentado considerablemente desde 2002 hasta alcanzar los actuales US\$ 2000 millones, en 2007 serán necesarios otros 1100 millones para hacer frente a las necesidades financieras del Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015. Para los 10 años de vigencia del plan serán necesarios US\$ 56 000 millones, de los cuales la mitad serían financiados por los países endémicos y la otra mitad por los donantes, pero los compromisos de financiación actuales indican que hay un déficit de al menos US\$ 31 000 millones.

Carencias infraestructurales y de capacidad. En la mayoría de los países con alta carga de Tuberculosis, las medidas de lucha contra la enfermedad se ven obstaculizadas por servicios de laboratorio insuficientes y una escasez crítica de personal sanitario.

Si se mantuviera una tendencia sostenida a la atenuación de la epidemia de Tuberculosis es posible que el Objetivo de Desarrollo del Milenio consistente en reducir el número anual de casos de Tuberculosis se alcanzara antes de la fecha prevista (2015). Pero son necesarios progresos mucho más rápidos para que los países alcancen las metas del Plan Mundial para Detener la Tuberculosis: reducir a la mitad el número de casos y de muertos por Tuberculosis en 2015, en comparación con las cifras de 1990.

El Informe revela que las Regiones de las Américas, Asia Sudoriental y Pacífico Occidental se encuentran en el buen camino para alcanzar las metas del Plan Mundial para 2015, al contrario de las Regiones de Europa y del Mediterráneo Oriental. Las metas de la OMS para 2005 (detección del 70% de los casos y curación del 85%) no se alcanzaron por poco: la detección de los casos fue del 60% y la tasa de éxito del tratamiento del 84% a nivel mundial.

La Estrategia Alto a la Tuberculosis de la OMS tiene seis componentes:

Ampliar y mejorar el tratamiento DOTS de gran calidad.

Hacer frente al problema de la coinfección por VIH, a la Tuberculosis multirresistente y a otros obstáculos.

Contribuir al fortalecimiento de los sistemas de salud.

Lograr la participación de todos los profesionales sanitarios.

Capacitar a los pacientes con Tuberculosis y a las comunidades.

Facilitar y fomentar la investigación.

Tuberculosis multirresistente y Tuberculosis extremadamente resistente

Generalmente la Tuberculosis se trata con una combinación de cuatro antituberculosos convencionales, denominados de primera línea. Cuando estos fármacos no se usan adecuadamente puede aparecer la Tuberculosis multirresistente, que requiere un tratamiento más prolongado con los llamados fármacos de segunda línea, más caros y con más efectos colaterales. La Tuberculosis extremadamente resistente puede aparecer cuando estos fármacos de segunda línea también se usan de forma inadecuada, por lo que se vuelven ineficaces. Como la Tuberculosis extremadamente

resistente no responde a los fármacos de primera ni de segunda línea, las opciones terapéuticas se ven muy limitadas y el riesgo de muerte es extremadamente elevado. Tanto la Tuberculosis multirresistente como la extremadamente resistente son transmisibles de persona a persona.

El Plan Mundial para Detener la Tuberculosis (2006-2015), presentado por la Alianza Alto a la Tuberculosis en enero de 2006, propone una hoja de ruta para tratar durante los próximos 10 años a 50 millones de personas con Tuberculosis y proporcionar tratamiento antirretrovírico a 3 millones de pacientes con Tuberculosis y VIH/SIDA, lo cual permitirá salvar unos 14 millones de vidas. El objetivo consiste en reducir a la mitad la prevalencia y la mortalidad de la Tuberculosis para 2015, en comparación con los valores de 1990.

Fuente: OMS. Comunicado de Prensa. 2007 mar 22. Disponible en: www.who.org

Fuentes consultadas

Alerta Epidemiológico (Venezuela) <http://www.msds.gov.ve/>

CAREC. <http://www.carec.org>

CDC. Morbidity and Mortality Weekly Report <http://www.cdc.gov/mmwr>

Health Protection Agency. CDR Weekly <http://www.phls.co.uk/cdr/>

Center of Excellence in Disaster Management&Humanitarian Assistance <http://padmin.coe-dmha.org/apdr/index.cfm>

Disaster-Info <http://www.disaster-info.net/>

EpiNorth <http://www.epinorth.org>

Eurosurveillance Weekly <http://www.eurosurv.org>

Florida Fish and Wildlife Reasearch Institute <http://www.floridamarine.org>

Health Protection Agency (Reino Unido) <http://www.phls.co.uk>

Ministerio de Salud. Venezuela <http://www.msds.gov.ve/>

Ministerio de Salud. Argentina <http://www.msal.gov.ar/htm/default.asp>

Ministerio de Salud. Brasil <http://portal.saude.gov.br/saude/>

Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int>

Organización Panamericana de la Salud <http://www.paho.org>

Programa para el Seguimiento de Enfermedades Emergentes <http://www.promedmail.org>

Situación Epidemiológica Internacional es una publicación oficial de la Unidad Nacional de Análisis y Tendencias en Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba. Su frecuencia es semanal en formato electrónico.

Director: Dr. Daniel Rodríguez Milord

Edición, compilación y traducción: Lic. Rosa Lidia Vega Almeida

Asesor y Corrector: Dr. Waldo Jorrín Ibáñez.

Dirección Postal: 23 y N, Plaza de la Revolución, Ciudad de La Habana. CP 10400.

FAX: (537)8332312. Telf: (537)553350 y 553405.

Sitio web institucional: <http://www.sld.cu/sitios/vigilancia/>

Publicaciones disponibles en: <http://www.sld.cu/sitios/vigilancia/>