

- No se detectó la presencia de *Staphylococcus aureus* toxigénico en cantidades que pudieran considerarse como posible causa de intoxicación alimentaria. En sólo una muestra (queso mantecoso) se obtuvo un recuento de 4 NMP/g, valor por debajo del límite permisible.
- En ninguna de las muestras analizadas se halló *Bacillus cereus* en cantidades mayores que el requisito establecido por la norma referenciada.
- En el análisis de recuento de enterobacterias realizadas en las muestras de harina, se hallaron dos muestras con resultados mayores a los requisitos. La presencia de este grupo de microorganismos sugiere la falta general de limpieza en el manejo del producto y un almacenamiento inadecuado.
- se debe documentar datos como el origen, tipo y tamaño de la muestra que permita analizar la representatividad de lo enviado, así como contar con información que permita analizar las condiciones del entorno que puedan ser relacionadas con el agente productor de la intoxicación.
- las muestras deben ser procesadas inmediatamente por un laboratorio local de microbiología de alimentos. En caso de no contar con uno, las muestras deben ser enviadas al laboratorio referencial de microbiología de alimentos más próximo. Las muestras de agua deben ser recibidas dentro de un plazo máximo de 24 horas; las demás muestras deben ser mantenidas en una estricta cadena de frío en su conservación y transporte.

CONCLUSIONES

1. No se han encontrado evidencias de intoxicación por órgano fosforados a través de los análisis realizados en las muestras biológicas y las muestras de alimentos.
2. La posibilidad de que algún microorganismo pueda haber sido la causa de la intoxicación por el consumo de los alimentos analizados está latente pues el hallazgo de microorganismos indicadores de la presencia de patógenos ha sido evidenciada en el análisis microbiológico realizado a las muestras de alimentos involucrados.
3. Cabe señalar que las muestras obtenidas corresponden a pacientes identificados a partir del 07 y 09 de abril de 2007. El 63% de los casos identificados ocurrió el 04 de abril de 2007 y probablemente sean estos los que más claramente estén relacionados con el brote; lamentablemente no se cuenta con muestras de este grupo de casos.
4. Se sugiere que las intervenciones en los casos de intoxicación alimentaria consideren lo siguiente:

ESPECIAL POR EL DÍA MUNDIAL DE LA TUBERCULOSIS. ESTABILIZACIÓN DE LA EPIDEMIA MUNDIAL DE TUBERCULOSIS: OMS

Uno de los objetivos del milenio se habría logrado diez años antes de la fecha meta. La enfermedad sigue matando cada día a cuatro mil cuatrocientas personas.

La epidemia mundial de tuberculosis se ha estabilizado por primera vez desde que, en 1993, la Organización Mundial de la Salud declarara la tuberculosis una emergencia de salud pública.

En vísperas del Día Mundial de la Tuberculosis, la Organización Mundial de la Salud (OMS) difundió el 22 de marzo un informe mundial sobre el control de la tuberculosis, revela que el porcentaje de la población mundial afectada por la enfermedad alcanzó su valor máximo en el 2004 y se ha mantenido constante en el 2005.

De hecho, aunque el número de nuevos casos sigue en aumento (5,4 por ciento más en el 2005 con respecto al año anterior), la tasa mundial de prevalencia y de mortalidad "probablemente"

ha descendido en los últimos años, al tiempo que el porcentaje de nuevos casos respecto al total de la población se mantuvo estable o cayó en las seis regiones en que la OMS divide el planeta. De confirmarse ese último dato, uno de los objetivos del milenio —revertir el avance de la tuberculosis en el 2015— se habría cumplido con diez años de adelanto.

“Ahora vemos tanto los frutos de la acción mundial en pro del control de la tuberculosis como la naturaleza letal de su persistencia”, dijo Ban Ki-moon, secretario general de la ONU. “En la actualidad se detecta casi 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 cuatro mil cuatrocientas personas”.

Esta última cifra significó 1,6 millones de víctimas mortales en el 2005, entre ellas 195 000 eran portadores del VIH, según el informe de la OMS.

Además, de los cerca de dos mil millones de personas que tienen el *M. tuberculosis* (uno de cada tres habitantes del planeta) cada año desarrollan la enfermedad 8,8 millones de personas más, de las que 7,4 millones (63% del total) están en Asia y en el África subsahariana.

Uno de los principales problemas para detener el avance de la enfermedad es que el *M. tuberculosis* se propaga muy fácilmente entre los enfermos con sida, de forma que la tuberculosis se ha convertido en la principal causa de muerte entre los afectados por el VIH.

“Aún hay que hacer un importante esfuerzo en concientizar a la sociedad de que la presencia del VIH y de la tuberculosis están muy relacionadas”, explicó la directora general de la OMS, Margaret Chan, en la presentación del informe.

Por ello, lamentó que, aunque la realización de pruebas de detección del VIH en pacientes con tuberculosis está aumentando rápidamente en África (el continente más afectado por ambos problemas), las dirigidas en sentido contrario aún son muy escasas.

La otra gran amenaza en la lucha contra la epidemia es el desarrollo de resistencia a los fármacos por parte *M. tuberculosis*, tanto a los medicamentos más potentes o de primera línea (tuberculosis multirresistente, MDR-TB) como a los más antiguos o de segunda línea (extremadamente resistente, XDR-TB).

El propio director del departamento “Stop TB” de la OMS, Mario Raviglione, reconoció que no se conoce la magnitud del problema de la XDR-TB —provocado generalmente por el abandono o mala administración de los tratamientos—, pero reconoció que “es una seria amenaza para los progresos alcanzados” ante la que “los países más afectados están tardando demasiado en reaccionar”.

Debido a esos dos catalizadores (el Sida, que se observa principalmente en África, y la resistencia a fármacos, sobre todo en China y el ámbito de la ex Unión Soviética), los expertos calculan que los fondos necesarios para detener la propagación de la enfermedad ascienden a 56 mil millones de dólares para el lapso 2006-2015.

Chan apuntó que otras prioridades son “conseguir nuevos métodos de diagnóstico, medicamentos y vacunas, mientras que a nivel local se deben reforzar los recursos de laboratorio para no perder el terreno ganado a la enfermedad”.

Según el informe, en el 2007 se invertirán dos mil millones de dólares en ese objetivo, de los que mil 200 millones serán aportados por los gobiernos nacionales, especialmente Brasil, China, Rusia, la India, Indonesia y Sudáfrica.

Sin embargo, se necesitarían otros mil 100 millones de dólares para aplicar las disposicio-

nes previstas en el Plan Mundial Para la Lucha Contra la Tuberculosis en los 84 países más afectados.

Un problema adicional es, por supuesto, el irregular acceso al diagnóstico y al tratamiento en distintos países. La doctora Chan dijo que es preciso enfrentar ese reto. "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".

El proyecto

En 2005, el DOTS, base de la estrategia global contra la TB, se aplicaba en 187 países; 89% de la población mundial vivía en zonas donde se aplicaba el DOTS.

Los fondos contra la TB llegaron a dos mil millones de dólares en 2007; el plan mundial requiere de otros mil 100 millones de dólares. Aunque la carga de TB puede estar disminuyendo a nivel mundial, no lo hace al ritmo suficiente para alcanzar las metas de impacto fijadas por la Alianza Alto a la Tuberculosis: reducir las tasas de prevalencia y mortalidad de 1990 a la mitad en 2015.

HACIA LA REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN EL PERÚ

Rocío Valenzuela ¹

La tasa de desnutrición crónica en el país pasó de 38% en 1984 a 36,5% en 1991, y desde entonces ha continuado reduciéndose con niveles, hasta 1994 y 1996, de 28,2% y 25,8%, respectivamente; en los últimos diez años la desnutrición crónica en el país se ha mantenido invariable afectando a uno de cada cuatro ni-

ños menores de cinco años (aproximadamente a 626 386 niños). Sin embargo, aunque los promedios nacionales muestran que el problema se ha mantenido estable, en el interior del país la brecha entre lo urbano y lo rural se ha incrementado.

Así, mientras que en el área urbana el porcentaje de niños con desnutrición crónica se ha reducido (de 16,2% en 1996 a 10,1% en el 2005), en la zona rural este porcentaje se ha mantenido casi inalterable (40,4% en 1996 a 39,0% en el 2005). La inequidad en la solución de este problema es la resultante de la forma inadecuada en la cual se ha venido diseñando e implementando las políticas públicas destinadas a mejorar las condiciones sociales del país (1).

Los problemas nutricionales generalmente se inician en el útero materno y se extienden a la adolescencia y la vida adulta. Una adecuada nutrición durante la gestación permitiría, en el corto plazo, un adecuado desarrollo del cerebro, crecimiento y desarrollo físico y una adecuada programación metabólica del organismo en el recién nacido. Estos factores, al ser afectados por el entorno sociocultural y económico, en el mediano y largo plazo, influirán en el rendimiento cognitivo, la capacidad laboral y las resistencias a las enfermedades y, en la etapa adulta, en el menor riesgo de problemas de obesidad, trastornos cardíacos, elevada presión arterial y otros problemas crónicos asociados con la alimentación. De otro lado el embarazo en adolescentes aumenta el riesgo de bajo peso al nacer del niño y la dificultad de interrumpir el ciclo de desnutrición. Los niños que nacen con bajo peso y que han sufrido retardo de crecimiento intrauterino en la etapa fetal, inician su vida desnutridos y tienen mayor riesgo de morir en el período neonatal o en la infancia (2).

La desnutrición crónica tiene como causas inmediatas a las enfermedades infecciosas y el inadecuado e insuficiente consumo de alimentos, las cuales se hallan aunadas a las prácticas inadecuadas sobre higiene y alimentación,

¹ Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, INS