



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL

DIRECCIÓN NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Dirección Postal: Inst. " Pedro Kourí " . Apartado Postal
601 Marianao 13. La Habana, Cuba
e.mail: ciipk@ipk.sld.cu

ISSN 1028-5083

ACOGIDA A LA TARIFA DE IMPRESOS PERIÓDICOS INSCRIPTOS EN LA ADMI DE CORREOS No. 831 151 22 1

Índice

Propuesta para mejorar el estudio de las personas con síntomas respiratorios persistentes en la vigilancia de la TB y otras enfermedades pulmonares.....	385
Influenza, H5N1, humanos, muertes – Indonesia.....	389
Cólera, epidemia, muertes - Zimbabwe (04).....	390
VIH/SIDA, sífilis, indígenas amazónicos – Perú.....	390
Tablas:.....	391

PROPUESTA PARA MEJORAR EL ESTUDIO DE LAS PERSONAS CON SINTOMAS RESPIRATORIOS PERSISTENTES EN LA VIGILANCIA DE LA TB Y OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES.

Elaborado por: Edilberto González Ochoa, Luisa Armas, Susana Borroto y Mariana Peralta.

Instituto "Pedro Kourí"
Subdirección de Epidemiología
Grupo de Investigación y Vigilancia de TB/Lepra/IRA

La tuberculosis (TB) en Cuba alcanza nuevamente cifras bajas de incidencia. En el 2007, se notificaron 754 casos nuevos (6.7 x 10⁵ habitantes). Esto plantea su posible eliminación como problema de salud pública a mediano plazo, si se toma en cuenta la baja prevalencia de infección por VIH en la población (0.006%), la insignificante cifra de multidrogorresistencia (0.3%) y las altas tasas de curación (>92%).^{1,2}

Un aspecto importante en tal empeño es la reducción del tiempo de contagiosidad de los casos desconocidos diagnosticados con una alta tasa de detección de los casos. Este es un proceso en el que se distinguen cuatro componentes⁴: selección de los grupos de riesgo, educación popular y técnico profesional, diagnóstico y registro y notificación de cada caso.

En la selección de los grupos de riesgo hay evidencias científicas y prácticas de que debe darse prioridad para seleccionar personas que presentan síntomas respiratorios persistentes (SINTOMATICOS RESPIRATORIOS=SR), fundamentalmente aquellos que presentan TOS PRODUCTIVA PERSISTENTE.³ Tanto más prolongado es el tiempo presentando TOS Y EXPECTORACIÓN, mayor es la probabilidad (riesgo), de presentar TB activa.

Hasta ahora el Programa Nacional de Control de Tuberculosis⁵ (PNCT) en Cuba, ha fijado como elegibles para la investigación bacilosópica y cultivo a aquellas personas que acuden a los servicios de salud por presentar tos y expectoración (tos productiva) de 14 ó más días de duración⁴.

Propuesta invest SR 2.

Sin embargo, ocurre que por una parte, los médicos de familia y otros especialistas se sienten presionados por cumplir “indicadores” convertidos en “metas” (por ejemplo el 1% de los SR+14 entre sus consultantes), y por otra, hay cierta cantidad de muestras de esputo escasas, salivares (no útiles), pues se seleccionan pacientes que no cumplen con la definición, porque en su inmensa mayoría son síndromes respiratorios agudos virales, lo que condiciona una importante proporción de resultados negativos entre los investigados. Esto es comprensible si notamos que la probabilidad de encontrar un caso nuevo de TB en la población es de cerca de 0,0007 (cuando más 0,0009). Es decir, que es despreciable. Por consiguiente, se recomienda hacer el estudio clínico general de los pacientes con tos productiva de 14-20 días de duración e indicar los Exámenes Microscópicos de Esputo (EME), también conocidos como BACILOSCOPIAS para BAAR, a aquellos que tienen tos de 21 ó más días de duración. Véase diagrama de flujo.

Descripción del Diagrama de Flujo:

El personal médico de Atención Primaria de Salud atiende (seguimiento-

dispensarización) a toda su población general y dentro de ella presta atención preventiva especial a sus grupos vulnerables [1]. Dentro de esta población debe identificar a aquellas personas que se quejan de tener tos por al menos 14 días (14 días ó más) [2], a las que debe hacer un buen interrogatorio y examen físico [3].

De acuerdo con el diagnóstico presuntivo posible, debe indicarse el tratamiento sintomático [4] (higiénico-dietético) correspondiente (con algún antibiótico no específico si fuese absolutamente necesario). Se reevaluará a la semana siguiente [5], y si el paciente mejora (ó cura) se mantendrá dentro de su seguimiento acostumbrado ó establecido [1]. Si no mejora y la tos productiva persiste [6] por 21 días ó más (al menos 21 días) se deben ordenar 2 exámenes microscópicos de esputos (EME) [7] con el cultivo de uno de ellos (la primera muestra o la mejor).

Si las 2 baciloscopías son positivas [8] se debe notificar y tratar al paciente [9].

Si se obtiene 1 baciloscopía positiva [10] y el cultivo es positivo [11] se debe notificar y tratar al paciente [9].

Si una baciloscopía es positiva y el cultivo es negativo [12] debe repetirse el EME y realizar un Rx de tórax [13]; se remitirá (presentará) el caso para valoración en la Comisión Provincial de Diagnóstico [14], la cual decidirá si es una Tuberculosis Pulmonar BAAR negativa Cultivo negativo (TBp BAAR-Cu-) [15], en cuyo caso se debe notificar y tratar al paciente [9]; o si es otro el diagnóstico [16].

Si las baciloscopías son negativas y persiste la tos [17], se debe repetir la baciloscopia con cultivo y ordenar un Rx tórax, así como antibióticos de amplio espectro [18]. Al llegar el resultado de los cultivos, si estos son negativos [19], se remitirá (presentará) el caso para valoración en la Comisión Provincial de Diagnóstico [14], la cual decidirá si es una Tuberculosis Pulmonar BAAR negativa Cultivo negativo (TBp BAAR-Cu-) [15], en cuyo caso se debe notificar y tratar al paciente [9]; o si es otro el diagnóstico [16].

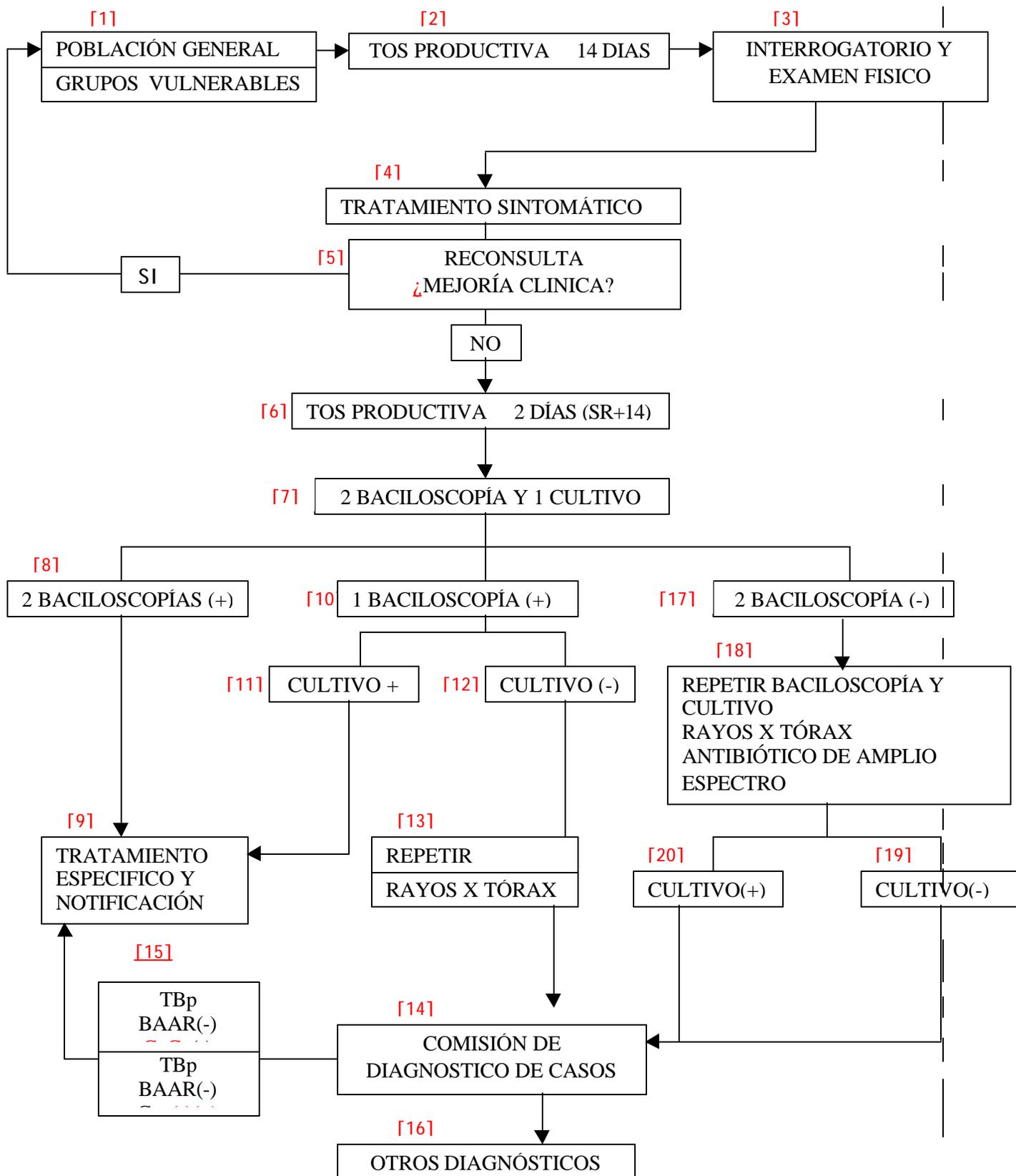
Si algún cultivo es positivo, igualmente se deberá remitir (presentar) el caso para valoración en la Comisión Provincial de Diagnóstico [14], la cual decidirá si es una Tuberculosis Pulmonar BAAR negativa Cultivo positivo (TBp BAAR-Cu+) [15], en cuyo caso se debe notificar y tratar al paciente [9].

Referencias

1. González E, Armas L, Llanes M. Progress towards tuberculosis elimination in Cuba. *Inst J Tuberc Lung Dis* 2007; 11:405-411.
2. González E, Armas L. Eliminación de la tuberculosis como problema de salud pública [Carta]. *Rev Esp Salud Pública*. 2007; 81:59-62.
3. Rieder HL. Bases epidemiológicas del control de la tuberculosis. Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias. 1999.
4. Armas L, Medina N, Peralta M, González Ochoa E. Un indicador sintético (ISILOC) para valorar la calidad de la detección de casos de tuberculosis. *Rev Cubana Med Trop* 2009; (aceptada para publicación).
5. Grupo Nacional Técnico Asesor de Tuberculosis. Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Manual de Normas y Procedimientos. MINSAP. Ciencias Médicas (ECIMED) La Habana. 1999.

DIAGRAMA DE FLUJO PARA EL SEGUIMIENTO DE PERSONAS CON TOS PERSISTENTE

(Primer borrador para discusión grupal)



INFLUENZA, H5N1, HUMANOS, MUERTES - INDONESIA

Tomado de:<<http://www.promedmail.org>>

Indonesia confirmó dos nuevos casos de influenza aviaria en humanos, en lo que es el primer informe oficial desde septiembre en el país que sigue siendo el más afectado por el virus letal, indicó el martes la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Una niña de 9 años de la provincia de Riau desarrolló síntomas el 7 de noviembre, después de que aparentemente muriera un pollo en su hogar, señaló la OMS en un comunicado. La pequeña fue hospitalizada cinco días después y dada de alta el 22 de noviembre tras su recuperación.

En tanto, una niña de 2 años de Yakarta murió el 29 de noviembre luego de desarrollar síntomas el 18 del mismo mes, informó la agencia. "Las investigaciones sobre la fuente de su infección sugieren que se trata de exposición (al virus) en un mercado de aves vivas", añadió la OMS.

Estos últimos dos casos llevan la cantidad de infecciones registradas desde el 2003 en Indonesia a 139, incluidas 113 muertes, de acuerdo con los datos de la agencia de salud de Naciones Unidas.

No está claro por qué el reporte de la OMS no incluye a una joven indonesia de 15 años, de Java central, cuyo médico indicó que había muerto a comienzos de noviembre como consecuencia de la enfermedad.

Según Agus Suryanto, jefe del equipo médico que trató a la niña, la presencia del virus H5N1 de la influenza aviaria en el cuerpo de la joven fue confirmado en un laboratorio del Ministerio de Salud indonesio. La OMS informó que en todo el mundo se han registrado, desde el 2003, 389 casos de la enfermedad, incluidas 246 muertes. Vietnam presenta la segunda cantidad de casos más grande (106) entre los 15 países en los que se conoce la existencia de la condición en seres humanos. Aunque la gripe o influenza aviaria sigue siendo fundamentalmente una enfermedad animal, los expertos temen que pueda mutar a una forma fácilmente transmisible entre las personas, lo que podría generar una pandemia que terminaría con la vida de millones.

CÓLERA, EPIDEMIA, MUERTES - ZIMBABUE (04)

Tomado de:<<http://www.promedmail.org>>

El número de muertos por el brote de cólera que afecta a Zimbabue se eleva a 978 personas, según un informe de Naciones Unidas.

Al divulgar las cifras, la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de la ONU (OCAH) ha añadido que el número de supuestos casos es de 18.413. Son los últimos datos del peor brote de cólera que ha sufrido este país en su historia.

La capital, Harare, y las provincias de Mashonaland Central, Sur y del Oeste, Masvingo, Manicaland y las llanuras del

interior registran la mayoría de los casos, donde hay un porcentaje de mortalidad del 3,5% debido a la falta de medicamentos, fungibles y equipamiento en los centros de salud.

A este panorama hay que añadir las deficiencias en los sistemas de abastecimiento de agua, lo que contribuye a la propagación de la enfermedad. Un ejemplo es el de Buridio, según ha manifestado Cruz Roja española, en donde sólo 300 de los 5.000 pozos han sido desinfectados.

VIH/SIDA, SÍFILIS, INDÍGENAS AMAZÓNICOS - PERÚ

Tomado de:<<http://www.promedmail.org>>

A partir del año 2004, se reportaron casos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y sífilis en una comunidad indígena de la Amazonía peruana. En una investigación llevada a cabo por un equipo de investigadores de la Universidad de Vanderbilt, de Tennessee, EEUU y el Instituto de Medicina Tropical de la Universidad Cayetano Heredia de Lima, Perú, la cual fue publicada en el último número de la revista International Journal of Infectious Diseases, se determinó la prevalencia de la infección por VIH y de la sífilis en cuatro comunidades remotas el mismo grupo étnico nativo, localizadas aun más lejos (río arriba) con respecto a un centro urbano; y también tuvieron como propósito identificar los factores de riesgo para la transmisión de la infección por VIH y de la sífilis.

Se realizaron pruebas rápidas y confirmatorias para el diagnóstico de la infección por VIH y de la sífilis. Un cuestionario permitió obtener información demográfica, factores de riesgo para las infecciones de transmisión sexual, así como

el conocimiento y creencias acerca de la infección por VIH/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Los investigadores recolectaron 282 muestras de sangre y condujeron entrevistas con 281 (99.6%) participantes. La tasa de prevalencia confirmada de la sífilis fue 3.2% (9/282; 3.7% [5/135] en los varones y 2.7% [4/147] en las mujeres). La tasa de prevalencia confirmada de la infección por VIH fue 0.7% (2/282), habiéndose presentado ambos casos en varones homosexuales. La actividad homosexual reportada en varones tuvo una frecuencia de 39.7%. Hubo un pobre conocimiento acerca de la infección por VIH, particularmente con respecto a su transmisión y prevención; así como una baja aceptación de los métodos de prevención conocidos.

Los investigadores concluyeron que la infección por VIH y la sífilis ahora son prevalentes en las remotas comunidades amazónicas de un grupo indígena en el Perú. La expansión de la epidemia del VIH hacia la amazonía requiere una respuesta urgente de salud pública.

**Enfermedades de Declaración Obligatoria: Disentería Amebiana Aguda.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 06/12/08.**

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008 *
PINAR DEL RIO	-	-	-	7	-	-**
P. HABANA	-	-	11	23	1.63	3.39
C. HABANA	1	-	14	20	0.65	0.93
MATANZAS	-	-	-	-	-	-**
VILLA CLARA	-	-	-	-	-	-**
CIENFUEGOS	-	-	2	3	0.50	0.75
S. SPIRITUS	-	-	-	1	-	-**
CIEGO DE AVILA	-	-	-	-	-	-**
CAMAGÜEY	-	-	-	-	-	-**
LAS TUNAS	-	-	-	-	-	-**
HOLGUIN	-	-	1	-	0.10	0.10**
GRANMA	-	-	-	-	-	-**
SANTIAGO DE CUBA	-	-	5	-	0.48	0.48**
GUANTANAMO	-	-	6	-	1.17	1.17**
ISLA DE LA JUVENTUD	-	-	-	-	-	-**
CUBA	1	-	39	54	0.36	0.49

FUENTE: EDO, PARTE TELEFONICO SUJETO A MODIFICACIONES

* TASA ANUAL ESPERADA, AJUSTADA SEGÚN EL AÑO ANTERIOR.

** LA TASA ESPERADA COINCIDE CON LA DEL AÑO ANTERIOR.

LA TASA ACUMULADA DEL AÑO ANTERIOR SE CALCULA EN BASE ANUAL.

Algunos tipos de brotes notificados al SID. Cuba, hasta: 10/12/08.

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Alimentos	5	4	215	388	1.91	3.45
Ciguatera *	-	-	17	37	0.15	0.33
Hepatitis viral **	1	1	83	66	0.74	0.59
EDA	-	-	-	-	-	-
IRA	-	-	29	38	0.26	0.34
Agua	1	-	18	35	0.16	0.31
Varicela	-	-	20	53	0.18	0.47

Fuente: Sistema de Información Directo. Tasa x 100 000 habitantes, acumulada y ajustada al período.

*Sin especificar especie. ** Sin especificar tipo.

Cuba, Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) Seleccionadas.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 06/12/08.

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	3	-	0.03	0.03**
SHIGELLOSIS	9	13	428	276	4.06	2.62
D. AMEBIANA AGUDA	1	-	39	54	0.36	0.49
TUBERCULOSIS	13	14	749	719	7.09	6.81
LEPRA	4	2	206	217	2.16	2.28
TOSFERINA	-	-	-	-	-	._**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	10476	11169	663710	648150	6211.90	6066.11
M. MENINGOCÓCCICA.	-	1	10	12	0.10	0.12
MENINGOCOCCEMIA	-	-	3	-	0.03	0.03**
TÉTANOS	-	-	5	3	0.04	0.03
MENINGITIS VIRAL	58	45	3246	3558	31.90	34.96
MENINGITIS BACTERIANA	7	8	384	334	3.80	3.30
VARICELA	185	163	14357	18678	134.03	174.37
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	._**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	._**
HEPATITIS VIRAL	92	63	9160	4618	84.38	42.54
PAROTIDITIS	-	-	136	12	1.21	0.11
PALUDISMO IMPORTADO	-	-	21	1	0.20	0.01
LEPTOSPIROSIS	35	13	618	393	6.82	4.33
SÍFILIS	26	27	1714	1457	15.93	13.54
BLENORRAGIA	69	74	4553	3789	42.26	35.17
INFECC. RESP. AGUDAS	91177	101396	4591258	4618833	43304.32	43563.26

Fuente : EDO PARTE TELEFONICO SUJETO A MODIFICACIONES.

*TASA ANUAL ESPERADA, AJUSTADA SEGÚN EL AÑO ANTERIOR.** LA TASA ESPERADA COINCIDE CON LA DEL AÑO ANTERIOR.

LA TASA ACUMULADA DEL AÑO ANTERIOR SE CALCULA EN BASE ANUAL.

Comité Editor

DIRECTOR: Dr. Manuel E. Díaz González.
EDITOR: Dr. Angel M. Alvarez Valdés.

PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO: Téc. Irene Toledo Rodríguez

JEFES DE INFORMACIÓN:

Dra. Belkys Galindo Santana
(Epidemiología)
Dr. Rafael Llanes Caballero
(Microbiología)
Lic. Pedro Casanova
(Parasitología)

Teléfono; (53-7) 2046664 y 2020652 Fax: (53-7) 2046051 y (53-7) 2020633

Internet://www.ipk.sld.cu