



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: cjipk@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

El diagnóstico de la tuberculosis por autopsia. La habana.2006-2009.....	25
Nuevo frente en la lucha contra el dengue.....	28
Vacuna contra gripe A (H1N1) multiplica riesgo de contraer narcolepsia.....	30
Tablas :.....	31

EL DIAGNÓSTICO DE LA TUBERCULOSIS POR AUTOPSIA. LA HABANA.2006-2009.

Autores: Martínez-Portuondo A¹, Armas Pérez LA,² Martínez Morales MA, Hechavarría Puente G.³

¹MSc. Especialista 2do Grado en epidemiología, Profesora Auxiliar. Departamento de Salud, Facultad Finlay-Albarrán. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana.

²MSc. Especialista 2do Grado en Neumología. Profesora Auxiliar Consultante. Grupo de Investigaciones y Vigilancia de TB, IRA y Lepra. Vicedirección Epidemiología. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí"

³MSc. Especialista 2do Grado en Administración y Organización de Salud Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud Pública. Cuba.

Introducción:

La tuberculosis (TB) en la Ciudad de la Habana (actualmente La Habana)¹ con una tasa de incidencia de 8,2 x 100 000 hab. se mantuvo en el 2009 por encima de la tasa nacional de 5,9 x 100 000 hab. y notificó el 26,4% de los casos del país. Esta provincia, en el período 1998-2002² reportó el 1,7% de casos nuevos de tuberculosis detectados en las autopsias. En una comunicación reciente se llama la atención sobre la gran disminución que tiene lugar en la realización de autopsias no forenses, que llegan a un 10% en los Estados Unidos de América³. La calidad del diagnóstico y del desempeño de los procesos de atención médica, unido a lo indispensable de estos procedimientos para la enseñanza y para corregir las cifras de frecuencia y la tendencia de diferentes enfermedades obliga a poner más atención a este asunto. El objetivo de esta comunicación es describir la frecuencia de las autopsias realizadas en La Habana en el período 2006-2009 en contraste con las realizadas en el período 1998-2002.

Método

Se obtuvo la información del número de fallecidos en La Habana de los años 2006-2009, el número de autopsias realizadas, incluidas las autopsias forenses y el número de casos de tuberculosis diagnosticados únicamente por autopsias obtenido de la revisión cruzada de las estadísticas vitales de la Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) y las estadísticas del programa de control de la tuberculosis del Centro Provincial de Higiene, Epidemiología de La Habana. Se calcularon los porcentajes del total de casos nuevos y del total de autopsias notificadas con sus intervalos de confianza.

Resultados

En el período analizado hubo 80 400 fallecidos con una media de 20 100-año y se realizaron 29 670 autopsias (36,9%), ~ 7 417 por año. Se diagnosticaron 15 casos nuevos de TB por autopsias (0,05%), es decir que se encontraron 5 casos de TB por 10 000 autopsias, aproximadamente.

Tabla 1. Autopsias realizadas y diagnóstico de tuberculosis. Ciudad de la Habana. 2006-2009.

Años	Fallecidos	Autopsias		Casos de tuberculosis en autopsias	
		No.	%	No.	% (IC, 95%) ^a
2006	19490	7012	35,9	3	0,043 (0,0088-0,1084)
2007	19653	7499	38,2	4	0,053 (0,0144-0,1352)
2008	20593	7682	37,3	4	0,052 (0,0141-0,1327)
2009	20664	7477	36,2	4	0,053 (0,0144-0,1352)
Total	80400	29670	36,9	15	0,05 (0,0299-0,0824)

^aAsimétrico (Poisson)

Discusión

Los datos obtenidos revelan que mientras en los años 2006-2009 se realizaron 7 417 autopsias por año como promedio, esta cifra era de 8 547 en el período 1998-2002² con porcentajes de realización de autopsias 36,9% y 46,3%, respectivamente. Téngase presente que la media de fallecidos en el período 1998-2002 era de 18 888 y la del período 2006-2009 fue de 20 100. Esto muestra que existe una tendencia a la disminución en la proporción de autopsias realizadas. Sin embargo, el porcentaje de casos nuevos de tuberculosis diagnosticados por autopsias fue de 0,05% similar en ambos períodos.

Si del total de los 80 400 fallecidos se hubiesen realizado el 75% de autopsias, tal vez se hubiesen diagnosticado 30 casos de TB (IC95% 18-50), es decir que el valor agregado de las autopsias permitiría reducir el subregistro de las estadística de mortalidad por TB que ocurre en todos los contextos⁴ debido a las características de la enfermedad. La notificación de estos fallecidos en tiempo real permitiría ejecutar las medidas preventivas en sus contactos.

Conclusiones

El porcentaje de autopsias realizadas disminuyó en el período estudiado pero el de los casos diagnosticados se mantuvo bajo; esto se corresponde con la baja

incidencia de la enfermedad pero debe ser monitoreado como indicador importante de la calidad del diagnóstico y la detección de casos en el programa de control de la tuberculosis.

Bibliografía

1. Anuario estadístico de Salud. Dirección nacional de registros médicos y estadísticas de salud. Ministerio de Salud Pública. República de Cuba. La Habana. 2010. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2010/04/cuba_20092.pdf
2. Martínez Portuondo AI., Armas Pérez L., González Ochoa E. El diagnóstico por autopsia en Ciudad de la Habana como indicador de la calidad del programa de control de la tuberculosis 1998-2002. Rev Esp Salud Pública 2007; 81:221-225.
3. Shojania KG., Burton EC. The Vanishing Nonforensic autopsy. N Engl J Med 358; 9 www.nejm.org on February 28, 2008.
4. Korenromp EL, Bierrenbach AL, Williams BG, Dye C. The measurement and estimation of mortality. Int J Tuberc Lung Dis 2009; 13: 283-303.

NUEVO FRENTE EN LA LUCHA CONTRA EL DENGUE.

Melbourne, enero 29/2011 (IPS). Cuando en el 2008 se desató un brote de dengue en el cálido y húmedo norte del estado australiano de Queensland, Nicola Strange estuvo entre los cientos de habitantes que contrajeron la enfermedad. Ahora presta su jardín para estudios científicos.

Junto con su esposo, Strange ofrece voluntariamente su propiedad a científicos para que realicen una investigación que, esperan, sea el próximo paso de un ambicioso plan para erradicar esta infección, que cada año causa miles de muertes en áreas tropicales.

“Nunca me sentí tan mal”, dijo Strange, recordando cuando padeció dengue de tipo II. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), unas 50 millones de personas se infectan cada año con uno de los cuatro serotipos de dengue. La enfermedad es endémica en más de 100 países, y alrededor de 2500 millones de personas están en riesgo de contraerla en el mundo, particularmente en entornos tropicales urbanos y semiurbanos.

Asia sudoriental y el Pacífico occidental representan el 75% de todos los casos de dengue, mientras que áreas de África, América y el Mediterráneo oriental también están amenazadas. Un pequeño porcentaje de personas infectadas con dengue desarrollan la fiebre hemorrágica, su forma potencialmente fatal. Los niños son particularmente susceptibles a esta variedad. Identificada por primera vez en los años 50 en Filipinas y Tailandia, la hemorrágica es una de las principales causas de hospitalización y muerte entre los más jóvenes de Asia. De los 500 000 casos de dengue hemorrágico -la mayoría infantiles- que la OMS estima requieren

hospitalización cada año, alrededor del 2,5% sucumben a la enfermedad. Esta proporción de casos fatales aumenta sustancialmente cuando no se recibe el tratamiento adecuado.

En las últimas décadas hubo un drástico aumento de las infecciones por dengue. Previo a 1970, apenas nueve países habían experimentado una epidemia de la variante hemorrágica. Para 1995, más del cuádruple habían tenido brotes similares.

Con este panorama se encuentra el equipo internacional de científicos del proyecto “Eliminemos el dengue”. Procedentes de Australia, Tailandia, Vietnam y Estados Unidos, los científicos centran sus esfuerzos en el mosquito *Aedes aegypti*, responsable de la mayoría de las infecciones por dengue en el mundo. También realizan otra investigación sobre el mosquito *Aedes albopictus*, un vector secundario de la enfermedad. Las pruebas en el desarrollo del proyecto, en un tiempo de 12 semanas, comenzaron a principios de este mes en la localidad de Cairns, en el norte de Queensland.

“Estos ensayos son el siguiente paso en una larga secuencia de trabajo que venimos haciendo desde hace muchos años”, dijo Scott O’Neill, de la Universidad de Queensland.

Los científicos esperan que la bacteria *Wolbachia* se propague sobre las poblaciones de *Aedes aegypti* en las áreas de prueba al aparearse con mosquitos ya infectados con ésta. Estos mosquitos fueron infectados a propósito con la *Wolbachia*, que no puede transmitirse a humanos, en un laboratorio de Cairns, y son liberados paulatinamente en los patios de pobladores como Nicola Strange.

Los organizadores del proyecto recibieron la aprobación de la gubernamental Autoridad Australiana de Pesticidas y Medicinas Veterinarias, para llevar a cabo sus investigaciones. Y la Organización de Investigaciones Científicas e Industriales de la Commonwealth calificó a sus métodos como con el menor riesgo posible.

Antes los investigadores se habían centrado en la capacidad de la *Wolbachia* de acortar la vida de los mosquitos. En el 2009, el equipo concluyó que los 30 días que vive el *Aedes aegypti* se reducían a la mitad cuando se infectaban con ciertas cepas de *Wolbachia*. Éste no es un dato menor, ya que el *Aedes aegypti* no puede transmitir dengue hasta que alcanza entre los 12 y 15 días de edad, lo que reduce drásticamente su capacidad de contagiar a los seres humanos. Pero hacer que el mosquito viva menos ya no es el principal objetivo del proyecto. “Durante nuestros estudios concluimos que, cuando inoculamos la bacteria en el mosquito, en realidad bloqueamos la capacidad del dengue de replicarse en el insecto. Así que abandonamos las cepas de *Wolbachia* que acortan la vida y pasamos a otras que no lo hacen, sino que simplemente interfieren con la replicación del dengue”, dijo O’Neill a IPS. Se espera que esto altere el ciclo transmisor en los mosquitos que no

portan naturalmente el virus del dengue. El *Aedes aegypti* debe adquirir la enfermedad de una persona infectada antes de poder transmitir el dengue a otra persona.

Cuando concluyan los estudios en Cairns, los investigadores pasarán varios meses cazando mosquitos para determinar hasta qué punto se propagó la bacteria *Wolbachia*. Si tiene éxito, el equipo de “Eliminemos el dengue” se centrará este año en pruebas a mayor escala en Vietnam, además de realizar otras en el 2012 en Cairns.

“Si estos experimentos resultan exitosos podremos esperar una total implementación y control del dengue en la región de Cairns en un período de 2 a 4 años. Si hallamos dificultades inesperadas, por ejemplo si quisiéramos determinar que la infección con *Wolbachia* no se propagó fácilmente en las poblaciones de mosquitos, entonces puede llevar más tiempo ajustar la tecnología hasta que estemos listos para utilizarla a pleno”, dijo O’Neill.

Para Nicola Strange, ofrecer voluntariamente su jardín para estos estudios fue una decisión fácil. Aunque ahora es inmune al dengue de tipo II, sigue en riesgo de contraer los otros, y ha aumentado sus posibilidades de desarrollar la variedad hemorrágica si se vuelve a infectar.

VACUNA CONTRA GRIPE A (H1N1) MULTIPLICA RIESGO DE CONTRAER NARCOLEPSIA.

Helsinki, febrero 1/2011 (EFE). La vacuna contra la gripe A (H1N1) Pandemrix, fabricada por la farmacéutica GlaxoSmithKline, multiplica el riesgo de contraer narcolepsia infantil, según un estudio del Instituto Nacional de Salud y Bienestar de Finlandia (THL) publicado en Helsinki.

El instituto THL inició una investigación en agosto pasado para determinar la posible relación entre esta vacuna y la narcolepsia, después de que se detectara esta enfermedad en 17 niños finlandeses que habían sido vacunados con Pandemrix durante la pasada pandemia de gripe A (H1N1).

El fenómeno llevó a las autoridades sanitarias finlandesas a interrumpir el uso de esta vacuna de forma preventiva hasta determinar sus posibles efectos secundarios. La narcolepsia es una dolencia neurológica poco común que provoca una alteración grave del sueño, sumiendo en una somnolencia súbita e inesperada a las personas que lo sufren. Sus causas se desconocen, pero los científicos consideran que es producto de una combinación de factores genéticos y ambientales, incluidas las infecciones.

Según el estudio del instituto THL, entre el 2009 y 2010 se diagnosticaron 60 casos de narcolepsia en niños y adolescentes finlandeses entre los 4 y 19 años, de los cuales 52 (casi el 90%) habían sido

vacunados contra la gripe A (H1N1) con Pandemrix.

“La asociación observada es tan evidente que es poco probable que otros factores puedan explicar plenamente este fenómeno”, señalaron los responsables del estudio en un comunicado.

La mayoría de los cuadros de narcolepsia aparecieron en niños entre 4 y 15 años, mientras que no se detectó ningún caso en menores de 4 años ni en jóvenes mayores de 19 años.

“Basándonos en los análisis preliminares, el riesgo de contraer narcolepsia para las personas entre 4 y 19 años que fueron vacunadas se multiplicó por nueve, en comparación con los que no recibieron la vacuna”, añadió el comunicado.

Según el instituto THL, la causa más probable de este fenómeno es el efecto conjunto de la vacuna con algún otro factor, por lo que en los próximos meses se realizarán nuevas investigaciones de carácter epidemiológico, inmunológico y genético.

Además de Finlandia, hasta el momento solo Suecia e Islandia han detectado un aumento anormal de los casos de narcolepsia infantil posiblemente relacionados con la vacuna Pandemrix, aunque se están realizando estudios adicionales en nueve países de la Unión Europea.

Enfermedades de Declaración Obligatoria: Meningo Bacteriana.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 29/01/11.

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011 *
PINAR DEL RIO	-	-	-	2	2.86	2.86**
ARTEMISA	-	-	-	1	-	-**
MAYABEQUE	-	-	-	-	-	-**
LA HABANA	-	2	-	3	4.27	4.27**
MATANZAS	-	1	-	1	2.32	2.32**
VILLA CLARA	-	1	-	5	1.25	1.25**
CIENFUEGOS	-	-	1	1	4.20	4.18
S. SPIRITUS	1	-	1	2	3.87	7.73
CIEGO DE AVILA	2	-	2	1	2.83	1.41
CAMAGÜEY	-	-	-	-	0.51	0.51**
LAS TUNAS	-	-	-	-	3.18	3.18**
HOLGUIN	-	-	1	-	1.25	1.25**
GRANMA	-	-	-	-	0.96	0.96**
SANTIAGO DE CUBA	1	-	1	4	2.87	11.48
GUANTANAMO	-	-	1	2	1.37	2.74
ISLA DE LA JUVENTUD	-	-	-	-	-	-**
CUBA	4	4	7	22	2.38	7.47

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: 26/01/11.

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Alimentos	2	8	6	16	0.05	0.14
Ciguatera *	1	-	2	-	0.02	-
Hepatitis viral **	-	-	2	-	0.02	-
EDA	-	-	-	-	-	-
IRA	5	3	14	4	0.12	0.04
Agua	1	-	1	-	0.01	-
Varicela	5	5	7	17	0.06	0.15

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: 29/01/11.**

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	-	-	-	._**
SHIGELLOSIS	5	9	18	43	4.36	10.42
D. AMEBIANA AGUDA	-	-	4	-	0.30	0.30**
TUBERCULOSIS	16	16	42	53	6.69	8.45
LEPRA	7	3	14	8	2.09	1.20
TOSFERINA	-	-	-	-	-	._**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	14066	10304	48491	38789	6715.99	5374.05
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	-	1	0.10	0.10**
MENINGOCOCCEMIA	-	-	-	1	0.05	0.05**
TÉTANOS	-	-	-	-	0.01	0.01**
MENINGITIS VIRAL	18	15	64	59	13.89	12.81
MENINGITIS BACTERIANA	4	4	7	22	2.38	7.47
VARICELA	817	1305	2003	3969	288.23	571.32
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	._**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	._**
HEPATITIS VIRAL	37	19	127	57	11.21	5.03
PAROTIDITIS	-	-	-	-	0.01	0.01**
PALUDISMO IMPORTADO	-	-	-	-	0.04	0.04**
LEPTOSPIROSIS	-	-	4	2	1.29	0.65
SÍFILIS	51	22	78	93	13.01	15.52
BLENORRAGIA	123	100	509	326	37.43	39.51
INFECC. RESP. AGUDAS	140885	113710	510592	454387	53313.64	47460.75

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.	JEFES DE INFORMACIÓN:
EDITOR: Dr. Denis Verdasquera Corcho .	
	Dra. Belkys Galindo Santana (Epidemiología)
PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO: Téc. Irene Toledo Rodríguez	Dra. Angela Gala González (Epidemiología)

Teléfono; (53-7) 2020625 y 2020652 Fax: (53-7) 2046051 y (53-7) 2020633

Internet://www.ipk.sld.cu