



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO SEMANTAL

DIRECCIÓN NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Dirección Postal: Inst. "Pedro Kouri". 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	
Hantavirus, muerte: Sospecha - Argentina (Bariloche).....	233
Virus del Nilo Occidental.....	234
Cólera.....	234
VIH, alta prevalencia, comunidades Warao - Venezuela (Delta Amacuro).....	235
Muertes, infección de etiología desconocida - Venezuela (Monagas).....	236
Vacunaciones, menor cobertura, movimientos antivacunales – EEUU.....	236
Resistencia a los antibióticos, problema creciente – global.....	237
Tablas:.....	239

HANTAVIRUS, MUERTE: SOSPECHA - ARGENTINA (BARILOCHE)

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

Otra muerte sospechosa de hanta virus en Bariloche.

Un hombre murió el 08 de agosto mientras estaba internado en el Hospital Privado Regional con diagnóstico de alta sospecha de Hantavirus. Las autoridades sanitarias enviaron las muestras al Instituto Malbrán cuyos resultados estarán el lunes [13/agosto/2012]. La víctima fatal tenía 50 años y era bombero voluntario en la zona de Cerro Catedral. Estaba internado en terapia intensiva a consecuencia de una insuficiencia respiratoria aguda. El director del Hospital Zonal, Víctor Parodi, confirmó a "Río Negro" que el hombre presentaba un cuadro de de "alta sospecha clínica" de la

enfermedad endémica en la región, por lo que ya se comenzó a realizar la evaluación epidemiológica de su grupo de contacto y de la posible zona de contagio.

El 16 de julio y tras permanecer 72 horas hospitalizada murió una mujer de 27 años como consecuencia de un cuadro agudo de hantavirus que habría contraído realizando tareas de limpieza en la zona Oeste del ejido municipal.

La joven habían ingresado al Hospital Zonal con fiebre y dolores musculares, síntomas compatibles con la enfermedad endémica en la región, y fue internada en terapia intensiva pero su cuadro evolucionó desfavorablemente.

VIRUS DEL NILO OCCIDENTAL

Estados Unidos

En la actual temporada de Virus del Nilo Occidental se acumulan hasta el 31 de julio de 2012, 241 casos en 24 estados, incluyendo 4 fallecidos. De ellos, 144 (60%) se reportaron como enfermedad neuroinvasiva y 97 (40%) eran no neuroinvasivas. Los estados más afectados son Texas (145), Mississippi (28) y Oklahoma (17). Se reportaron 104 donantes de sangre presuntamente virémicos.

Según funcionarios de Salud citados por medios de prensa, esta es la temporada con mayor reporte de casos graves desde el 2004. En esto pueden haber influido condiciones climatológicas como un invierno suave y una primavera y verano muy calientes que han propiciado la cría de los mosquitos que propagan el virus a las personas. La mayoría de las infecciones del virus del Nilo Occidental se reportan en agosto y septiembre, por lo que no está claro qué tan grave será este año.

De los 241 casos reportados hasta ahora este año, 144 fueron casos graves con formas neuroinvasivas. La última vez que se reportaron tantos casos graves fue el 2004, cuando el número fue de 154. Este virus fue reportado por primera vez en los Estados Unidos en 1999 en Nueva York y

luego se extendió gradualmente por todo el país. Su apogeo se produjo entre el 2002 y 2003, cuando se reportaron casi 3.000 casos y 260 fallecidos. En el 2011 se reportaron menos de 700 casos humanos.

En los últimos años, el patrón general ha sido la diseminación por todo el país con epicentros recurrentes que incluyen el sureste de Louisiana, California sur y central, áreas alrededor de Dallas, Houston, Chicago y Phoenix. Esas áreas parecen tener una combinación de factores que incluyen el tipo de mosquitos y aves portadores de virus, junto con gran número de personas que pueden estar infectados.

Traducido y sintetizado de: Centro para el Control y Prevención de Enfermedades. West Nile Virus (WNV) Human Infections Reported to ArboNET, by State, United States, 2012 (as of July 31, 2012). Disponible

en: http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/westnile/surv&controlCaseCount12_detailed.htm y U.S. News. 2012, agosto 1.

Disponible en:

http://hosted.ap.org/dynamic/stories/U/US_MED_WEST_NILE_VIRUS?SITE=DCUSN&SECTION=HOME&TEMPLATE=DEFAULT

CÓLERA

Haití

En Haití desde el inicio de la epidemia al 22 de julio de 2012, se han registrado 581.952 casos, de los cuales 314.922 (54%) fueron hospitalizados y 7.455 fallecieron. La tasa de letalidad global acumulada es de 1.3% y la tasa de letalidad hospitalaria es de 1.5%. A partir de la semana epidemiológica (SE) 23 el número de casos registrados a nivel nacional muestra una tendencia a la disminución después de un incremento registrado a partir de la SE 15 de 2012.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica Cólera. 2012, julio 31. Disponible

en: <http://www.paho.org>

República Dominicana

En República Dominicana, desde el inicio de la epidemia hasta la SE 28 de 2012 el total de casos sospechosos registrados es de 25.978, de los cuales 411 fallecieron. La letalidad registrada desde la SE 1 a la SE 28 de 2012 es de 0,8%. En la SE 28 no se registran defunciones. Desde la SE 25, a nivel nacional, se observa una disminución en el número de casos luego del incremento registrado en la SE 15. Sin embargo, a nivel sub nacional, las provincias Dajabon y Santiago registraron un incremento de casos durante esta semana.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica Cólera. 2012, julio 31. Disponible

en: <http://www.paho.org>

Guinea Conacry

En un informe publicado el 31 de julio de 2012 por la Unicef se reportaron 1127 casos de cólera, incluyendo 45 fallecidos en Conakry y 6 prefecturas de Guinea, desde el 2 de febrero al 29 de julio, con una letalidad de 5, 17%. La capital Conakry registró desde el 3 de marzo al 29 de julio de 2012, 583 casos de cólera y 4 muertes. Las prefecturas afectadas por el cólera se concentran en el sur de Guinea, excepto Mamou, en el centro.

Forécariah es la prefectura más afectada con 304 casos de cólera y 25 muertes repartidas entre 46 localidades. Se dice que la epidemia se ha propagado en esta prefectura a partir de la vecina Sierra Leona.

Se han tomado medidas como campañas educativas, aumento de la cobertura de centros de tratamiento de cólera y la continuación de las negociaciones con el Gobierno para mejorar el saneamiento en la ciudad de Conakry.

Traducido y sintetizado de: News. 2012, julio 31. Disponible en: http://french.news.cn/afrique/2012-08/01/c_131751895.htm

Níger

Sesenta y ocho personas han muerto de los 3,100 casos de cólera en Níger, lo que representa el 2,19%, según el último boletín emitido por la Oficina de las Naciones Unidas de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA-Níger). De los 3.100 casos, 3.082 fueron reportados en la región de Tillabéri (oeste), donde murieron 63 personas.

Sin embargo, el número de casos sigue disminuyendo semanalmente, con 78 casos, incluyendo 2 muertes, del 22 al 29 de julio, contra 108 casos y 3 muertes la semana anterior.

OCHA reportó 11 nuevos casos, ninguno de ellos fatal, en las últimas tres semanas en el campamento que alberga a los refugiados malienses en Tabarabarey, en la frontera entre Níger y

Malí. Según OCHA-Níger, se teme el resurgimiento de casos de cólera en los distritos de salud de Madoua y Tchintabaraden (norte y sur), donde las instalaciones de agua fueron destruidas por las fuertes lluvias.

Traducido y sintetizado de: Afriquejet. 2012, agosto 3. Disponible en: <http://www.afriquejet.com/health-cholera-kills-68-in-niger-2012080342696.html>

VIH, ALTA PREVALENCIA, COMUNIDADES WARAO - VENEZUELA (DELTA AMACURO)

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

Un reportaje del Diario 2001 revela que entre los pueblos originarios del Delta del Orinoco el virus de la inmunodeficiencia humana “prevalece entre 4,35% y 21,62%”, acorde al más reciente informe del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (Ivic). El estudio fue realizado en 2011 en “8 comunidades del Delta del Orinoco: isla Jobure, Usidu, Guayo y Jeukubaka, del municipio Antonio Díaz, el más pobre del país” y encontró que 55 indígenas estaban contagiados con VIH. Además, “no tomaban ningún tipo de antiretrovirales”. El informe titulado “Epidemia de VIH en indios waraos del Delta del Orinoco en

Venezuela” señaló además que en 2007 la Cruz Roja detectó casos de VIH en el Delta. En 2009, 32 waraos portaban el virus y estudios genéticos en 16 individuos arrojaron que las cepas contraídas tenían mutaciones que los hacen resistentes al tratamiento, (...) condición que ‘ensombrecía el pronóstico de estos enfermos’ “.

José Oletta, médico internista y exministro de salud, explicó que el contacto sexual con extranjeros es la causa probable de contagio (pues) esas regiones son lugares de explotación petrolera con presencia de ciudadanos de otros países.

MUERTES, INFECCIÓN DE ETIOLOGIA DESCONOCIDA - VENEZUELA (MONAGAS)

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

En el sector El Rincón se reportaron tres muertes en menos de 48 horas como consecuencia de estados febriles. La situación alertó a las autoridades. Hay cuatro expertos en la zona

Las autoridades sanitarias del estado Monagas declararon un cerco epidemiológico sobre el sector El Rincón, del municipio Bolívar, en virtud de tres muertes registradas en 48 horas, como consecuencia de estados febriles.

Se recabaron más de 40 muestras que fueron enviadas al Instituto Nacional de Higiene en Caracas para los respectivos análisis y establecer las causas de estos fallecimientos. Luis Jiménez, epidemiólogo del estado Monagas, suministró la información en relación a los casos.

"Hay una vigilancia permanente y en la comunidad se encuentran cuatro médicos epidemiólogos adscritos al Batallón de la

Brigada 32 Caribe evaluando a los enfermos".

De acuerdo con Jiménez, no se pidieron más refuerzos pero se estableció una campaña de fumigación, se inició un plan de vacunación y se le está suministrando a la población el antibiótico ceftriaxona.

Alertó que nadie puede salir ni entrar del sector El Rincón sin que le hagan el respectivo control médico.

Casos registrados

En el sector El Rincón, de Caripito, que está ubicado a orillas del río San Juan, habitan 400 familias, aproximadamente. Las personas fallecidas fueron identificadas como Adelaida Placeres, de 46 años; su hijo Carlos A. Rojas, de 24 años, y un niño de 11 años que fue identificado como Luis Beltrán Lozada. La primera muerte se produjo la noche del lunes 6, y los otros dos decesos se registraron en menos de 24 horas

VACUNACIONES, MENOR COBERTURA, MOVIMIENTOS ANTIVACUNALES - EEUU

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

Estados Unidos está asistiendo a la mayor epidemia de tos ferina de los últimos 70 años. En algunos estados como Washington el incremento de casos durante 2012 ha sido de un 1.300% respecto al año previo.

El "mérito" de esta catastrófica estadística se debe en su mayor parte a los movimientos antivacunas y su perniciosa influencia sobre un amplio segmento de padres. Podemos leer en la web Vaccines.net:

"El Noroeste de los EE.UU. es conocido por su belleza natural. También es una región de alta tecnología con un alto nivel

educativo de su población - no es exactamente el tipo de lugar donde uno esperaría caer en la retórica anti-ciencia del movimiento anti-vacunas.

Pero lo ha hecho. Los antivacunas han convencido a un número alarmantemente alto de padres en el estado de Washington de no permitir que se vacune a sus hijos. Una noticia del "The Seattle Times" informó lo siguiente con respecto al año pasado: "En Washington [estado] los padres están optando por no vacunar a sus hijos pequeños a un ritmo mayor que en cualquier otro lugar del país".

Las dimensiones de este drama trascienden los límites geográficos del estado de Washington: en todo Estados Unidos se han registrado hasta el momento más de 17.000 casos durante 2012 (la mayor epidemia desde 1959), habiéndose registrado 10 casos de muerte atribuibles a la enfermedad. Porque no olvidemos algo fundamental: la tos ferina puede matar. Especialmente a los lactantes muy pequeños.

Es muy preocupante que estos movimientos antivacunas gocen de tan buena salud... no sólo en Estados Unidos. En España hemos asistido este año a brotes de sarampión o de parotiditis, muchos de ellos afectando a niños no vacunados. Incluso se ha registrado alguna defunción debido al sarampión en España. En pleno Siglo XXI. El triunfo de los movimientos antivacunas es el triunfo de la ignorancia pseudocientífica. El triunfo de la superchería, de la conspiranoia y de la

inconsciencia pseudoilustrada. El triunfo de una "ideología" absolutamente sin base ni fundamento. A los padres de familia que puedan estar leyendo este tipo de mensajes, pensar que estarían poniendo en serio peligro la salud e incluso - literalmente - la vida de vuestros hijos. Por favor, consulten siempre con su pediatra, y si buscan información en Internet, acudan a fuentes fiables y científicamente contrastadas. Si buscan información de calidad sobre vacunas, pueden consultar el siguiente documento: Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría: "Respuestas a preguntas frecuentes sobre vacunas". Otras páginas confiables son las publicadas por las sociedades de pediatría en los diversos países sudamericanos, o la versión en español de la página de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC, Centers for Disease Control and Prevention).

RESISTENCIA A LOS ANTIBIOTICOS, PROBLEMA CRECIENTE - GLOBAL

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

El mundo enfrenta una crisis silenciosa de salud pública debido a la rápida expansión de patógenos (virus, bacterias y parásitos) resistentes a los antibióticos comúnmente utilizados y la aparición de algunos que incluso resisten a cualquier fármaco conocido, por potente que sea.

Las causas de esta situación son variadas, pero la principal responde a un uso irracional de antibióticos entre las personas y los animales, afirma en una entrevista con Efe la responsable del programa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre resistencia antimicrobiana, Carmem Pessoa-Silva.

“Este no es un problema a futuro, está ocurriendo ahora mismo. Corremos el riesgo de volver a la época previa a los antibióticos, cuando la gente moría por todo

tipo de infecciones”, alerta desde su oficina en la sede principal de la OMS en Ginebra. Pessoa-Silva dice que “hay bacterias resistentes a todos los antibióticos existentes, lo que significa que si el paciente atrapa una las posibilidades de tratamiento son muy reducidas”.

Está probado que uno de los factores que contribuye a la propagación de los gérmenes resistentes es el uso masivo y continuado de antibióticos en animales destinados al consumo humano.

“Hemos descubierto que además de tratar infecciones los antibióticos son utilizados en dosis más débiles que las terapéuticas para favorecer el crecimiento de los animales”, explica por su parte la especialista de la OMS en enfermedades animales, Awa Aidara Kane.

Kane sostiene que los antibióticos se han convertido en todo el mundo -con la excepción de la Unión Europea, que tiene la regulación más estricta en la materia por presión de los consumidores- en un “motor de crecimiento” de animales criados en granjas industriales, una práctica que la OMS ha pedido varias veces que se detenga. Los antibióticos también son utilizados con fines “profilácticos”, es decir que cuando un animal cae enfermo se trata de manera prolongada a todo el resto para prevenir nuevos casos. “A veces basta la sospecha de que hay una infección que merodea para dar antibióticos a los animales”, asegura Kane. La experta indica que los granjeros actúan así aconsejados por los veterinarios, que a la vez pasan la voz de las farmacéuticas. “Hay mucho interés de que los animales consuman antibióticos porque algunas farmacéuticas ya no hacen negocio con las personas porque nosotros no utilizamos los antibióticos de manera constante, como ocurre con los animales”, denuncia. La evidencia científica recopilada por la OMS en los últimos años no deja duda en cuanto al impacto de esa práctica muy extendida en Estados Unidos, en América Latina y en ciertos países de otras regiones en desarrollo- en la rápida propagación de la resistencia a los antibióticos entre los seres humanos. Kane señala que la absorción a largo plazo de medicamentos de ese tipo provoca una selección de bacterias resistentes en el tubo digestivo de los animales, que se hacen resistentes a las moléculas de las que están compuestos los antibióticos. En algunos

casos, esas bacterias sobreviven al proceso de cocción y pueden ser ingeridas a través de la carne por el consumidor.

“La razón por la que ahora esto es más grave es que desde hace al menos diez años casi no se producen antibióticos nuevos ya que no es rentable para la industria farmacéutica”, afirma Kane.

Han surgido casos tan graves de resistencia en personas que los médicos se han visto obligados a reutilizar algún antibiótico relegado hace tiempo por sus graves efectos secundarios, pero que ahora es el único eficaz para cierto tipo de bacterias resistentes.

La doctora Pessoa-Silva explica que la situación es mucho más grave si se tiene en cuenta que el “mecanismo de resistencia se puede transmitir de una bacteria a otra” dentro del organismo de un animal o persona, con lo que ésta puede tener más de una bacteria resistente al mismo tiempo.

Las bacterias multirresistentes “se desplazan rápidamente por el mundo”, con lo que han pasado de ser un problema localizado a uno globalizado por los viajes de personas, alimentos y mercancías, comenta Kane.

La UE cuenta con la legislación más reforzada en esta materia y prohíbe el uso de antibióticos con fines de crecimiento, aunque lo permite con fines profilácticos, y establece un residuo máximo de antibiótico en la carne para el consumo.

Sin embargo, Kane considera insuficiente esa medida porque no tiene efecto sobre las bacterias resistentes que ya se han desarrollado en el organismo del animal.

Enfermedades de Declaración Obligatoria: Meningitis viral.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 28/07/12.

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012 *
PINAR DEL RIO	7	-	40	37	11.15	10.31
ARTEMISA	-	-	21	28	7.70	10.30
MAYABEQUE	-	1	11	55	5.19	26.22
LA HABANA	5	4	103	163	14.55	22.88
MATANZAS	4	32	85	227	28.09	75.14
VILLA CLARA	13	21	114	254	42.54	94.57
CIENFUEGOS	6	6	102	49	49.89	23.93
S. SPIRITUS	-	8	27	108	17.61	70.38
CIEGO DE AVILA	2	1	32	63	24.72	48.70
CAMAGÜEY	2	16	36	202	14.77	82.60
LAS TUNAS	1	-	14	27	4.84	9.31
HOLGUIN	-	3	12	37	2.50	7.72
GRANMA	15	-	175	285	40.74	66.34
SANTIAGO DE CUBA	14	6	207	202	32.13	31.26
GUANTANAMO	3	10	57	193	27.81	94.01
ISLA DE LA JUVENTUD	-	1	1	9	10.48	93.64
CUBA	72	109	1037	1939	20.96	39.12

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: 25/07/12.

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Alimentos	3	6	279	256	2.48	2.28
Ciguatera *	-	-	29	22	0.26	0.20
Hepatitis viral **	-	-	2	8	0.02	0.07
EDA	-	-	5	7	0.04	0.06
IRA	2	-	27	69	0.24	0.61
Agua	1	-	26	9	0.23	0.08
Varicela	-	-	78	58	0.69	0.52

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: 28/07/12.**

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	1	2	0.01	0.02
SHIGELLOSIS	29	6	423	205	6.18	2.99
D. AMEBIANA AGUDA	6	2	97	25	1.40	0.36
TUBERCULOSIS	6	7	415	389	6.59	6.17
LEPRA	2	3	133	136	2.19	2.24
TOSFERINA	-	-	-	-	-	-**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	19058	17218	392648	432391	5839.10	6419.87
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	11	8	0.12	0.09
MENINGOCOCCEMIA	-	-	2	1	0.02	0.01
TÉTANOS	-	-	1	-	0.01	0.01**
MENINGITIS VIRAL	72	109	1037	1927	20.96	38.88
MENINGITIS BACTERIANA	4	2	188	158	3.21	2.70
VARICELA	160	75	27543	15190	281.85	155.19
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	-**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	-**
HEPATITIS VIRAL	20	6	566	437	8.28	6.38
PAROTIDITIS	-	-	-	-	-	-**
PALUDISMO IMPORTADO	-	1	4	5	0.07	0.09
LEPTOSPIROSIS	-	2	49	48	2.56	2.51
SÍFILIS	18	33	1017	1491	14.75	21.59
BLENORRAGIA	65	56	3066	3187	46.18	47.93
INFECC. RESP. AGUDAS	103518	102275	3140328	3598735	53637.52	61369.22

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: DrC. Denis Verdasquera Corcho.	Dra. Belkys Galindo Santana (Epidemiología)
PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO: Téc. Irene Toledo Rodríguez	Dra. Ángela Gala González (Epidemiología)

Teléfono; (53-7) 2020625 y 2020652 Fax: (53-7) 2046051 y (53-7) 2020633
Internet://www.ipk.sld.cu