



BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO 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 ADMINISTRACIÓN DE CORREOS No. 831 151 22 1

Índice

Propuesta de instrucciones para el funcionamiento normalizado de las comisiones provinciales para el diagnóstico de los enfermos presuntivos de tuberculosis y de otras enfermedades broncopulmonares.....	17
2003: un año de desafíos y logros en Salud Pública.....	19
Actualización sobre enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes.....	21
Expertos temen que gripe aviar produzca pandemia humana.....	22
Tablas:.....	23

PROPUESTA DE INSTRUCCIONES PARA EL FUNCIONAMIENTO NORMALIZADO DE LAS COMISIONES PROVINCIALES PARA EL DIAGNÓSTICOS DE LOS ENFERMOS PRESUNTIVOS DE TUBERCULOSIS Y DE OTRAS ENFERMEDADES BRONCOPULMONARES.

Autores: Dres. José I. Sevy Court¹, Delfina Machado¹, Libertad Carrera¹, Reinaldo Sánchez¹, Luisa Armas², María J. Llanes¹ y Edilberto González Ochoa^{2}*
1 Hospital Jurídico, 2 Instituto Medicina Tropical "Pedro Kouri"

En virtud de lo expresado en el Programa de Control de Tuberculosis sobre las situaciones especiales (Pág. 26), en el año 1975 se creó la Comisión Provincial de TB de Ciudad de La Habana para estudio de la tuberculosis BAAR negativa, que se extendieron a todo el país. Hasta el presente han venido prestando una importante labor dentro de las acciones del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT). A pesar de esto no existe una documentación normalizada que

recoja los procedimientos uniforme de su actuación, de modo que permita un análisis mas apropiado de los resultados de acuerdo con los objetivos propuestos. A continuación se exponen los aspectos generales y particulares que deben ser adoptados como orientaciones para el funcionamiento de la Comisión. Para una mejor comprensión y manejo de los mismos se distribuyen en los capítulos siguientes:

1- De la estructura y composición; 2- Del funcionamiento; 3- De los pacientes remitidos a la Comisión; 4- Del acto de presentación y discusión; 5- Del registro de los datos; 6- De las recomendaciones finales.

*La correspondencia debe dirigirse a Prof. Edilberto González Ochoa. Grupo de Investigación y Vigilancia de TB, Lepra e IRA. Instituto Pedro Kourí. Email: ochoa@ipk.sld.cu.

1.

2. De la estructura y composición

2.1. La comisión debe estar integrada por un número impar de especialistas, no menos de 3 y no más de 5.

2.2. Estará compuesta por un grupo multiperfil que incluya al menos un neumólogo, un radiólogo y un epidemiólogo.

2.3. Deberá designarse entre los miembros un responsable de la Comisión y un relator o secretario.

3. Del funcionamiento

3.1. La Comisión será convocada para realizar una reunión en un día y hora preestablecidos.

3.2. Las reuniones de la Comisión tendrán como sede un local apropiado para una discusión clínico-radiológica en el Hospital Provincial de referencia para los casos de tuberculosis.

3.3. Sesionará en un tiempo máximo de 4 horas.

4. De los pacientes remitidos a la comisión

4.1. Recibirá los enfermos procedentes de policlínicos, hospitales y otros centros de salud.

4.2. Los enfermos recibidos por la Comisión deberán ser: a) presuntivos de tuberculosis pulmonar BAAR(-) CULTIVO (-); b) BAAR(-), cultivo(+); c)

BAAR(+) con dudas diagnósticas; d) Otros casos de enfermedad pulmonar cuyo diagnóstico puede ser confundido con tuberculosis; e) Tuberculosis extrapulmonar presuntiva.

5. Del acto de presentación y discusión

5.1. En general no es necesaria la presencia del paciente en la Comisión.

5.2. La presentación será realizada por médicos de la familia, de hospitales y otras instituciones de salud y en el caso de las tuberculosis extrapulmonares por el especialista correspondiente.

5.3. Es necesaria la presentación de la Historia Clínica, que aporte los datos clínicos, exámenes microbiológicos, radiológicos, prueba de tuberculina, otros complementarios y criterio epidemiológico. Es indispensable la presentación de las placas radiográficas.

5.4. Con estos elementos cada miembro de la Comisión podrá hacer las preguntas y aclaraciones que estime necesarias.

5.5. Si todos esos elementos se consideran suficientes, cada miembro se pronunciará por una recomendación o conclusión diagnóstica.

6. Del registro de los datos.

6.1. Todos los datos aportados así como la discusión, conclusiones y recomendaciones de la Comisión quedarán registrados en un formulario normalizado elaborado para ello.

6.2. Las conclusiones y recomendaciones se registrarán en un modelo de notificación que se entregará al médico consultante, si no existe el modelo se registrarán en la Historia Clínica.

- 6.3. El llenado del formulario será realizado por el relator o secretario.
7. De las recomendaciones finales.
- 7.1. Como desenlace del trabajo de la Comisión se hará indispensable hacer las recomendaciones al médico presentador a fin de que se optimice el manejo clínico-terapéutico de los casos.
- 7.2. Las recomendaciones serán escritas en el documento en que aparecen consignadas las conclusiones.
- 7.3. Las recomendaciones deberán constituir orientaciones prácticas para el tratamiento, seguimiento o investigaciones posteriores inmediatas y remisiones a otros especialistas o instituciones que se consideren necesarias.

2003: UN AÑO DE DESAFÍOS Y LOGROS EN SALUD PÚBLICA.

Comunicado de Prensa. Tomado de: www.paho.org/noticias

Washington, D.C., 31 de diciembre de 2003 (OPS).- El 2003 fue un año de nuevos desafíos y enormes logros para la salud pública. Una vez más, el trabajo conjunto de los países demostró ser el arma más poderosa para enfrentar las amenazas a la salud de la población.

Como desde hace más de cien años, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) participó este año activamente, junto a los países de las Américas, en iniciativas de vacunación, negociaciones para disminuir precios de drogas y respuesta inmediata a alertas epidemiológicas, tejiendo nuevas redes y alianzas por un objetivo: la equidad en salud.

Durante 2003, el trabajo de la OPS fue liderado por la nueva directora, la médica argentina Mirta Roses Periago, quien asumió el 31 de enero. El 12 de marzo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió un alerta global a profesionales de la salud y a viajeros sobre una nueva enfermedad de rápida propagación. Se trataba del síndrome respiratorio agudo severo (SRAS), que en poco tiempo se diseminó en 30 países, especialmente del sudeste asiático, registrándose más de 3.000 casos. La respuesta mundial fue inmediata. Para enfrentar a la "primera enfermedad del siglo

XXI", la OMS y la OPS desarrollaron una exhaustiva red de información. Bajo la coordinación de la OMS y de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), una red de 13 laboratorios en 10 países identificó al agente causal del síndrome -un coronavirus- y desarrolló medidas de prevención y control eficaces.

Otros desafíos de salud pública coordinados por la OPS también demostraron que la respuesta conjunta potencia los resultados. En febrero, gracias a negociaciones entre los gobiernos de Centroamérica y cinco compañías farmacéuticas, se lograron reducciones históricas, de más del 50%, en los precios de las drogas para tratar el VIH/Sida. Nueve países de Sudamérica y México siguieron el mismo camino cuatro meses después.

En junio, se llevó a cabo la primera semana de vacunación en las Américas, una iniciativa que involucró a 19 países de la Región. En esos días se logró vacunar a más de 16 millones de niños que nunca habían sido vacunados o que no habían completado sus esquemas de vacunas, en zonas aisladas, poblaciones de frontera y áreas urbanas marginales. En 2004, todos los países del continente participarán de esta iniciativa.

También en el campo de la inmunización, y a falta de desafíos, la OPS anunció en septiembre que, junto con los CDC, intentaría llegar a la meta de erradicación de las Américas de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita antes de 2010. El mensaje de que la violencia es prevenible se hizo sentir con fuerza este año. De la mano del "Informe mundial sobre la violencia y la salud" publicado por la OMS, los ministros de Salud del continente reconocieron que la Región registra altos niveles de violencia (en las Américas 120.000 personas son asesinadas cada año), y presentaron nuevas estrategias para enfrentar este fenómeno desde la mirada de la salud pública. El 5 de diciembre, la OPS anunció que Centroamérica era territorio sin cólera. La noticia coincidió con el quinto aniversario de la Declaración de Costa del Sol. En aquella oportunidad, los gobiernos se habían comprometido a trabajar en forma conjunta para evitar el resurgimiento del cólera luego de la devastación provocada por el paso del huracán Mitch. El último alerta del año fue la aparición de un caso del mal de las vacas locas en el estado de Washington, en los Estados Unidos. La OPS dijo que, a pesar de esta detección, la situación en las Américas seguía siendo segura, transmitiendo, una vez más, tranquilidad a la población, brindando información confiable. Son muchos los trabajos pendientes en distintas áreas de la salud pública. Desde erradicar el estigma y la discriminación que todavía sufren las personas con VIH/ SIDA, hasta mejorar la calidad ambiental (el tema central de la Semana de la Salud 2003 fue los niños y el

medio ambiente). Desde lograr que la población del continente sea más activa (sólo el 50% hace ejercicio como actividad cotidiana), hasta alcanzar una mejor prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Todos estos retos no conocen de fronteras. Por eso, para cada una de estas metas, el esfuerzo conjunto de los países es esencial.

En este escenario, el compromiso de la OPS se basa en:

- Cumplir con la agenda inconclusa, enfocando a aquellos problemas sanitarios que persisten en la Región.
- Proteger los logros en salud: las altas coberturas de vacunación, la erradicación de enfermedades, entre tantos otros.
- Y enfrentar los nuevos desafíos. Alcanzando las metas de desarrollo del milenio, renovando la atención primaria, extendiendo la protección social y buscando la equidad en salud.

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.

Para mayor información, b-roll y fotografías por favor comunicarse con Paula Andaló, telf (202) 974-3699, fax (202) 974-3143, Información Pública, e-mail: andalopa@paho.org – www.paho.org/noticias

ACTUALIZACIÓN SOBRE ENFERMEDADES INFECCIOSAS EMERGENTES Y REEMERGENTES.

Brote de fiebre amarilla en Colombia

Durante el año 2003 Colombia reportó a la Organización Panamericana de la Salud, 106 ^[1]casos de Fiebre Amarilla Selvática, los cuales ocurrieron en los Departamentos de Caquetá (1), Casanare (2), Cesar (6), Guaviare (1), Meta (2), Guajira (2) y Norte de Santander(92). La mayoría de estos casos fueron identificados en el brote del Departamento de Norte de Santander, que posteriormente se desplazó hacia el norte, a los departamentos de Cesar y Guajira. Los últimos casos se presentaron durante las semanas epidemiológicas (SE) 52 y 53.

Durante la primera semana epidemiológica del 2004, nuevos casos de Fiebre Amarilla fueron notificados, ocurridos en los Departamentos de Cesar (3) y Magdalena (3). Estos casos han ocurrido en sitios muy cercanos a ciudades altamente pobladas como las ciudades de Santa Marta y Valledupar, las cuales también son importantes centros turísticos y con altos índices de infestación por *Aedes aegypti*.

Durante la temporada vacacional de fin de año se reportaron casos en turistas que visitaron el Parque Tayrona, donde acudieron Para evitar situaciones como estas y la reurbanización de la Fiebre Amarilla, la OPS a través del Grupo Técnico Asesor (TAG) recomienda la vacunación en las zonas donde la Fiebre Amarilla es enzoótica, así como en áreas con índice de infestación de viviendas por *A. aegypti* >5%, alcanzando coberturas de vacunación del 100% de los residentes en estas áreas. Igualmente incorporar la vacuna en los esquemas de vacunación infantil de rutina y vacunar a todos los viajeros que visiten áreas enzoóticas. Los países deben mantener un suministro adecuado de vacunas

aproximadamente 25.000 turistas, la mayoría nacionales, se estima un 2% de turistas extranjeros.

El Ministerio de Salud ha declarado una emergencia sanitaria y se encuentra vacunando masivamente a la población mayor de un año de edad de las áreas afectadas. Ante esta emergencia, Colombia está comprando vacunas a través del Fondo Rotatorio de la OPS para atender la demanda originada por esta emergencia.

La ocurrencia del brote de Fiebre Amarilla en Colombia, sigue las rutas históricas de la enfermedad, dado que está localizado en áreas tradicionalmente enzoóticas.

Existe una serie de factores que favorecen la urbanización de la Fiebre Amarilla, tales como la no vacunación de toda la población de las áreas enzoóticas, la ocurrencia de casos cercanos a grandes ciudades con altos índices de infestación por *A. aegypti*, la entrada de viajeros a zonas enzoóticas sin previa vacunación. Estos factores, unidos a los problemas sociales y de conflicto armado en la zona de ocurrencia del brote, representan un alto riesgo de urbanización de la Fiebre Amarilla en la Región de las Américas.

tanto para el programa de rutina, como para hacer frente a situaciones de brotes.

La implementación de un programa integral de control y vigilancia vectorial mantendrá baja la densidad de *A. aegypti* en medios urbanos. Esta medida también ayudará en la prevención de brotes de dengue.

Fuente: Informes remitidos por el Instituto Nacional de Salud de Colombia a OPS

^[1] Se incluyen 9 casos reportados por Venezuela.

EXPERTOS TEMEN QUE GRIPE AVIAR PRODUZCA PANDEMIA HUMANA.

Londres, enero 22/2004 (DPA). Expertos en salud temen que la agresiva cepa H5N1 del virus de la gripe aviar pueda cruzarse con el virus de la gripe humana, desarrollando una pandemia de mortales consecuencias, comenta la revista científica *The Lancet* en su edición de este sábado. La pandemia podría producirse si el nuevo virus llega a ser transmisible de humano a humano, de lo cual no hay indicios aún, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Hasta ahora se ha constatado el contagio sólo de personas que han estado en contacto directo con aves infectadas con el virus H5N1, confirmándose la muerte de cuatro niños y un adulto en las últimas semanas en Vietnam. La situación de la epidemia en Vietnam, donde han muerto ya 1,1 millones de pollos, aún está bajo control, pero los expertos de la OMS están muy inquietos ante la posibilidad de la transmisión de la enfermedad de humano a humano, según el portavoz de la organización en Vietnam, Bob Dietz. La OMS se prepara para lo peor y se encuentra desarrollando una vacuna que podría estar lista para dentro de cuatro semanas. "Esta cepa H5N1 es un virus altamente patógeno. Las cinco muertes confirmadas representan una tasa de mortalidad del ciento por ciento", dijo Dietz.

La publicación *The Lancet* advierte sobre la posibilidad de desestimar el peligro de una pandemia, contra la cual una vacuna protegería muy poco. Puesto que la cepa viral ya aislada elimina demasiado rápidamente los embriones, es imposible fabricar la vacuna de la forma acostumbrada, es decir, en huevos de gallina. La alternativa sería la fabricación de una vacuna mediante manipulación genética, aunque una sustancia de este tipo jamás ha sido sometida a ensayos clínicos. Los medicamentos antivirales son demasiado caros e ineficaces. Y, puesto que la influenza es más contagiosa que la neumonía atípica (SRAS), tampoco lograrían impedir la propagación del mal las medidas empleadas con éxito contra la neumonía, como la cuarentena, dice el comentario de *The Lancet*. Puesto que todas las enfermedades infecciosas nuevas de los últimos veinte años proceden del reino animal, la medicina veterinaria y la ganadería son igualmente importantes en la lucha contra las enfermedades como la medicina clínica. Cuando se trate de medicina veterinaria, pues, no debe olvidarse la puesta a disposición de fondos y recursos de investigación, agrega. En Internet: <http://www.thelancet.com>

Enfermedades de Declaración Obligatoria: Shigellosis.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 24/01/04.

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004 *
PINAR DEL RIO	-	-	-	-	0.14	0.14**
P. HABANA	3	-	3	1	8.87	2.96
C. HABANA	2	2	3	2	2.32	1.55
MATANZAS	-	-	-	2	4.22	4.22**
VILLA CLARA	-	-	-	-	0.12	0.12**
CIENFUEGOS	-	-	-	-	4.27	4.27**
S. SPIRITUS	-	-	-	-	6.47	6.47**
CIEGO DE AVILA	-	-	-	-	1.70	1.70**
CAMAGÜEY	-	2	-	6	6.31	6.31**
LAS TUNAS	-	-	-	-	5.83	5.83**
HOLGUIN	-	-	-	-	0.39	0.39**
GRANMA	-	3	-	3	3.83	3.83**
SANTIAGO DE CUBA	-	-	-	-	5.67	5.67**
GUANTANAMO	-	2	-	2	0.39	0.39**
ISLA DE LA JUVENTUD	-	2	-	2	17.42	17.42**
CUBA	5	11	6	11	3.47	10.40

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: 21/01/04.

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Alimentos	3	1	9	6	0.08	0.05
Ciguatera *	1	-	1	-	0.01	-
Hepatitis viral **	6	-	8	-	0.07	-
EDA	-	-	-	-	-	-
IRA	4	1	5	1	0.04	0.01
Agua	-	-	-	-	-	-

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: 24/01/04.**

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004*
FIEBRE TIFOIDEA	-	1	-	2	0.16	0.16**
SHIGELLOSIS	6	11	8	18	3.47	10.40
D. AMEBIANA AGUDA	2	-	2	-	0.18	0.18**
TUBERCULOSIS	9	16	12	25	7.47	14.37
LEPRA	3	-	6	5	1.99	1.99
TOSFERINA	-	-	-	-	-	_*
ENF. DIARREICAS AGUDAS	14163	12379	31286	38816	6606.34	8057.81
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	-	-	0.13	0.13**
MENINGOCOCCEMIA	-	-	-	-	0.07	0.07**
TÉTANOS	-	-	1	-	0.03	0.03**
MENINGITIS VIRAL	39	40	83	127	21.21	32.85
MENINGITIS BACTERIANA	4	6	9	17	3.42	7.27
VARICELA	307	381	521	974	121.23	234.27
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	_*
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	_*
HEPATITIS VIRAL	272	91	452	261	74.85	40.53
PAROTIDITIS	-	-	-	-	-	_*
PALUDISMO IMPORTADO	-	-	-	-	0.12	0.12**
LEPTOSPIROSIS	2	1	2	2	4.03	4.03**
SÍFILIS	58	65	97	140	28.15	39.41
BLENORRAGIA	220	175	379	445	90.50	108.84
INFECC. RESP. AGUDAS	85607	90783	187304	277301	40891.84	60074.43

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. Angel M. Alvarez Valdés.

Dra. Belkys Galindo Santana (Epidemiología)

PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO: Téc. Irene Toledo Rodríguez

Dr. Rafael Llanes Caballero (Microbiología)

REDACCION CARTOGRAFICA: Lic. Ivette Molina Serpa

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

Internet://www.ipk.sld.cu