



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: cjpk@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

Virus del Nilo Occidental, mosquitos infectados - Venezuela (Sucre).....	313
Influenza, H1N1, eficacia de mascarillas vs. Respiradores N95 – Canadá.....	315
Influenza, H1N1, ingreso en UTI: Internacional.....	316
Podría llevar años reducir el nivel de alerta pandémico: expresa OMS.....	317
Una dosis de vacuna contra gripe A(H1N1) debería ser suficiente, según OMS.....	318
Tablas:.....	319

VIRUS DEL NILO OCCIDENTAL, MOSQUITOS INFECTADOS - VENEZUELA (SUCRE)

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

Fecha: 11 de octubre, 2009

El Virus del Oeste del Nilo está en Venezuela. Fue detectado hace 72 años en Uganda; llegó al continente americano en 1999, salió de Estados Unidos vía México y finalmente se ha estacionado en el país. Lo certifica una investigación del posgrado de Entomología de la Universidad Central de Venezuela, cuyas conclusiones acaban de probar que en el territorio nacional también hay mosquitos que son capaces de transmitir la infección. A finales de 2006 hubo reportes de aves migratorias que hicieron escala en Venezuela con el virus [y equinos locales]. Entonces ya había sospechas de que la enfermedad podía quedarse. La situación fue confirmada a través de una tesis doctoral de la UCV, desarrollada por la

entomóloga Glenda Velásquez en el Centro de Investigaciones Biomédicas que la Universidad de Carabobo tiene en Maracay. Más allá de las especies de paso que portaban la enfermedad, las conclusiones de la investigación confirmaron mosquitos con la misma situación. Flor Herrera, coordinadora académica del Centro de Investigaciones Biomédicas de la Universidad de Carabobo, advirtió que lo que en español también se conoce como el Virus del Nilo Occidental no tiene por qué generar pánico: "80% de los pacientes presentan un cuadro asintomático y muy pocos de los contagiados llegan a complicarse".

Aún así, el virus puede llegar a ser mortal. Las cifras que presentan los Centros para el Control y la Prevención de Atlanta, Estados Unidos, señala 60 muertos en los 1.792 casos que han reportado desde 2008 hasta hoy. En Maracay recomiendan encarar el asunto de inmediato. Creen que es momento de que los médicos y la población en general sepan que hay un nuevo virus.

Han transcurrido tres meses desde que Velásquez encontró el hallazgo y los vecinos de la Laguna de los Patos, en Cumaná, desconocen que en ese punto del estado Sucre hay evidencias de la infección viral.

En la última visita de campo, los pescadores advirtieron a Velásquez y al equipo que la acompañó, que varios de los pelícanos que tanto molestan sus faenas han cambiado de comportamiento. "Dijeron que estaban como ciegos y que las iguanas se encontraban hinchadas", comenta.

Se trata de un testimonio que repitieron varios de los habitantes de la zona. Probablemente sea un hecho aislado que nada tenga que ver con el caso, pero por tratarse del único sitio donde encontraron mosquitos que portan el virus y de una investigación que involucró a las comunidades, los autores creen que es hora de informar sobre la presencia de la infección. "El virus está y era de esperarse, el problema es qué vamos a hacer ahora", señala Velásquez.

En la Gobernación del estado Sucre reposa una carta que advierte sobre el hallazgo. También en varias de las dependencias del Ministerio de Salud. Tanto el ex ministro Jesús Mantilla, como su sucesor, Carlos Rotondaro, recibieron comunicaciones directas que dan cuenta del asunto. Hasta ahora, no obstante, ningún organismo ha alertado sobre la presencia de la enfermedad. No hay noticias de ciudadanos que hayan sido contagiados con el virus en

el país. Esa es tarea para una próxima investigación. De todas maneras, Velásquez previene sobre la necesidad de que los profesionales de la salud sepan que un nuevo virus anda rondando por estos lados.

"Debe hacerse una vigilancia de pacientes con cuadros febriles que manifiesten los mismos síntomas del dengue", dice. "Y lo bueno es que puede aplicarse un mismo examen para ambas patologías, a través del método RT-PCR multiplex", agrega Herrera.

Esta no es la primera vez que se habla del Virus del Nilo en la región. En Argentina se han visto casos en humanos, pero en el Centro de Investigaciones Biomédicas no conocen otra investigación que haya confirmado la presencia de mosquitos con el Virus del Nilo en América del Sur. Se trata de un hallazgo propio y para más señas, la variedad que arrojó resultados positivos lleva un nombre meramente venezolano:

Mansonia venezuelensis+

Cuando se detecta un virus en un tipo de mosquito, puede que otras variedades de la misma familia también lo porten. En Sucre debe haber varios tipos de mosquitos con la enfermedad pero como dato anecdótico, el Virus del Nilo fue encontrado en esta parte del mundo precisamente en una especie que había sido clasificada por primera vez en Venezuela.

Los investigadores que hicieron el trabajo de campo recolectaron más de 30.000 mosquitos, que recogieron en cuatro puntos de la geografía nacional.

En el estado Zulia fueron a la Laguna de Sinamaica; en Anzoátegui recolectaron muestras en las lagunas de Unare y El Piñal, mientras que en Sucre hicieron lo mismo en la Laguna de Los Patos, cuyos resultados fueron los únicos que probaron los presagios que ya anunciaban el virus dentro del país. Puede, de cualquier modo, que haya otros sitios con focos endémicos.

Un proyecto de investigación coordinado por el Instituto de Zoología Tropical de la UCV, financiado por el Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos, y ejecutado con la Colección Phelps de Aves y las universidades de Carabobo y Massachusetts, encontró en 2006 que ya habían aves y caballos con anticuerpos contra el Virus del Oeste Nilo. De ese hallazgo salió la idea de determinar si sólo se trataba de un fenómeno pasajero. Así surgió la tesis de la UCV, que está financiada por la Misión Ciencia, tutorada por profesionales venezolanos y asistida por científicos de los Centros para el Control y la Prevención de Atlanta. Ahora lo que queda es esperar.

Ya no quedan dudas de que habrá o ha habido casos de venezolanos con la infección. "Ubicada en plena Cumaná, la

Laguna de los Patos está junto a una de las sedes de la Universidad de Oriente, frente a un Centro de Diagnóstico Integral de la Misión Barrio Adentro, entre varias comunidades, cerca de un hotel y un muelle que frecuentan pescadores y turistas. Es mucha la gente que hace vida alrededor de ella y, como los responsables de la investigación científica no han encontrado respuestas de las autoridades, recomiendan a médicos y vecinos estar prevenidos.

"Esa fue la gota que derramó el vaso, por eso lo estamos informando nosotros", explica Velásquez.

"A mediados de septiembre, cuando fui a entregar el material informativo en las comunidades, me dijeron que esperara un tiempo; que lo dejara en manos de la Gobernación pero todavía no han repartido ni informado nada".

INFLUENZA, H1N1, EFICACIA DE MASCARILLAS VS. RESPIRADORES N95 – CANADÁ.

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

Las mascarillas quirúrgicas o tapabocas y los respiradores N95 ofrecen una protección similar contra la transmisión de la influenza.

Las tasas de Influenza confirmada por laboratorio fueron similares entre el personal médico que usó las mascarillas quirúrgicas comparadas con los respiradores N95 mientras cuidaban los pacientes febriles con enfermedad respiratoria, según los datos recientemente publicados.

Investigadores en Canadá y Estados Unidos asignaron aleatoriamente 446 enfermeras en ocho hospitales de Ontario para usar mascarilla quirúrgica (n=225) o respirador N95 (n=221) entre Sept. 23 del 2008 y 8 de diciembre del 2008. Durante el período del estudio, 50 enfermeras en el grupo que usó mascarilla quirúrgica contrajeron Influenza confirmada por laboratorio, comparada con 48 en el grupo que usó respirador N95.

Las "mascarillas quirúrgicas tuvieron una diferencia en la eficacia estimada menor de 1% en comparación con los respiradores N95 en la prevención de gripe," escribieron los investigadores.

El estatus de la vacunación fue similar entre los dos grupos, con cerca del 30% de las enfermeras en cada uno que había recibido la vacuna inactivada trivalente para la influenza 2008-2009. "Esto es una enorme adición a nuestro conocimiento" según E. Rupp, MD, presidente de la sociedad de epidemiología de América y profesor de enfermedades infecciosas en la Universidad Nebraska, añadió en una entrevista.

"Tiene más sentido usar una mascarilla quirúrgica más simple y cómoda, mejor en cuanto a costo eficacia, la cual es mejor aceptada por los trabajadores de la salud, frente a algo que es incómodo, más costoso y no más eficaz en situaciones clínicas rutinarias."

Los resultados del estudio están de acuerdo con las recomendaciones del SHEA para manejo de la nueva Influenza H1N1, que se basan en el conocimiento de que el virus se comporta semejante a la gripe estacional, según Rupp, que los respiradores N95 deben ser reservados para los procedimientos que generan aerosoles, como la broncoscopia o la intubación. Los resultados de este estudio contradicen los resultados presentados en la reunión reciente de ICAAC que indicó que las mascarillas N95 pueden ser más eficaces en la prevención de la transmisión de la gripe que mascarillas quirúrgicas. "es entendible que los trabajadores de la salud están preocupados sobre adquisición de la Influenza, pero

sobre todo enfatizar en las medidas de control de infección que deben usar," dijo Rupp.

La vacunación es la manera más eficaz de proteger a ambos grupos, según Rupp, quien promueve la vacunación una vez la vacuna de Influenza A H1N1 esté disponible.

Otras estrategias importantes del control de la infección incluyen el reconocimiento y despistaje precoz de los pacientes con enfermedad gripal, promover el empleo de protección durante la tos, estimular el empleo de mascarillas por los pacientes, promover la higiene apropiada de las manos y excluir a los visitantes y trabajadores de salud enfermos en los centros de salud.

INFLUENZA, H1N1, INGRESO EN UTI: INTERNACIONAL.

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

Una cuarta parte de los estadounidenses que fueron hospitalizados por influenza porcina durante la primavera debieron ser internados en terapia intensiva y 7% de ellos murieron, sugiere el primer estudio sobre los meses iniciales de la epidemia global.

Esas proporciones son un tanto más altas de las que se alcanzan por influenza estacional, dijeron varios expertos.

Un dato infrecuente y sorpresivo es que los niños y jóvenes fueron casi la mitad de los hospitalizados, entre ellos muchos que estaban en buen estado de salud anteriormente. El estudio no dividió las muertes por edad.

"Al contrario de la percepción que tiene mucha gente de que esta influenza H1N1 nueva es moderada, estos datos muestran claramente que la influenza puede enfermarnos mucho", dijo el doctor William Schaffner, experto en influenza de la Universidad Vanderbilt y vocero de la

Sociedad Estadounidense de Enfermedades Contagiosas.

"Claramente, la mejor manera de protegerse y proteger a su familia es recibir una vacuna tan pronto como esté disponible", dijo Schaffner, quien no participó en el estudio pero fue consultor de las farmacéuticas que hacen las vacunas.

El estudio fue hecho por investigadores de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades federales, que trabajaron con hospitales y departamentos de salud estatales y municipales. La revista New England Journal of Medicine publicó los resultados en internet el jueves.

Un segundo estudio difundido por el mismo medio reveló que la influenza porcina tuvo un efecto profundo en las unidades de terapia intensiva de Australia y Nueva Zelanda entre junio y agosto, la temporada invernal del hemisferio sur.

"El número de personas en cuidados intensivos se incrementó 15 veces.

Eso es un aumento de 1.500%", dijo Michael Osterholm, director del Centro de Investigación y Políticas de Enfermedades Contagiosas en la Universidad de Minnesota. "Aún vamos hacia la temporada de influenza", agregó. "¿Veremos ese mismo gran incremento de casos en los próximos meses o tendremos un pico de casos en octubre o noviembre?" En el estudio en Estados Unidos, los

investigadores identificaron a 272 pacientes que fueron hospitalizados al menos por un día entre abril y mediados de junio, durante la primera ola de casos por el nuevo virus. Esa cifra es alrededor de un cuarto del total de internaciones que se reportaron durante ese período, pero los investigadores sólo estudiaron los casos confirmados por análisis de laboratorio y los de pacientes que aceptaron ser parte del estudio.

PODRÍA LLEVAR AÑOS REDUCIR EL NIVEL DE ALERTA PANDÉMICO: EXPRESA OMS.

Ginebra, octubre 09/2009 (Reuters). Podría llevar años a la Organización Mundial de la Salud (OMS) disminuir el grado del virus de la influenza A(H1N1) de pandémico a estacional, según indicó el viernes la propia agencia de Naciones Unidas.

La OMS aumentó su nivel de alerta pandémico de seis etapas al rango máximo en junio pasado, en respuesta a la expansión de la nueva cepa del virus, conocida popularmente como gripe pandémica. La enfermedad ya causó la muerte de al menos 4 500 personas, especialmente en América del Norte. El portavoz de la OMS Gregory Hartl manifestó que la alerta sanitaria permanecería hasta que las personas puedan eludir mejor la infección con la cepa A(H1N1). "En algún punto del futuro, se reconocería el hecho de que no está más en circulación en una base sustentable en las comunidades. Luego, se reduciría el nivel pandémico", dijo Hartl, quien destacó: "Todavía no hay absolutamente ningún indicio de que eso esté sucediendo".

En las pandemias previas, indicó el portavoz, llevó tiempo para que las preocupantes cepas de la gripe se vuelvan

menos contagiosas. La desaceleración generalmente proviene de que las personas tienen cierta exposición previa al virus o ganan protección por una vacuna.

"Finalmente un virus pandémico se vuelve más propenso a ser estacional y eso normalmente tomará entre dos y tres años", manifestó Hartl.

"Una vez que suficientes personas fueron vacunadas o contrajeron el virus, entonces se hace más difícil su expansión. Comienza a actuar como una gripe estacional", añadió. Las autoridades nacionales de salud realizan controles regulares de los virus de la influenza y las empresas que comercializan inyecciones para la gripe estacional suelen hacer estudios sobre las cepas circulantes. Las vacunas normalmente contienen una mezcla de algunos de esos virus en circulación.

GlaxoSmithKline, Novartis, Baxter, AstraZeneca y CSL se encuentran entre las firmas que están luchando contrarreloj para desarrollar y vender vacunas contra la cepa A(H1N1), lo que significarán miles de millones de dólares en ingresos ante los abultados pedidos gubernamentales para enfrentar la pandemia.

China comenzó el primer programa de vacunación masiva en el mundo contra este nuevo virus a fines de septiembre, mientras que Australia y Estados Unidos también presentaron campañas que apuntan a los niños y a los trabajadores médicos en primer lugar.

Hartl dijo que aún no hay señales de que la cepa pandémica haya mutado a una forma más peligrosa o agresiva que la que fue identificada por primera vez en Estados Unidos y México.

"Por el momento, el virus se ha mantenido bastante homogéneo", expresó el portavoz de la OMS. En su último panorama sobre la expansión del virus, también publicado el viernes, la agencia de la ONU indicó que había un inicio inusualmente temprano de enfermedades similares a la gripe en el hemisferio norte durante este otoño.

Los virus de la influenza viven en climas más fríos y normalmente tienen mayor impacto en el invierno.

En las últimas semanas, algunos países de Europa han registrado más enfermedades respiratorias de lo normal y el patrón de gripe de Japón está por encima de lo habitual, especialmente en grandes ciudades. Estados Unidos, México y Canadá también han tenido mayores tasas de enfermedad de lo normal para esta época del año, dijo la OMS en un comunicado.

La transmisión de la gripe ha permanecido estable en las zonas tropicales de América y Asia, con informes de "alta intensidad de la actividad de las enfermedades respiratorias" en Colombia y El Salvador.

En tanto, en el hemisferio sur, las infecciones mermaron con el final de la temporada de invierno, señaló la OMS.

UNA DOSIS DE VACUNA CONTRA GRIPE A(H1N1) DEBERÍA SER SUFICIENTE, SEGÚN OMS

Una dosis de vacuna para la influenza A(H1N1) debería ofrecer suficiente protección contra la cepa de gripe pandémica, dijo la jefa de investigación de vacunas de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La funcionaria indicó que una dosis sería suficiente para garantizar protección contra la cepa de la influenza A(H1N1), que parece no haber mutado a una forma más virulenta desde su aparición en Estados Unidos y México.

"Todos los datos que hemos visto muestran que una dosis es suficiente", dijo Marie-

Paule Kieny a la prensa en Ginebra. La funcionaria de la OMS señaló que las vacunas desarrolladas contra las cepas de gripe A(H1N1) están produciendo volúmenes mayores que lo esperado en primera instancia.

"La disponibilidad de la vacuna será mayor que lo previsto en un primer momento", indicó la experta.

Vacunas donadas serán provistas por la OMS a cerca de cien países con ingresos bajos y medios para inmunizar a sus trabajadores de salud y evitar que estos propaguen el virus, agregó Kieny.

Enfermedades de Declaración Obligatoria: Varicela.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 10/10/09.

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009 *
PINAR DEL RIO	5	6	649	2639	103.54	420.94
P. HABANA	2	11	820	1670	128.69	259.11
C. HABANA	9	18	3413	9487	173.20	485.77
MATANZAS	-	2	419	1516	75.48	231.50
VILLA CLARA	9	11	856	2291	126.95	341.82
CIENFUEGOS	1	3	777	1804	209.58	484.39
S. SPIRITUS	8	3	944	991	229.73	241.21
CIEGO DE AVILA	2	6	287	858	80.31	240.05
CAMAGÜEY	7	6	641	1391	94.93	206.26
LAS TUNAS	5	4	1422	862	279.76	168.94
HOLGUIN	7	12	1475	1590	161.40	173.59
GRANMA	6	13	972	1159	138.02	164.03
SANTIAGO DE CUBA	19	10	3371	3028	340.89	305.71
GUANTANAMO	2	5	1479	2020	306.82	418.03
ISLA DE LA JUVENTUD	2	-	37	207	54.19	303.43
CUBA	84	110	17562	31513	173.35	307.83

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: 07/10/09.

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Alimentos	4	14	367	174	3.27	1.53
Ciguatera *	-	1	32	14	0.28	0.12
Hepatitis viral **	-	-	62	7	0.55	0.06
EDA	-	-	-	-	-	-
IRA	8	5	37	28	0.33	0.25
Agua	-	-	35	17	0.31	0.15
Varicela	-	-	53	16	0.47	0.14

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: 10/10/09.**

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	-	3	0.00	0.00**
SHIGELLOSIS	7	2	197	327	2.62	4.30
D. AMEBIANA AGUDA	-	1	39	42	0.51	0.54
TUBERCULOSIS	17	10	575	510	6.74	5.92
LEPRA	2	4	159	192	2.04	2.43
TOSFERINA	-	-	-	-	-	-**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	14398	11289	520965	681556	6120.24	7923.75
M. MENINGOCÓCCICA.	1	-	8	9	0.09	0.10
MENINGOCOCCEMIA	-	-	-	2	0.00	0.00**
TÉTANOS	-	-	2	1	0.03	0.01
MENINGITIS VIRAL	77	31	3075	2313	33.23	24.74
MENINGITIS BACTERIANA	9	2	267	242	3.12	2.80
VARICELA	84	110	17562	31075	173.35	303.55
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	-**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	-**
HEPATITIS VIRAL	91	39	3688	2030	43.21	23.54
PAROTIDITIS	-	-	15	1	0.15	0.01
PALUDISMO IMPORTADO	-	-	3	5	0.03	0.04
LEPTOSPIROSIS	14	-	164	117	2.92	2.06
SÍFILIS	29	26	1143	1160	14.14	14.20
BLENORRAGIA	90	70	3067	3171	35.87	36.70
INFECC. RESP. AGUDAS	140637	205519	3617038	4445801	44078.03	53615.25

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. Denis Verdasquera Corcho.

PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO: Téc. Irene Toledo Rodríguez

JEFES DE INFORMACION:

Dra. Belkys Galindo Santana
(Epidemiología)
Dr. Otto Peláez Sánchez.
(Epidemiología)
Dra. Angela Gala González
(Epidemiología)

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

Internet://www.ipk.sld.cu