



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

Tuberculosis, quimioprofilaxis alternativa.....	177
Salmonelosis, tomates contaminados - EEUU(02).....	180
Informe de la ONU pide fortalecer lucha contra el SIDA.....	181
Estudio sobre gripe aviar revela que no llegaría aún a Norteamérica.....	181
Desarrollan sesión de alto nivel sobre VIH/SIDA.....	182
Tablas:.....	183

TUBERCULOSIS, QUIMIOPROFILAXIS ALTERNATIVA

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

Autor: Keithy Alcorn

Un tratamiento de cuatro meses de quimioprofilaxis con rifampicina tiene una probabilidad significativamente menor para causar efectos colaterales serios en comparación con uno de isoniazida durante nueve meses al emplearse como tratamiento preventivo en las personas con formas latentes de tuberculosis (TB). Los pacientes

en el estudio randomizado, tuvieron una probabilidad significativamente mayor de completar su curso de tratamiento, reportaron investigadores canadienses en la conferencia anual de la Sociedad Torácica Estadounidense (ATS, American Thoracic Society) realizada hace dos semanas en Toronto, Canadá.

El tratamiento preventivo con isoniazida para la tuberculosis latente, el cual tiene una duración de seis a nueve meses, es recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para todas las personas seropositivas al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) con TB latente, diagnosticada mediante la prueba de la tuberculina en piel.

Sin embargo, el régimen preventivo citado, a menudo denominado 9INH por los médicos, posee diversas limitaciones. Las tasa de cumplimiento pueden ser bajas; y existe el riesgo para el desarrollo de toxicidad hepática, especialmente cuando están presentes una injuria hepática preexistente o consumo masivo de alcohol. Por estas y otras razones, los países subdesarrollados han sido reticentes a ofrecer sistemáticamente la terapia preventiva con isoniazida a pesar de la exigencia de la OMS. En los Estados Unidos, la ATS y los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) recomendaron que podía emplearse un régimen de dos meses de duración con rifampicina y pirazinamida como tratamiento preventivo de la TB latente si no hubiera evidencia de una injuria hepática preexistente o una historia de abuso de alcohol/alcoholismo. Sin embargo, en las personas infectadas con el VIH, un curso de nueve meses con isoniazida sigue siendo el tratamiento preferido.

Sin embargo, las guías de los EE.UU. también ofrecen la opción de utilizar un curso de cuatro meses solo con rifampicina.

"Tan pronto como comenzamos el uso amplio de rifampicina/pirazinamida, encontramos bastantes casos de hepatitis, de manera tal que tomamos la

decisión: evaluemos la seguridad de 4RIF (el régimen administrando rifampicina durante 4 meses)," declaró a Aidsmap el Dr.

Dick Menzies de la Universidad McGill en Montreal.

El estudio referente a la seguridad, conducido por el Instituto del Tórax de Montreal (Montreal Chest Institute) con colaboradores en Canadá, Brasil y Arabia Saudita, enroló a 847 pacientes; 427 fueron asignados en forma randomizada para recibir 9INH y 420 para recibir 4RIF. El estudio reclutó a personas tanto seronegativas como seropositivas para el VIH, pero excluyó a aquellos que tomaban antirretrovirales, debido a las interacciones medicamentosas potenciales y a la exacerbación de la toxicidad por isoniazida causada por el comúnmente empleado agente antirretroviral estavudina (d4T).

El estudio fue interrumpido por el Comité de Monitorización de la Seguridad en los Resultados (Data Safety Monitoring Board), cuando un 75% de los participantes habían completado cuatro meses de tratamiento, debido al hallazgo que indicó que la frecuencia de los eventos adversos en el grupo que recibió 4RIF no fue significativamente mayor con respecto a lo registrado en el grupo que recibió 9INH.

En el análisis presentado en la conferencia de la ATS, los investigadores mostraron que la hepatitis de Grado 3 y de Grado 4 fue significativamente más común en el grupo que recibió 9INH (15 casos contra 3, 4.1% vs. 0.8%, $p=0.002$) en comparación con el grupo que recibió 4RIF. No hubo una diferencia significativa en el número de eventos adversos de los Grados 1 y 2 considerados como "probablemente relacionados" con los medicamentos en estudio. La incidencia de los eventos adversos serios en el grupo que recibió 9INH fue algo mayor con respecto a lo observado en otros estudios.

También hubo una tasa de completamiento del tratamiento significativamente mayor en el grupo que recibió 4RIF (81% vs. 64%, $p<0.001$).

En un análisis separado, la Dra. Anne Aspler de la Unidad de Epidemiología Respiratoria e Investigación Clínica (Respiratory Epidemiology & Clinical Research Unit) en el Instituto del Tórax de la Universidad McGill en Montreal demostró que 4RIF fue significativamente menos costoso con respecto a 9INH para el tratamiento de la TB latente, sobre la base de los costos de una sola sede en Montreal, pero utilizando información de todo el estudio. Los costos globales, incluyendo la utilización de recursos en el sistema de salud, fueron \$1021 por cada paciente que completó el esquema 4RIF y \$1542 por cada paciente que completó el esquema 9INH. "En forma global, rifampicina cuesta alrededor de \$484 menos por cada paciente tratado; lo cual, si asumimos que cuatro meses de rifampicina posee una eficacia por lo menos igual a la de nueve meses de isoniazida, representa un ahorro adicional para el sistema de salud en más de \$10,000 por paciente que se evita desarrollar TB," indicó la Dra. Aspler. "Y debido a la mejora en el cumplimiento, realmente estaremos evitando más casos de TB. este tratamiento puede no solamente ahorrar dinero sino también vidas." "El siguiente paso tendrá que ser un estudio sobre la eficacia, el cual deberá ser a una escala mucho más grande," declaró el Dr. Menzies. Sin embargo, un tratamiento preventivo para la TB en base a rifampicina posee una limitación en las personas infectadas con el

VIH: tiene interacciones potencialmente serias con todos los inhibidores de la proteasa y con el análogo no nucleósido de la transcriptasa reversa nevirapina; y el único medicamento ampliamente utilizado que puede prescribirse junto con rifampicina es efavirenz. Los análogos nucleósidos no son afectados por rifampicina. Algunos médicos en los países subdesarrollados ofrecen quimioprofilaxis

contra la TB a las personas infectadas con VIH antes que sean elegibles para recibir una terapia antirretroviral, ya que ello sería una buena manera para comprometerlos con el sistema de salud y retenerlos en los programas de atención. Para estos pacientes, un régimen de cuatro meses de duración con rifampicina podría ser atractivo, especialmente si el costo de dicha terapia fuera menor.

Sin embargo, para el empleo de un régimen con rifampicina durante cuatro meses como tratamiento preventivo de la TB habrá algunos obstáculos significativos y posiblemente imposibles de superar. Como rifampicina es actualmente un componente esencial del tratamiento para la TB activa, será mandatorio descartar la posibilidad de que la persona tenga TB activa antes de administrarle rifampicina como tratamiento preventivo, a fin de limitar el riesgo que pudiera desarrollarse resistencia a rifampicina como resultado de administrar una monoterapia en un paciente con TB activa.

Asimismo, ya se ha evaluado a un régimen alternativo con una menor duración; y otros esquemas adicionales podrían estar en lista de espera. Un estudio aleatorio publicado en el año 2006 demostró que un curso de 12 semanas con rifapentina e isoniazida tomadas una vez por semana era igualmente efectivo en comparación con un régimen de ocho semanas con rifampicina y pirazinamida tomadas a diario, pero era mucho mejor tolerado. Veinte de los 193 participantes (10%) que recibieron rifampicina/pirazinamida experimentaron hepatotoxicidad de los Grados 3 o 4, en comparación con 2 de 206 participantes (1%) que recibieron rifapentina/isoniazida. Un estudio canadiense también está comparando un régimen de tres meses tomando rifapentina/isoniazid una vez por semana contra el régimen 9INH estándar.

Referencias

Dion MJ et al. A randomized trial comparing adverse events with 4RIF and 9INH in the treatment of latent TB infection. American Thoracic Society International Conference, Toronto, poster 816, 2008.

Aspler A et al. Cost and cost-effectiveness of a randomized trial of 4 months rifampin versus 9 months of isoniazid for treatment

of latent tuberculosis infection. American Thoracic Society International Conference, Toronto, poster 821, 2008.

Schechter M et al. Weekly rifapentine/isoniazid or daily rifampin/pyrazinamide for latent tuberculosis in household contacts. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 173: 922-926, 2006.

SALMONELOSIS, TOMATES CONTAMINADOS - EEUU (02)

Toma do de:<<http://www.promedmail.org>>

La cadena de comida rápida McDonald's Corp dijo el lunes que temporalmente dejó de poner rebanadas de tomate a sus sándwiches en Estados Unidos, mientras funcionarios de salud trabajan para establecer la fuente de un brote de la peligrosa bacteria Salmonella.

La Administración de Alimentos y Fármacos de Estados Unidos (FDA, por su sigla en inglés) advirtió el sábado de un brote de salmonelosis relacionada con el consumo de ciertas variedades de tomates y productos elaborados a partir de estos vegetales. La FDA dijo que han sido identificados 145 casos reportados en todo el país, incluyendo al menos 23 hospitalizaciones, ligados al brote. Las infecciones fueron causadas por la Salmonella saintpaul, un tipo poco común de la bacteria.

"Esta es solamente una medida precautoria. McDonald's no ha experimentado ningún caso relacionado hasta la fecha," explicó la compañía en un comunicado.

La bacteria salmonella es frecuentemente responsable de enfermedades provocadas por los alimentos. Los síntomas generalmente aparecen entre 12 y 72 horas después de comer alimentos infectados e incluyen fiebre, diarrea, náuseas, vómitos y dolores abdominales. Los infantes, los ancianos y aquellos con débiles sistemas inmunes son más propensos que otros a desarrollar enfermedades severas que podrían, incluso, ser mortales si no son tratadas con antibióticos. La FDA dijo que era seguro consumir los tomates de la variedad cherry, los de la variedad racimo, los que aún están adheridos a la planta o los que son cultivados en casa.

McDonald's dijo que continuará sirviendo los tomates en racimo en sus ensaladas tipo premium. El lunes, el grupo de almacenes Winn Dixie Stores Inc dijo que había dejado de vender los tomates sobre los que advirtió la FDA. FDA publicó una lista de productores de tomates cuyos productos no están asociados con el brote.

INFORME DE LA ONU PIDE FORTALECER LUCHA CONTRA EL SIDA.

Nueva York, junio 06/2008 (DPA). El número de personas que murió a causa del SIDA y el número de nuevos infectados se redujo en los últimos diez años, según datos difundidos por Naciones Unidas. Al mismo tiempo, el número cada vez mayor de infectados hace cada vez más difícil permitir el acceso de terapias modernas a todos los afectados, según se desprende de un informe dado a conocer, que el secretario general de la ONU, Ban Ki-moon, presentará en una conferencia sobre el SIDA de alto rango el próximo martes en Nueva York. El número de infecciones por VIH en 2007 creció dos veces y media más rápido que el número de personas que tiene acceso a medicamentos que alarguen la vida. "Si la comunidad de Estados no actúa con celeridad e implementa según prometió medidas extraordinarias, los efectos humanitarios y económicos de la epidemia seguirán expandiéndose", advirtió Naciones Unidas en su informe. Por eso, se necesita "un fuerte y sostenido trabajo y liderazgo político". De acuerdo con el informe de la ONU en diciembre de 2007 había en todo el mundo 33,2 millones de personas infectadas con VIH. Unos 2,1 millones de personas

murieron a causa del SIDA, mientras que en 2001 habían sido 3,9 millones de personas. En total fallecieron más de 25 millones de personas desde mediados de los 80 por el virus. En los últimos seis años el número de pacientes tratados con medicamentos aumentó en un 42%, se indica en el informe.

En los países con ingresos bajos o medios unos tres millones de personas recibieron una terapia.

Un 34% de las embarazadas recibieron el año pasado medicamentos para evitar una infección madre-hijo. En comparación con 2005, el número hizo más que duplicarse. Entre el 10 y el 11 de junio, Ban informará en Nueva York acerca de los adelantos y problemas en la lucha contra el SIDA. Sus datos se basan en 147 informes nacionales. Se espera la asistencia de seis jefes de Estado y de gobierno y 80 ministros, altos representantes estatales y enviados de organizaciones internacionales. Durante la última conferencia sobre el SIDA en Nueva York en 2006, la comunidad internacional decidió asegurar a todos los infectados con VIH hasta el 2010 el acceso a medicamentos que prolonguen la vida.

ESTUDIO SOBRE GRIPE AVIAR REVELA QUE NO LLEGARÍA AÚN A NORTEAMÉRICA.

Washington, junio 06/2008 (Reuters). La temida cepa H5N1 de la gripe aviar aún no ha llegado a Norteamérica por medio de las aves migratorias, según indicaron investigadores. Las pruebas realizadas a más de 16 000 aves migratorias entre mayo del 2006 y marzo del 2007 no mostraron evidencia del H5N1 de la gripe aviar, el cual se ha expandido en muchas partes de Asia y ha aparecido en algunas aves en Europa, Oriente Medio y África. Los pájaros están infectados con prácticamente todas las demás cepas conocidas de la influenza, expresó Hon Ip, del Centro Nacional de Salud de la Fauna en Madison, Wisconsin. Pero no con el patógeno virus

H5N1. "Quizá el océano Pacífico sea una linda y enorme barrera biológica, por lo cual estoy siempre completamente agradecido", señaló Ip durante una entrevista telefónica. "La tasa de infección general de influenza aviar no es realmente muy distinta en Alaska o América del Norte que en cualquier otro lado. No obstante, la expansión del H5N1 que atraviesa la mayor parte de Asia, África y Europa no ha llegado a Norteamérica", agregó el experto. Alrededor de un 1,7% de las aves estaban infectadas, pero todas con cepas de la gripe de bajo nivel patógeno, las cuales no suelen causar enfermedad, indicó el informe que el equipo de Ip publicó en *Virology Journal*.

La altamente patógena gripe aviar H5N1 obligó al sacrificio de alrededor de 300 millones de aves a nivel global, según la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE). Las aves se consideran la fuente original de todos los virus de la gripe. Si bien la cepa H5N1 rara vez infecta a las personas, ya causó la muerte de 241 de 383 enfermos, en 15 países. Los expertos creen que el peligro es que el virus evolucione a una forma más fácilmente transmisible entre las personas, en cuyo caso el contagio se dispararía y causaría una pandemia en la que podrían morir millones de seres humanos. Los funcionarios del Gobierno estadounidense dijeron que es inevitable que en algún momento las aves migratorias

transporten el virus H5N1 hacia América. Entre 1,5 y 2,3 millones de pájaros migran desde Asia a Alaska cada año. Pero Ip, que trabajó con equipos del Departamento de Agricultura y del Servicio de Peces y Fauna Silvestre de Estados Unidos y del Departamento de Pesca y Juego de Alaska, dijo que esto no ha sucedido todavía. "Tenemos evidencia directa de que las aves están trayendo al menos parientes o descendientes de los virus de Asia", señaló Ip.

Con todo, hay que tener en cuenta que los virus mutan dentro de las aves, un proceso que los científicos creen que puede dar lugar a cepas nuevas y a veces más peligrosas.

DESARROLLAN SESIÓN DE ALTO NIVEL SOBRE VIH/SIDA.

Naciones Unidas, junio 10/2008 (PL). Una sesión de alto nivel sobre el estado del VIH/SIDA se efectúa en la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas (ONU) con la participación de mandatarios, ministros y altos funcionarios. La intención de este intercambio es revisar el progreso en la consecución de la declaración de compromisos sobre el VIH/SIDA. El encuentro servirá para hacer un balance sobre la respuesta a la epidemia, los progresos alcanzados y los desafíos por superar. En la sesión participan representantes de organizaciones no gubernamentales, civiles y grupos comunitarios, y se desarrollarán actividades colaterales. Los expertos destacan que se indicarán las soluciones y políticas

necesarias para alcanzar las metas acordadas, entre ellas el acceso universal a la prevención y el tratamiento en el 2010. El programa contempla un llamado a los líderes para que cumplan sus promesas, una exploración audaz del problema del VIH/SIDA en el mundo, y la discusión de vías innovadoras para responder las necesidades especiales de grupos vulnerables. Se tratará la importancia de la movilización de recursos, y se asegurará el fondo económico para el desarrollo de programas vinculados con la disminución de esta enfermedad que padecían 33,2 millones de personas en diciembre del 2007. Más de 16,3 millones han muerto debido a esta afección y de estos 14 millones en África.

Enfermedades de Declaración Obligatoria: Enf. Respiratoria Aguda.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 07/06/08.

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008 *
PINAR DEL RIO	4121	4745	114337	136414	39340.25	46923.31
P. HABANA	4386	5187	132938	148572	47791.52	53109.04
C. HABANA	15498	17066	433095	471152	51110.52	55849.92
MATANZAS	4064	4962	134648	145592	49643.18	53522.00
VILLA CLARA	5196	5686	163284	177431	51148.29	55746.54
CIENFUEGOS	2204	2436	68989	75960	46141.18	50686.17
S. SPIRITUS	3017	3316	94966	96144	51874.33	52524.49
CIEGO DE AVILA	1907	2301	62195	65316	38252.88	40151.30
CAMAGÜEY	5118	5774	138268	146794	44282.95	47039.35
LAS TUNAS	3004	3451	73792	77276	35591.06	37197.19
HOLGUIN	6972	6995	172620	186500	42790.68	46173.83
GRANMA	4028	4286	105757	111554	33832.68	35626.49
SANTIAGO DE CUBA	5103	5228	125320	155304	32490.96	40230.06
GUANTANAMO	2139	2541	52358	67379	28550.63	36694.68
ISLA DE LA JUVENTUD	890	453	13274	14951	39483.67	44487.31
CUBA	67647	74427	1885841	2076339	43304.32	47677.45

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: 11/06/08.

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Alimentos	-	14	112	224	1.00	1.99
Ciguatera *	-	-	6	15	0.05	0.13
Hepatitis viral **	2	2	69	53	0.61	0.47
EDA	-	-	-	-	-	-
IRA	-	3	4	11	0.04	0.10
Agua	-	4	11	27	0.10	0.24
Varicela	-	1	18	51	0.16	0.45

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: 07/06/08.**

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	3	-	0.03	0.03**
SHIGELLOSIS	13	3	190	107	4.06	2.28
D. AMEBIANA AGUDA	-	-	15	22	0.36	0.52
TUBERCULOSIS	9	11	359	352	7.09	6.95
LEPRA	6	3	108	84	2.16	1.68
TOSFERINA	-	-	-	-	-	._**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	20543	14355	295040	297655	6211.90	6266.79
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	3	6	0.10	0.20
MENINGOCOCCEMIA	-	-	1	-	0.03	0.03**
TÉTANOS	-	-	2	1	0.04	0.02
MENINGITIS VIRAL	75	66	1007	1827	31.90	57.87
MENINGITIS BACTERIANA	4	8	153	166	3.80	4.12
VARICELA	359	469	10613	14782	134.03	186.68
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	._**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	._**
HEPATITIS VIRAL	176	107	5484	2326	84.38	35.79
PAROTIDITIS	4	2	113	6	1.21	0.06
PALUDISMO IMPORTADO	-	-	8	3	0.20	0.07
LEPTOSPIROSIS	10	2	131	79	6.82	4.11
SÍFILIS	40	32	921	674	15.93	11.66
BLENORRAGIA	80	79	2360	1791	42.26	32.07
INFECC. RESP. AGUDAS	67647	74427	1885841	2076902	43304.32	47690.37

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)
	Lic. Pedro Casanova (Parasitología)

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

Internet://www.ipk.sld.cu