



## 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](mailto: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

<b>Mortalidad por tuberculosis y grupos de edades. Cuba, 1998-2007.....</b>	<b>281</b>
<b>VIH/SIDA, parejas, abuso sexual y físico – India.....</b>	<b>283</b>
<b>Varicela, brote infantil - Colombia (Armenia).....</b>	<b>284</b>
<b>Rabia humana, brote extenso – China.....</b>	<b>285</b>
<b>Staphylococcus aureus y muerte súbita infantil.....</b>	<b>286</b>
<b>Tablas:.....</b>	<b>287</b>

### MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS Y GRUPOS DE EDADES. CUBA, 1998-2007.

Dra. Grisel Risco Oliva  
Dra. Susana Borroto Gutiérrez  
Prof. Edilberto González Ochoa

La reducción de las muertes por Tuberculosis (TB) es un pilar importante en el control de la enfermedad, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el Plan Global para Detener la TB 2006-2015 <sup>1</sup> se propuso como meta la reducción a la mitad de la mortalidad con respecto a la de 1990. Ya Cuba alcanzó esta meta con la tasa de  $0.2 \times 10^5$  lograda en 2007, menos de la mitad del 0.5 de 1990 <sup>2</sup>. Esto refleja una disminución sostenida a lo largo del siglo XX <sup>3</sup>, similar a la de los países desarrollados <sup>4</sup>.

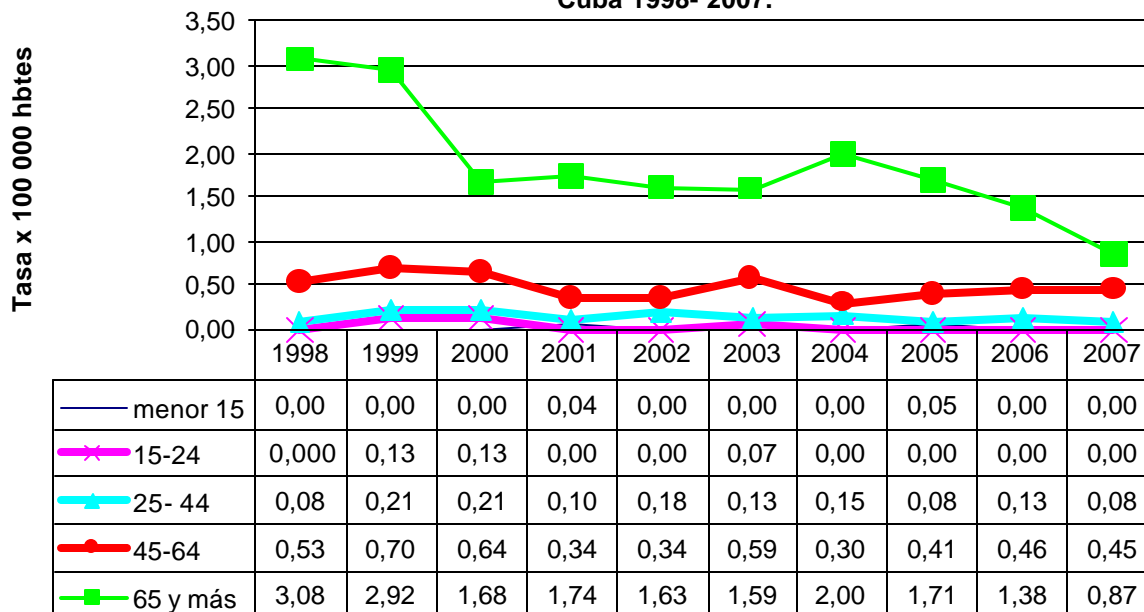
Durante los últimos 10 años la tasa de mortalidad por TB ha descendido a un ritmo promedio de 5% anual. El grupo de edad de mayores de 65 años tuvo la mayor tasa durante el período (Figura 1), seguido del grupo de 45-64.

Los mayores de 65 años mostraron una tasa de mortalidad de 3.1 por 100 000 habitantes en el año 1998, y disminuyó hasta 0.9 en el 2007, con una reducción total de 71.8 % y una reducción media anual de 8%, la mayor reducción. Este grupo de edad aportó el 55,7 % de las muertes ocurridas (214 / 384).

El grupo de 45 a 64 años tuvo un tasa de 0.5 en 1998, aproximadamente igual a la del 2007. De 15-44 años la mortalidad fue baja, con 15 % de los fallecidos por esta causa en el período, pero aspiramos a que disminuya más con un adecuado control en pacientes VIH y reclusos. En menores de 15 no hubo muertes. Las mayores tasas de mortalidad en los niños y adolescentes se producen en países del tercer mundo <sup>5</sup>. Los niños raramente contribuyen a la transmisión, pero su enfermedad es un resultado directo de la continua transmisión dentro de la

comunidad <sup>6</sup>. En Cuba no sucede así, y se ha visto una transmisión baja <sup>7</sup> con tasas insignificantes de casos nuevos <sup>2</sup>. En Cuba son escasos los estudios que traten acerca de los factores que puedan estar influyendo en la mortalidad por TB, entre ellos una tesis de maestría en la que se sugiere entre los factores relacionados con los servicios de salud, el error de diagnóstico y el diagnóstico tardío, y entre los relacionados con los pacientes la presencia de enfermedades concomitantes que pudieran agravar la enfermedad <sup>8</sup>.

**Figura 1: Tasa de mortalidad por tuberculosis según grupos de edades. Cuba 1998- 2007.**



**Referencias:**

1. World Health Organization. The Global Plan to Stop TB, 2006–2015. Actions for life – towards a world free of tuberculosis. WHO, Geneva, 2006. (WHO/HTM/STB/2006.35).
2. Ministerio de Salud Pública. Anuarios Estadísticos de Salud de Cuba. 1998-2007. Disponibles en: [www.sld.cu/servicios/estadisticas/anuario\\_res.php](http://www.sld.cu/servicios/estadisticas/anuario_res.php) Revisado el 31/07/2008.
3. González E, Borroto S, Armas L, Díaz C. Mortalidad por Tuberculosis en Cuba, 1902- 1997. Rev Cubana Med Trop 2003; 55(1): 5-13.
4. World Health Organization. Global Tuberculosis Control 2008. Surveillance, Planning, Financing. (WHO/HTM/TB/2008.393). WHO, Geneva 2008. Disponible en: [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/2008/en/index.html](http://www.who.int/tb/publications/global_report/2008/en/index.html). Revisado el 31/07/08

5. Adams LV. Childhood tuberculosis in the developing world. *Pediatr Ann.* 2004 Oct; 33(10):685-90.
6. Marais BJ, Gie RP, Schaaf HS, Hesselning AC, Obihara CC, Nelson LJ. et al. The clinical epidemiology of childhood pulmonary tuberculosis: a critical review of literature from the pre-chemotherapy era. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2004 Mar; 8(3):278-85.
7. Borroto S, González E, Armas L, Urbino A, Martínez AM, Llanes MJ, Sevy J, Carreras L. Reacción a la tuberculina entre escolares de noveno grado de Ciudad de La Habana, Cuba. *Rev Panam Salud Publ.* 2003; 14(3): 209-14.
8. Cristiá M. Mortalidad por y con Tuberculosis en Ciudad de la Habana 2000-2004. Tesis de Maestría en Epidemiología. Instituto Pedro Kourí, 2007.

### VIH/SIDA, PAREJAS, ABUSO SEXUAL Y FÍSICO - INDIA

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

Investigadores de la Universidad de Harvard y de la India han encontrado que las mujeres hindúes casadas que sufren abuso físico y sexual por parte de sus esposos tienen un mayor riesgo de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en comparación con las mujeres que no sufren tal abuso.

Jay G. Silverman, Ph.D. (Escuela de Salud Pública de Harvard, Boston) y colaboradores escribieron lo siguiente: "La India alberga aproximadamente a 2.5 millones de personas infectadas con el VIH, correspondiendo a la tercera cifra más alta por país en el mundo; y se le reconoce como fuente de la creciente prevalencia del VIH en sus vecinos del sudeste de Asia." Agregaron:

"A pesar de las reducciones en la prevalencia de la infección en la población general de la India, las mujeres abarcan un porcentaje creciente de todos los casos de infección por VIH, describiéndose al comportamiento de riesgo de sus esposos como la principal fuente de infección en las mujeres. Se ha descrito a la violencia causada por la pareja (IPV, intimate partner

violence) como asociada con la transmisión heterosexual del VIH a las mujeres en la India y en otras partes del mundo." Para evaluar la relación entre la infección por el VIH y la violencia causada por la pareja, los investigadores condujeron un estudio en los años 2007 y 2008 utilizando una muestra nacionalmente representativa de mujeres hindúes casadas que habían sido sometidas a pruebas para diagnosticar la infección por VIH. La muestra consistió en 28,139 mujeres casadas, las cuales durante los años 2005 y 2006 brindaron información acerca de la violencia causada por la pareja y sus resultados indicando si estaban infectadas o no por el VIH como parte de una encuesta familiar nacional en la India. Los investigadores encontraron que un 35.49% de las mujeres casadas hindúes habían experimentado violencia con o sin violencia sexual - por parte de su esposo. Alrededor de una cuarta parte de las mujeres reportaron haber sufrido violencia sexual; y un 7.68% reportaron haber sufrido violencia tanto física como sexual. La frecuencia de positividad para la infección por VIH fue alrededor de una por cada 450 mujeres, esto es, 0.22%.

Los autores señalaron que "en este primer estudio poblacional nacional acerca de la relación entre la violencia de los esposos contra sus esposas y la infección por el VIH (tal como se indicó con las pruebas para hacer el diagnóstico), las mujeres hindúes casadas que experimentaron violencia tanto física como sexual demostraron una prevalencia de la infección por VIH aproximadamente cuatro veces mayor con respecto a lo registrado en las mujeres que no sufrieron abusos."

Los comportamientos de riesgo sexuales personales en las mujeres - tales como el uso de condones y tener múltiples parejas - no estuvieron asociados con la prevalencia de la infección por VIH; y la violencia física por parte de la pareja como único factor no estuvo asociada con el riesgo de infección por el VIH.

"La prevención de la violencia causada por la pareja puede aumentar los esfuerzos para reducir la diseminación del VIH/SIDA," concluyeron los autores. "Los hallazgos de presente estudio, sobre la base de la muestra poblacional suficientemente grande y el uso de pruebas estándar para diagnosticar la infección por VIH, debería servir para confirmar la naturaleza de esta relación y para guiar a quienes diseñan las políticas de salud, así como a los profesionales de la salud para que tomen conciencia de que reconocer la violencia causada por la pareja es un blanco crítico importante en la lucha global contra el VIH/SIDA."

Referencia original:

Silverman JG, et al. Intimate Partner Violence and HIV Infection Among Married Indian Women. JAMA. 2008;300(6):703-710.

### VARICELA, BROTE INFANTIL - COLOMBIA (ARMENIA)

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

Las autoridades de salud de Armenia [capital del Departamento de Quindío] informaron que hay una epidemia de varicela en la ciudad especialmente entre la población infantil.

Según la Secretaría de Salud, este es el segundo mes del año en el que se ha visto mayor proliferación de la enfermedad entre la población infantil, el primer brote masivo se presentó en el mes de enero.

Solo durante el último mes se registraron 90 casos de niños infectados que no superan

los 10 años de edad, lo que obligó al cierre de cuatro hogares infantiles y colegios de la ciudad.

Normalmente los índices mensuales de contagio de la varicela en Armenia no superan los 60 casos.

Los organismos de salud del Quindío están en alerta por los casos que aún no se conocen debido a que la enfermedad solo aparece 8 días después de que se contagia. Con este brote ya son 540 casos que se reportan en lo que va corrido del año.

## RABIA HUMANA, BROTE EXTENSO - CHINA

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

Las autoridades chinas se enfrentan a un tema de salud nacional amenazante. Un estudio realizado por el doctor Jia-Hai Lu, de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Sun Yat-Sen, muestra que existe un brote de rabia en el sudeste del país que se ha propagado con rapidez durante los últimos siete años.

Las cuatro provincias más habitadas del país, Gizhou, Guanxi, Hunan y Guangdong, son las que más casos han registrado desde comienzos del milenio. En las regiones en las que la rabia se ha convertido en endémica se han tomado medidas para controlar y reducir a los portadores del virus, mayoritariamente perros, y se ha incrementado el suministro de vacunas antirrábicas. No obstante, los datos de la investigación publicada en 'BMC Infectious Diseases', apuntan a que los casos no han hecho más que crecer.

Desde 2002 hasta mediados de 2007, se contabilizaron un total de 13.437 casos, cifra alarmante si se tiene en cuenta que en la provincia más afectada, Guangdong, el 67,2% de los infectados no cura adecuadamente sus heridas por las que se ha producido el contagio, el 92,5% no recibe vacuna tras la exposición y un 91,25% no es tratado con inmunoglobulina antirrábica.

El número de los afectados no es el único foco de preocupación para el autor del estudio, que llama la atención sobre la rápida expansión de las infecciones contraídas. Las cifras, extraídas de la base de datos del Ministerio de Sanidad del país, apuntan a que el gobierno ha mantenido la enfermedad más o menos controlada de 1990 a 1996, fechas entre las que sólo fueron reportados 159 casos de rabia en

humanos, mientras que 10 años después ya se contabilizaron 3.279 diagnósticos anuales.

El doctor Lu resalta el hecho de que la mayoría de los pacientes detectados tengan un rango de edad que no supera los 20 años de edad. "Las víctimas de la rabia más numerosas en nuestro país son niños y adolescentes, quizás porque las mordeduras caninas son más frecuentes en ellos que en adultos", señala el especialista chino. Además, el director de la investigación indica que en los individuos de menor edad es donde se multiplican los contactos asociados con el mayor riesgo de desarrollar la enfermedad, es decir, tener las lesiones en la cabeza y en el cuello.

Para llegar a tales conclusiones el investigador chino ha revisado los expedientes albergados por el departamento de sanidad nacional entre los años 1990 y 2007. El grupo dirigido por Jia-Hai Lu ha prestado especial atención a dos indicadores, la incidencia en las distintas regiones y las muertes asociadas a la misma. En ese sentido, el estudio recoge que "en casi todas las provincias de China, el índice de mortalidad era idéntico o similar a la tasa de incidencia". Ataque a los más desfavorecidos

Según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 2.500 millones de personas de un centenar de países en vías de desarrollo, entre ellos China, están en riesgo de contraer el virus de la rabia, que ocupa el décimo puesto en mortalidad por enfermedades infecciosas. Durante los últimos 55 años, China ha declarado oficialmente tres epidemias provocadas por esta enfermedad.

El informe señala que las medidas profilácticas tomadas en el pasado, como la reducción de la población canina, doméstica y salvaje, no han prevenido la extensión de la rabia. Aunque las vacunas de cultivos celulares, que se han desarrollado recientemente, proporcionan un método seguro de prevención, muchos de los infectados en el registro chino no hubiesen sobrevivido sin el suministro de inmunoglobulina humana o equina. Sin embargo, los costos de ambos fármacos son demasiado elevados para una adquisición suficiente.

Los retos, para el doctor Lu, pasan por ampliar los dispositivos de prevención y contención de la enfermedad, ya que se trata a todas luces de un método más eficaz y más económico.

"Supervisar los casos de las regiones endémicas en un programa control, mejorar la interacción entre profesionales y la administración china para la erradicación del problema y afianzar las medidas de salubridad en los animales" son las primeras vías de actuación para hacer frente a una epidemia de rabia.

### STAPHYLOCOCCUS AUREUS Y MUERTE SÚBITA INFANTIL

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

Los resultados de un estudio de autopsia indicaron que en alrededor del 10 por ciento de los casos de síndrome infantil por muerte súbita (SIMS), puede encontrarse *Staphylococcus aureus* en zonas del cuerpo normalmente estériles. En un artículo publicado el 11 de septiembre en la edición en internet de Archives of Disease in Childhood, el doctor P. N. Goldwater, del Women's and Children's Hospital en Adelaide, Australia, revisó los registros de autopsias realizadas a 130 bebés que murieron por SIMS, 32 fallecidos por muerte súbita inesperada por infección y 33 niños que murieron por una causa no infecciosa, como un accidente. El investigador reveló que los bebés que

murieron por causas no infecciosas rara vez presentaban crecimiento bacteriano en lugares del cuerpo normalmente estériles. En cambio, los pequeños con muerte súbita solían tener microbios, incluidos potentes patógenos, en esas zonas estériles.

En lo que respecta al *S. aureus*, el 10,76 por ciento de los bebés con SIMS y el 18,75 por ciento de los niños con muerte súbita inesperada por infección tenían el microbio en áreas normalmente estériles. Las bacterias no se encontraron en los casos de fallecimiento accidental.

Los resultados sugieren que los microbios aislados en los bebés con SIMS jugarían un papel importante en la muerte, concluyeron los autores.

**Enfermedades de Declaración Obligatoria: Escarlatina.  
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 06/09/08.**

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008 *
PINAR DEL RIO	-	-	15	5	2.60	0.87
P. HABANA	1	1	42	41	7.89	7.66
C. HABANA	2	1	119	139	6.83	8.01
MATANZAS	1	2	99	66	18.47	12.28
VILLA CLARA	-	2	63	87	11.24	15.57
CIENFUEGOS	1	1	59	54	21.45	19.57
S. SPIRITUS	-	-	45	29	14.67	9.45
CIEGO DE AVILA	-	-	6	1	1.91	0.32
CAMAGÜEY	1	-	49	57	8.31	9.67
LAS TUNAS	1	1	17	36	4.50	9.52
HOLGUIN	-	-	8	8	0.97	0.97
GRANMA	-	1	2	12	1.08	6.46
SANTIAGO DE CUBA	-	4	132	232	18.06	31.71
GUANTANAMO	-	-	26	11	5.27	2.23
ISLA DE LA JUVENTUD	-	-	1	1	3.46	3.46
CUBA	7	13	683	779	8.28	9.45

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: 10/09/08.**

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Alimentos	1	1	166	359	1.48	3.11
Ciguatera *	-	-	12	32	0.11	0.28
Hepatitis viral **	-	-	76	61	0.68	0.54
EDA	-	-	-	-	-	-
IRA	3	1	9	13	0.08	0.12
Agua	1	-	13	31	0.12	0.28
Varicela	-	-	18	52	0.16	0.46

**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: 06/09/08.**

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008*
<b>FIEBRE TIFOIDEA</b>	-	-	3	-	0.03	0.03**
<b>SHIGELLOSIS</b>	5	4	318	168	4.06	2.14
<b>D. AMEBIANA AGUDA</b>	-	-	25	36	0.36	0.51
<b>TUBERCULOSIS</b>	16	6	557	549	7.09	6.99
<b>LEPRA</b>	3	3	163	145	2.16	1.92
<b>TOSFERINA</b>	-	-	-	-	-	._**
<b>ENF. DIARREICAS AGUDAS</b>	9904	9636	514879	468850	6211.90	5656.42
<b>M. MENINGOCÓCCICA.</b>	-	1	7	9	0.10	0.13
<b>MENINGOCOCCEMIA</b>	-	-	2	-	0.03	0.03**
<b>TÉTANOS</b>	-	-	3	1	0.04	0.01
<b>MENINGITIS VIRAL</b>	76	45	1893	2824	31.90	47.58
<b>MENINGITIS BACTERIANA</b>	5	3	255	249	3.80	3.71
<b>VARICELA</b>	106	113	12645	17199	134.03	182.30
<b>SARAMPIÓN</b>	-	-	-	-	-	._**
<b>RUBÉOLA</b>	-	-	-	-	-	._**
<b>HEPATITIS VIRAL</b>	163	75	7373	3338	84.38	38.20
<b>PAROTIDITIS</b>	1	-	128	7	1.21	0.07
<b>PALUDISMO IMPORTADO</b>	-	-	14	1	0.20	0.01
<b>LEPTOSPIROSIS</b>	16	4	290	134	6.82	3.15
<b>SÍFILIS</b>	34	14	1328	1009	15.93	12.10
<b>BLENORRAGIA</b>	67	66	3470	2768	42.26	33.71
<b>INFECC. RESP. AGUDAS</b>	97345	89894	2881741	3128610	43304.32	47012.82

**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. Angel M. Alvarez Valdés.

**PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO:** Téc. Irene Toledo Rodríguez

**JEFES DE INFORMACIÓN:**

**Dra. Belkys Galindo Santana**  
 (Epidemiología)  
**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