



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL

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

Leptospirosis, brote - Ecuador (Manabí).....	321
Arenavirus, fiebre hemorrágica, muertes – Sudáfrica.....	322
Hepatitis A, brote escolar – México.....	322
Enfoque en la lucha contra el SIDA cambia tras decepciones.....	323
Cambio climático podría impulsar enfermedades de "docena mortal".....	323
VIH/SIDA, muertes, casos positivos no-notificados - Chile (Iquique).....	324
VIH, cepa multiresistente, brote -EEUU (Seattle).....	325
Tablas:.....	327

LEPTOSPIROSIS, BROTE - ECUADOR (MANABÍ)

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

Hay 279 casos de leptospirosis en Manabí, en lo que va del año.

El mayor brote de la enfermedad se dio en la parroquia Calderón con 116 personas que fueron infectadas. Esther Intriago, jefe provincial de zoonosis, mencionó que los

médicos de la Dirección de Salud al notificar cada caso, realizan un "cerco epidemiológico" que consiste en dar tratamiento a la persona infectada y a quienes viven en su entorno.

ARENAVIRUS, FIEBRE HEMORRÁGICA, MUERTES - SUDÁFRICA

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

La misteriosa fiebre hemorrágica viral que mató a tres personas en Sudáfrica fue identificada provisionalmente como causada por un arenavirus, informó hoy el Instituto Nacional de Enfermedades Transmisibles (INET) y el Departamento de Salud.

"El agente causante de la enfermedad... puede ser un arenavirus creado en roedores y relacionado con el virus de la fiebre de Lassa de Africa Occidental", dijo la doctora Lucille Blumberg del INET a reporteros en el Hospital Académico Charlotte Maxeke de Johannesburgo.

La doctora dijo que análisis realizados por el INET y los Centros para el Control de Enfermedades de Atlanta, Estados Unidos, indicaron que la enfermedad parecía ser causada por una especie de arenavirus. La

Organización Mundial de la Salud ha estado proveyendo también asistencia técnica.

Los arenavirus causan infecciones crónicas en una especie de ratones salvajes --que secretan el virus en su orina, la cual puede contaminar entonces alimentos para humanos o el polvo de una casa.

Virus similares al virus de la fiebre de Lassa han sido encontrados en roedores en Africa, pero aparte de Africa Occidental, no se ha descubierto que causen enfermedades en seres humanos.

La doctora dijo que no hubo indicios de que los arenavirus que podrían causar enfermedad en humanos estuvieran presentes en roedores sudafricanos.

Blumberg dijo que todavía se deben hacer más análisis.

HEPATITIS A, BROTE ESCOLAR - MÉXICO

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

El consumo de agua contaminada por heces fecales provocó un brote de hepatitis "A" en la junta auxiliar de San Miguel Canoa, que infectó a 22 personas, 17 de ellos son niños. La Secretaría de Salud implementó un cerco sanitario para reducir el riesgo de más contagios. Inicialmente el brote se detectó en la escuela Centro Escolar Raúl Velazco de Santiago ubicado en esa demarcación, en donde 17 niños menores de 12 años registraron síntomas como fiebre, escalofríos, náuseas y diarrea, entre otros. Después el contagio se extendió a tres colonias más, donde se infectaron cinco personas de 14 años.

La Secretaría de Salud informó que se aplicaron 2 mil 207 encuestas en 374 viviendas, se repartieron mil 370 pastillas de cloro y 152 frascos de plata coloidal,

para emplearse en la cloración de los depósitos de agua potable en los hogares.

El brote fue provocado por el consumo de agua y alimentos contaminados con bacterias y heces fecales, situación que obligará a las autoridades auxiliares a clorar el agua potable que abastece a la comunidad.

Y es que durante la inspección que realizaron las brigadas de Salud en San Miguel Canoa, se detectó que algunos habitantes reconocieron que el mal sabor del agua clorada ocasiona el rechazo de esta medida.

Durante los siguientes días, la Jurisdicción Sanitaria número 6 mantendrá en observación a los pacientes, así como también confirmará que se cumplen las recomendaciones hechas a la población.

ENFOQUE EN LA LUCHA CONTRA EL SIDA CAMBIA TRAS DECEPCIONES.

Washington, octubre 13/2008 (Reuters).

Una conferencia mundial sobre el SIDA que se realizará en Ciudad del Cabo (Sudáfrica), buscará nuevas estrategias contra el VIH, mientras se trata de validar investigaciones frente a la posibilidad de pruebas en humanos después de varias decepciones.

Es posible que los enfoques que se centran en los anticuerpos neutralizantes que permiten al organismo bloquear la infección, tengan prioridad sobre los modelos existentes que buscan manejar la enfermedad después de que ésta se produce, destacaron los expertos.

“Hay un redireccionamiento y una revisión. Básicamente no comprendemos lo suficiente sobre el sistema inmunológico humano y no sabemos cómo se enfrenta al VIH”, dijo Lynn Morris, copresidente del evento.

La conferencia encuentro de los principales expertos en VIH/SIDA-, se desarrollará después de que los científicos abandonaron los planes de realizar en humanos pruebas de dos prototipos de vacunas prometedoras, debido a preocupaciones de seguridad.

El virus del SIDA infectó a un estimado de 33 millones de personas en el mundo y ha provocado la muerte a 25 millones desde que fue identificado en la década de 1980. Los cócteles de drogas pueden controlar el virus pero no lo curan. Las dos vacunas están destinadas a combatir el SIDA al activar el sistema inmunológico mediante las células T, para afrontar el virus y hacer menos acelerado el progreso de la enfermedad. Los resultados de una prueba en humanos fueron desalentadores y los datos mostraron que la vacuna puede haber dejado a algunas personas más propensas a la infección, lo que obligó a suspender los estudios y se reconsidera el modelo. Morris, jefe de la unidad del SIDA en el Instituto Nacional de Enfermedades Contagiosas de Sudáfrica, sostuvo que los expertos desarrollan otro enfoque: intentan descubrir cómo ayudar al cuerpo a producir anticuerpos para prevenir la infección.

“Los anticuerpos neutralizantes son un componente de casi todas las otras vacunas. Creo que va a haber un verdadero giro sobre la manera en que pensamos de ellos”, agregó.

CAMBIO CLIMÁTICO PODRÍA IMPULSAR ENFERMEDADES DE "DOCENA MORTAL".

Barcelona, octubre 08/2008 (Reuters). Es probable que las enfermedades del informe "docena mortal" que van desde la gripe aviaria hasta la fiebre amarilla se propaguen más debido al cambio climático, reportó la Wildlife Conservation Society.

La sociedad, con base en el Zoológico del Bronx en Estados Unidos y que trabaja en 60 naciones, instó a un mejor monitoreo de la salud de la flora y fauna para ayudar a tener una temprana advertencia de cómo agentes patógenos podrían propagarse con el calentamiento global.

La "docena mortal" está compuesta por gripe aviaria, babeiosis transmitida por garrapatas, cólera, ébola, parásitos, peste, enfermedad de Lyme, mareas rojas por proliferación de algas, fiebre del Valle del Rift, enfermedad del sueño, tuberculosis y fiebre amarilla. "Incluso alteraciones menores pueden tener consecuencias de gran alcance respecto a qué enfermedades los animales salvajes podrían encontrar y transmitir mientras el clima cambia", explicó Steven Sanderson, jefe de la sociedad.

"El término 'cambio climático' conjura imágenes de capas de hielo derritiéndose y niveles del mar en ascenso que amenazan a ciudades y naciones costeras, pero igual de importante es cómo las cada vez mayores temperaturas y los cambiantes niveles de las precipitaciones cambiarán la distribución de peligrosos patógenos", agregó. "Monitorear la salud de la flora y fauna nos ayudará a predecir dónde ocurrirán esas zonas de conflicto y a planificar cómo prepararnos", dijo. El Panel del Clima de las Naciones Unidas dice que las emisiones de gas efecto invernadero, principalmente por el uso de combustibles fósiles, están aumentando las

temperaturas, alterarán patrones de precipitaciones y tendrán impactos que irán desde olas de calor hasta el derretimiento de glaciares.

"Por miles de años la gente ha sabido de una relación entre la salud y el clima", dijo William Karesh, miembro de la sociedad, a una conferencia de prensa en Barcelona para lanzar un reporte en un congreso de la Unión Internacional para la Conservación de la Naturaleza.

Añadió que el reporte no era una lista exhaustiva sino una ilustración del rango de enfermedades infecciosas que podrían amenazar a humanos y animales.

VIH/SIDA, MUERTES, CASOS POSITIVOS NO-NOTIFICADOS - CHILE (IQUIQUE)

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

El Centro asistencial de Iquique, a unos 2 mil kilómetros de Santiago reconoció que de los 25 portadores de VIH en el Hospital de Iquique no notificados cuatro fallecieron [entre ellas un matrimonio] sin saber que estaban contagiadas. En tanto la ministra subrogante de Salud, Jeannette Vega, señaló que hubo responsabilidad compartida en el caso porque "tenemos una restricción que nos da la ley. No podemos hacer un seguimiento a las personas". "Tienen que acercarse en forma voluntaria al centro asistencial para ser notificados ya

que es una enfermedad muy estigmatizante, por lo que hay que mantener la confidencialidad del caso", añadió.

El caso salió a luz luego de la muerte de una mujer de 34 años, tres semanas después de ingresar al hospital por una neumonía. Durante su hospitalización se detectó que había sido confirmada como portadora de VIH en mayo de 2004, sin que se le hubiese comunicado este hecho, pese a que concurrió al hospital en varias oportunidades a causa de diversas patologías.

VIH, CEPA MULTIRESISTENTE, BROTE -EEUU (SEATTLE)

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

Un equipo de investigadores de Seattle (EE UU) ha informado de la aparición de un brote de nueve infecciones por VIH que presenta resistencias a varios fármacos de las tres principales familias de antirretrovirales. El informe aparece en la edición de 1 de octubre de Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome.

Siete de los nueve hombres habían sido recientemente diagnosticados de VIH y los otros dos tenían infección crónica por el virus y estaban recibiendo terapia antirretroviral (TARV). Uno de esos casos parece implicar la existencia de superinfección cuando estaba tomando un tratamiento anti-VIH que había suprimido la carga viral a niveles indetectables.

En los nueve casos las personas implicadas eran hombres gays que practicaban actividades sexuales de alto riesgo. Ninguno experimentó una rápida progresión de la infección por VIH y uno de ellos inició un régimen antirretroviral, cuidadosamente elegido, que suprimió su carga viral a niveles indetectables. De cualquier modo, el equipo de expertos señala que la cepa de VIH resistente a fármacos que tenían los hombres era muy "vigorosa" y muy transmisible.

Alrededor del 10% de las nuevas infecciones por VIH en EE UU implica la presencia de resistencia primaria a fármacos, lo que se asoció con un peor resultado del tratamiento, incluyendo un descenso más rápido del recuento de CD4. Se recomienda que todas las personas con VIH realicen una prueba de resistencia en el momento del diagnóstico, y cuando empiecen el tratamiento o lo cambien debido a un aumento de la carga viral.

El VIH resistente a fármacos es, en general, menos "vigoroso" y tiene una menor capacidad de transmisión que las cepas susceptibles a los mismos. Si, de todos modos, el virus con resistencia a los

fármacos se transmite y se identifica un brote de infecciones vinculadas, indica que posee una alta capacidad de infección.

Cuando se detecta un brote de nuevas infecciones por VIH con resistencia a fármacos, es importante intentar identificar la cadena de transmisión y observar el resultado de los pacientes para comunicar el desarrollo de medidas de salud pública y de estrategias de tratamiento.

En 2006, los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades de EE UU (CDC, en sus siglas en inglés), junto con el Departamento de Salud Pública de Seattle y el Condado de King, detectaron dos casos de infección primaria por VIH multiresistente a fármacos en pacientes que nunca habían tomado terapia antirretroviral. Para finales de 2007, se habían registrado otros cinco casos en pacientes sin experiencia en TARV y otros dos en pacientes que sí tomaban tratamiento. El perfil de resistencia fue similar en todos los casos y en ocho de ellos se confirmó el patrón mediante pruebas de resistencia genotípica.

Los virus de las siete pacientes sin experiencia en tratamiento mostraron un elevado nivel de resistencia a todos los inhibidores de la proteasa (IP) excepto darunavir y típranavir. El VIH de estas siete personas también presentó un elevado nivel de resistencia a los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósido

(ITINN) efavirenz y nevirapina, además de un nivel de resistencia intermedio al nuevo ITINN etravirina. Fue sorprendente constatar que el virus de los pacientes sólo fue susceptible completamente a lamivudina y emtricitabina, de la familia de los análogos de nucleósido (ITIN), a pesar del hecho de tratarse de una de las mutaciones más frecuentes entre las que confieren resistencia a los fármacos.

Dos de los casos implicaron a pacientes con infección crónica por VIH que estaban recibiendo terapia antirretroviral. El primer paciente fue diagnosticado del virus a mediados de la década de 1980 y había tomado fármacos de las tres principales clases de antirretrovirales, pero nunca alcanzó una carga viral indetectable. El segundo caso tuvo que ver con una persona infectada por el virus a principios de la década de 1990.

Este paciente había mantenido una carga viral indetectable durante más de una década gracias a una TARV estándar consistente en dos ITIN y un ITINN. Sin embargo, a principios de 2007, su carga viral aumentó a más de 20.000 copias/ml, a raíz de lo cual se realizaron unas pruebas que identificaron un patrón de resistencias similar al observado en el brote. Esto puede representar un caso de superinfección durante una terapia antirretroviral eficaz, aunque el equipo de investigadores no lo estudia. Los siete casos de resistencia primaria a múltiples fármacos se diagnosticaron entre finales de 2005 y finales de 2007. Estos siete pacientes, así como los otros dos con experiencia en tratamiento, eran hombres gays entre los 20 y 40 y pico años. Todos ellos declararon emplear metanfetaminas y practicar sexo con múltiples parejas, en su mayoría anónimas. Muchos de los hombres también declararon consumir otras drogas recreativas además de tratamientos para la disfunción eréctil. En el momento de la infección por VIH, muchos de ellos también tenían infecciones de transmisión sexual. Cuando se redactó esta noticia, sólo uno de los pacientes sin experiencia en tratamiento

había necesitado TARV después de que su nivel de CD4 cayera por debajo de las 300 células/mm³. Un régimen de emtricitabina, tenofovir, darunavir/ritonavir y raltegravir consiguió alcanzar y mantener una carga viral indetectable, así como un aumento del recuento de CD4 del paciente de más de 200 células/mm³.

Sin embargo, el paciente con experiencia en tratamiento que había tenido previamente una carga viral indetectable no consiguió volver a esos niveles después de su diagnóstico de VIH multirresistente a fármacos, a pesar de haber realizado una modificación de su régimen. Su recuento de CD4 se mantuvo por encima de las 500 células/mm³.

"Observamos un brote de VIH multirresistente a fármacos que se transmitió durante un periodo superior a dos años, pero sin estar relacionado con un descenso rápido de los valores clínicos o de laboratorio", escriben los autores, que añaden:

"El uso de metanfetaminas y fármacos para la disfunción eréctil entre los componente de este grupo de personas puede indicar la existencia de una población diana para las actividades de vigilancia epidemiológica y de intervención, así como para investigar el impacto del uso de estos fármacos sobre el riesgo de infección por VIH resistente a fármacos y su relación con los resultados clínicos."

Referencia:

Buskin SE, et al. Transmission cluster of highly drug-resistant HIV-1 among 9 men who have sex with men in Seattle/King County, WA, 2005 – 2007. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2008; 49: 205-212.

**Enfermedades de Declaración Obligatoria: Disentería Amebiana Aguda.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 11/10/08.**

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008 *
PINAR DEL RIO	-	-	-	5	-	-**
P. HABANA	-	2	6	19	1.63	5.14
C. HABANA	-	-	11	13	0.65	0.77
MATANZAS	-	-	-	-	-	-**
VILLA CLARA	-	-	-	-	-	-**
CIENFUEGOS	-	-	2	3	0.50	0.75
S. SPIRITUS	-	-	-	1	-	-**
CIEGO DE AVILA	-	-	-	-	-	-**
CAMAGÜEY	-	-	-	-	-	-**
LAS TUNAS	-	-	-	-	-	-**
HOLGUIN	-	-	-	-	0.10	0.10**
GRANMA	-	-	-	-	-	-**
SANTIAGO DE CUBA	-	-	4	-	0.48	0.48**
GUANTANAMO	-	-	6	-	1.17	1.17**
ISLA DE LA JUVENTUD	-	-	-	-	-	-**
CUBA	-	2	29	41	0.36	0.50

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: 15/10/08.

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Alimentos	5	3	185	370	1.65	3.29
Ciguatera *	1	-	15	32	0.13	0.28
Hepatitis viral **	-	-	77	62	0.69	0.55
EDA	-	-	-	-	-	-
IRA	7	-	26	37	0.23	0.33
Agua	-	-	13	35	0.12	0.31
Varicela	-	-	19	53	0.17	0.47

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: 11/10/08.**

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	3	-	0.03	0.03**
SHIGELLOSIS	11	6	357	203	4.06	2.31
D. AMEBIANA AGUDA	-	2	29	41	0.36	0.50
TUBERCULOSIS	9	10	626	608	7.09	6.89
LEPRA	-	5	178	176	2.16	2.14
TOSFERINA	-	-	-	-	-	._**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	12028	14344	569732	536174	6211.90	5845.86
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	10	10	0.10	0.10
MENINGOCOCCEMIA	-	-	2	-	0.03	0.03**
TÉTANOS	-	-	4	2	0.04	0.02
MENINGITIS VIRAL	81	63	2285	3143	31.90	43.87
MENINGITIS BACTERIANA	8	1	307	276	3.80	3.42
VARICELA	101	95	13204	17655	134.03	179.21
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	._**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	._**
HEPATITIS VIRAL	120	106	8140	3781	84.38	39.20
PAROTIDITIS	-	1	129	10	1.21	0.09
PALUDISMO IMPORTADO	-	-	17	1	0.20	0.01
LEPTOSPIROSIS	16	6	362	178	6.82	3.35
SÍFILIS	17	26	1487	1163	15.93	12.46
BLÉNORRAGIA	62	51	3921	3127	42.26	33.70
INFECC. RESP. AGUDAS	140959	132234	3585816	3761383	43304.32	45423.37

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.
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