



BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO 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

Informe preliminar de las encuestas recibidas por el sistema nacional de síndromes neurológicos bacterianos (SNB). Año 2006.....	33
Fiebre amarilla, brote - Bolivia (Yungas).....	38
Influenza, H5N1, casos humanos - Nigeria (02).....	38
Tablas:.....	39

INFORME PRELIMINAR DE LAS ENCUESTAS RECIBIDAS POR EL SISTEMA NACIONAL DE SÍNDROMES NEUROLÓGICOS BACTERIANOS (SNB). AÑO 2006.

Dr. Antonio Pérez Rodríguez
Vigilancia Nacional de Síndromes Neurológicos Bacterianos
Subdirección de Epidemiología
IPK

Agradecimientos por la colaboración:

Jefes de programas de Síndromes Neurológicos Bacterianos. Cuba.
Al colectivo de profesionales del sistema nacional de Salud que de alguna u otra forma labora en este programa.

En este informe se presentan algunos de los resultados más importantes del comportamiento epidemiológico durante el 2006.

Tabla 1. Síndromes neurológicos bacterianos (incluye con o sin agente identificado, así como la enfermedad meningocócica). Incidencia y fallecidos por provincias. Cuba 2006.

Provincias	Casos	Fallecidos	Incidencia*	Letalidad
PR	19	2	2,6	10,5
PH	17	10	2,3	58,8
CH	70	14	3,2	20
MT	28	10	4,1	35,7
VC	34	3	4,2	8,8
CF	14	4	3,5	28,6
SS	23	11	4,9	47,8
CA	10	6	2,4	60
CM	15	4	1,8	26,6
LT	16	2	2,9	12,5
HO	19	3	1,8	15,8
GM	22	2	2,6	9,1
SC	29	5	2,7	17,2
GT	23	11	4,5	47,8
IJ	3	1	3,4	33,3
CUBA	342	88	3,0	25,7

*Tasa/100000 habitantes

Aunque la incidencia general disminuyó en 168 casos respecto al año precedente (510 casos en el 2005) la tasa se mantuvo elevada y algunas provincias tuvieron muy

altas tasas como SS, VC, GT y MT. La letalidad también se mantuvo alta en general (25,7%) para todo el país excepto para PR, VC y GM.

Tabla 2. Síndrome neurológicos Bacterianos. Porcentaje de no identificación de agentes por provincias.

Prov	CASOS	Sin Agente	Porcentaje
PR	19	15	78,9
PH	17	12	70,5
CH	70	58	82,8
MT	28	14	50,0
VC	34	23	67,6
CF	14	3	21,4
SS	23	11	47,8
CA	10	4	40
CM	15	7	46,7
LT	16	15	93,7
HO	19	10	52,6
GM	22	10	45,4
SC	29	10	34,5
GT	23	21	91,3
IJ	3	2	66,6
CUBA	342	215	62,8

Fue muy alto el porcentaje de no identificación de agentes pero muy en especial para las provincias LT, GT, CH, PR y PH.

Este resultado no permite un análisis epidemiológico preciso de las causas en la incidencia de SNB para el período, aunque es de suponer que el comportamiento estuvo

a expensas fundamentalmente del *Streptococcus pneumoniae* y de la *Neisseria meningitidis*.

Tabla 3. Meningitis por Neumococo. Incidencia y fallecidos por provincias. Cuba 2006.

Prov	CASOS	MUERTOS	INCIDENCIA*	LETALIDAD
PR	0	0	0	0
PH	5	3	0,7	60
CH	9	3	0,47	33,3
MT	9	4	1,3	44,4
VC	5	1	0,6	20
CF	8	2	1,9	25
SS	4	2	0,9	50
CA	6	2	1,4	33,3
CM	3	0	0,38	0
LT	1	1	0,2	100
HO	3	1	0,3	33,3
GM	7	1	0,8	14,3
SC	12	2	1,14	16,7
GT	2	0	0,39	0
IJ	0	0	0	0
CUBA	74	22	0,6	29,7

*Tasa /100000 habitantes

Aparentemente la incidencia por este agente fue baja pero ello puede corresponderse al bajo porcentaje de no identificación de

agentes en la red de salud. La letalidad general fue elevada.

Tabla 4. Enfermedad meningocócica. Incidencia y fallecidos por provincias. Cuba 2006.

Prov	CASOS	MUERTOS	INCIDENCIA	LETALIDAD
PR	2	0	0,3	0
PH	0	0	0	0
CH	2	0	0,1	0
MT	3	2	0,4	66,7
VC	6	0	0,7	0
CF	0	0	0	0
SS	1	1	0,2	100
CA	0	0	0	0
CM	1	0	0,1	0
LT	0	0	0	0
HO	4	0	0,4	0
GM	3	0	0,4	0
SC	2	1	0,2	50
GT	0	0	0	0
IJ	1	1	1,1	100
CUBA	25	5	0,2	20

Tabla 5. Enfermedad meningocócica. Incidencia y mortalidad por grupos de edad. Cuba 2006.

	Casos	Fallecidos	Incidencia	Letalidad
<1	6	0	4,7	0
1-4	3	0	0,5	0
5-14	7	1	0,5	14,3
15-64	7	3	0,1	42,8
>64	2	1	0,2	50
Total	25	5	0,2	20

En general hubo una baja incidencia de enfermedad meningocócica. Por otra parte, es de destacar que las provincias de PH, CF, CA, LT Y GT no reportan casos de esta entidad.

No obstante, la alta incidencia (0,5/100000) en niños vacunados especialmente de 1-4 y 5-14. La letalidad general fue elevada (20%) para esta entidad.

Se reportaron solamente 6 casos de meningitis por Hib (Incidencia general 0.04/100 000) contra 4 el año anterior.

Correspondieron a CH (15-64 años), CF (<1 año), SS (<1 año Fallecido), HO (1-4 años), GM (<1 año) y SC (1-4 años).

La letalidad general fue de un 16,7% muy alta más aún tratándose de un menor de un año (letalidad específica (33,3%). Debemos estar alertas dado este comportamiento en que 5 casos fueron en < de 5 años de edad.

Cuatro enfermos tenían antecedentes de vacunación uno de ellos con las tres dosis, otro con dos dosis, uno con una dosis y uno no precisada la fecha.

Tabla 6. Análisis multivariado de la asociación de los agentes a la mortalidad por SNB. Cuba 2006.

Agentes	Riesgo Relativo (RR)	Intervalo de confianza 95% (IC 95%)	Valor de p
Neisseria meningitidis	1,2733	0,1815--8,9332	0,8079
Strptococcus pneumoniae	2,2909	0,3721--14,1059	0,3714
Haemophilus influenzae tipo b	1,0090	0,0774--13,1582	0,9945
Otros	4,6875	0,9057--24,2589	0,0655
Agente no identificado	1,6443	0,2820--9,5871	0,5804

Observemos que la mayor asociación con la muerte estuvo con Otros agentes categoría en la que se incluyen una diversa gama de ellos algunos de los cuales pudieran ser contaminaciones.

Tabla 7. Análisis multivariado de categorías poblacionales asociadas a la ocurrencia de Enfermedad meningocócica comparado con meningitis por neumococo. Cuba 2006.

Variable	Odds ratio	IC 95%	Valor de p
Niño en la casa	1,5417	0,4806-- 4,9459	0,4667
Estudiante no institucionalizado	2,0623	0,4921-- 8,6426	0,3221
Antecedentes de Vacunación con fecha precisada o no.	1,9984	0,6442-- 6,1997	0,2307

Fue evidente que los estudiantes no institucionalizados tuvieron la mayor asociación en la ocurrencia de la enfermedad meningocócica.

Existe una alta cobertura de población inmunizada. La ocurrencia en vacunados suele observarse después de más de dos años de aplicada la última dosis.

El hecho de no ser significativo se debe en parte al bajo número de casos reportados por lo expresado con anterioridad. Las

categorías poblacionales de riesgo en adultos no tuvieron asociación en esta etapa.

Tabla 8. Análisis multivariado de categorías poblacionales asociadas a la ocurrencia de meningitis por Neumococo comparado con Enfermedad meningocócica. Cuba 2006.

Variable	Odds ratio	IC 95%	Valor de p
Niño en la casa	3,1875	0,4416—23,0101	0,2504
Estudiante institucionalizado no	2,0000	0,2501--1599	0,5134
Ama de casa	9,7500	0,9510—99,9623	0,0552
Jubilado	<u>19,4999</u>	<u>1,3017—292,1259</u>	<u>0,0315</u>
Sin ocupación	1,5000	0,1056—21,3118	0,7646

Es llamativo como la población jubilada tiene alto riesgo de enfermar por meningitis a Neumococo.

Conclusiones:

Se mantiene el alto porcentaje de no identificación de agentes y de alta letalidad. No reporte del parte telefónico diario al Sistema de Información Directa (SID) de la ocurrencia inmediata de casos. Esto es motivo de controles de foco tardíos.

En general ha disminuido la calidad de las encuestas epidemiológicas observándose con mayor frecuencia en CH, PH, CA, GT, CM.

Demora en el envío de encuestas al concluir el año especialmente por CH; SS y CM.

Recomendaciones:

1- Cada provincia debe revisar el manejo integral de casos de síndromes neurológicos infecciosos para incrementar el diagnóstico etiológico así como estabilizar el trabajo de jefes de programa

2- Fortalecer el trabajo de los comités de síndromes neurológicos infecciosos a todos los niveles del sistema de salud.

3-Cumplir con la información al SID y mejorar la calidad y entrega sistemática de las encuestas establecidas al sistema de vigilancia de SNB del IPK.

4- Revisión y ayuda a la red de laboratorios de microbiología de hospitales.

FIEBRE AMARILLA, BROTE - BOLIVIA (YUNGAS)

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

Una persona falleció por causa de la fiebre amarilla, la primera de este año en el país, y sigue creciendo la cantidad de infectados por dengue, informó el director nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud, René Barrientos.

A estos dos males que ya se cobraron cada uno a una vida en las dos últimas semanas y que se teme seguirán propagándose en aquellas regiones afectadas por las inundaciones y riadas, se suma el brote de varias enfermedades menos mortales, como las infecciones respiratorias y trastornos digestivos, que han puesto en alerta a los equipos de salud. La víctima de la fiebre amarilla murió la semana pasada en un

hospital de la ciudad de La Paz, pero se infectó en el municipio tropical de La Asunta, en la región de Yungas, dijo el médico. "Se trató de un joven de 17 años, que llegó al hospital con un cuadro avanzado de la fiebre", explicó Barrientos.

El año pasado fallecieron en el país ocho personas por esta enfermedad, adquirida por la picada de un mosquito infectado de la familia *_Haemagogus_*, habitualmente endémico en las zonas selváticas.

El Ministerio de Salud prevé realizar una campaña de vacunación contra la fiebre amarilla el próximo mes de abril para inmunizar a los que tengan entre 2 y 49 años.

INFLUENZA, H5N1, CASOS HUMANOS - NIGERIA (02)

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

La Organización Mundial de la Salud (OMS) confirmó hoy que una joven nigeriana de 22 años, que murió a mediados del pasado enero en Lagos, fue víctima del virus H5N1 de la influenza aviaria. Se trata del primer caso mortal en humanos por esa enfermedad de origen animal no sólo en Nigeria, sino en toda África subsahariana, la región más pobre del mundo. Las primeras pruebas que resultaron positivas, efectuadas en el país tras la muerte de la mujer, fueron confirmadas por un laboratorio en Londres especializado en la gripe aviar y que trabaja como centro de referencia para la OMS. La agencia sanitaria de Naciones Unidas también informó de que el análisis de todas las muestras tomadas a las personas que estuvieron en contacto con la víctima resultaron negativos. Agregó que se están realizando otras pruebas para identificar el origen de la infección. Tras la confirmación inicial del caso, el pasado 31 de enero, como resultado de los primeros análisis realizados por científicos y en instalaciones nigerianas, el Gobierno de Lagos alertó que el virus de la influenza aviaria seguía propagándose en el país y que ya se encontraba en 19 de sus 36 estados, así

como en la capital Abuja. Como consecuencia, las autoridades reforzaron la vigilancia y el control en todo el país, con especial énfasis en los contactos entre humanos y las aves de corral con el fin de prevenir los contagios. Tras la aparición del virus H5N1 en Nigeria, la cepa también ha sido descubierta en Níger, Egipto, Burkina Faso, Camerún y Yibuti, aunque por ahora sólo en aves. La OMS recordó que el virus de la gripe aviar no se transmite a los humanos a través de los alimentos debidamente cocinados y que los casos ocurridos han sido relacionados con el sacrificio de aves y la consiguiente manipulación de aves enfermas o muertas antes de ser cocinadas. "Estas prácticas representan el mayor riesgo de infecciones humanas y deben evitarse. Cuando se manipula un pollo u otro tipo de ave cruda, viva o muerta, es imperativo desinfectar las manos y las superficies utilizadas con agua y jabón", recalca la organización. Por parte de los consumidores, añade, éstos deben asegurarse de que el proceso de preparación de las aves alcance temperaturas de, al menos, 70 grados centígrados y que los huevos estén totalmente cocidos.

Enfermedades de Declaración Obligatoria: Shigelosis.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 03/02/07.

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007 *
PINAR DEL RIO	-	-	-	-	0.14	0.14**
P. HABANA	1	2	2	6	6.02	17.96
C. HABANA	1	2	6	3	1.10	0.55
MATANZAS	1	-	11	2	7.19	1.31
VILLA CLARA	-	-	-	-	-	-**
CIENFUEGOS	-	-	-	-	-	-**
S. SPIRITUS	-	-	-	1	2.15	2.15**
CIEGO DE AVILA	-	-	-	-	-	-**
CAMAGÜEY	-	2	3	4	13.44	18.06
LAS TUNAS	-	-	-	2	1.31	1.31**
HOLGUIN	-	2	-	15	5.15	5.13**
GRANMA	-	-	-	2	1.56	1.56**
SANTIAGO DE CUBA	4	-	6	1	1.91	0.32
GUANTANAMO	-	-	-	-	0.39	0.39**
ISLA DE LA JUVENTUD	-	-	1	2	13.79	27.67
CUBA	7	8	29	38	3.02	3.98

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: 07/02/07.

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Alimentos	3	1	5	6	0.04	0.05
Ciguatera *	-	-	-	-	-	-
Hepatitis viral **	1	-	10	4	0.09	0.04
EDA	-	-	-	-	-	-
IRA	-	-	-	-	-	-
Agua	-	-	-	-	-	-
Varicela	-	-	-	2	-	0.02

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: 03/02/07.**

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	-	-	0.07	0.07**
SHIGELLOSIS	7	8	29	38	3.02	3.98
D. AMEBIANA AGUDA	5	3	8	4	0.98	0.49
TUBERCULOSIS	12	10	62	36	6.34	3.69
LEPRA	8	2	15	11	1.54	1.14
TOSFERINA	-	-	-	-	-	-**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	14489	14072	69123	63953	6433.58	5972.86
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	3	1	0.15	0.05
MENINGOCOCCEMIA	-	-	-	1	0.04	0.04**
TÉTANOS	-	-	-	-	0.02	0.02**
MENINGITIS VIRAL	52	42	228	180	24.01	19.02
MENINGITIS BACTERIANA	3	5	32	22	3.45	2.38
VARICELA	636	343	2507	1269	311.62	158.28
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	-**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	-**
HEPATITIS VIRAL	562	309	2350	1177	235.13	118.17
PAROTIDITIS	-	1	-	25	0.87	0.87**
PALUDISMO IMPORTADO	-	-	3	6	0.38	0.77
LEPTOSPIROSIS	1	13	14	19	4.09	5.57
SÍFILIS	61	48	172	146	18.54	15.79
BLENORRAGIA	140	116	527	425	52.52	42.50
INFECC. RESP. AGUDAS	94893	95093	458638	428487	44836.41	42032.97

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