



BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO 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

Situación de la influenza aviar en indonesia. Resumen.....	153
Estudio respalda aplicación de altas dosis vacuna de gripe en mayores.....	155
Influenza, H5N1, interhumana: sospecha – Indonesia.....	156
Farmacéutica novartis encabeza nueva investigación contra paludismo.....	157
Científicos estadounidenses logran ver el virus del SIDA más de cerca.....	157
Dengue hemorrágico, muertes - Brasil (Fortaleza).....	158
Legionella, brote en piscinas - España (Granada).....	158
Tablas:.....	159

SITUACIÓN DE LA INFLUENZA AVIAR EN INDONESIA. RESUMEN.

World Health Organisation (WHO), CSR, Disease Outbreak News. Las autoridades de salud indonesias y la OMS han fortalecido su respuesta frente al brote familiar de casos de Influenza Aviar en el pueblo Kubu Simbelang, Distrito Karo, Sumatra Norte. A partir del miércoles 31 de mayo de 2006, se han identificado 54 miembros sobrevivientes de la familia y otros contactos cercanos de los casos y puesto bajo cuarentena domiciliaria voluntaria. Todas estas personas, con la excepción de mujeres embarazadas y niños, están recibiendo profilaxis con Oseltamivir. Los equipos de salud pública visitan a estas personas diariamente para chequeo de síntomas.

Además, se está conduciendo una vigilancia activa de síntomas de casa en casa a lo largo del pueblo, que tiene alrededor de 400

casas. Desde la semana pasada ha estado funcionando en el pueblo un puesto para la vigilancia de fiebre.

Desde el 22 de mayo hasta el miércoles 31 de mayo de 2006, no se ha detectado ningún caso nuevo sugestivo de infección por H5N1. Este hallazgo es importante ya que indica que el virus no se ha extendido más allá de los miembros de esta única familia extendida. Ningún personal del hospital involucrado en el cuidado de pacientes, en algunos casos sin los equipos de protección personal adecuada, ha desarrollado la enfermedad. La última persona en el cluster que desarrolló síntomas el 15 de mayo y murió el 22 de mayo, se negó a la hospitalización. Él se movió entre 2 pueblos durante la enfermedad, acompañado por su esposa. La esposa está bajo vigilancia y no ha desarrollado síntomas.

A pesar de las oportunidades múltiples para el virus para diseminarse a otros miembros de la familia, trabajadores de la salud o en la comunidad general, no lo han hecho hasta el momento.

Esta información se deriva de extensas investigaciones realizadas por experimentados epidemiólogos nacionales e internacionales, de la OMS y los CDC.

El cluster involucra un caso inicial y siete casos subsecuentes confirmados por laboratorio. Todos los casos son miembros de una familia extendida: hermanas y hermanos y sus hijos. Los miembros de la familia residían en 4 casas, 3 de cuales eran muy cercanas en el pueblo de Kubu Simbelang, Distrito Karo, Sumatra Norte. Las 4 casas están localizadas aproximadamente a 10 kilómetros del cercano pueblo de Kabanjahe.

El caso inicial en el cluster fue una mujer de 37 años que vendió frutas y ajíes en un mercado en el pueblo de Tigapanah. Su puesto se localizaba aproximadamente a 15 metros de un puesto donde se vendían pollos vivos. La investigación no encontró ningún informe sobre pollos muertos en el mercado. Sin embargo, la mujer mantenía un número pequeño de gallinas en el traspatio, las que se permitían dentro de la vivienda por las noches. Tres de sus pollos murieron antes de que ella enfermara, según informes recibidos. También se sabe que ella había usado heces de esos pollos como fertilizante en su jardín. Una investigación agrícola paralela no ha detectado, hasta la fecha, virus H5N1 en pruebas de PCR de aproximadamente 80 muestras de aves de corral, animales, domésticos y fertilizante de pollos tomado de la vecindad. El caso inicial desarrolló los síntomas el 24 de Abril, fue hospitalizado el 2 de Mayo, y se murió 4 de mayo de 2006. No se recolectó ninguna muestra para pruebas antes de su entierro, pero es considerado parte del cluster ya que su cuadro clínico era compatible con infección por H5N1.

El caso inicial tenía una hermana y 3 hermanos. La hermana y 2 de los hermanos desarrollaron posteriormente la infección. Los casos restantes ocurrieron entre los niños de estas familias.

Los casos confirmados incluyen 5 masculinos y 2 femeninos, con una edad media de 19 años (rango de 1 a 32 años). De los 7 casos confirmados, 6 desarrollaron síntomas entre el 3 y el 5 de mayo. Estos casos incluyen 2 hijos del caso inicial, su hermano de Kabanjahe, su hermana, el bebé de su hermana, y el hijo de un segundo hermano que vive en una casa adyacente. Este segundo hermano, el último caso en el cluster, desarrolló los síntomas el 15 de mayo. De los 7 casos, 6 fueron fatales.

Exposiciones

El 29 de Abril, 9 miembros de la familia pasaron la noche en una pequeña habitación con el caso inicial cuando ésta estaba muy enferma, postrada, y tosiendo. Estos miembros de la familia incluyeron el caso inicial y sus 3 hijos; el hermano del pueblo de Kabanjahe, su esposa, y sus 2 niños; la hija de 21 años de otro hermano (quien no se infectó); y otro visitante masculino joven. Siguiendo este evento, 3 miembros familiares - los 2 hijos de la mujer y el hermano visitante de Kabanjahe - desarrollaron síntomas de 5 a 6 días después.

La hermana de la mujer, que vivía en una casa adyacente, desarrolló síntomas al mismo tiempo, así como su hija de 18 meses de edad. Antes del inicio de los síntomas, esta hermana, acompañada por su hija, suministró cuidado personal al caso inicial.

El último caso en el cluster proveyó cuidado íntimo a su hijo a lo largo de su estancia en el hospital, del 9 al 13 de mayo. El hijo era un visitante frecuente en la casa del caso inicial y estaba presente allí el 29 de Abril del 2006.

Nivel actual de alarma pandémica

Basado en una valoración de las evidencias presentes, la OMS ha concluido que el nivel actual de alarma pandémica es apropiado y no necesita cambiar. El nivel de alerta pandémica permanece en fase 3. Esta fase pertenece a una situación en que están ocurriendo infecciones humanas ocasionales con un nuevo virus de influenza, pero no hay ninguna evidencia de que el virus está

extendiéndose de una manera eficaz y sostenida de persona a persona.

La OMS ha recomendado el monitoreo estrecho y continuo de la situación en Kubu Simbelang durante las 2 semanas que siguen al 22 de mayo, fecha en que murió el último caso conocido en el cluster. Como una medida preventiva, las autoridades indonesias han decidido extender este período recomendado a 3 semanas.

Fecha: Miércoles 31 de mayo de 2006

ESTUDIO RESPALDA APLICACIÓN DE ALTAS DOSIS VACUNA DE GRIPE EN MAYORES.

Chicago, mayo 23/2006 (Reuters). Los adultos mayores, cuya respuesta inmune habitualmente se debilita con la edad, pueden estar protegidos de manera segura contra la gripe común con dosis de vacuna que son cuatro veces más fuertes que las normales, dijeron investigadores en Estados Unidos. El informe del Baylor College of Medicine en Houston señaló que la mayoría de las reacciones a las dosis más potentes de la vacuna eran leves entre los grupos más vulnerables a las complicaciones graves de la gripe, ya que generalmente tienen más enfermedades subyacentes y sistemas inmunes más débiles que las personas jóvenes, explicó Anthony Fauci, director del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas, organismo que financió la investigación. “Estos hallazgos son un primer paso importante en el

desarrollo de nuevas estrategias para proteger mejor a los adultos mayores contra las hospitalizaciones y la mortalidad relacionadas con la gripe”, agregó Fauci.

En Estados Unidos, la gripe estacional causa 36 000 muertes y más de 200 000 hospitalizaciones cada año, afectando hasta el 20% de la población. El estudio del Baylor involucró a 202 adultos con una edad promedio de setenta y siete años, a los cuales se les dieron dosis normales de la vacuna contra la gripe, o dosis dos y cuatro veces más potentes que las habituales. Los análisis de sangre de aquellos participantes a los que se les administraron las dosis más potentes mostraron niveles entre un 44 y un 79% más altos de anticuerpos de la gripe después de ser inyectados, frente a aquellos pacientes que recibieron la dosis normal de la vacuna, halló el estudio.

INFLUENZA, H5N1, INTERHUMANA: SOSPECHA - INDONESIA

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

Ante el fallecimiento por influenza aviaria de seis miembros de una misma familia en Indonesia, en lo que se teme podrían ser los primeros casos confirmados de transmisión humana del virus H5N1, las autoridades de ese país y un equipo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) están llevando adelante una investigación para descubrir si el virus mutó y adquirió finalmente la capacidad de contagiarse entre seres humanos. Los resultados podrían conocerse hoy.

Hasta el momento, las evidencias indicaban que la letal enfermedad sólo se transmitía entre las aves, y desde las aves infectadas a los humanos que estaban en contacto con ellas.

La posibilidad de contagio de persona a persona es la pesadilla de los epidemiólogos que, desde hace meses, vienen advirtiendo que tarde o temprano, el virus más letal de la gripe aviar podría transformarse, y adquirir la capacidad de volverse fácilmente transmisible entre humanos, pero conservando su altísima tasa de letalidad.

Actualmente, el virus H5N1 ha causado la muerte de más de la mitad de las personas que se infectaron (en concreto, el 56 por ciento), y si se torna transmisible entre humanos, se teme que se produzca una pandemia con millones de víctimas.

Hasta el momento contrajeron la enfermedad 218 personas, de las que fallecieron 124. En Indonesia, donde hoy están puestos los ojos de los expertos, se contagiaron 42 personas y murieron 33.

“Por el momento, no tenemos evidencias de que haya habido contagio entre humanos”, indicó el portavoz de la OMS, Dick Thompson, si bien señaló también que “como medida preventiva, se ha solicitado a 33 personas que estuvieron en contacto con la familia indonesia afectada, que permanezcan en cuarentena, y que nos informen si tienen algún síntoma como tos o fiebre”.

La familia afectada reside en Kubu Sembelang, un pueblo de la isla de Sumatra, y de los siete miembros que mostraron síntomas del virus, seis fallecieron, mientras que el séptimo un joven de 25 años permanece en observación.

La OMS sospecha que, por primera vez, se puede haber producido una transmisión de persona a persona porque la diferencia temporal entre la primera muerte, el 4 de este mes, y la última, el 22 de mayo, hace difícil creer que la fuente original del virus fuera la misma. Sin embargo, los análisis genéticos no muestran una mutación significativa del virus, por lo que continúa la búsqueda de focos alternativos de contagio en el poblado.

En cualquier caso, la OMS ha decidido, al menos por ahora, no elevar el nivel de alerta (ahora en fase tres) al considerar que aún existe nulo o muy escaso contagio entre seres humanos, y que la forma de transmisión más común sigue siendo el contacto con aves infectadas o con sus heces.

FARMACÉUTICA NOVARTIS ENCABEZA NUEVA INVESTIGACIÓN CONTRA PALUDISMO.

Basilea, Suiza, mayo 23/2006 (EFE). La farmacéutica helvética Novartis anunció el martes la puesta en marcha de un proyecto de investigación orientado al desarrollo de una nueva generación de medicamentos contra el paludismo, considerada una de las tres enfermedades más mortales en los países de clima tropical. La iniciativa, según informó el martes la firma suiza, forma parte de la alianza creada por el Instituto Novartis de Enfermedades Tropicales (NITD) junto con la ONG de investigación biomédica Wellcome Trust, la Oficina para el Desarrollo Económico (EDB) de Singapur y la Asociación de Medicamentos contra el paludismo. “NITD reúne lo mejor de la industria, del conocimiento académico, de la tecnología y de una fuerte red de investigaciones científicas”, señaló el presidente y director ejecutivo de Novartis, Daniel Vasella, mediante un comunicado de prensa. El nuevo consorcio, que engloba a

científicos tanto del sector público como del privado, investigará el potencial de desarrollo de compuestos actuales que ya han demostrado eficacia contra el paludismo y explorará la creación de otros nuevos, indicó Novartis. En particular, la investigación del NITD en Singapur se centrará en el desarrollo de una monodosis de antibiótico contra el Plasmodium falciparum, el virus responsable de la variante más mortal que se conoce, así como de una modalidad curativa contra el Plasmodium vivax, la causa más frecuente y extendida de esa enfermedad. “La alianza incrementará de manera significativa nuestra capacidad para combatir el paludismo”, afirmó Vasella, para quien esa enfermedad, “con 250 millones de personas afectadas en todo el mundo y más de un millón de muertes al año, es uno de los asuntos de salud más apremiantes a escala global”.

CIENTÍFICOS ESTADOUNIDENSES LOGRAN VER EL VIRUS DEL SIDA MÁS DE CERCA.

Londres, mayo 24/2006 (Reuters). Científicos de Estados Unidos lograron una imagen más próxima y tridimensional de unas proteínas presentes en la superficie del virus del SIDA, lo que podría acelerar la investigación de una vacuna. Las proteínas, conocidas como gp120 y gp41, permiten al VIH, el virus que causa el SIDA, mezclarse con las células humanas. “Hemos logrado la primera gran imagen de cómo se ve el virus hasta el punto de que podemos ver las proteínas en la superficie del virus”, dijo el miércoles durante una entrevista el profesor Kenneth Roux, de la Florida State University en Tallahassee. Las proteínas son las únicas dos moléculas en la superficie del virus y son blancos obvios para una vacuna efectiva que se considera el Santo Grial en la batalla contra el VIH-

SIDA, una enfermedad que mató a 25 millones de personas desde que se detectó el primer caso en 1981. En la actualidad se están desarrollando y probando docenas de vacunas contra el SIDA que utilizan diferentes estrategias. Roux cree que parte de las razones por las que fracasaron hasta el momento las vacunas es que, aunque los científicos conocen las proteínas de superficie, nadie sabía realmente cómo se agrupaban. “Sin ese conocimiento (el desarrollo de una vacuna) no es más que un tiro en la oscuridad”, consideró el científico. Los nuevos hallazgos se publicaron en la revista Nature. Más de 40 millones de personas viven en todo el mundo con VIH-SIDA, incluyendo a alrededor de 25 millones en África subsahariana. En Internet, Nature:

DENGUE HEMORRÁGICO, MUERTES - BRASIL (FORTALEZA).

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

Dieciocho muertes por sospecha de dengue hemorrágico están siendo investigadas en el estado de Fortaleza. Las autoridades están esperando el resultado de los análisis de laboratorio para confirmar la causa de las muertes. Desde el inicio del año, 1.326 casos de dengue ya habían sido oficializados. En todo el Estado, 25 personas contrajeron la forma hemorrágica de la enfermedad, y otras 5.213 el tipo clásico del dengue.

La gerente de la Célula de Vigilancia Ambiental y Factores Biológicos del Consejo Municipal de Salud (SMS), Patricia Facó, explica que, como existen personas infectadas con la forma clásica desde 1986, una población cada vez mayor acaba quedando más expuesta a desarrollar la forma más severa de la enfermedad, la hemorrágica. El índice de infestación del mosquito en el inicio del año en Fortaleza

era de 1,29%. Actualmente, este valor llega a 3,35%. El número considerado normal por la Organización Mundial de Salud y de 1%, es decir, un caso a cada 100 visitas. Los tres barrios con mayores índices de infestación son el Cambéba (9,76%), Curio (9,56%), y Conjunto Ceará (9,29%). "A partir de primer día de junio, vamos a estar iniciando un nuevo ciclo de visitas en malos inmuebles. Los agentes sanitarios retornan a cada 60 días a los locales. En los terrenos baldíos, inmuebles cerrados, puestos de chatarra, caucheras, y otros puntos en que la infestación es mayor, retornaremos cada 15 días", resalta Facó.

Actualmente, trabajan en el combate al mosquito en la Capital 1.200 agentes sanitarios y 80 facilitadores, estos últimos responsables de realizar la concientización de la población sobre los riesgos acarreados por recipientes con agua estancada.

LEGIONELLA, BROTE EN PISCINAS - ESPAÑA (GRANADA).

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

Según ha informado la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB) y el Departamento de Salud en un comunicado, los cinco afectados, que tienen entre 64 y 74 años de edad, han sido tratados en el Hospital Clínico de Barcelona, donde permanecen ingresados tres hombres que podrían ser dados de alta la próxima semana, mientras que los otros dos ya han recibido el alta.

El primer caso fue confirmado ayer, 25 de mayo, aunque presentaba síntomas de legionelosis desde el pasado día 9 de mayo, por lo que hoy el Ayuntamiento de Barcelona, titular de las piscinas Picornell aunque gestionadas por concurso por una entidad deportiva externa, ha suspendido el uso de las instalaciones de agua caliente y

jacuzzi realizar la correspondiente desinfección.

La ASPB considera que con estas medidas "el riesgo está controlado", aunque no se descarta la aparición de nuevos casos, dado el largo periodo de incubación de esta enfermedad.

Asimismo, ha abierto una investigación epidemiológica y ambiental con la colaboración de los ambulatorios y los centros hospitalarios de la zona donde residen los afectados para determinar el origen de este brote de legionelosis.

Según la ASPB, las instalaciones deportivas, que se encuentran en la montaña de Montjuic, "disponían de los protocolos de control previstos para este tipo de centros y de servicios de mantenimiento apropiados".

Enfermedades de Declaración Obligatoria: Hepatitis.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 20/05/06

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006 *
PINAR DEL RIO	102	17	384	154	122.49	48.98
P. HABANA	38	27	821	649	320.14	251.42
C. HABANA	39	97	649	1085	107.88	180.80
MATANZAS	3	24	143	503	139.20	487.57
VILLA CLARA	10	12	143	339	53.63	127.26
CIENFUEGOS	5	12	68	328	50.74	243.83
S. SPIRITUS	5	8	59	138	64.45	150.48
CIEGO DE AVILA	4	12	98	189	89.21	171.01
CAMAGÜEY	15	74	302	1220	270.77	1092.49
LAS TUNAS	-	21	330	370	199.74	223.17
HOLGUIN	35	64	981	1432	386.09	562.19
GRANMA	25	71	407	1888	281.86	1303.71
SANTIAGO DE CUBA	45	38	1171	1608	387.56	530.87
GUANTANAMO	3	5	104	172	83.70	137.99
ISLA DE LA JUVENTUD	-	-	4	39	41.42	403.30
CUBA	329	482	5664	10114	194.39	346.49

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: 17/05/06.

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Alimentos	3	5	89	102	0.79	0.90
Ciguatera *	-	1	11	6	0.10	0.05
Hepatitis viral **	2	-	59	74	0.52	0.66
EDA	-	-	-	-	-	-
IRA	-	-	-	-	-	-
Agua	-	1	8	2	0.07	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: 20/05/06.**

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	-	1	0.03	0.03**
SHIGELLOSIS	17	9	155	153	3.30	3.26
D. AMEBIANA AGUDA	1	5	16	67	0.47	1.97
TUBERCULOSIS	9	13	269	258	6.71	6.42
LEPRA	7	6	81	63	1.74	1.35
TOSFERINA	-	-	-	-	-	-**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	16491	16422	268235	274177	7730.94	7887.76
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	8	8	0.12	0.12
MENINGOCOCCEMIA	-	-	1	-	0.05	0.05**
TÉTANOS	-	-	-	1	-	-**
MENINGITIS VIRAL	44	29	681	828	29.73	36.08
MENINGITIS BACTERIANA	2	3	125	172	4.37	6.00
VARICELA	842	1613	19261	25059	220.14	285.88
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	-**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	-**
HEPATITIS VIRAL	329	482	5664	10121	194.39	346.73
PAROTIDITIS	-	-	75	13	1.71	0.30
PALUDISMO IMPORTADO	-	-	-	30	0.04	0.04**
LEPTOSPIROSIS	1	3	21	97	3.89	17.94
SÍFILIS	47	47	780	895	16.03	18.35
BLÉNORRAGIA	147	133	2910	2677	60.54	55.59
INFECC. RESP. AGUDAS	76414	79473	1588189	1861653	41321.88	48348.45

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.

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