



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 resumen del resultado de las encuestas epidemiológicas recibidas por el sistema nacional de síndromes neurológicos bacterianos (SNB). Año 2005	177
Advierte autoridad centroamericana de VIH SIDA sobre situación regional.....	182
Tablas:.....	183

RESULTADO DE LAS ENCUESTAS EPIDEMIOLÓGICAS RECIBIDAS POR EL SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA DE SÍNDROMES NEUROLÓGICOS INFECCIOSOS BACTERIANOS (SNB). AÑO 2005.

Informe y análisis de la situación de los Síndromes Neurológicos Infecciosos Bacterianos realizado con el total de encuestas epidemiológicas recibidas en la Subdirección de Epidemiología. IPK durante el año 2005.

Tabla 1. Meningitis bacteriana. Incidencia y fallecidos por provincias. Cuba 2005.

Provincias	Casos	Fallecidos	Incidencia	Letalidad
PR	33	5	4,5	15,1
PH	26	13	3,5	50
CH	114	20	5,2	17,5
MT	25	3	3,7	12
VC	96	11	11,7	11,4
CF	11	5	2,7	45,4
SS	32	3	6,9	9,4
CA	12	7	2,9	58,3
CM	27	7	3,4	25,9
LT	25	5	4,7	20
HO	22	5	2,1	22,7
GM	28	6	3,4	21,4
SC	20	7	1,9	35
GT	34	10	6,6	29,4
IJ	5	0	5,7	0
CUBA	510	107	4,5	20,9

Se produjo un incremento en 2005 con 510 casos (413 casos en año 2004) para todo el país correspondiendo a VC, SS, GT las mayores incidencias. La letalidad fue variable, vario desde 0 hasta 58 % la media

fue de 20,9 %, las más altas en Cienfuegos y Ciego de Avila, aunque también fue ligeramente alta en otras provincias excepto para VC; SS e IJ.

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

Prov.	Casos	Sin Agente	Porcentaje
PR	33	18	54,5
PH	26	21	80,8
CH	114	98	85,9
MT	25	15	60
VC	94	80	83,3
CF	11	1	9,1
SS	32	28	87,5
CA	12	4	33,3
CM	27	18	66,7
LT	25	5	20
HO	22	13	59,1
GM	28	9	32,1
SC	20	2	10
GT	34	24	70,6
IJ	5	4	80
CUBA	508	340	66,7

Fue elevado el porcentaje de no identificación de agentes, en especial para las provincias PH; CH; VC; SS; GT y CM y municipio IJ. Este hecho no permite profundizar el análisis epidemiológico

preciso de los agentes involucrados en la incidencia de SNB aunque es de suponer que estuvo a expensas del *Neumococo* y de la *Neisseria meningitidis*.

Tabla 3. Meningitis por Neumococo. Incidencia y fallecidos por provincias. Cuba 2005.

PROV	CASOS	FALLECIDOS	INCIDENCIA	LETALIDAD
PR	9	2	1,2	22,2
PH	3	2	0,4	66,7
CH	11	3	0,5	27,3
MT	6	1	0,9	16,7
VC	3	0	0,4	0
CF	5	3	1,2	60
SS	2	1	0,4	50
CA	6	3	1,4	50
CM	4	2	0,5	50
LT	4	1	0,7	25
HO	6	0	0,6	0
GM	8	4	0,9	50
SC	6	1	0,6	16,7
GT	8	4	1,6	50
IJ	0	0	0	0
CUBA	81	27	0,7	33,3

Aparentemente la incidencia por este agente no fue importante pero fue por el bajo porcentaje de no identificación de agentes en las unidades asistenciales.

Tabla 4. Enfermedad meningocócica. Incidencia y fallecidos por provincias. Cuba 2005.

PROV.	CASOS	MUERTOS	INCIDENCIA	LETALIDAD
PR	2	0	0,3	0
PH	2	2	0,3	100
CH	3	1	0,1	33,3
MT	1	0	0,1	0
VC	8	3	0,9	37,5
CF	1	0	0,2	0
SS	1	0	0,2	0
CA	1	1	0,2	100
CM	1	1	0,1	100
LT	1	1	0,2	100
HO	2	0	0,2	0
GM	3	1	0,4	33,3
SC	2	0	0,2	0
GT	0	0	0	0
IJ	0	0	0	0
CUBA	28	10	0,24	35,7

Tabla 5. Enfermedad meningocócica. Incidencia y mortalidad por grupos de edad. Cuba 2005.

Edades	Casos	Fallecidos	Incidencia	Letalidad
<1	3	1	2,3	33,3
1-4	7	3	1,2	42,8
5-14	6	1	0,4	16,7
15-64	11	5	0,1	45,4
>64	1	1	0,1	100
Total	28	10	0,24	35,7

En general hubo baja incidencia de enfermedad meningocócica, aunque es posible que el bajo porcentaje de identificación de agentes contribuya a este fenómeno. La mayor incidencia ocurre en niños vacunados, como era de esperar dada la alta cobertura de inmunización existente en el país, especialmente de 1-4 años; la letalidad resultó elevada en todos los grupos de edad.

Algo de importancia fue un pequeño brote detectado por la vigilancia epidemiológica en 2 estudiantes vacunados mayores de 12

años de una escuela de deportes (uno de ellos secundario), se detectaron una decena de jóvenes con un cuadro febril al momento del control que no fueron demostrada su etiología.

Se reportaron solamente 4 casos de meningitis por *Haemophilus influenzae* tipo b, (incidencia general 0.03/100 000): Ciudad Habana (1; 65 y más años), Matanzas (1; 15-64 años), Ciego de Avila (1; 1-4 años) y Santiago de Cuba (1; 1-4 años). Dos fallecidos (letalidad 50%).

Tabla 6. Análisis bivariado de la asociación a la mortalidad de los principales agentes bacterianos. Cuba 2005.

Agentes	Riesgo Relativo (RR)	Intervalo de confianza 95% (IC 95%)	Valor de p
<i>Neisseria meningitidis</i>	1,95	1,2 --- 3,2	0,016
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	1,76	1,22 --- 2,54	0,0036
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	2,38	0,88 --- 6,44	0,1577
Otros	1,84	1,1 --- 3,17	0,0458

La mayor asociación encontrada con la muerte estuvo con *H. influenzae* pero no fue estadísticamente significativa tal vez por el poco número de casos registrados.

Si fue importante y significativa para el *S. pneumoniae* la *N. meningitidis* y otros agentes.

Tabla 7. Análisis multivariado de la asociación a la mortalidad de los principales agentes bacterianos. Cuba 2005.

Agentes	Odds Ratio	Intervalo de confianza 95% (IC 95%)	Valor de p
<i>Neisseria meningitidis</i>	3,13	1,39 --- 7,03	0,0058
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	2,61	1,52 ---- 4,478	0,005
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	5,226	0,722 --- 37,834	0,1015
Otros	2,83	1,18 --- 6,8227	0,0198

Todos los agentes estuvieron asociados en la mortalidad pero se destaca la *N. meningitidis*.

Tabla 8. Análisis bivariado de categorías poblacionales asociadas a la ocurrencia de los SNB por sus principales agentes (Neumococo y Meningococo).

Variable	RR	IC 95%	Valor de p
Trabajador ocurrencia a Neumococo	1,3	1,05 – 1,58	0,0476
Estudiante institucional ocurrencia a enfermedad meningocócica	3,59	2,15 – 6,01	0,0002

Tabla 9. Análisis multivariado de categorías poblacionales asociadas a la ocurrencia de Enfermedad meningocócica comparado con meningitis por neumococo. Cuba 2005

Variable	Odds ratio	IC 95%	Valor de p
Ama de casa	0,356	0,0586--- 2,1692	0,263
Estudiante institucionalizado	8,1131	1,245--- 52,85	0,0286
Jubilado	0,3311	0,0322--- 3,4068	0,3527
Niño de casa	1,0838	0,3091--- 3,80	0,899
Trabajador	0,301	0,0638 --- 1,423	0,1299

Los estudiantes institucionalizados manifiestan la mayor ocurrencia de enfermedad meningocócica. Constituyen

un grupo de jóvenes que llevan ya varios años inmunizados y muchos de convivencia en centros educacionales.

Tabla 10. Análisis multivariado de categorías poblacionales asociadas a la ocurrencia de Meningitis por neumococo comparado con el meningococo. Cuba 2005

Variable	Odds ratio	IC 95%	Valor de p
Ama de casa	2,8	0,461 --- 17,05	0,263
Estudiante institucionalizado	0,1233	0,0189--- 0,803	0,0286
Jubilado	3,019	0,293--- 31,067	0,3527
Niño de casa	0,9227	0,2631--- 3,235	0,8999
Trabajador	3,31	0,7026 --- 15,668	0,1299

Los jubilados y trabajadores tuvieron elevada, aunque no estadísticamente significativa asociación con la ocurrencia de

meningitis a Neumococo. No obstante, es de considerarlo dado que trabajamos con el total de enfermos registrados por las encuestas epidemiológicas.

Han incidido cambios de responsables del programa a nivel de provincias, los cuales de producirse deberán preverse oportunamente.

Recomendaciones:

1. Debe mejorar la rapidez y calidad de las encuestas, lo que permitirá un más ágil análisis y toma de decisiones.
2. Revisar el manejo integral de casos de síndromes neurológicos infecciosos para incrementar el diagnóstico etiológico.
3. Efectuar encuentros científicos y reuniones sistemáticas con jefes del programa, laboratorios de microbiología, clínicos y pediatras.
4. Adiestramiento y entrega formal de las actividades del programa en ocasiones de cambios de los responsables a cada nivel del sistema.
5. Fortalecer la vigilancia epidemiológica en las provincias.
6. Incrementar el % de cumplimiento de la información al nivel central.
7. Enviar el reporte inmediato del estudio clínico-epidemiológico y de laboratorio de brotes u otros no comunes a la Dirección de Epidemiología y el IPK .
8. Fortalecer las comisiones de SNB provinciales.

Dr. Antonio E. Pérez Rodríguez. Dr. C
Vigilancia Nacional de Síndromes Neurológicos Bacterianos
IPK

Agradecimientos:

Jefes de programas de SNB.

Al colectivo de profesionales del Sistema Nacional de Salud de alguna forma colabora en este programa.

Téc. Irene Toledo Rodríguez

ADVIERTE AUTORIDAD CENTROAMERICANA DE VIH SIDA SOBRE SITUACIÓN REGIONAL.

Panamá, junio 09/2006 (PL). La coordinadora del tema VIH SIDA para Centroamérica, Elizabeth Rodríguez, dijo el viernes que la situación regional en torno al mortal virus es dramática y esbozó una serie de medidas que se adoptan para combatir la enfermedad. La funcionaria de la Secretaría de Integración Social Centroamericana, comentó a Prensa Latina que el problema a nivel de región ha adquirido una gran importancia, sobre todo, porque la mayoría de las transmisiones se dan en heterosexuales. Aclaró que en este lapso faltan muchos estudios por determinar cuántos mantienen una bisexualidad, lo que hace más complicado el asunto. Un fenómeno que se está dando es que la epidemia afecta cada vez más a caras jóvenes y a mujeres. Entre 15 y 18 años la relación es de uno a uno y en el caso de los adultos es de 1,5 a dos con una relevancia muy grande, apuntó Rodríguez. Señaló que el país con mayor número de casos es Honduras aunque por tasa es Belice el que sale más afectado, por cada cien mil habitantes. Como Centroamérica se ve como un bloque, a través de las poblaciones móviles el paso del VIH SIDA se ha hecho más frecuente por las migraciones y por supuesto, más complejo para controlarlo, dijo. Agregó que deben hacerse atenciones integrales un poco más homogenizadas a nivel de la región para contribuir al cuidado general y a la supervivencia de las personas viviendo con la infección. El VIH SIDA tiene una cara social muy fuerte, pobres sin servicios básicos en cobertura alta y sobre todo la falta de acceso a los servicios de salud en algunos países en que las personas mueren en sus casas, expresó Rodríguez. Puso el ejemplo de un examen realizado en el Salvador, en el cual se detectó que la mayoría de los afectados son personas pobres o extremadamente pobres. Se están haciendo estudios multicéntricos en

poblaciones de alta vulnerabilidad, en el Salvador, Guatemala, Nicaragua y Costa Rica e investigando las prevalencias en las trabajadoras comerciales del sexo y en hombres que tienen relaciones entre sí, indicó.

Adicionó que hay muchas iniciativas alrededor del tema y entre ellas se encuentra la de mejorar los diagnósticos porque hay un subregistro entre el 30 y el 50% de información en cada una de las naciones. Esto quiere decir que por cada persona reportada hay entre tres y cinco no registradas y muchos infectados con VIH SIDA que no lo saben que lo están transmitiendo sin control, añadió. La funcionaria del SISCA refirió que los cooperantes ayudan en el tema de la educación y mencionó al Fondo Global que está en la mayoría de los estados, excepto Costa Rica y Panamá, el cual tiene un gran peso en el contenido de promoción, adiestramiento y comunicación.

Nuestro proyecto ayuda a las naciones a efectuar intercambios de información para que opten por otros tipos de experiencia, declaró. Subrayó que en el mes de mayo, el SISCA estuvo en cada uno de los países presentando experiencias exitosas recopiladas durante una línea de base realizada por el Banco Mundial. Por otra parte, dijo que cada territorio ha adoptado estrategias en el manejo del VIH SIDA y mencionó el trabajo de Guatemala con las áreas indígenas y El Salvador con una incidencia política buena. Habló también de Honduras y Nicaragua con la atención, vigilancia epidemiológica y el inicio de un proceso de detención integral, Costa Rica con una cobertura general completa y Panamá con su gran práctica en el manejo de laboratorio. Lo más importante es que estas experiencias se puedan compartir y nosotros somos los encargados de propiciar esos intercambios, concluyó Rodríguez.

Enfermedades de Declaración Obligatoria: Hepatitis.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 10/06/06

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006 *
PINAR DEL RIO	30	1	534	192	122.49	43.91
P. HABANA	29	22	922	741	320.14	255.62
C. HABANA	38	86	776	1359	107.88	189.40
MATANZAS	4	39	155	610	139.20	545.51
VILLA CLARA	5	10	165	360	53.63	117.13
CIENFUEGOS	5	18	82	421	50.74	259.54
S. SPIRITUS	5	4	73	153	64.45	134.84
CIEGO DE AVILA	9	5	114	220	89.21	171.12
CAMAGÜEY	43	75	419	1474	270.77	951.37
LAS TUNAS	22	17	372	418	199.74	223.66
HOLGUIN	76	62	1160	1603	386.09	532.21
GRANMA	51	80	557	2106	281.86	1062.61
SANTIAGO DE CUBA	45	34	1371	1713	387.56	483.03
GUANTANAMO	4	6	113	192	83.70	141.77
ISLA DE LA JUVENTUD	2	-	6	42	41.42	289.55
CUBA	368	459	6819	11604	194.39	330.20

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: 07/06/06.

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Alimentos	7	3	106	117	0.94	1.04
Ciguatera *	-	1	11	7	0.10	0.06
Hepatitis viral **	2	2	67	81	0.60	0.72
EDA	-	-	-	-	-	-
IRA	-	-	-	-	-	-
Agua	-	1	9	5	0.08	0.04

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: 10/06/06.**

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	-	1	0.03	0.03**
SHIGELLOSIS	13	4	184	170	3.30	3.05
D. AMEBIANA AGUDA	1	-	19	75	0.47	1.86
TUBERCULOSIS	11	13	308	298	6.71	6.48
LEPRA	4	1	94	75	1.74	1.39
TOSFERINA	-	-	-	-	-	-**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	21372	22790	328838	333838	7730.94	7834.15
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	9	11	0.12	0.15
MENINGOCOCCEMIA	-	-	1	-	0.05	0.05**
TÉTANOS	-	-	-	1	-	-**
MENINGITIS VIRAL	76	44	906	941	29.73	30.82
MENINGITIS BACTERIANA	10	8	147	189	4.37	5.61
VARICELA	425	1014	20976	28916	220.14	302.91
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	-**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	-**
HEPATITIS VIRAL	368	459	6819	11614	194.39	330.48
PAROTIDITIS	13	-	88	14	1.71	0.27
PALUDISMO IMPORTADO	-	-	-	20	0.04	0.04**
LEPTOSPIROSIS	4	1	29	98	3.89	13.12
SÍFILIS	38	36	902	1044	16.03	18.51
BLENORRAGIA	122	103	3349	3048	60.54	55.00
INFECC. RESP. AGUDAS	70770	67024	1815331	2085634	41321.88	47387.99

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.

JEFES DE INFORMACIÓN:

PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO: Téc. Irene Toledo Rodríguez

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