



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO SEMANTAL

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

Evaluación de la detección de casos de tuberculosis: una alternativa sintética renovada.....	209
Tosferina, lactantes menores, aumento - Argentina (Córdoba).....	213
Dengue, casos autóctonos, re-emergencia -EEUU (Florida).....	214
Tablas.....	215

PROYECTO "FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN LA REPÚBLICA DE CUBA"

EVALUACIÓN DE LA DETECCIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS: UNA ALTERNATIVA SINTÉTICA RENOVADA.

Edilberto González Ochoa DM, DrC¹, Luisa Armas Pérez DM, MSc¹

Assessing Tuberculosis case detection: a renewed syntactic alternative.

¹Grupo de Investigaciones y Vigilancia de TB, Lepra e IRA. Instituto "Pedro Kourí".
Correspondencia; Prof. Edilberto González Ochoa. Instituto "Pedro Kourí" Autopista Novia del
Mediodía Km 6½. La Lisa. Ciudad de la Habana. Apartado Postal 601.FAX (53 7)2046051,
Tfno.: 53 7 2553215, 2553214, 2020652. Correo electrónico: ochoa@ipk.sld.cu;
eddy.ocho@infomed.sld.cu

Para obtener un impacto efectivo en la reducción de la incidencia de la tuberculosis (TB) es necesario curar al menos al 85% ó más de los casos de TB bacilíferos. Pero realmente este impacto es valedero cuando se obtiene una razón de detección de casos (RDC) = 70% con óptima calidad. A mayor RDC, mayor probabilidad de acumular una elevada proporción de éxitos de una quimioterapia antituberculosa (QAT).¹⁻³ Esto es el caso del Programa Nacional de Control de la TB Cubano que reporta RDC = 90% y proporción de éxito del tratamiento = 92%, por tanto se requiere un proceso general de detección de los casos de TB (DCT) no sólo cuantitativamente bueno sino cualitativamente óptimo para reducir la probabilidad de la transmisión de M. tuberculosis.⁴⁻⁹ Es bien conocido que la intensidad de esta transmisión depende: a) del número de enfermos tuberculosos bacilíferos en el momento y lugar determinado (prevalencia); b) del tiempo que éstos se mantienen expulsando bacilos (período de transmisibilidad); y c) del número e intensidad de los contactos efectivos de estos enfermos bacilíferos con las personas susceptibles de contraer la enfermedad.^{2,3}

Dentro del conjunto de subprocesos que componen el proceso general de la DCT, se distinguen al menos cuatro que pueden considerarse los esenciales: 1- la percepción y conciencia de la población sobre los síntomas/signos de la TB que deben conducir a la búsqueda de atención de salud; 2- la intensidad y sostenibilidad de las acciones del personal del Sistema

Nacional de Salud (SNS) para pesquisar a los sospechosos de padecer de TB entre las personas pertenecientes a los grupos vulnerables (alto riesgo de contraerla) para ser investigados ; 3- la proporción de estas personas detectadas que son realmente investigadas bacteriológicamente; y 4- la proporción de las personas en contacto con los casos de TB detectados, particularmente la demora en encontrarlos, registrarlos y completar sus investigaciones.¹⁰⁻¹²

Atendiendo a estos elementos y a la necesidad de valorar la detección de casos de TB más allá de cuantificar la RDC, hemos elaborado y aplicado un indicador sintético para tales efectos denominado ISILOC¹⁰⁻¹² que se ha aplicado satisfactoriamente y comienza a ser utilizado en la práctica del PNCT. Debido a que los enfoques y procesos del PNCT cubano se están modificando para priorizar y fortalecer la pesquisa activa de la TB en los GV y la investigación epidemiológica de los casos de TB y sus contactos (control de foco), hemos concebido pertinente la utilización de un segundo indicador sintético denominado ISIDEC para complementar al primero.¹⁰⁻¹²

El objetivo de esta comunicación es describir las características de ISIDEC para su primera prueba de campo.

Las variables intermedias incluidas en la variable-indicador sintético ISIDEC se operacionalizaron y se ponderaron mediante criterios de expertos (profesionales, especialistas y funcionarios del PNCT del nivel municipal, provincial y nacional) en la forma siguiente.

Variable/tipo	Definición	Ponderación
C	Proporción de SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS (S-R) detectados e investigados que pertenecían a algún grupo vulnerable (GV).	= 0,90= 4 0,70 a 0,89= 3 0,50 a 0,69 = 2 0,30 a 0,49=1 = 0,29 = 0
D	Proporción de SR detectados efectivamente investigados con examen microscópico de esputos (EME) y cultivos realmente interpretables.	= 0,95= 4 0,85 a 0,94= 3 0,75 a 0,84 = 2 0,65 a 0,74=1 = 0,64 = 0
J	Demora (días) desde la fecha del comienzo de los síntomas/signos y la fecha de su diagnóstico confirmatorio (cualquiera que ese sea).	Para los casos TBp BAAR(+): =35=1 36 a 45=0,75 46 a 60 = =91 = 0 Para los casos de TBp BAAR(-): =60=1. 61 a 90= 0,75 91 a 120=0,58; 121 a 240= 0,25 = 241=0.
K	Demora (días) desde la fecha del diagnóstico confirmatorio y la del comienzo del control de foco.	=7 = 1 8 a 14 = 0,75 15 a 21 = 0,50 21 a 28 = 0,25 = 29 = 10.
L	Proporción de contactos registrados que completaron todas sus investigaciones.	= 95 = 1; 0,90 a 0,94 = 0,90 0,80 a 0,89 = 0,70 0,70-0,79 = 0,60 0,60 a 0,69 = 0,50 0,50 a 0,59 = 0,25 = 0,49 = 0,10.

ISIDEC se estima acorde con la formula siguiente: $[(C+D)/8][J* K* L]$, donde el valor 8 equivale a una constante que expresa la suma del valor máximo esperado de C+D.

La idea subyacente es que los valores de las variables J, K y L maticen el alcance de los valores obtenidos en las variables C y D. Si no se notificaron casos de TB (ya sean nuevos o recaídas) entonces los valores asignados a las variables J, K y L serían = 1. ISIDEC ofrecerá valores entre 0 y 1; permite la categorización siguiente: = 0,90=EXCELENTE (E); 0,80 a 0,89 MUY BUENO (MB); 0,70 a 0,79 NOTABLE (N). 0,60 a 0,69= BUENO (B); 0,50 a 0,59= DEFICIENTE (D); 0,40 a 0,49= MAL (M); = 0,39= DEPLORABLE (DP).

Fuente de los datos:

Para la variable C se realizará un conjunto de entrevistas a una muestra aleatoria de SR registrados en el libro de los exámenes microbiológicos del laboratorio de TB del policlínico (Centro de Salud correspondiente que los realiza para la población del territorio evaluado). Estudios Nacionales han mostrado que entre 80-90% de los SR investigados pertenecían a alguno de los GV señalados por el PNCT. Entonces puede calcularse un tamaño de muestra, para $p > 0,70$ y $e=0,05$ (con potencia 0,80). La selección de los SR puede realizarse mediante Muestreo Simple Aleatorio (MSA) o por Muestreo Sistemático (MS) proporcional a los estratos Urbanos y Rural (u otros).

La variable D se obtendrá del mismo libro de registro de los exámenes microscópicos de los esputos (EME). Se tendrá cuidado al seleccionar los datos dando margen al tiempo en que deberían estar concluidos e informados (devueltos) los resultados de los cultivos (como máximo deben demorar 8-9 semanas). Las variables J, K y L serán obtenidas de las historias epidemiológicas y deben corroborarse mediante reentrevistas (de ser posible ó factible).

Referencias bibliográficas

1. Styblo K. Epidemiology of tuberculosis. Royal Netherlands Tuberculosis association (KNCV). Selected papers No.24. The Hague 1991.
2. Rieder HL. Bases epidemiológicas del control de la tuberculosis. Primera edición. Unión Internacional Contra la Tuberculosis y las Enfermedades Respiratorias. Paris 1999.
3. Rieder HL. Interventions for Tuberculosis Control and Elimination. International Union against Tuberculosis and Lung Disease. Paris 2002.
4. Organización Panamericana de la Salud. Informe. IIV Reunión de Países de Baja Prevalencia de Tuberculosis. San José de Costa Rica 7 y 8 Diciembre de 2006. OPS/OMS Washington DC. 2007.
5. González-Ochoa E, Armas-Pérez A. Eliminación de la tuberculosis como problema de salud pública: una elección acertada (carta). Rev Esp. Salud Pública 2007; 81: 59-62.
6. Plan Mundial para detener la Tuberculosis 2006-2010. Organización Mundial de la Salud. Ginebra 2006.
7. Plan Regional de Tuberculosis 2006-2015. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC. 2006.
8. Glynn JR, Bauer L, de Boer S, Borgdorf MW, Fine EM, Godfrey-Fousert P et al. Interpreting DNA fingerprinting cluster of Mycobacterium tuberculosis. Int J Tuberc Lung Dis. 1999;31:1055-1059.
9. Global tuberculosis control, 2009. Epidemiology, surveillance, Strategy, Financing WHO. Ceport 2010, Geneva. WHO/htm/tb/2010.
10. Armas-Pérez L, Medina N, Peralta M, González-Ochoa E. Un indicador sintético (ISILOC) para valorar la calidad de la detección de casos de tuberculosis. Rev Cubana Med Trop 2009.61:1. Disponible http://www.bvs.sld.cu/revista/rtrtr/vol61_1_09/mtr09100;Artm.
11. Jordán T, Oramas R, Díaz AO, González-Ochoa E, Armas L. Evaluación de la detección de casos de tuberculosis mediante un indicador sintético en dos municipios de Ciudad de la Habana. Rev. Cubana Hig Epidemiol 2008; 46. 1 de 9 Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/hie46_3_08/hie04308.htm.
12. Gómez-Murcia P, Méndez-Martínez J, González-Ochoa E. Evaluación de la detección de casos de tuberculosis mediante un indicador sintético (ISILOC). Provincia de Matanzas. Rev Médica Electrónica 2009; 31(4):1 de 9. Disponible en: <http://www.rev.matanzas.sld.cu/revista/020/medica/año202009/vol40/0202009/tema05.htm>.

TOSFERINA, LACTANTES MENORES, AUMENTO - ARGENTINA (CÓRDOBA)

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

En el marco de una reunión de médicos infectólogos pediatras realizada en la Ciudad de Córdoba se informó que los pacientes más afectados por tos convulsa durante el último año en esa provincia fueron los niños menores de seis meses: el 92% de los 131 casos totales corresponde a la franja etaria que más complicaciones presenta ante la presencia de la enfermedad. Además, la cantidad de afectados en este grupo aumentó un 17% con respecto al año anterior. Para hacerle frente a esta situación que preocupa altamente a la comunidad médica, se explicó que una de las estrategias a emplear es la vacunación de adolescentes y adultos para evitar la transmisión a los bebés y niños de sus círculos cercanos, denominada “vacunación capullo”.

“Esta estrategia es fundamental para combatir la enfermedad, ya que los adultos pierden la protección de la vacuna aunque la hayan recibido de pequeños: después de 10 años los anticuerpos declinan y es necesaria la revacunación” indicó el Dr. Eduardo López, Jefe del Departamento de Medicina del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez de la Ciudad de Bs. As. Además, la tos convulsa en adultos por lo general no presenta síntomas o suelen ser más leves comparado con los infantes, lo que aumenta aún más el riesgo de contagio. “La tasa de mortalidad en los niños que contraen pertussis varía de un 3 a un 6% dependiendo

de la edad”, agregó el Dr. Eduardo Glatstein, Jefe de División Infectología del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba, por lo que es actualmente considerada como la quinta causa de muerte provocada por enfermedades que serían prevenibles a través de la vacunación.

En la Argentina la cantidad de casos de enfermos por tos convulsa se duplicó en sólo 3 años: se aumentó de 1607 enfermos a 3085 casos en 2008.

A nivel mundial, según cifras de la OMS, se reportan anualmente alrededor de 18 millones de casos de tos convulsa y, más de 250 mil de éstos terminan cobrándose la vida del paciente. Entre las diferentes causas de reemergencia de la enfermedad se encuentran la cobertura de vacunación subóptima y el hecho de que la inmunidad disminuye entre los 8 y 10 años posteriores al último refuerzo de la vacunación. Dado que el último refuerzo con la vacuna es entre los 5 y 6 años de edad, queda una población de niños susceptibles, que constituye un reservorio de la enfermedad y es fuente de transmisión para los no vacunados.

Por ello se incorporó al Calendario Nacional de Vacunación un refuerzo para los niños de 11 años de edad para incrementar su inmunidad y protección contra la enfermedad.

DENGUE, CASOS AUTÓCTONOS, RE-EMERGENCIA - EEUU (FLORIDA)

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

El cinco por ciento de la población de Cayo Hueso, en Florida, ha sido infectada en algún momento con el virus del dengue, porcentaje equivalente a más de 1.000 personas, informaron el martes investigadores del Gobierno de Estados Unidos.

Lo más probable es que ni siquiera lo sepan, pero los resultados muestran que la infección, a veces mortal, se está trasladando hacia el norte de Estados Unidos, dijeron los investigadores.

"Nos preocupa que si el dengue toma fuerza en Cayo Hueso, viaje a otras ciudades del sur, donde el mosquito que transmite el dengue está presente, como Miami", dijo Harold Margolis, jefe de la Sección de Dengue del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC).

"Estos casos representan el resurgimiento del dengue en Florida y en otras partes de Estados Unidos después de 75 años", dijo Margolis en un comunicado.

Lo preocupante para los investigadores es que los infectados han contraído la enfermedad dentro del estado de Florida.

"Estas personas no habían viajado fuera de Florida, así que necesitamos determinar si estos casos son un hecho aislado o si el dengue ha vuelto a ser endémico en el territorio continental de Estados Unidos", agregó.

El dengue había sido erradicado de Estados Unidos en la década de 1940, pero unos pocos casos adquiridos localmente en el país se han confirmado en la frontera de Texas y México a partir de la década de 1980. Más casos se han registrado recientemente en México y el Caribe.

Después de que 27 casos de dengue fueran reportados en Florida en 2009, los científicos del CDC y del Departamento de Salud de Florida tomaron muestras de sangre a 240 residentes de Cayo Hueso elegidos al azar.

De ellos, el cinco por ciento tenía infecciones activas de dengue o de anticuerpos contra el virus, demostrando que habían sido infectados, dijeron los investigadores durante la Conferencia Internacional sobre Enfermedades Infecciosas Emergentes que se celebra en Atlanta.

Enfermedades de Declaración Obligatoria: Blenorragia.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 10/07/10.

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010 *
PINAR DEL RIO	3	-	58	122	15.86	33.33
P. HABANA	3	2	128	123	32.14	30.62
C. HABANA	41	42	1090	1026	95.50	90.63
MATANZAS	2	8	85	103	26.38	31.84
VILLA CLARA	6	-	103	125	23.61	28.71
CIENFUEGOS	5	4	89	126	42.67	60.19
S. SPIRITUS	2	1	93	92	34.09	33.61
CIEGO DE AVILA	-	4	31	40	13.82	17.65
CAMAGÜEY	-	3	44	76	10.23	17.70
LAS TUNAS	6	5	77	86	34.39	37.62
HOLGUIN	3	4	69	113	14.09	22.99
GRANMA	3	3	130	118	26.77	24.28
SANTIAGO DE CUBA	5	1	38	44	6.68	7.75
GUANTANAMO	3	3	132	129	50.23	49.25
ISLA DE LA JUVENTUD	1	-	27	6	63.47	14.19
CUBA	83	80	2194	2329	37.21	39.47

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: 07/07/10.

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Alimentos	2	3	130	136	1.16	1.21
Ciguatera *	-	-	8	8	0.07	0.07
Hepatitis viral **	-	-	5	3	0.04	0.03
EDA	-	-	-	1	-	0.01
IRA	-	2	3	151	0.03	1.34
Agua	-	-	13	4	0.12	0.04
Varicela	-	-	15	90	0.13	0.80

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: 10/07/10.

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	2	-	0.03	0.03**
SHIGELLOSIS	17	10	252	195	3.51	2.71
D. AMEBIANA AGUDA	-	-	35	17	0.45	0.22
TUBERCULOSIS	11	17	353	395	5.86	6.55
LEPRA	5	9	154	130	2.35	1.98
TOSFERINA	-	-	-	-	-	_*
ENF. DIARREICAS AGUDAS	24183	17171	520939	422065	7298.32	5908.57
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	4	4	0.07	0.07
MENINGOCOCCEMIA	-	-	1	1	0.01	0.01
TÉTANOS	-	-	1	1	0.03	0.03
MENINGITIS VIRAL	127	47	1778	612	24.00	8.25
MENINGITIS BACTERIANA	10	4	148	120	2.71	2.20
VARICELA	346	161	29948	28785	294.82	283.15
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	_*
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	_*
HEPATITIS VIRAL	48	20	1651	683	22.09	9.13
PAROTIDITIS	-	-	6	-	0.08	0.08**
PALUDISMO IMPORTADO	1	1	3	3	0.06	0.06
LEPTOSPIROSIS	5	2	71	35	1.50	0.74
SÍFILIS	33	24	880	718	12.80	10.44
BLENORRAGIA	83	80	2194	2324	37.21	39.39
INFECC. RESP. AGUDAS	97511	77419	2879995	3187150	55546.03	61422.98

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.

Comité Editor

DIRECTOR: Dr. Manuel E. Díaz González.
EDITOR: Dr. Denis Verdasquera Corcho.

PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO: Téc. Irene Toledo Rodríguez

JEFES DE INFORMACION:

Dra. Belkys Galindo Santana
 (Epidemiología)
Dr. Otto Peláez Sánchez.
 (Epidemiología)
Dra. Angela Gala González
 (Epidemiología)

Teléfono; (53-7) 2020625 y 2020652 Fax: (53-7) 2046051 y (53-7) 2020633

Internet://www.ipk.sld.cu