



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL

DIRECCIÓN NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Dirección Postal: Inst. " Pedro Kourí" . Apartado Postal
601 Marianao 13. La Habana, Cuba
e.mail: cjipk@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

Tosferina, muertes, bebés latinos - EEUU (California) (02).....	281
Dengue, primer caso autóctono - Francia (Niza).....	282
Dengue, epidemia en progreso - Venezuela (03).....	282
VIH/SIDA, terapia ARV, razones para cambios -I. América.....	283
VIH/SIDA, prevalencia creciente en mayores de 50 años - global.....	284
Enfermedad de Chagas, desafío mundial.....	286
Sarampión, mundial de fútbol, casos importados: OMS.....	286
Tablas	287

TOSFERINA, MUERTES, BEBÉS LATINOS - EEUU (CALIFORNIA) (02)

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

La tosferina o pertussis ha ocasionado la muerte de nueve personas, todas ellas bebés menores de tres meses de edad, en el estado de California, Estados Unidos, en lo que va del año, según informes del Departamento de Salud Pública del estado.

De los 196 pacientes que se sabe fueron hospitalizados por tosferina en California, el 74 % fueron infantes menores de seis meses de edad y la mayoría de ellos (57 %) eran menores de tres meses de edad, dijo el departamento. Esto demuestra que los bebés son los más afectados por la enfermedad, mencionó el departamento.

Este año se registró el mayor número de casos de tosferina en California desde que iniciaron los esfuerzos generalizados de

vacunación en los años cuarenta y cincuenta.

Hasta el martes, California había registrado el mayor número de casos de tosferina desde 1955 con 4 017 casos confirmados, probables y sospechosos, según el departamento.

La tosferina frecuentemente se transmite a los bebés a través de adultos como sus padres, hermanos, tíos y abuelos. Debido que los infantes no comienzan su esquema de vacunación hasta los dos meses de edad, los funcionarios de la salud urgieron a cualquier adulto que pudiera tener contacto con bebés -especialmente mujeres embarazadas - a que se vacunen.

DENGUE, PRIMER CASO AUTÓCTONO - FRANCIA (NIZA)

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

Las autoridades sanitarias francesas anunciaron hoy la detección del primer caso de un paciente infectado de dengue no importado al continente, registrado en la región de Niza, lo que muestra que los mosquitos de esa zona portan el mal.

"Se trata de un caso aislado (...) El paciente está curado y con buena salud", indicó el Ministerio en un comunicado en el que precisó que "el riesgo de desarrollo de una epidemia es considerado como limitado pero no puede ser excluido".

Más allá de la gravedad del caso en cuestión, la aparición de un episodio de dengue que no ha llegado a la Francia continental de ninguna de sus colonias ultramarinas muestra que la enfermedad está presente en la metrópoli, por lo que se han activado las medidas preventivas previstas.

Se han reforzado la vigilancia epidemiológica y entomológica y se han llevado a cabo acciones de desinfección en torno al domicilio del enfermo localizado.

Además, las autoridades sanitarias recomiendan a los ciudadanos renovar regularmente el agua estancada y protegerse contra las picaduras de los mosquitos, tanto el cuerpo como en las viviendas.

Recuerdan que los síntomas del dengue sólo aparecen cinco o seis días después de la picadura del mosquito contaminado y que se traduce en una repentina subida de la fiebre, que puede llegar hasta los 38,5 grados, dolores de cabeza, musculares y oculares y una fatiga general.

Aunque en la mayor parte de los casos el dengue sana con quince días de reposo, el Ministerio recordó que pueden aparecer episodios severos de hemorragias.

DENGUE, EPIDEMIA EN PROGRESO - VENEZUELA (03)

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

En 21 años no se habían registrado tantos casos de dengue hemorrágico, en un solo año, en Venezuela. Este 2010 son 7.627 personas las que han padecido la forma más letal de dengue. Se desconoce oficialmente cuántos han fallecido. Sin embargo, la Red de Sociedades Médicas Científicas, basándose en la tasa de letalidad observada hasta julio de 2010 de 0,7 y 0,8 por cada mil enfermos, calcula que los fallecimientos en Venezuela oscilan entre 53 y 76, en 2010.

Aunque el Ministerio de Salud no ha hecho oficiales las cifras epidemiológicas, la Red publicó en su alerta 149 información parcial sobre la semana 34, comprendida entre el 22 y el 28 de agosto.

El acumulado de casos de dengue para el 28 de agosto es de 82.673 casos, según el

Alerta Epidemiológico de la Red, de los cuales 7.627 son hemorrágicos. "Esta es la cifra más elevada de casos hemorrágicos en 21 años desde que se produjeron los primeros en Venezuela.

Observamos un aumento de dengue hemorrágico entre las semanas 23 y 30, luego un descenso leve entre las semanas 31 y 33 y de nuevo un aumento en la semana 34", aseguran en el documento epidemiológico.

La mayor tasa de dengue hemorrágico se observa en bebés menores de un año. La tasa epidémica en el grupo de los más pequeños indica que enferman 82,7 por cada cien mil habitantes, tres veces más alta que la tasa general, de 25,4 por cada cien mil, para el resto de las edades.

Para la semana 33, es decir para el 21 de agosto, eran 79.335 casos de dengue. Casi 30% se concentran en Miranda y Distrito Capital. El listado de los estados indica que, en la semana que culminó el 21 de agosto, Anzoátegui reportó 101 casos; Apure 70; Barinas 39; Bolívar 52; Cojedes 7; Falcón 78; Mérida 130; Monagas 54; Nueva Esparta 39; Portuguesa 7; Táchira 103; Amazonas 27; Aragua 298; Carabobo 193; Delta Amacuro 14; Distrito Capital 355; Guárico 135; Lara 265; Miranda 520; Sucre 114; Trujillo 71; Vargas 59; Yaracuy 60 y Zulia 433 casos. Según el análisis que hacen de la evolución del dengue, entre junio y agosto, cada mes, se han reportado más de 13 mil casos: 13.580 en junio, 13.600 en julio y 13.920 en agosto. Los casos hemorrágicos se distribuyeron en 1.047 para junio, 1.235 para julio y 1.146 para agosto, reportando una disminución de 89 casos en el último mes.

"La cifra alcanzada en 34 semanas, desde el 1 de enero hasta el 28 de agosto, superó el brote epidémico de 20007 y está muy cerca de superar el de 2001", aseguran.

Según cálculos realizados por la Red con datos del Alerta de Dengue en las Américas, elaborado por la Organización Panamericana de la Salud, "Venezuela concentra 24,74% de todos los casos de dengue grave del continente americano hasta la semana 34, y ocupa el segundo lugar en dengue grave después de Colombia".

Según la actualización que sobre dengue hizo la OPS, en todo el continente americano se registraron 1.432.410 casos, 30.800 graves y 710 fallecidos. En el área andina se reportaron 209.011 casos de dengue hasta el 28 de agosto.

"Afirmamos que Venezuela está atravesando una epidemia de dengue muy severa", concluyen los médicos de la Red.

VIH/SIDA, TERAPIA ARV, RAZONES PARA CAMBIOS - L. AMÉRICA

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

Los efectos adversos son la principal causa que lleva a los pacientes con VIH/SIDA (infección por el virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida) de América Latina y el Caribe a cambiar o abandonar la terapia antirretroviral, según demostró un estudio realizado entre 1996 y 2007 en Argentina, Brasil, Chile, Haití, Honduras, México y Perú. Tras analizar a 5.026 pacientes con VIH durante el primer año en que iniciaron la terapia antirretroviral, los investigadores de la Red del Caribe, Centro y América del Sur (CCASAnet) determinaron que el 25,6 por ciento modificó la terapia. La tasa más baja se registró en Honduras (16 por ciento) y la más alta en Perú (35,9 por ciento). "La información sobre tratamientos antirretrovirales proviene principalmente de ensayos clínicos en condiciones controladas

o de estudios en países desarrollados o en África", dijo a SciDev.Net Carina Cesar, investigadora de la Fundación Huésped (Argentina) y coautora del estudio.

"Dado que las características genéticas de la población y los subtipos virales circulantes pueden afectar la respuesta a la terapia, era importante evaluar las características distintivas en la región y poder planear estrategias para mejorar la eficacia y disminuir la toxicidad de los tratamientos, pues su suspensión o interrupción implican riesgos para el paciente". Según el estudio, publicado en la revista PLoS One en Junio último, el 89 por ciento de los pacientes que modificaron la terapia cambiaron a un régimen de fármacos distinto. El once por ciento restante, no retomó un segundo régimen durante el período de seguimiento o reinició el régimen inicial tras suspenderlo por menos de 30 días.

El 14.4 por ciento de los pacientes cambió la terapia debido a eventos adversos como toxicidad hematológica (principalmente anemia), erupciones cutáneas e intolerancia gastrointestinal. El fracaso en la terapia, la disponibilidad de un régimen mejor o más simple y problemas con el suministro de fármacos totalizaron menos de cinco por ciento de las causas.

“Evaluar el porcentaje de pacientes que requiere cambio en la terapia, en qué momento y cuáles son las razones permite planificar qué tratamientos de segunda línea

requerirán y qué resultados se obtendrán con estas terapias que — aunque no son menos efectivas que las de primera línea — son más caras y de más difícil acceso”, señaló Marcelo Wolff, coautor del estudio y profesor de la Universidad de Chile.

Carina Cesar agrega que el uso de regímenes no basados en el fármaco efavirenz y la enfermedad avanzada se asociaron a mayor cambio de terapia, por lo que “las estrategias fundamentales deben promover el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno”.

VIH/SIDA, PREVALENCIA CRECIENTE EN MAYORES DE 50 AÑOS - GLOBAL

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

Al contrario de lo que mucha gente cree, la actividad sexual no se termina a los 50. Y una de las evidencias sobre esta realidad social y natural proviene de las estadísticas internacionales que cartografían la evolución de la epidemia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) / síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Según datos que se confirmaron en la reciente XVIII Conferencia Internacional sobre SIDA realizada en Viena, las personas mayores de 50 años de edad son el grupo que más creció en cuanto a frecuencia de la infección por VIH/SIDA en la última década. Globalmente, se calcula que los nuevos diagnósticos en esa franja de edad se duplicaron. En Argentina, un boletín dado a conocer a fines del año último ya lo anticipaba: la cantidad de infecciones en mayores de 50 años había crecido del 7 al 12% en el mismo lapso. Por su parte, los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC, por sus siglas en inglés) informaron que se habían quintuplicado el número de pacientes con VIH mayores de 50 años entre los años 1990 y 2000. Para los

especialistas, estas cifras son un amargo recordatorio de la importancia de practicar sexo seguro, independientemente de la edad que se tenga. "Esta nueva tendencia se explica por una serie de razones -dice la doctora Isabel Casetti, de la Fundación Helios Salud-. El aumento de la tasa de divorcios, la mayor longevidad y la disponibilidad de fármacos para la disfunción sexual son todos factores que inciden. En las mujeres posmenopáusicas, algunas características biológicas, tales como la sequedad vaginal, pueden favorecer la infección."

"La vida útil de las personas es cada vez más prolongada -coincide el doctor Pedro Cahn, jefe de la sección Infectología del hospital Fernández-. Por otro lado, existe la idea de que el VIH se lo «pescan» los jóvenes." El escenario que explica este cambio de rumbo tiene varias facetas:

ellos creen que el VIH es un problema de otros; las mujeres mayores no requieren el preservativo porque no se van a embarazar, y los médicos no piensan que un señor de 70 años pueda estar aun sexualmente activo, de modo que no le piden la prueba para detectar el virus.

Precisamente, estudios realizados en el país indican que éste es un grupo que soslayaron los programas preventivos y en el que las medidas de precaución no están instaladas.

"El uso del preservativo en forma consistente empieza a disminuir a partir de los 25 años y después de los 50 es bajísimo", afirma el doctor Claudio Bloch, director del Programa de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual del Ministerio de Salud de la Nación.

Según explica Casetti, las personas mayores de 50 años de edad son un grupo que se está estudiando con mucha atención porque hay evidencias de que en ellos la infección progresaría más rápido. Por otra parte, afirma, "la disminución de la respuesta inmune con el tiempo y el aumento de las comorbilidades pueden afectar la eficacia y toxicidad del tratamiento antirretroviral. Además, a estas edades ya aparecen complicaciones más frecuentes, como cardiovasculares, alteraciones en los huesos, renales y hepáticas, entre otras".

Todo ello está llevando a anticipar el inicio del tratamiento. "Anteriormente, se comenzaba a tratar cuando el sistema inmunológico del paciente bajaba a un índice de 350 células CD4 por milímetro cúbico; en las próximas guías se reflejará el consenso internacional de que hay que comenzar a indicar antirretrovirales cuando

el índice llega a los 500 CD4 por milímetro cúbico." El cambio surge a partir de evidencias cada vez más sólidas de que la respuesta inmunológica y el pronóstico son mejores cuando el sistema inmune del paciente no se encuentra tan debilitado.

El nivel de CD4 de una persona sin VIH es de entre 800 y 1200 células por milímetro cúbico. Mientras el VIH va ganando terreno, estimaciones arrojadas por grandes estudios epidemiológicos mostraron que se van perdiendo anualmente 80 a 100 células CD4 por milímetro cúbico, aunque existen variabilidades individuales. El tratamiento antirretroviral hace disminuir la carga viral en la sangre y en los fluidos genitales y, de ese modo, no sólo protege a la persona que vive con VIH, sino que también reduce la transmisión. Gracias a que hoy se cuenta con nuevos esquemas de tratamiento que permiten prevenir o evitar la toxicidad de las terapias, no sólo mejoró la expectativa, sino la calidad de vida de los pacientes.

"Antes, el mayor índice de mortalidad era producido por enfermedades oportunistas, como consecuencia del deterioro del sistema inmunológico -subraya Casetti-. Ahora existen más casos de cardiopatías, enfermedades hepáticas e incluso tumores, y los casos de enfermedades oportunistas por inmunodepresión se redujeron a cerca del 30 por ciento."

ENFERMEDAD DE CHAGAS, DESAFIO MUNDIAL

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

El Mal de Chagas se inició como una enfermedad huérfana de poblaciones pobres, rurales y olvidadas en América Latina, donde es endémica en un total de 22 países. Millones de personas han desarrollado la enfermedad y han muerto tras ser infectadas por *Trypanosoma cruzi*, parásito que es transmitido por la picadura de un insecto triatomino, conocido como "Chipo" en Venezuela; "Chirimacha" en Perú) y "vincuña" en Chile y Argentina. En un suplemento especial sobre la enfermedad de Chagas publicado en Junio último por la revista Nature, los autores José Rodrigues Coura y Pedro Albajar Viñas, advierten que la urbanización en América Latina introdujo nuevos riesgos, como la transmisión del *T. cruzi* a través de transfusiones de sangre. Según la OMS, en 1960 fueron 7 millones los casos de Chagas asociados a esta causa en América Latina, y si bien ahora hay mayor control, el riesgo persiste en algunos países de la región. Pero hay más retos. La enfermedad de Chagas también representa un nuevo

desafío epidemiológico, económico, social y político para numerosos países no endémicos que tienen un intercambio significativo de población con América Latina.

El insecto vector del parásito puede viajar largas distancias en el equipaje de individuos que salen de países endémicos. Así, hoy se estima que las personas infectadas superan las 300.000 en Estados Unidos, 5.500 en Canadá, 80.000 en Europa y el Pacífico occidental, 3.000 en Japón y 1.500 en Australia.

“Esto muestra la necesidad de mejorar la información y los sistemas de vigilancia a nivel nacional y supranacional, implementar cuidados médicos para los pacientes con enfermedad de Chagas en países no endémicos, interrumpir la transmisión vertical, implementar controles adicionales en los bancos de sangre y en los trasplantes de órganos, e incluir un diagnóstico diferencial para el Chagas dentro de la medicina del viajero”, concluyen los autores.

SARAMPIÓN, MUNDIAL DE FÚTBOL, CASOS IMPORTADOS: OMS

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

La Organización Mundial de la Salud confirmó la aparición de casos de sarampión en Argentina, Brasil, Canadá y Guyana Francesa, tras el pasado Mundial de Fútbol, cuya sede fue en África. Datos de la OMS apuntan que entre las naciones antes

mencionadas confirman el registro de 143 casos de sarampión, de los cuales 40 fueron importados, 37 relacionados a los casos confirmados y 66 que están siendo investigados, pues se desconoce la fuente de la infección.

Enfermedades de Declaración Obligatoria: Hepatitis.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 11/09/10.

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010 *
PINAR DEL RIO	1	13	44	45	7.66	7.82
P. HABANA	-	2	86	56	15.47	9.98
C. HABANA	-	1	185	102	11.32	6.29
MATANZAS	3	1	253	43	43.72	7.40
VILLA CLARA	-	1	234	71	34.17	10.39
CIENFUEGOS	-	2	34	24	11.91	8.37
S. SPIRITUS	5	2	540	86	131.18	20.82
CIEGO DE AVILA	-	1	27	38	15.49	21.57
CAMAGUEY	3	-	101	35	18.93	6.57
LAS TUNAS	3	-	67	37	16.45	8.90
HOLGUIN	2	2	150	157	20.36	21.23
GRANMA	2	3	122	91	19.12	14.25
SANTIAGO DE CUBA	2	1	104	61	12.30	7.23
GUANTANAMO	-	-	26	28	7.01	7.57
ISLA DE LA JUVENTUD	-	-	1	-	1.15	1.15**
CUBA	21	29	1974	874	22.09	9.77

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: 08/09/10.

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Alimentos	5	8	169	185	1.50	1.64
Ciguatera *	1	-	13	15	0.12	0.13
Hepatitis viral **	-	-	7	3	0.06	0.03
EDA	-	-	-	1	-	0.01
IRA	2	4	7	167	0.06	1.48
Agua	3	-	17	8	0.15	0.07
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: 11/09/10.

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	3	-	0.03	0.03**
SHIGELLOSIS	2	16	310	284	3.51	3.21
D. AMEBIANA AGUDA	-	2	38	22	0.45	0.26
TUBERCULOSIS	13	7	474	492	5.86	6.07
LEPRA	4	4	184	157	2.35	2.00
TOSFERINA	-	-	-	-	-	-**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	10660	13666	648242	569958	7298.32	6412.03
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	6	4	0.07	0.05
MENINGOCOCCEMIA	-	-	1	2	0.01	0.02
TÉTANOS	-	-	1	1	0.03	0.03
MENINGITIS VIRAL	26	30	2248	1015	24.00	10.83
MENINGITIS BACTERIANA	4	9	208	167	2.71	2.18
VARICELA	103	106	31095	29594	294.82	280.37
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	-**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	-**
HEPATITIS VIRAL	21	29	1974	869	22.09	9.72
PAROTIDITIS	-	-	6	-	0.08	0.08**
PALUDISMO IMPORTADO	-	1	4	5	0.06	0.08
LEPTOSPIROSIS	2	3	111	56	1.50	0.76
SÍFILIS	28	32	1089	949	12.80	11.15
BLÉNORRAGIA	96	79	2938	2958	37.21	37.44
INFECC. RESP. AGUDAS	143948	111722	3815186	3958451	55546.03	57587.69

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 INFORMACIÓN:

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