



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO 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

Meningitis meningocócica, brote epidémico - Brasil (Bahia).....	385
Malaria, tendencias regionales: OMS - América latina.....	386
Por qué no se destruyen las reservas del virus de viruela?.....	386
Tosferina, brote extenso - Argentina (mar de plata).....	388
Influenza A H1N1, pandémica, mortalidad aumentada, poblaciones a riesgo – España.....	388
Retrovirus distintos al VIH-1, aumento de prevalencia – España.....	389
Poliomielitis.....	390
Cólera, brote rural extenso - R. Dominicana (Bonaó).....	390
Tablas:.....	391

MENINGITIS MENINGOCÓCCICA, BROTE EPIDÉMICO - BRASIL (BAHIA)

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

La Secretaría de Salud brasileña informó que 109 personas fallecieron este año a causa de meningitis en el estado de Bahía, en el noreste del país. Según un reporte reseñado por diversos medios informativos, la mayoría de las muertes fueron a raíz de meningitis meningocócica, con una mortalidad entre un 8 y 10 % de los casos. Las autoridades de salud destacaron que en total mil 670 personas enfermaron este año en Bahía de meningitis bacteriana, la más grave, o viral.

La última víctima fue un hombre de 35 años, que falleció en Feira de Santana, a 100 kilómetros de la capital del estado de Salvador de Bahía. Tras su muerte le practicaron exámenes de laboratorio que confirmaron una meningitis bacteriana. Por otra parte en el complejo turístico de Costa do Sauípe, también ubicado en Bahía, decenas de estadias fueron anuladas a raíz de la enfermedad, indicaron funcionarios de los hoteles a la prensa brasileña.

MALARIA, TENDENCIAS REGIONALES: OMS - AMÉRICA LATINA

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

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló hoy que en la región de las Américas se reportaron 673.000 casos confirmados de malaria en 16 países en 2010, aunque se estima que la transmisión ocurrió en 21 países y que el 30 % de la población del continente estuvo expuesta en diferentes grados.

El informe anual sobre el paludismo de la Organización Mundial de la salud (OMS) presentado hoy en Ginebra es alentador por cuanto señala que el número total de casos en el continente cayó al 43 % en 2009 con respecto al año 2000, con una mayoría de casos reportados en Brasil y Colombia.

Sin embargo, el primer país acumula sólo entre el 50 y el 60 % del total de casos de infectados en las Américas. Si se toma una muestra de quince países, la reducción de casos es aún más significativa y alcanza el 50 % entre 2001 y 2010.

Según la OMS, los únicos países donde se ha observado un aumento de la malaria en ese periodo han sido República Dominicana, Haití y Venezuela, aunque en el caso de este último país lo asocia a un aumento de las pruebas de diagnóstico. Por lo tanto, aclara el informe, el aumento en Venezuela "puede

reflejar un mayor esfuerzo en términos de diagnóstico más que un incremento de la incidencia de la malaria".

En el caso de Haití se detectó un incremento de casos de malaria luego del terremoto de enero de 2010, pero la OMS reconoce que en vista de las limitaciones del sistema de vigilancia sanitaria en ese país es difícil determinar si esto es señal de un alza real de la incidencia de la enfermedad, o es -en cambio- consecuencia de que la ayuda internacional que llegó por el desastre natural mejoró la detección de casos.

En el caso de República Dominicana, los datos sí sugieren "una mayor incidencia de malaria en 2005 y 2010 con respecto a otros años".

De los 21 países donde la institución sanitaria considera que hay transmisión del parásito de la malaria, 17 se encuentran en un nivel de "control" y cuatro (Argentina, El Salvador, México y Paraguay) están en la etapa previa a la eliminación de la enfermedad en sus territorios. La evaluación también aclara que en 2010 no recibió reportes de la situación en Haití, Perú y Venezuela.

POR QUÉ NO SE DESTRUYEN LAS RESERVAS DEL VIRUS DE VIRUELA ?

Diciembre 6/2011 (Diario Salud). Una de las grandes victorias de la ciencia ha sido la erradicación de la viruela, una enfermedad considerada como una de las más devastadoras en la historia de la humanidad. Esta infección llegó a matar hasta 30% de las personas contagiadas, pero después de una campaña global de vacunación la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la viruela erradicada en 1980.

Sin embargo, dos laboratorios uno en Estados Unidos y otro en Rusia todavía mantienen reservas del virus variola, que causa la infección.

Desde hace décadas muchos se preguntan: ¿es necesario mantener estas reservas? ¿Por qué se debe mantener en el mundo a este virus tan letal?

Ambos países han dado la misma respuesta: es necesario llevar a cabo más investigaciones con este patógeno para desarrollar mejores vacunas y para protegernos de un posible ataque bioterrorista. La destrucción de estas reservas sería el capítulo final de la erradicación de esta infección.

De lo contrario, siempre existirá el riesgo de que el virus se escape accidentalmente.

Ambos laboratorios, el de los Centros de Control de Enfermedades (CDC) en Atlanta, Estados Unidos, y el Vector Lab, en Siberia, Rusia, alegan que existen muestras del virus fuera de sus laboratorios.

Y por lo tanto, es necesario seguir protegiéndonos, justifican.

Hasta ahora los científicos ya han logrado trazar los genomas completos de unas 50 cepas del virus variola, y se ha demostrado que el patógeno puede ser creado con estas secuencias.

Por lo que muchos se cuestionan si realmente es necesario mantener el virus.

El profesor Geoffrey Smith, del Imperial College de Londres, ha estado siguiendo las investigaciones del virus. Tal como explicó a la BBC, los estudios se han centrado en tres áreas: pruebas para diagnosticar la infección rápidamente y de forma precisa, fármacos antivirales para tratarla y vacunas más seguras para prevenirlas.

El investigador dirigió un informe comisionado por la OMS sobre el estado de las investigaciones, publicado a fines de 2010. Y concluyó que se habían logrado “avances extraordinarios” en las pruebas para viruela.

Pero no se dijo lo mismo sobre los fármacos y las vacunas.

Aunque se han desarrollado nuevos candidatos, hasta ahora no han podido ser probados clínicamente porque no hay pacientes con viruela con quienes se pueda ensayar. Sin pruebas que muestren que una medicina funciona es imposible establecer una conclusión en una investigación.

“Podemos decir que el comité tiene opiniones variadas sobre si los objetivos de la investigación se lograron o casi se lograron”, señala el profesor Smith.

Para, la Secretaria de Salud de Estados Unidos, Kathleen Sebelius, sería prematuro destruir ahora las reservas del virus.

En una carta abierta al New York Times, la funcionaria explicó la posición de su gobierno argumentando “su compromiso para eventualmente destruir las reservas, pero todavía no”.

“Tenemos más trabajo que hacer para lograr que estas vacunas seguras y efectivas y estos tratamientos antivirales estén totalmente desarrollados y aprobados”, expresó.

“Destruir el virus ahora sólo significaría un acto simbólico que retrasaría nuestro progreso e incluso podría frenarlo completamente, dejando al mundo vulnerable”.

Sin embargo, el doctor D.A. Henderson, el encargado del programa de erradicación de viruela de la OMS de 1966 a 1977, no está de acuerdo con estas afirmaciones.

Según le explicó a la BBC, piensa que “es muy buena idea destruir el virus. En este momento las razones para mantenerlo son muy oscuras. Varios grupos han analizado la situación y básicamente señalan que no hay necesidad de conservarlo”.

“Hemos llevado a cabo toda la investigación productiva que podíamos hacer”, agrega el funcionario.

“Varias personas alrededor del mundo lo han discutido ampliamente. Llegó el momento de destruir el virus como un disuasivo más para que nunca nadie más lo produzca o lo utilice”.

No obstante, el profesor John Oxford, virólogo de la Universidad Queen Mary de Londres, aunque cree que la amenaza del ataque bioterrorista es “una sarta de disparates”, está a favor de mantener las reservas de virus.

El investigador señala que la decisión es “complicada”, pero agrega que no piensa que “haya un argumento firme para destruir las reservas, sólo el instinto de hacerlo, lo cual no es apropiado”.

“Están pidiendo erradicar todas las especies y no sabemos lo que pueda pasar en el futuro”, advierte.

La decisión de destruir el virus o mantenerlo es uno de los puntos de discusión en la asamblea anual de la OMS que se está celebrando en Ginebra.

Pero cualquiera que sea la resolución, ésta no será legalmente vinculante y ni Rusia ni Estados Unidos se verán forzados a destruir sus virus incluso si la mayoría de las naciones miembros de la OMS lo deseen.

TOSFERINA, BROTE EXTENSO - ARGENTINA (MAR DE PLATA)

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

De acuerdo con el informe efectuado por la Región Sanitaria VIII durante el período comprendido entre los meses de enero y octubre de este año se registraron 111 casos de tosferina, coqueluche o tos convulsa, de los cuales el 90% pertenecen a Mar del Plata. Sobre esa cantidad de casos, 12 niños fallecieron como causa de la mencionada enfermedad. Según el informe, en su mayoría eran menores de 2 meses de edad, con padres jóvenes de entre 16 y 21 años con vacunación incompleta. Para el médico pediatra Jorge Villegas resulta que "es evidente que estamos frente a un brote de tos convulsa, conocerla nos ayudará y nos dará los elementos para actuar en consecuencia".

Para el especialista las causas del brote se deben a varios motivos, entre ellos enumera: "el incumplimiento de la vacunación obligatoria (el 95% es la cobertura mínima de vacunación recomendada por la OMS), la sospecha de variantes de la cepa de *Bordetella pertussis*, no incluidas en las vacunas y el subdiagnostico de adolescentes y adultos que permitiría la circulación de la enfermedad" y agrega que "se sabe que la inmunidad dada por las vacunas declina a partir de los 5 años de aplicada (a partir de 2010 se introdujo a los 11 años con carácter obligatorio la vacuna Triple Bacteriana Acelular, que actúa contra Tétanos, Difteria y Tos Convulsa".

INFLUENZA A H1N1, PANDÉMICA, MORTALIDAD AUMENTADA, POBLACIONES EN RIESGO - ESPAÑA

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

El virus de la gripe A/H1N1 ha condicionado un incremento en la mortalidad en las poblaciones de riesgo más vulnerable tras la pandemia de 2009 de casi el 10 %, según han demostrado en un estudio, investigadores de la Sociedad Española de Medicina Intensiva (SEMICYUC), el CIBER de enfermedades respiratorias (CIBERES), dependiente del Instituto de Salud Carlos III/Ministerio de Ciencia e Innovación, y el Centro Español de Investigación en Infecciones (REIPI). La investigación, que ha sido publicada 'Critical Care', ha analizado los datos de la pandemia de H1N1 que tuvo lugar durante el periodo de 2009 comparándolos con los homónimos de 2010 y 2011, en los pacientes atendidos en las 148 unidades de cuidados intensivos que han intervenido en el estudio. El estudio, coordinado por el doctor Ignacio Martín Loeches, atribuye este incremento de mortalidad del H1N1 tras la pandemia "a que

los pacientes atendidos en las Unidades de Cuidados Intensivo (UCI) eran pacientes de mayor edad y con más enfermedades concomitantes que hacían incrementar sus índices de riesgo". Estos pacientes recibieron un tratamiento antiviral con menor frecuencia durante su periodo de infección y, en algunos casos, con retrasos tras el diagnóstico de la enfermedad.

Así, se observaron 748 ingresados en las UCI durante el periodo de la pandemia en 2009 y a 349 ingresados tras el periodo de la pandemia en 2010/2011.

"Estos indicadores nos han permitido aprender que no se debe bajar la guardia ante el H1N1 y explican que la baja concienciación sobre el mismo ha hecho más vulnerable a las poblaciones de riesgo y eso explica la peor evolución en el período posterior a la pandemia", señala Martín Loeches.

RETROVIRUS DISTINTOS AL VIH-1, AUMENTO DE PREVALENCIA - ESPAÑA

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

Los casos de personas infectadas en España por retrovirus distintos al VIH-1, el agente principal del SIDA, han aumentado ligeramente en el último año, según datos dados a conocer en la reunión anual del grupo español para el estudio de las infecciones por retrovirus humanos celebrada en Madrid.

Según los datos de este grupo existen a día de hoy 1.198 personas infectadas por retrovirus distintos al VIH-1, 54 casos más que en 2010. Además del VIH-1, existen los retrovirus VIH-2, vinculado también al SIDA, y HTLV-1 y HTLV-2, relacionados con un tipo de leucemia. El citado grupo de estudio, al que pertenecen una red de 40 hospitales y centros de investigación del Sistema Nacional de Salud, se encarga, desde su inicio en 1989, del registro nacional de casos de infección por estos retrovirus.

En este tiempo se han comunicado un total de 257 casos de infección por VIH-2 en España, de los cuales 170 son varones y 187 proceden del África subsahariana (44 casos son españoles).

A diferencia del VIH-1, la mayoría de las personas infectadas por VIH-2 se han infectado tras mantener relaciones heterosexuales.

Además, según ha explicado hoy a EFE, el doctor Vicente Soriano del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Carlos III, estos pacientes permanecen mucho más tiempo sin desarrollar SIDA.

Debido a que el tratamiento del VIH se ha diseñado frente al VIH-1, el VIH-2 cuenta con menos opciones terapéuticas, si bien también se están dando avances en este terreno en los últimos años.

El HTLV, o virus de la leucemia humana de células T, se caracteriza por infectar este tipo de células, que son las encargadas de combatir enfermedades y sustancias dañinas.

Durante 2011 se comunicaron 24 nuevos casos de infección por HTLV-1, por lo que hasta ahora se han registrado un total de 199.

Muchos de los nuevos casos se diagnosticaron como parte del programa de detección a mujeres embarazadas inmigrantes para evitar el contagio a los recién nacidos o en centros de transfusiones, según Soriano.

Los casos de infección por HTLV-2 diagnosticados en 2011 ascienden a 16, con lo que suman un total de 742.

La incidencia de estos retrovirus en España es similar a la de otros países europeos, según Soriano.

POLIOMIELITIS

China

El número de casos de polio registrados en la región autónoma Xinjiang, en el noroeste de China, llegó a 20 desde que se confirmó un brote en agosto del 2011, dijeron el día 14 de diciembre funcionarios de salud locales.

El Centro Chino de Control y Prevención de Enfermedades ha estado analizando muestras de pacientes de la región a quienes se les diagnosticó Parálisis Flácida Aguda (AFP, por sus siglas en inglés), un indicador común de la polio, para verificar si tienen la enfermedad. El 5 de diciembre, a través de las pruebas se descubrieron dos nuevos casos de polio, dijeron las autoridades. Una de las muestras fue tomada a un paciente de 53 años de edad de la prefectura de Aksu, quien murió el 23 de octubre, lo que elevó la cantidad de muertes confirmadas por polio a 2 debido al brote de Xinjiang. Los funcionarios de salud locales dijeron que los 3 primeros casos de polio de este año se originaron en el extranjero. Xinjiang tiene frontera con tres de los cuatro países endémicos de polio del mundo: Afganistán, la India, Nigeria y Pakistán.

Las autoridades de salud dijeron que también cuatro regiones de Xinjiang --las prefecturas de Hotan, Kashgar, Bayingolin y Aksu-- fueron clasificadas como zonas de epidemia.

Sintetizado de: Xinhua. 2011, diciembre 15.

Disponibile en: <http://spanish.peopledaily.com.cn/31614/7677277.html>

Pakistán

Un total de 173 casos de polio han sido reportados en Pakistán en el 2011, la cifra más alta en 5 años. En el 2010 se reportaron 144 casos.

La provincial más afectada es Balochistan con 68 casos.

Las autoridades de salud han declarado que las operaciones militares en las áreas con insurgencia, la inseguridad y la propaganda negativa en Áreas Tribales, Khyber Pakhtunkhwa y Balochistan han afectado las campañas de vacunación.

Traducido y sintetizado de: Xinhua. 2011, diciembre 16. Disponible en: http://news.xinhuanet.com/english/world/2011-12/16/c_131311442.htm

CÓLERA, BROTE RURAL EXTENSO - R. DOMINICANA (BONAO)

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

Al menos 200 personas han sido afectadas por el cólera en varias comunidades rurales de la provincia de Bonaó, pero hasta ahora sólo 11 de ellas han sido internadas en el Hospital Pedro Emilio de Marchena, denunciaron activistas comunitarios. La epidemia se ha extendido en los parajes. La Seiba, Caño Piedra, La Copla, Canal Grabde y otros, donde la enfermedad ha impactado significativamente a numerosos moradores. Oficiales del Ministerio de Salud Pública han supervisado esas áreas en los últimos días, en busca de afectados y potenciales contagiados. El alcalde Remberto Cruz dijo que la mayoría de los afectados residen en comunidades

aledañas al río Blanco, presentando los síntomas del cólera y dice creer que la causa podría estar en las aguas contaminadas de ese caudal.

El martes de esta semana fue sepultada la primera víctima de la epidemia en la Provincia Monseñor Noel.

El funcionario municipal no ofreció más detalles acerca de la situación, pero activistas sostienen que de no poner en marcha medidas eficaces de prevención y detección, el cólera podría hacer grandes estragos en la población campesina residente en las márgenes del citado río.

Enfermedades de Declaración Obligatoria: Leptospirosis
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 10/12/11.

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011 *
PINAR DEL RIO	-	5	26	45	4.54	7.89
ARTEMISA	-	-	4	1	0.80	0.20
MAYABEQUE	-	-	1	5	1.04	5.19
LA HABANA	1	2	13	7	0.80	0.43
MATANZAS	-	-	1	1	0.15	0.14
VILLA CLARA	-	2	20	15	2.74	2.06
CIENFUEGOS	1	-	9	6	2.47	1.64
S. SPIRITUS	-	-	-	3	-	-**
CIEGO DE AVILA	-	1	-	1	-	-**
CAMAGUEY	-	-	6	12	0.77	1.54
LAS TUNAS	-	1	24	11	4.86	2.22
HOLGUIN	3	1	19	49	1.83	4.71
GRANMA	-	-	-	18	-	-**
SANTIAGO DE CUBA	1	1	2	9	0.19	0.86
GUANTANAMO	-	-	5	7	1.17	1.65
ISLA DE LA JUVENTUD	-	-	1	1	1.16	1.16
CUBA	6	13	131	191	1.29	1.88

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: 07/12/11.

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Alimentos	11	2	294	373	2.62	3.32
Ciguatera *	-	-	32	48	0.28	0.43
Hepatitis viral **	-	-	3	3	0.03	0.03
EDA	-	-	1	5	0.01	0.04
IRA	-	1	279	60	2.48	0.53
Agua	-	-	8	30	0.07	0.27
Varicela	-	-	111	85	0.99	0.76

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: 10/12/11**

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	-	1	-	-**
SHIGELLOSIS	13	7	466	672	4.36	6.29
D. AMEBIANA AGUDA	-	2	33	156	0.30	1.43
TUBERCULOSIS	15	13	695	698	6.69	6.72
LEPRA	5	8	214	236	2.09	2.31
TOSFERINA	-	-	-	-	-	-**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	9906	10208	731521	624541	6717.41	5736.94
M. MENINGOCÓCCICA.	1	1	11	9	0.10	0.08
MENINGOCOCCEMIA	-	-	5	2	0.05	0.02
TÉTANOS	-	-	1	1	0.01	0.01
MENINGITIS VIRAL	19	43	1507	2230	13.89	20.57
MENINGITIS BACTERIANA	10	6	242	365	2.38	3.59
VARICELA	232	205	31458	30904	288.22	283.24
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	-**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	-**
HEPATITIS VIRAL	23	18	1195	854	11.21	8.02
PAROTIDITIS	-	-	1	-	0.01	0.01**
PALUDISMO IMPORTADO	-	-	4	7	0.04	0.08
LEPTOSPIROSIS	6	13	131	189	1.29	1.86
SÍFILIS	30	37	1362	1532	13.01	14.64
BLENORRAGIA	61	127	4043	4896	37.50	45.43
INFECC. RESP. AGUDAS	110658	117815	5672473	5689611	53312.53	53491.37

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.	JEFES DE INFORMACION:
EDITOR: DrC. Denis Verdascuera Corcho.	
PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO: Téc. Irene Toledo Rodríguez	Dra. Belkys Galindo Santana (Epidemiología) Dra. Ángela Gala González (Epidemiología)

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

Internet://www.ipk.sld.cu