



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 : cijpk@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

Síndrome coqueluchoide, aumento de casos - Venezuela (bol).....	105
Hantavirus, expansión en distribución geográfica: Actualización – Chile.....	106
El parásito del paludismo aumenta su resistencia al antídoto más común.....	107
Malaria, altamente resistente, diseminación - Sur este Asiático.....	108
Mapas:.....	109
Tablas:.....	111

SÍNDROME COQUELUCHOIDE, AUMENTO DE CASOS - VENEZUELA (BOL)

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

Según el boletín epidemiológico del Ministerio del Poder Popular Para la Salud (MPPS), el estado Bolívar encabeza la lista de enfermos con síndrome coqueluchoide, alcanzando 118 casos (30,5%) de los más de 350 que existen a nivel nacional. De esos 118 enfermos, 57 se produjeron en Caroní, y fueron diagnosticados en el Hospital Pediátrico Menca de Leoni, donde se registra el 48 por ciento de los casos en el estado. La epidemióloga Ruth D'Tragalia indica que el síndrome de Coqueluchoide se encuentra entre las 10 primeras causas de ingreso de los niños al pediátrico, seguidas por diarrea, neumonía y por supuesto, dengue.

Importante vacunar

El síndrome es más severo en niños menores de tres meses, en el pediátrico de Guaiparo se ha diagnosticado hasta a bebés de un mes.

Una de las causas principales de la patología respiratoria es la falta de vacunación.

D'Tragalia afirma que en los últimos meses se ha presentado un déficit de vacunas en centros asistenciales, situación que ha contribuido al incremento de casos por Coqueluchoide. Una vez que el paciente ingresa con los síntomas de Coqueluchoide, empieza a recibir tratamiento con antibióticos especiales para este tipo de patología respiratoria.

El diagnóstico se hace a través de la toma de muestras, lo envían al Distrito Sanitario, luego a Ciudad Bolívar y, finalmente, a Caracas, donde las procesan hasta certificar que se trata del síndrome.

“Eso podría tardar hasta dos semanas, muchas veces cuando llega los resultados ya le hemos dado de alta a los pacientes con el síndrome, porque ya manejamos los casos y aplicamos el tratamiento.

Hacinamiento en centros asistenciales

La especialista indica que otra causa de la enfermedad es el hacinamiento en centros hospitalarios. En el caso del pediátrico Menca de Leoni, la demanda de pacientes supera la capacidad de espacio que hay. Al centro asistencial ingresan pacientes de otros

municipios del estado Bolívar así como de Delta Amacuro, Anzoátegui, Monagas. Ocurre que existe déficit de camas para tantos pacientes, entonces se acumulan en pequeños espacios, donde un enfermo tose y el otro niño en el mismo lugar recibe y se enferma.

A esto se le suma la falta de atención primaria y secundaria en ambulatorios. “Hay enfermedades que se pueden atender en los ambulatorios, pero como no trabajan 24 horas, deben ir al hospital y se produce el hacinamiento”, señala.

Relata que han improvisado una habitación sólo para enfermos del síndrome Coqueluchoide, pero en ocasiones deben permanecer con el resto de los niños y contagian a otros.

HANTAVIRUS, EXPANSIÓN EN DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA: ACTUALIZACIÓN - CHILE

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

Hace una semana, el Instituto de Salud Pública (ISP) confirmó tres nuevos casos de personas contagiadas con hantavirus, lo que elevó los contagios a 37 durante 2012. Desde que se corroboró el primer caso de una persona contagiada con hanta a mediados de los 90, el virus ha estado bajo el ojo atento de las autoridades de salud del país. Pero no sólo eso. Un grupo de investigadores de la Universidad Católica y de la Universidad del Desarrollo ha estado trabajando desde hace 12 años en un estudio sobre el virus, sus portadores y su contagio, apoyados por el Ministerio de Salud y financiados por el National Institute of Health, de Estados Unidos. Esta indagación, que ya va en su tercera etapa (cada una dura cinco años), descubrió que hay presencia de hanta en roedores hasta la Región de Coquimbo.

Los datos se extrajeron tras el análisis exhaustivo de las áreas de distribución del roedor colilargo (que porta el hanta), de los lugares en donde se han presentado ratones con el virus y de la situación epidemiológica, es decir, de la enfermedad y su contagio al interior del país.

La investigación liderada por Francisca Valdivieso, que comenzó en 2000, también descubrió que hay otro roedor que porta el virus: el oliváceo.

Del 100% de estos individuos, sólo el 2% puede llevar el hanta, mientras que en el colilargo la proporción es de un 6%.

A lo largo del país

Uno de los puntos relevantes que también trata la investigación es sobre la ubicación del ratón portador (reservorio) del virus. Si bien el primer caso de hanta registrado en Chile - según datos del Ministerio de Salud - se presentó en Cochamó, X Región, el animal que lo lleva consigo hoy llega mucho más al norte.

Hoy se sabe que el roedor está desde el Parque Nacional Llanos de Challe, en la Región de Atacama, hasta la Patagonia argentina y chilena, en lugares como Isla Riesco o Tierra del Fuego. Pero también se han encontrado ratones con el virus desde la Región de Magallanes hasta el Parque Nacional Fray Jorge, en la Región de Coquimbo.

Asimismo, se conoce que en la Región Metropolitana se encuentran "en la zona precordillerana. Ahí es factible que muchos de esos colilargos tengan el virus. Por ejemplo, en el Cajón del Maipo o en el río Clarillo, porque es una especie que no vive en la ciudad. El problema es que nosotros nos hemos ido acercando al hábitat del ratón", asevera el doctor Eduardo Palma, biólogo evolutivo del Departamento de Ecología de la Universidad Católica.

Incendios y hanta

En la primera semana de marzo, la Subsecretaría de Salud Pública informó que en 2012 ya había un aumento de 61% en los

contagios de hanta, en comparación con el 2011, en el mismo período. Una de las hipótesis del aumento tiene relación con el movimiento de las poblaciones de roedores, producto de las sequías y de los incendios en el sur. Eduardo Palma asegura: "Este verano ha sido increíble respecto del año pasado. En el Biobío hubo muchos incendios, que de una u otra manera están alterando el paisaje y el ambiente, por lo tanto, las poblaciones tenderán a desplazarse y a refugiarse en otros lados, con lo que entran en contacto indirecto con el ser humano (...). Además, este verano ha sido particularmente seco y caluroso, y nada comparable con el verano anterior".

EL PARÁSITO DEL PALUDISMO AUMENTA SU RESISTENCIA AL ANTÍDOTO MÁS COMÚN

Abril 9/2012 (EFE). El parásito del paludismo está aumentando progresivamente su resistencia al medicamento más común usado en todo el mundo para combatir sus efectos, basado en la planta china *Artemisia annua*, publica la revista médica *The Lancet* (doi:10.1016/S0140-6736(12)60484-X).

La revista recoge un estudio que demuestra que el parásito *Plasmodium*, que se transmite a través de mosquitos, ha incrementado su resistencia a los tratamientos de artemisinina en la frontera entre Tailandia y Birmania.

Esta zona está a más de 800 kilómetros de Camboya, donde también se ha detectado esa reducción de la efectividad del remedio, lo que indicaría que las cepas resistentes a este se están extendiendo.

Los investigadores del Shoklo malaria research unit, en Tailandia, midieron en esa zona fronteriza el tiempo que tardaban los fármacos con artemisinina en eliminar los parásitos de paludismo del flujo sanguíneo de 3000 enfermos.

En un periodo de nueve años, desde 2001 a 2010, constataron que esas medicinas eran cada vez menos efectivas, y el número de

pacientes que mostraba signos de resistencia aumentó en un 20 %.

Los expertos alertan de que si esa resistencia se extiende por el sureste asiático y se traslada también al África subsahariana, donde ocurren la mayoría de los casos de paludismo, la situación sería grave, ya que se reducirían las posibilidades de curar la enfermedad, que podría proliferar.

El profesor Standwell Nkhoma del Texas Biomedical Research Institute, quien formó parte del estudio, declaró que si se perdiera la artemisinina, el tratamiento recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), "no hay otros fármacos en preparación para sustituirla".

"Podríamos retroceder 15 años, cuando los casos de paludismo eran muy difíciles de tratar debido a la falta de medicinas efectivas", afirmó.

Según el último informe mundial sobre el paludismo, unas 655 000 personas murieron en 2010 de la enfermedad -más de una por minuto-, la mayoría niños y mujeres embarazadas.

MALARIA, ALTAMENTE RESISTENTE, DISEMINACIÓN - SUR ESTE ASIÁTICO

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

Una cepa de malaria cada vez más resistente a la mayoría de los medicamentos efectivos usados para tratarla se expandió en la frontera entre Tailandia y Myanmar, según reveló un estudio de 10 años de duración publicado en la revista médica The Lancet.

Esta forma difícil de tratar de malaria podría llegar a India y África a menos que se encuentre una manera de contenerla, agregó un equipo de investigadores.

Los resultados del estudio, publicado el viernes último, indican que a los pacientes en clínicas para tratar la malaria les llevó más tiempo mejorar cuando se les dieron combinaciones terapéuticas con artemisinina, un medicamento reconocido como el mejor fármaco contra la malaria, según uno de los autores.

"Las cepas de malaria resistentes a la artemisinina son encontradas definitivamente en la frontera occidental de Tailandia y oriental de Myanmar", dijo el profesor Nicholas White, de la Unidad de Investigación de Medicina Tropical de la Universidad de Mahidol, en Bangkok, Tailandia, y el Centro para la Medicina Tropical de la University of Oxford.

"La consecuencia es que allí se expanden o surgen nuevas (cepas)", dijo White a Reuters. Se considera que la expansión de la malaria resistente a la medicación es producto del uso incorrecto de la artemisinina y de versiones falsas y de mala calidad del medicamento. Es necesaria una acción más fuerte por parte de los gobiernos y las agencias internacionales para detener todo esto, dijo White.

"Necesitamos apoyo considerable para Myanmar, liderazgo, mejor inteligencia sobre dónde se está expandiendo (la malaria resistente a los fármacos). Es como combatir en una guerra", añadió.

"Precisamos respaldo financiero serio para contener esto en esta región, de otra manera

va a expandirse a India y a África, donde más personas pueden verse afectadas", señaló White.

El experto y sus colegas no saben si esta cepa de malaria que ahora se está diseminando por Myanmar está relacionada con una que surgió en Camboya hace ocho años, por lo que analizarán sus genes para ver si están vinculadas.

"Podremos obtener una respuesta más clara a eso dentro del próximo año, observando el genoma completo (...) para establecer si tienen el mismo origen o no", especificó White.

El equipo de White estudió a 3.202 pacientes entre el 2001 y el 2010 que se infectaron con Plasmodium falciparum, una especie causante de malaria que puede provocar enfermedad grave.

Los expertos hallaron que al tratamiento estándar que contiene artemisinina le llevaba mucho más tiempo eliminar los parásitos del cuerpo de los pacientes.

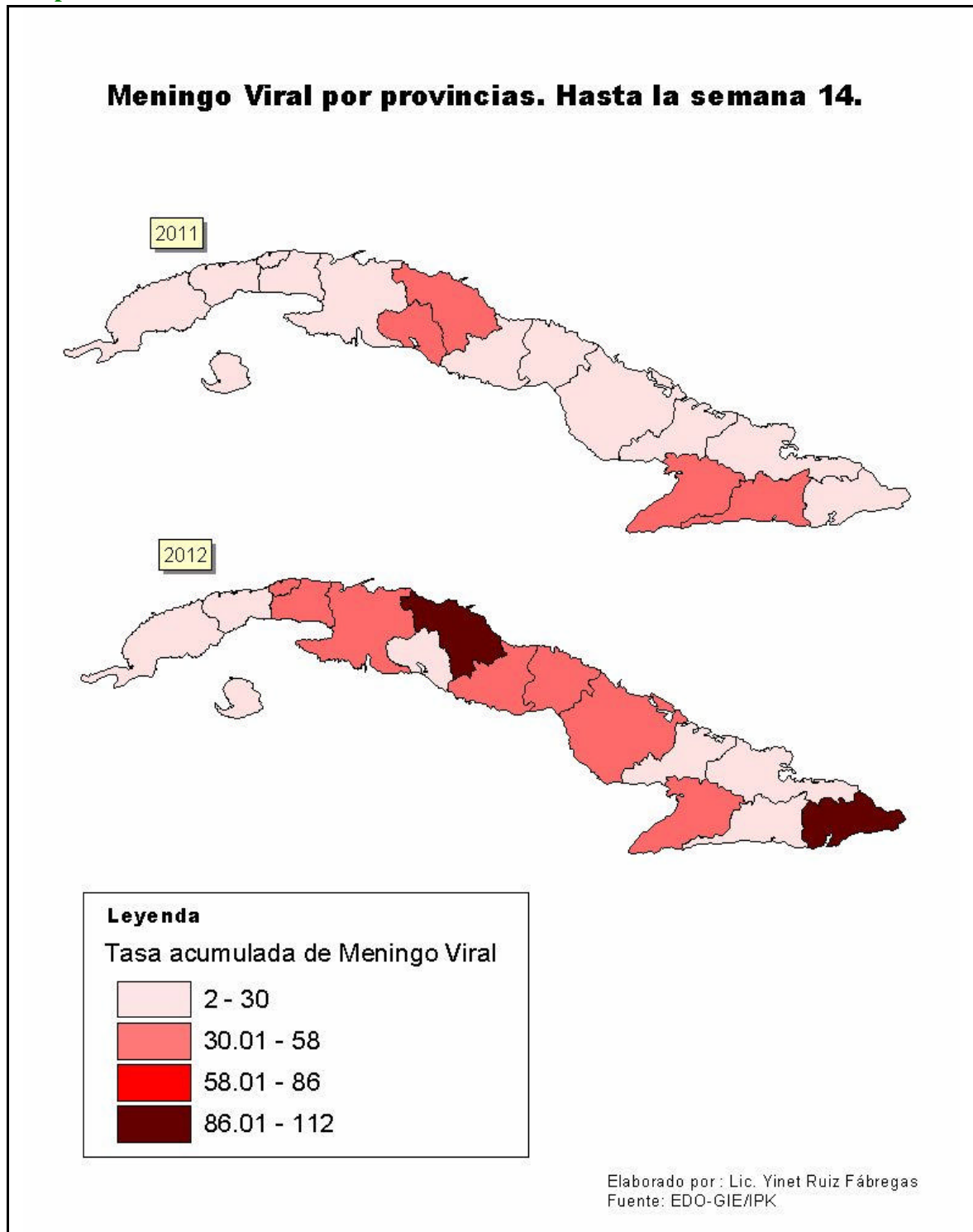
"Ninguno de los pacientes murió, pero los medicamentos no trabajaron tan bien como lo hacían antes", dijo White.

"Si se tiene malaria grave, el mejor tratamiento es el artesunato (derivado de la artemisinina), el tratamiento de elección en todo el mundo. Comparado con la quinina, reduce un tercio la posibilidad de muerte. Podríamos perder esa ventaja", agregó el autor.

La malaria es causada por el parásito Plasmodium que se transmite a través de la picadura de mosquitos infectados. Los síntomas incluyen fiebre, dolor de cabeza y vómitos. Si no es tratada, puede provocar la muerte por falta de suministro de sangre a órganos vitales.

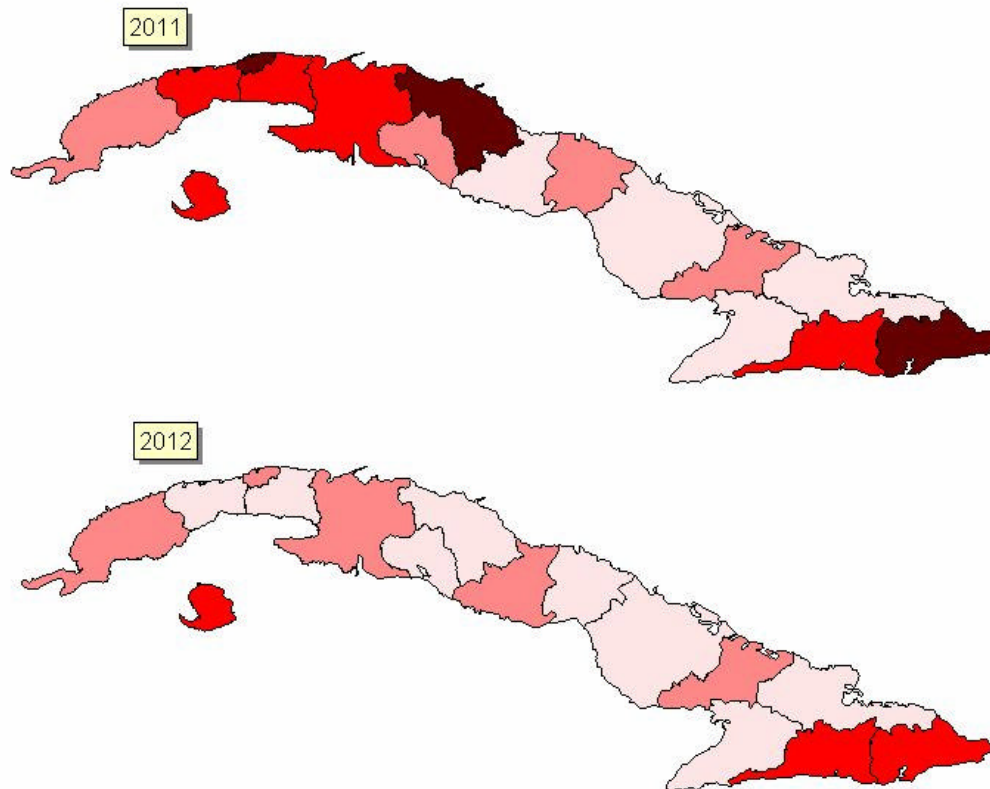
La malaria causó la muerte de 655.000 personas en el 2010, o 1.794 personas por día, en su mayoría niños africanos.

Mapas:



Mapas:

Meningo Bacteriana por provincias. Hasta la semana 14.



Leyenda

Tasa acumulada de Meningo Bacteriana

0.6 - 1.95
1.96 - 3.31
3.32 - 4.67
4.68 - 6.03

Elaborado por: Lic. Yinet Ruiz Fábregas
Fuente: EDO-GIE/PAK

**Enfermedades de Declaración Obligatoria: Meningitis viral.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 07/04/12.**

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012 *
PINAR DEL RIO	-	-	8	19	11.15	26.46
ARTEMISA	1	-	7	11	7.70	12.14
MAYABEQUE	-	-	2	19	5.19	49.82
LA HABANA	1	7	27	59	14.55	31.59
MATANZAS	3	1	35	43	28.09	34.57
VILLA CLARA	1	1	18	46	42.54	108.47
CIENFUEGOS	1	-	17	10	49.89	29.31
S. SPIRITUS	1	-	12	30	17.61	43.99
CIEGO DE AVILA	2	-	14	25	24.72	44.17
CAMAGUEY	-	3	14	41	14.77	43.11
LAS TUNAS	-	3	7	15	4.84	10.35
HOLGUIN	1	-	4	5	2.50	3.13
GRANMA	5	1	69	86	40.74	50.77
SANTIAGO DE CUBA	9	2	74	60	32.13	25.97
GUANTANAMO	2	3	21	75	27.81	99.16
ISLA DE LA JUVENTUD	-	-	-	3	10.48	10.48**
CUBA	27	21	329	547	20.96	34.79

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: 04/04/12.

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Alimentos	7	7	96	105	0.85	0.93
Ciguatera *	1	-	9	3	0.08	0.03
Hepatitis viral **	-	-	1	5	0.01	0.04
EDA	1	-	3	2	0.03	0.02
IRA	1	1	20	20	0.18	0.18
Agua	-	-	7	-	0.06	-
Varicela	3	2	65	41	0.58	0.36

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: 07/04/12**

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	-	2	0.01	0.01**
SHIGELLOSIS	20	4	166	117	6.18	4.35
D. AMEBIANA AGUDA	4	-	38	17	1.40	0.62
TUBERCULOSIS	11	20	193	169	6.59	5.76
LEPRA	4	5	62	64	2.19	2.26
TOSFERINA	-	-	-	-	-	-**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	10302	8677	149076	152045	5839.10	5945.90
M. MENINGOCÓCCICA.	1	-	4	5	0.12	0.16
MENINGOCOCCEMIA	-	1	2	1	0.02	0.01
TÉTANOS	-	-	-	-	0.01	0.01**
MENINGITIS VIRAL	27	21	329	547	20.96	34.79
MENINGITIS BACTERIANA	11	2	94	54	3.21	1.84
VARICELA	1619	543	16652	9282	281.85	156.86
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	-**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	-**
HEPATITIS VIRAL	22	18	239	213	8.28	7.37
PAROTIDITIS	-	-	-	-	-	-**
PALUDISMO IMPORTADO	-	-	2	1	0.07	0.04
LEPTOSPIROSIS	4	1	23	20	2.56	2.23
SÍFILIS	31	44	476	657	14.75	20.33
BLENORRAGIA	114	118	1412	1506	46.18	49.18
INFECC. RESP. AGUDAS	104872	97865	1662641	1721980	53637.52	55463.25

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 Verdasquera Corcho.	Dra. Belkys Galindo Santana (Epidemiología)
PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO: Téc. Irene Toledo Rodríguez	Dra. Angela Gala González (Epidemiología)

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

Internet://www.ipk.sld.cu