



Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas

Comisión de Epidemiología

Alerta Epidemiológica N° 197

23-7-2011



Alerta por aumento de casos de tos ferina

Nota Editorial

El retraso de un mes en la publicación del Boletín Epidemiológico Semanal del MPPS, el Último Boletín (N° 23) resumió datos hasta el 11 de junio de 2011, se sumó a una nueva dificultad por el cambio de formato del portal electrónico del MPPS, que limita el acceso a la información oficial y dificulta la reproducción de los documentos. Tardíamente, en esta

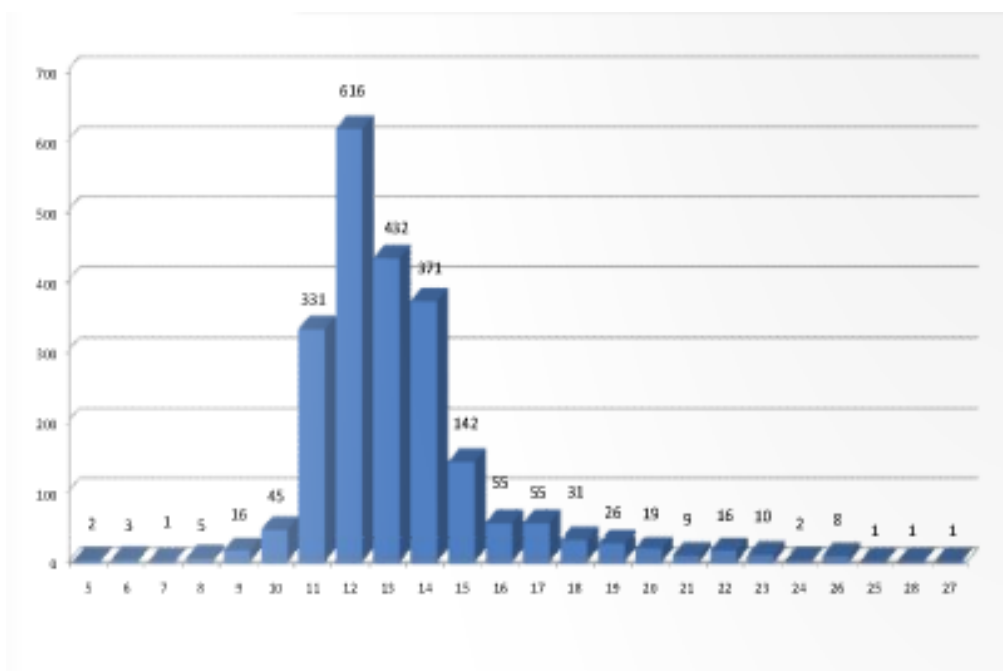
semana se divulgaron los Boletines Número 24, 25, 26 y 27. De los datos proporcionados por estos documentos haremos el análisis epidemiológico de esta semana.

I. Brote Epidémico de influenza A(H1N1) en Venezuela

El Boletín Epidemiológico Semanal del MPPS, N° 27 (semana del 3 de julio al 9 de julio) divulgado el 21 de julio, revela que el número de casos confirmados de Influenza A H1N1 acumulados hasta el día 9 de julio fue de 2.205 (50 más en cinco semanas). El registro del mayor número de casos confirmados fue en la semana epidemiológica 13, desde entonces se produjo un descenso sostenido con dos leves ascensos en las semanas 22 y 26; en la semana epidemiológica N° 27 se identificó un nuevo caso (Gráfico N° 1) lo que indica la circulación del virus a baja intensidad en la población debido a la reducción de susceptibles.

Nuevamente hay que advertir que no deben suspenderse las actividades de vigilancia epidemiológica viral, por cuanto están dadas las condiciones climáticas en la temporada de lluvias para favorecer el incremento de infecciones respiratorias agudas y debemos conocer el comportamiento de la virulencia del agente causal y la circulación de otros virus respiratorios.

Gráfico N° 1. Influenza A/H1N1. Casos Positivos por fecha de inicio de síntomas, según semanas epidemiológicas. Venezuela 2011.

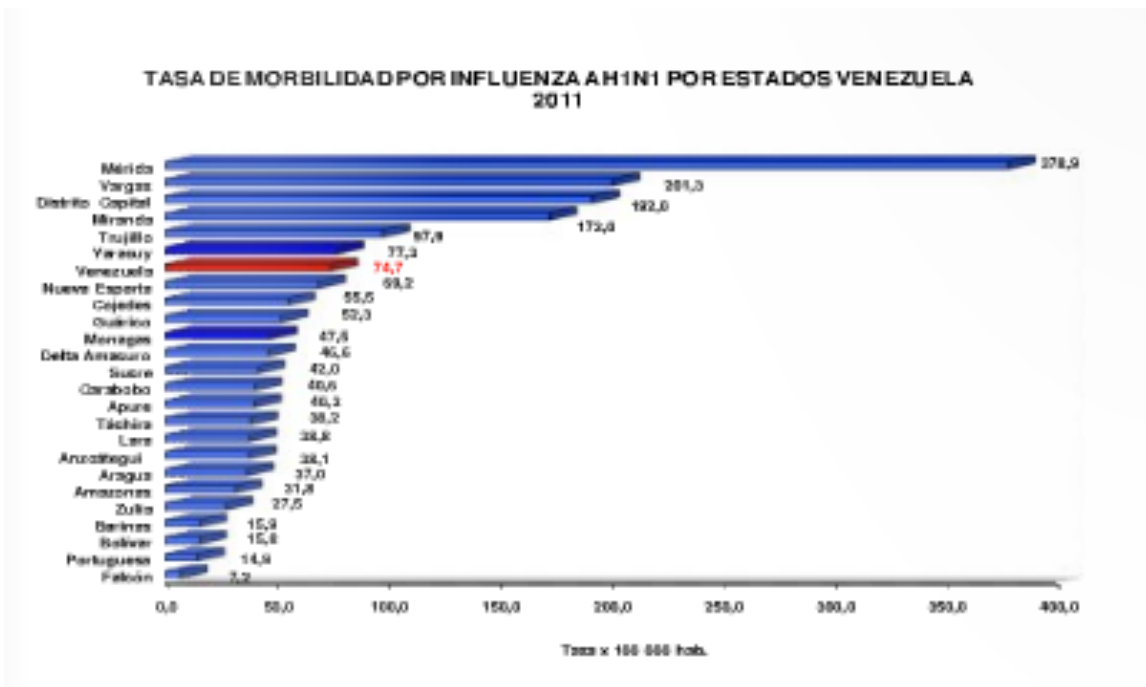


Fuente: Boletines Epidemiológicos Semanales, MPPS, N° 1 a N° 27. Cifras corregidas.

Las tasas de morbilidad de casos confirmados por entidades federales hasta el 4 de junio de 2011 fueron para Venezuela de 74,7 x 100.000 hab. Los siguientes estados superan la tasa nacional: Mérida (378,9), Vargas (201,3), Distrito Capital (192,0), Miranda (173,0) y Trujillo (97,9) y Yaracuy (77,3). (Gráfico N° 2)

Gráfico N° 2

Influenza A/H1N1 Tasa de Morbilidad por Estado (al 9 de julio de 2011). Según Semana Epidemiológica. Venezuela 2011.

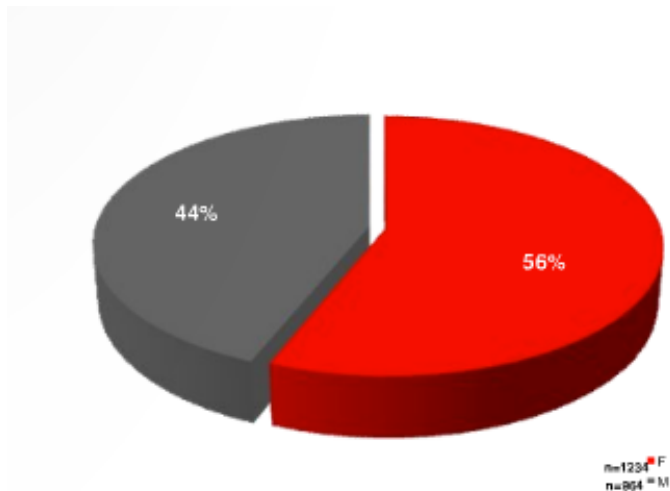


Nota: hasta el 9 de julio de 2011.

Fuente: Boletín Epidemiológico del MPPS. N° 27 de 2011.

En los casos confirmados, la distribución por género muestra predominio de la infección en hembras con 56% (n=1.234), y 44 % de infección en varones (n=971). (Gráfico N° 3)

Gráfico N· 3
Influenza A/H1N1. Morbilidad según sexo.
Venezuela , 2011.



Nota: hasta el 9 de julio de 2011.

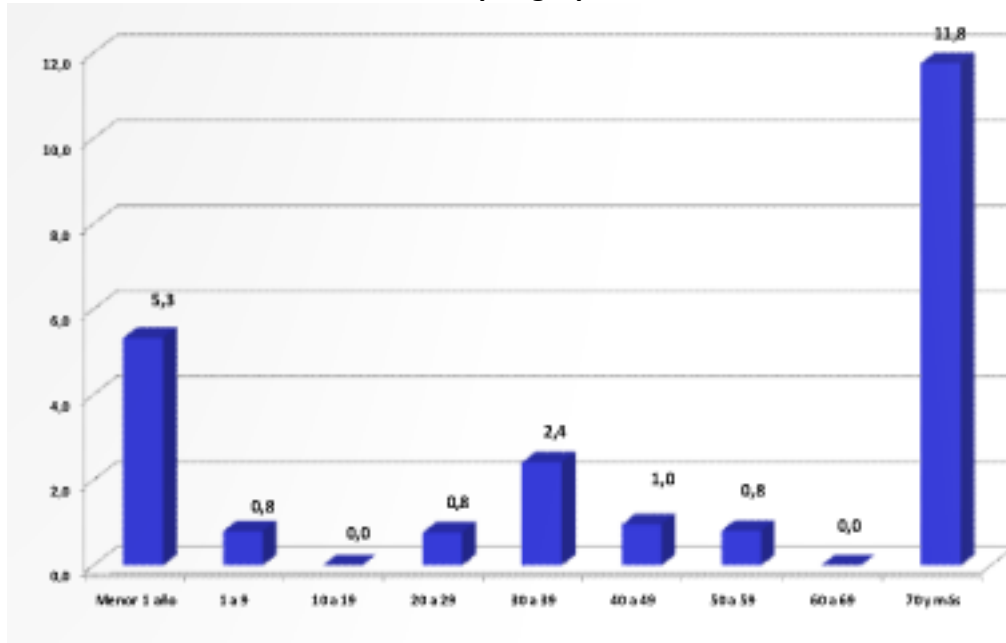
Fuente: Boletín Epidemiológico del MPPS. N· 27, 2011.

No se ha publicado información oficial actualizada del número de casos que han requerido hospitalización ni del número de personas fallecidas. El MPPS tampoco ha publicado las cifras de personas vacunadas, por grupo ni las metas alcanzadas hasta este momento.

No obstante, en el Boletín Epidemiológico N· 27 del MPPS se presenta como "cuadro" un **gráfico de tasas de letalidad por grupos de edad**, pero no se indica el número de personas fallecidas en cada grupo ni en el total. Este mismo gráfico, erróneamente fue presentado en el Boletín Epidemiológico N· 26 como correspondiente a **tasas de morbilidad** sin que se haya corregido con una fe de errata. De acuerdo al gráfico la mayor tasa de letalidad corresponde al grupo de mayores de 70 y más años, seguido por el grupo de menores de 1 año y el de 30 a 39 años.

Gráfico N° 4

Influenza A/H1N1 Tasa de letalidad por grupo de edad. Venezuela SE 1-27, 2011

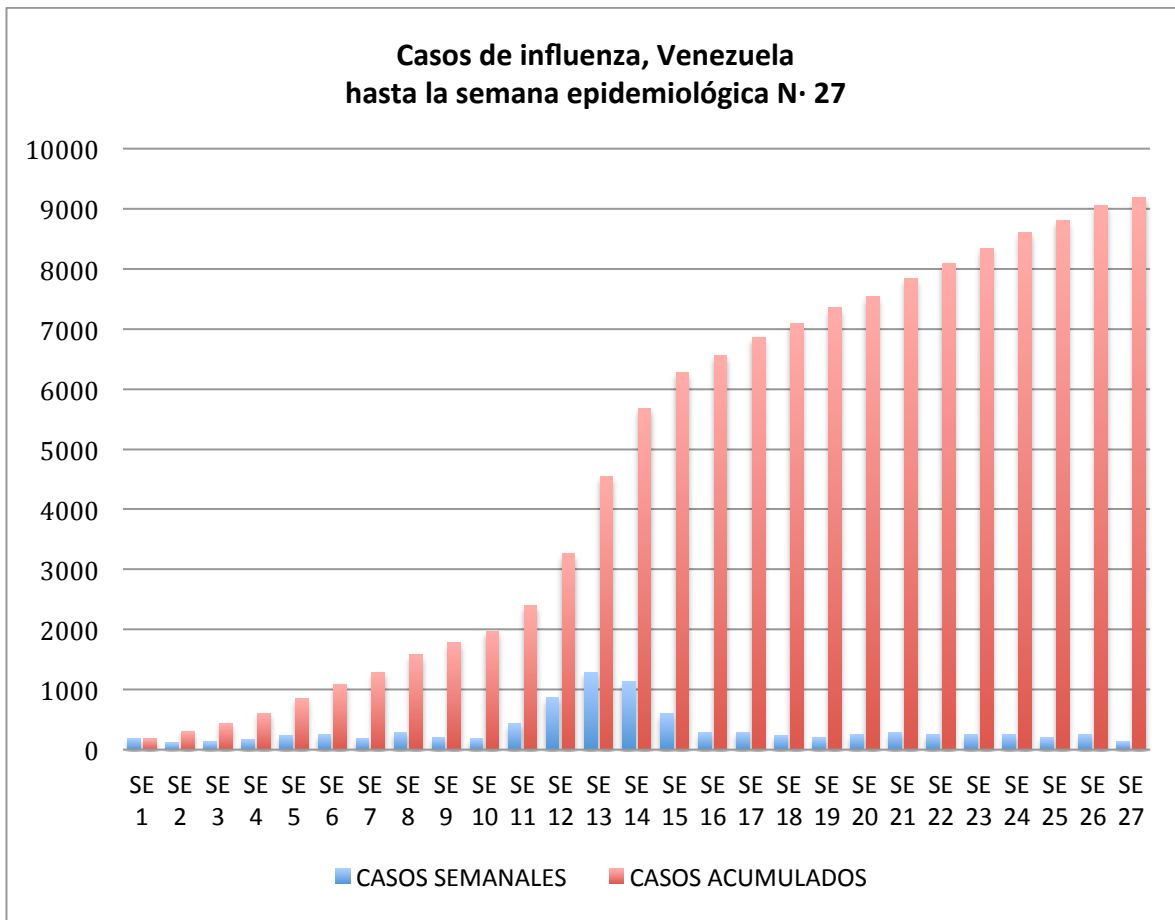


Fuente: Boletín Epidemiológico Semanal N° 27, 2011. MPPS.

En 2011 se han notificado **9.190 casos acumulados similares a influenza hasta la semana epidemiológica N° 27**, con una **Razón Endémica muy elevada de 44,18**. Hubo en esa semana un **incremento de 135 casos en comparación de 256 en la semana anterior, N°26**. (gráfico N° 5) de casos similares a influenza en Venezuela. Oficialmente el pico de la epidemia ocurrió en la semana N°13, sin embargo, más de la mitad de los casos acumulados similares a Influenza ocurridos en 2011 ocurrieron a partir de la semana epidemiológica N° 14 hasta la N° 27 (n: 4.638, es decir 50,46% de los casos), sin que haya dejado de ser dominante el virus de influenza A (H1N1), no obstante, solo aparecen confirmados en el mismo período 747 casos causados por este virus, el 33,87 % de los casos confirmados. Las explicaciones podrían encontrarse en las siguientes hipótesis: hay un sub registro muy importante de casos de influenza A/H1N1 a partir de la semana epidemiológica N° 14 o están circulando otros virus de influenza que no han sido notificados ni confirmados por el INHRR.

Las infecciones respiratorias agudas mostraron un descenso de 10,24 % en la semana N° 27 al comparar con la semana anterior, al notificarse 139.337 casos y en la anterior 155.234 casos .

Gráfico N° 5



Fuente: Boletines Epidemiológicos Semanales, MPPS, N° 1 a N° 27. Cifras Provisionales.

En la semana N° 27, de los casos similares a influenza (n: 137), 4 (2,91%) ocurrieron en mayores de 60 años y 133 en menores de 60 años (97,09%). Los grupos de edad más frecuentemente afectados fueron: 1 a 4 años: 39; menores de 1 año: 27 y 25 a 44: 21. Esta distribución de casos se corresponde a los de la influenza producida por el virus A (H1N1).

Desde el 1° de Enero al 9 de julio de 2011, el Sistema de Vigilancia Viroológica de Infecciones Respiratorias Agudas, ha estudiado 7.542 muestras, de las cuales 4,64% resultaron positivas a Influenza A/Estacional (n=350); 0,07% positivas a Influenza B/Estacional (n=5), 29,24 positivas a Influenza A/H1N1 (n=2.205) y 59,25% de muestras negativas (n=4.469).

De los virus de Influenza circulantes identificados (2.560), el 86,13 % son de influenza A (H1N1).

II. Otros datos del Boletín Epidemiológico Semanal del MPPS.

De 70 eventos bajo vigilancia epidemiológica , el MPPS se mantiene en Alerta solo por **dengue, malaria, meningitis meningocócica y tos ferina y "síndrome coqueluchoide"** . Sin embargo la razón endémica de las enfermedades de notificación obligatoria está elevada en 12 condiciones: **brotos de ETA., influenza, tosferina, meningitis meningocócica, malaria, hepatitis no especificadas, hepatitis tipo C, parálisis flácida, neumonías de 5 años y más, infección respiratoria aguda, efectos adversos de medicamentos y efectos adversos de vacunas, este último muy llamativo, así como el aumento de casos de tosferina.**

Dengue:

El acumulado del año es de 18.428 casos, de los cuales 4,6% son hemorrágicos (843 casos), con una razón Fiebre Dengue/Dengue Hemorrágico de 21:1.

En la semana 27, se diagnosticaron 405 casos probables, de los cuales 10 fueron hemorrágicos (2,46%),

La Tasa Promedio Nacional de Incidencia acumulada para esta semana es de 61.6 por 100.000 habitantes, la cual es superada por 11 estados. Los estados con mayor número de casos son: Zulia, Falcón Aragua, Miranda, Guárico, Bolívar y Sucre. La tendencia en las últimas 8 semanas es al ascenso lento.

Los grupos de edad más afectados son: menores de un año, tanto en casos de dengue clásico como de dengue hemorrágico: 123,8 x 100.000 habitantes y 13,2 x 100.000 habitantes respectivamente, seguidos por los de 10 a 11 años y los de 7 a 9 años.

Se mantiene la circulación de los cuatro (4) Serotipos (Dengue 1, Dengue 2, Dengue 3 y Dengue 4). A predominio del serotipo 2.

Malaria:

Durante la semana epidemiológica N° 27, 95,8%, de los 24 estados, realizaron la respectiva notificación semanal obligatoria de casos, con el registro de 7.520 muestras tomadas y el **diagnóstico de 1.026 casos en el país, 1.013 autóctonos (98,7%) y 13 casos (1,3%) importados del exterior (Haití n= 2, Colombia n=2 y Guyana n=9)**, reportados desde los estados Bolívar, Amazonas, Dtto. Capital y Guárico (61,54 % son infecciones a *P. vivax*, 23,68% *P. falciparum* y 15,38% Infecciones Mixtas (*P. vivax* + *P. falciparum*)). **Significativamente elevada la presión de semilla importada de Guyana.**

La fórmula parasitaria de la semana es 74,7% a *Plasmodium vivax*, 21,7% a *Plasmodium falciparum*, 3,6% Infecciones Mixtas (*P. vivax* + *P. falciparum*) y 0% a *Plasmodium malariae*. El 76,7% de los casos se presentaron en el sexo masculino (n=777) y la población entre 10-39 años es la más afectada (70,38%). **Los estados Bolívar, Sucre y Delta**

Amacuro, reportaron 98,5% de la casuística nacional (n=940, n=21 y n=32 respectivamente). **Por quinta semana consecutiva el país está en Epidemia de malaria** a expensas de los estados Bolívar y Delta Amacuro y Sucre en esa condición el cual de una situación que mantenía en Éxito llegó a epidemia por el aumento de casos en el municipio Benítez.

Hasta la fecha existe un acumulativo de 22.968 casos, (más de cinco mil casos en 5 semanas) lo que representa un Descenso de 24,2% con respecto al período homólogo del año anterior (n=30.289) que fue año epidémico. La Incidencia Parasitaria Anual (IPA)* del país ascendió a 8,2 por cada 1.000 habitantes. El porcentaje de láminas tomadas durante el año con respecto a la población bajo vigilancia (IAES) es de 7,7%. El Índice de Láminas Positivas acumulativo (ILP) es de 12,89%.

La tendencia de casos de paludismo en las últimas 5 semanas es al ascenso rápido superando en el canal endémico las cifras esperables para esta época del año en los estados Bolívar, Delta Amacuro y Sucre.

Meningitis y enfermedad por meningococo

Aunque en la semana N° 27 no hubo notificación de casos de meningitis por meningococo el acumulado es de 36 hasta el 9 de julio. La razón endémica permanece elevada 3,00. El número de casos acumulados de enfermedad meningocócica es de 12. **Debe reforzarse la vigilancia de enfermedad por meningococo especialmente en los estados que tienen albergues temporales para damnificados, muchos de ellos conviviendo en condiciones inhóspitas e indignas.**

Leptospirosis

En la semana N° 27 se notificaron 4 casos de leptospirosis, en comparación con 15 casos en la semana N° 26, para un acumulado anual de 136. La razón endémica ascendió a 0,76. Al igual que para los casos de meningitis meningocócica no se dispone de datos de distribución regional que permitan ubicar focos epidémicos de estas enfermedades.

Tos ferina y síndrome "Coqueluchoide"

Llama la atención el incremento de casos en las semanas 27 (n:27) y semana 26 (n:20), con un acumulado nacional de 364 casos (4 veces más que en el período correspondiente de 2010) y Razón Endémica elevada de 2,87. La distribución de estos casos se ha concentrado especialmente en Bolívar (n: 116) Lara (n: 58) y Táchira (n: 14). Mientras que el resto de los estados reportan muy escasos casos. ¿Qué explicación puede tener este hallazgo?. ¿Son brotes epidémicos limitados a tres estados geográficamente distantes? ¿Se hace investigación activa de casos en solo tres estados? ¿Se están tomando muestras para identificar el agente infeccioso en todos los casos sospechosos?. Es conveniente alertar sobre este punto, aumentar la vigilancia epidemiológica y corregir las fallas de vacunación. Es conocida la baja cobertura de inmunización DPT en la última década, tan baja como 50 % en 2008 esto ha contribuido al acúmulo de susceptibles mayor de 1.400.000 personas, con un índice epidémico de 2,38. (Dirección Nacional de

Inmunizaciones, MPPS, junio 2008). Recomendamos la lectura del Alerta Epidemiológico N° 154, publicada el 17 de octubre de 2010, en la que damos información adicional sobre la reaparición de tos ferina en algunos países. www.rscmv.org.ve

Mortalidad Infantil

Durante la semana epidemiológica N° 27 se notificaron **(67) muertes en menores de 1 año**. Al distribuir las por grupos de edad, la mortalidad Neonatal (0 a 27 días) concentra **82,1%** del total de las muertes infantiles. Neumonía, Enfermedad de Membrana Hialina, Sepsis Neonatal y Prematuridad son las causas más frecuentes. La mortalidad Post Neonatal representó **17,9%**. Al comparar con la semana homóloga del año 2010 se observa un descenso de (61) muertes.

El acumulado anual hasta la **semana 20 del año 2011 ha disminuido 16,4%** en relación al 2010. Total anual 2011: **2.517 muertes infantiles**.

Mortalidad materna

Durante esta semana se notifican siete muertes maternas (7); estaban comprendidas en el rango de 17 a 35 años de edad, en promedio 24 años, siendo el grupo de 20-29 años el más afectado. Sitio de Ocurrencia: Hospitalarias (6) y Extrahospitalarias (1). Reportadas por los estados: Bolívar (2), Apure (1), Mérida (1), Monagas (1), Zulia (2). Causas de muertes: Toxémicas (3), Hemorragias (2) e Infecciosa (2). Al comparar con la semana homóloga del año anterior hay un aumento de (5) muertes.

Acumulado anual 2011: **165 muertes maternas**. hasta la **semana 22 del año 2011 ha disminuido 13,2%** en relación al 2010.

José Félix Oletta L
Ana C. Carvajal
Saúl O. Peña

III. Otras Noticias Epidemiológicas Internacionales

OPS

www.paho.org

Alerta epidemiológica: Neisseria gonorrhoeae multiresistente (15 de julio de 2011)  



Ante la identificación en ámbitos científicos de una cepa de gonorrea resistente a todos los microbianos disponibles para tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), la Organización Panamericana de la Salud recomienda informar a los trabajadores de salud, instituciones y organizaciones no gubernamentales que trabajan en la prevención y control de las ITS sobre el riesgo de la resistencia de esta cepa y en particular fortalecer la vigilancia en cada país ante la aparición de cepas con un perfil inusual. También recomienda promover el empleo de los métodos para prevenir las ITS.



[Alerta epidemiológica: Neisseria gonorrhoeae multirresistente \(15 de julio de 2011\)](#)

OMS

www.who.org

La OMS previene contra el uso de las pruebas sanguíneas inexactas para diagnosticar la tuberculosis activa

Comunicado de prensa

20 de julio de 2011 | Ginebra - El uso de las pruebas sanguíneas (serológicas) que se obtienen en el comercio para diagnosticar la tuberculosis activa arroja a menudo un diagnóstico erróneo, un tratamiento incorrecto y posibles daños a la salud pública, afirma la Organización Mundial de la Salud (OMS) en una recomendación de política dada a conocer hoy. La OMS insta a los países a prohibir las pruebas sanguíneas inexactas y sin licencia y preferir en su lugar las pruebas microbiológicas o moleculares que la propia organización recomienda.

Factores que pueden ocasionar que la tuberculosis se diagnostique mal

Es muy difícil determinar que la enfermedad tuberculosa está activa valiéndose de los anticuerpos o antígenos presentes en la sangre. Los pacientes pueden presentar diferentes respuestas de anticuerpos que indican que padecen tuberculosis activa cuando no es así. También, pueden producirse anticuerpos contra otros microorganismos que apuntan, erróneamente, a una tuberculosis activa. Por si fuera poco, distintos microorganismos comparten los mismos antígenos, otro motivo por el cual los resultados de estas pruebas no son fidedignos. Estos factores pueden ocasionar que la tuberculosis no se identifique o que se diagnostique mal.

Práctica incorrecta

«En beneficio de los pacientes y los prestadores de asistencia médica en el sector de salud público y en el privado, la OMS está pidiendo que se dejen de usar estas pruebas

serológicas para diagnosticar la tuberculosis», dijo el doctor Mario Raviglione, Director del Departamento Alto a la Tuberculosis. «Utilizar una prueba sanguínea para diagnosticar la enfermedad tuberculosa activa representa una práctica incorrecta. Los resultados de estas pruebas son incongruentes, imprecisos y ponen en peligro la vida de los pacientes.»

La recomendación de política dada a conocer hoy rige para las pruebas sanguíneas que pretenden identificar la tuberculosis activa. Actualmente, la OMS está examinando las pruebas sanguíneas para la infección tuberculosa inactiva (también llamada tuberculosis latente).

Nueva recomendación

La nueva recomendación surge tras un análisis riguroso de los datos científicos efectuado por la Organización y expertos mundiales a lo largo de 12 meses. Se evaluaron 94 estudios: 67 de tuberculosis pulmonar y 27 de las formas extrapulmonares. Se confirmó sin lugar a dudas que las pruebas sanguíneas producían una proporción inaceptablemente elevada de resultados erróneos —es decir, positivos o negativos falsos— por comparación con las pruebas respaldadas por la OMS.

Diagnostica errónea

El análisis mencionado reveló que las pruebas comerciales tienen «poca sensibilidad», lo que se traduce en que a un número elevado de pacientes se les dice que «todo está bien» cuando no es así; es decir, reciben un diagnóstico negativo que es falso, pues en realidad padecen tuberculosis activa. Como resultado, estas personas pueden transmitir la infección a otros o incluso morir porque no son tratadas de la tuberculosis. Las pruebas tienen además «poca especificidad», lo que se traduce en un número inaceptablemente elevado de pacientes a quienes se les diagnostica erróneamente la tuberculosis; es decir, reciben un diagnóstico positivo falso porque en realidad no padecen tuberculosis activa. Como consecuencia, se somete a estos pacientes a un tratamiento innecesario y, al mismo tiempo, no se diagnostica la causa verdadera de su enfermedad, lo que a la postre puede acarrear una muerte prematura.

Pruebas inexactas: gran costo para los pacientes

Cada año se practican más de un millón de estas pruebas sanguíneas inexactas para diagnosticar la tuberculosis activa, a menudo con un gran costo para los pacientes, quienes a veces pagan hasta US\$ 30 por prueba. En el mercado se expenden por lo menos 18 pruebas de este tipo. Muchas son fabricadas en Europa y los Estados Unidos, a pesar de que no han sido autorizadas por ningún organismo de reglamentación.

Las pruebas de mala calidad arrojan resultados poco fiables

«Las pruebas sanguíneas para la tuberculosis a menudo están dirigidas a los países con mecanismos de reglamentación débiles, donde incentivos de comercialización cuestionables pueden pasar por alto el bienestar de los pacientes», dijo la doctora Karin Weyer, coordinadora de la Unidad de Medios de Diagnóstico y Fortalecimiento de Laboratorios del Departamento Alto a la Tuberculosis de la OMS. «Es un negocio multimillonario orientado a la venta de pruebas de mala calidad que arrojan resultados poco fiables.»

Es esta la primera vez que la OMS emite una recomendación normativa explícitamente «negativa» en contra de una práctica muy difundida en el ámbito de la asistencia de la tuberculosis. La Organización pone así de relieve su determinación de transformar los datos científicos sólidos en orientaciones normativas claras destinadas a los gobiernos.

Cada año mueren de tuberculosis 1,7 millones de personas, y esta enfermedad es la principal causa de mortalidad de las personas infectadas con el VIH. El mejoramiento del diagnóstico temprano y exacto de la tuberculosis para salvar más vidas es una acción prioritaria para la OMS y la comunidad tisiológica internacional. En la actualidad, se efectúan investigaciones con miras a obtener pruebas mejores y más rápidas que puedan efectuarse fácilmente y sean eficaces y exactas.

Para obtener más información:

Glenn Thomas
Asesor Principal de Comunicaciones
Departamento Alto a la Tuberculosis
OMS, Ginebra
Teléfono: +41 79 509 0677
Correo: thomasg@who.int