Centro de Documentación e Información en Epidemiología

EPIDEMIOLOGIA

BOLETIN VOL. 4 No. 24 16-31 DIC. 1984

Subsecretaría de Servicios de Salud
Dirección General de Epidemiología

CONTENIDO	PAG.
LA FIEBRE AMARILLA EN EL MUNDO EN 1983	359-375
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, E.U.M, SEMANAS 33 Y 34	372-373
CASOS DE POLIOMIELITIS Y RABIA HUMANA HASTA LA SEMANA 52	374
BROTE DE PAROTIDITIS SAN FCO. XOCHITEOPAN, PUEBLA	375-380
REPORTES EPIDEMIOLOGICOS.	381-383
BROTE DE BRUCELOSIS, EJIDO LUCHANA, COAHUILA	383-385

LA FIEBRE AMARILLA EN EL MUNDO EN 1983

El número de casos y defunciones por fiebre amarilla notificados en 1983 fué considerablemente mayor que en 1982 - por una epidemia grave que apareció en Burkina Faso (anteriormente Alto Volta) y Ghana. Durante el mismo período el número de casos disminuyó en América del Sur, donde no hubieron epidemias (cuadro 1).

AFRICA.

El número total de casos fué de 728, cuatrocientos ochenta y siete de los cuales fueron mortales, resultando solamente de la epidemia en Burkina Faso y Ghana (Mapa 1). -- Durante la epidemia en Burkina Faso se desarrollaron en el campo métodos de diagnóstico de laboratorio nuevos y rápidos. La vigilancia ecológica de la fiebre amarilla en Senegal condujo al descubrimiento de un brote epizoótico -- nuevo en el mismo lugar en el que ya había aparecido otro en 1977 - 1978.

CUADRO No. 1

Fiebre amarilla en Africa y fiebre Amarilla selvática en América del Sur: Número de casos y defunciones notificados 1982 - 1983.

CONTINENTES Y PAISES	1982		1983	
	CASOS	DEFUNCIONES	CASOS	DEFUNCIONES
AFRICA				
Burkina Faso	-	-	356	286
Ghana	6	4	372	201
Costa de Marfil	25	25	-	-
T o t a l	31	29	728	487
AMERICA DEL SUR				
Bolivia	95	35	11	9
Brasil	24	24	6	6
Colombia	2	2	1	1
Ecuador	-	-	5	1
Perú	19	19	27	26
T o t a l	140	80	50	43
GRAN TOTAL	171	109	778	530

FUENTE: Weekly Epidemiological Record, Vol. 59,Num.43, Pág.329,1984.

BURKINA FASO.

El país ya había experimentado una epidemia de fiebre amarilla en 1969, durante la cual se notificaron 87 casos y 44 defunciones. En 1983, apareció una epidemia nueva en el curso de la cual se notificaron 356 casos, 286 de ellos mortales, dando una tasa promedio de letalidad de 80.3%. Los casos de ictericia febril se notificaron durante la primera semana de octubre de 1983 de la región de Fada-N'Gourma, Departamento del Este, situado en el norte de la zona de Bawku en Ghana, donde hubo una epidemia de fiebre amarilla. Los primeros casos aparecieron, de hecho, a mediados de septiembre y estuvieron esparcidos sobre una gran zona que mide 250 Km. por 150 Km. El brote rápidamente creció a pro-

MAPA No. 1

AREAS INFECTADAS DURANTE 1983 POR EPIDEMIA DE FIEBRE AMARILLA EN BURKINA FASO Y GHANA

porciones epidémicas. La población afectada consistió fundamentalmente en niños pertenecientes a las tribus seminómadas Peul que viven en campamentos situados en el límite de las galerías selváticas donde hay agua para su ganado.

Una segunda epidemia se propagó de la frontera ghananea hacia el noreste y quince días después se extendió hacia la región de Tenkodogo, Departamento del Centro Este, y la Manga y región Po, Departamento del Centro, en la dirección de Ouagadougou, la capital del país.

La epidemia culminó entre el 10 y el 15 de octubre y los úl

timos casos se notificaron a mediados de noviembre en la región Fada-N'Gourma, el 3 de diciembre en la región Tenkodogo y el 20 de diciembre en la región Manga.

Poco tiempo después del fin de la epidemia se diagnosticó un caso mortal, lejos del foco, siguiendo el aislamiento del virus de una muchacha de 12 años que nunca había dejado su hogar en Koumbia, en la región Bobo-Dioulasso, Departamento de Hauts Bassins. Este caso aislado, fue descubierto porque los servicios de salud periféricos estuvieron en alerta, y revela la aparición esporádica de la fiebre amarilla en una región donde el virus ya se había aislado de mosquitos selváticos en las galerías boscosas en años anteriores.

Cuarenta y tres cepas de virus de fiebre amarilla se aislaron de muestras de sangre y 12 de muestras de hígado por el Centro de Colaboración de la OMS para Referencia e Investigación de Arbovirus del Instituto Pasteur de Dakar (Senegal), y 38 cepas de muestras de sangre por el Instituto Pasteur de Costa de Marfil.

Se aislaron, treinta y una cepas de virus de la fiebre amarilla en mosquitos capturados durante la epidemia: 25 de Aedes (Diceromya) furcifer (923 mosquitos en 32 lotes), 5 de Aedes (Stegomyia) luteocephalus y 1 de Aedes (Stegomyia) metallicus (el primer aislamiento del virus en esta especie en la naturaleza). Así fue evidente que Aedes furcifer había sido el vector principal. Este se encontró en grandes cantidades en las áreas selváticas, plantaciones y casas cercanas. En las casas Aedes furcifer se capturó solamente en cebo humano y nunca en reposo. La población del vector en la selva disminuyó muy rápidamente al comienzo de la estación seca, entre el 15 y el 30 de octubre. No se encontró ningún criadero apto para larvas de Aedes aegypti en los campamentos de Peul y el índice de Breteau para Aedes aegypti en los centros de población fue siempre menor de 5, lo cual excluye cualquier participación de ese vector. Además, la rareza de los criaderos de larvas en Ouagadougou protegió a la capital de cualquier invasión del virus, aunque estaba bastante cerca del segundo foco.

Se ejecutó una encuesta epidemiológica, con la ayuda del

Centro Muraz de la Organización para la Coordinación y Cooperación en el Control de las Grandes Epidemias (OCCGE) para determinar el impacto real de la epidemia. La población de Peul, en los campamentos infectados, se estimó entre 25000 y 30000 personas. El estudio de 866 muestras de suero, tomadas en el pico de la epidemia, demostró que 35.5% de los individuos fueron portadores de IgM específica de la fiebre amarilla. El número de personas infectadas puede por lo tanto estimarse que era entre 6 300 y 7 600, pero la tasa de casos aparentes clínicamente, se desconoce. La mortalidad estimada por los investigadores entre la población de los campamentos de Peul fué entre 3% y 5%, así que el número de defunciones habrían sido de 800 a 1 700. Cerca del 80% de los casos apareció en niños menores de 14 años de edad. La tasa de portadores de IgM fué de 49% en el grupo de 0 a 10 años, 39% en el grupo de 11 a 14 años de edad y 25% en el grupo de edad de 15 años y más. Esta población nómada, muy probablemente no había sido cubierta por las campañas de vacunación efectuadas en 1969 o antes. La incidencia baja en los grupos de edad mayores de 15 años podría explicarse por el efecto protector de los anticuerpos heterólogos en una región donde se encuentran frecuentemente varios flavivirus, pero esta hipótesis falta comprobarse.

Se aplicaron 1.1 millones de dosis de vacuna en 1 mes, desde principios de octubre hasta el comienzo de noviembre, en el foco y en la capital por las brigadas nacionales equipadas con inyectores de presión. La ayuda de emergencia fue proporcionada por la Oficina Regional de la OMS con el apoyo de otras agencias de las Naciones Unidas y por varios donadores. Gracias a esta ayuda la cobertura de vacunación fue ampliada subsecuentemente a las regiones adyacentes.

GHANA.

Ha habido dos epidemias de fiebre amarilla anteriores en Ghana durante las dos décadas últimas. Durante la epidemia de 1969-1970 en la Región Superior Oeste, se registraron 319 casos y 79 defunciones. De 1977 a 1979 el virus se esparció sucesivamente de la Región Superior Occidental a la Región Oriental, la Región Volta y la parte occidental de la Región Brong-Ahafo (Mapa 2). Se notificó un total de 823 casos, 193 de éllos mortales.

CUADRO No. 2
CASOS DE PAROTIDITIS SEGUN GRUPO DE EDAD Y SEXO
SAN FRANCISCO XOCHITEOPAN, MPIO. ATZITZIHUACAN, PUE.
1983 - 1984

GRUPO DE EDAD	MASCULINO		FEMENINO			
	No. CASOS	TASA	No. CASOS	TASA	No. CASOS	TASA
0 - 4	7	9.7	10	10.4	17	10.1
5 - 9	52	54.2	37	39.4	89	46.8
10 - 14	38	51.4	30	43.5	68	47.6
15 - 24	3	3.0	5	5.2	8	8.2
25 - 44	4	3.9	,1	1.1	5	2.4
45 - 64	2	2.7	0	0.0	2	1.3
65 y +	1	5.0	0	0.0	1	3.3
TOTAL	107	25.7	83	23.1	190	19.3

FUENTE: Encuesta específica.
Tasa por 100 habitantes.

El 20 de agosto de 1983 se dió la alarma por la muerte de dos niños con ictericia que aparecieron en un pequeño establecimiento de salud de Tinga, cerca de Bole, Distrito de Gonja Occidental, en el extremo oeste de la Región Norte. La investigación reveló que 37 casos mortales idénticos habían aparecido en la misma aldea desde fines de julio. Además, durante algunas semanas había habido en la misma región un número anormal de casos de ictericia febril entre pacientes infantiles del hospital Damongo (Distrito Gonja Oriental) que presentaron síntomas hemorrágicos consistentes en vómito en "asientos de café". Varios murieron en estado de coma, siendo el diagnóstico hepatitis fulminante. Las pruebas anatomopatológicas efectuadas en muestras de hígado post mortem indicaron fiebre amarilla.

FE DE ERRATAS:

En la página 364 aparece por error el cuadro No. 2 sobre el Brote de Parotiditis de San Francisco Xochiteopan,Puebla; siendo que dicho cuadro debe aparecer en la página 379, en donde se exhibe el cuadro No. 2 de Fiebre Amarilla en el Mundo en 1983, y éste - corresponde a la página 364.

El 16 de octubre de 1983 llegó una segunda alarma de la aldea de Nalerigu en el extremo noreste de la Región Norte, donde habían aparecido los primeros casos de ictericia, a fines de julio. Las zonas infectadas se extendieron a la Región Cawku en el extremo oriental de la Región Superior Oriental, junto a Burkina Faso.

Los pacientes fueron conducidos a hospitales en Tamale, Región Norte y Kintampo, Región Brong-Ahfo. En el Distrito Gonja Occidental la epidemia alcanzó su pcio en la semana que comenzó el 25 de septiembre, en la zona de Nalerigu hacia mediados de octubre y en el Distrito Bawku a fines de noviembre. El número total de casos notificados fue de 372, docientos uno de ellos mortales, con una tasa de letalidad oscilando entre el 28% al 100%, siendo el promedio de 52.6%.

La zona infectada alrededor de Bawku estaba junto a la zona de Dapango en el extremo noreste de Togo, donde se observaron varios casos mortales durante el mismo período, pero que no había sido posible investigar para propósitos de confirmación.

La encuesta entomológica reveló la presencia de Aedes aegypti con un índice de Breteau elevado en muchos lugares. No se efectuó el aislamiento del virus de mosquitos y el hombre, ni las pruebas serológicas durante la epidemia. Consecuentemente no se pudo establecer su extensión precisa ni su origen. Sin embargo, el primer foco esta situado en la sabana boscosa y hay una reserva natural protegida en la zona de Damongo. Es posible que los mosquitos vectores del ciclo selvático de la fiebre amarilla (mosquito-mono-mosquito y mono-mosquito-hombre) fueron punto inicial de la epidemia en la zona. Se notificó mortalidad anormal entre monos de la reserva natural. Además la epidemia 1977-1979 terminó en esta región. Debe observarse también que siguiendo a la epidemia de fiebre amarilla en M'Bahiakro, región de Costa de Marfil, en 1982 fueron descubiertos varios casos esporádicos de fiebre amarilla al norte y oriente de este foco hacia fines del años en una región situada opuesta a Bole en el otro lado de la frontera, en Ghana. El virus se propagó rápidamente de Damongo hacia el noroeste por el tráfico a lo largo de la carretera Damongo-Tamale y más lejos hacia Nalerigu (Mapas 1 Y 2). Esta región esta en una sabana subsudanesa, que ha sufrido notablemen-

te por la sequía pero tiene galerías boscosas que se extien den de sur a norte.

En el Distrito Gonja Oriental, el 81% de los casos fueron menores de 14 años y el 48% menores de 4 años. Similarmente, el grupo de edad de menores de 14 años fué el más afectado en el foco de Nalerigu. Estas dos zonas escaparon a las dos epidemias precedentes y no habían sido cubiertas -- por las campañas de vacunación anteriores. El predominio de niños muy pequeños indicaría transmisión por un vector doméstico como el Aedes aegypti. Sin embargo, no es claro ya que los adultos susceptibles fueron menos afectados, esto puede explicarse sólo si estuvieran protegidos por la inmunidad cruzada debida a otros flavivirus presentes en es-- tas regiones.

Se organizó un programa de control de mosquitos por rociamiento de malathión tan pronto como se hubo confirmado la fiebre amarilla. Doce brigadas nacionales efectuaron - --- 300 000 vacunaciones en pocas semanas. El apoyo logístico se coordinó por la Oficina Regional de la OMS, partipando - la UNICEF y otras agencias, para incrementar la cobertura - de inmunización de la población en el norte del país.

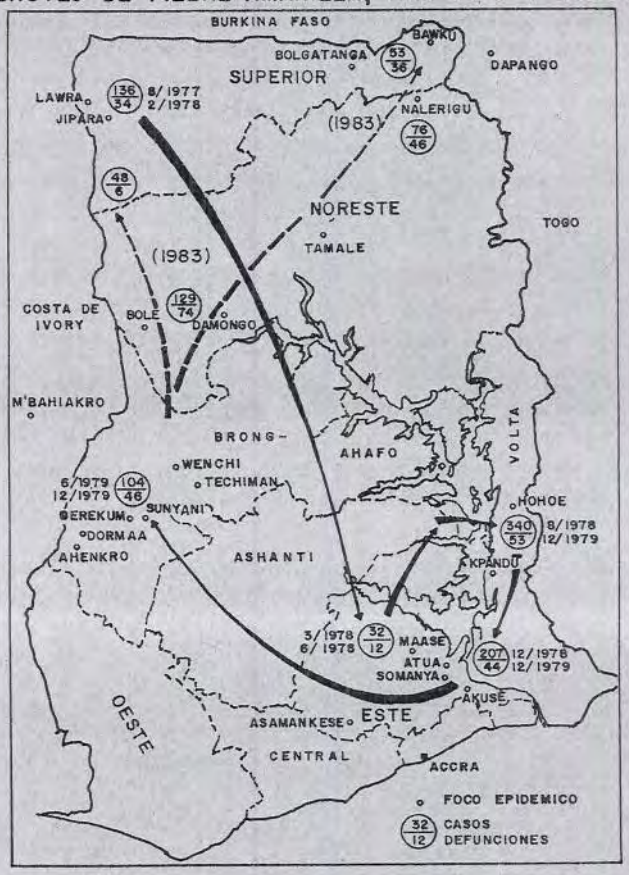
Diagnóstico Rápido de la Fiebre Amarilla.

La epidemia de Burkina Faso dió oportunidad para comparar,- diferentes métodos de aislamiento o descubrimiento de virus, al Centro de Colaboración de la OMS para Referencia e Investigación de Arbovirus del Instituto Pasteur (Dakar). Estos métodos comprendieron la inoculación intracerebral al ratón recién nacido, la inoculación a un cultivo de Aedes pseudosfutellaris línea celular (MOS61) y la inoculación intratorácica al mosquito Toxorhynchites brevipalpis. Un método - ELISA se utilizó para buscar el antígeno de la fiebre amarilla en las mismas muestras. Los resultados se presentan en el cuadro 2. El cultivo celular tiene la ventaja de su sensibilidad y una respuesta relativamente pronta de 3 a 6 días. La defecación de enzimas de los antígenos, muestra claramente una tasa de viremia alta (10^3/0.05 ml.), ha probado no -- ser adecuado para los mosquitos de habitat alto, pero da resultados en pocas horas.

Otra serie de muestras fue probada en el Instituto Pasteur

Mapa No. 2

BROTES DE FIEBRE AMARILLA, 1977-1979 Y 1983.



de Dakar en Costa de Marfil para el descubrimiento de la IgM de la fiebre amarilla y el antígeno, utilizando un método ELISA diferente del precedente. La IgM aparece en la mayoría de los casos a una semana del comienzo de la enfermedad y no persiste más allá de 90 días. La especificidad de la prueba puede comprobarse fácilmente y el diagnóstico se obtiene en 3 a 4 horas. Además, esta prueba ha hecho posible descubrir, en un número elevado de casos, la presencia de inmunocomplejos IgM-antígeno de la fiebre amarilla en muestras tomadas en el pico de la epidemia. No pudieron aislarse cepas virales por inoculación en el ratón recién nacido o por cultivo celular de ninguna de las 99 muestras con estos inmuno-- complejos. Después de la disociación del complejo con dithiothreitol, sin embargo, se obtuvieron 36 cepas de virus en cultivos celulares en Aedes albopictus CC/36.

Consecuentemente, ahora es posible confirmar el diagnóstico de fiebre amarilla en el campo en 3 horas, con el descubrimiento del antígeno y del IgM por el método ELISA, y aislar e identificar la cepa en 3 a 5 días por medio del cultivo celular. No obstante, la inoculación intracerebral del ratón recién nacido se recomienda todavía para el descubrimiento de otro virus. Así, durante la epidemia de Burkina Faso se aislaron dos cepas del virus de la fiebre del Valle Rift de Aedes cumminsii y Aedes furcifer, así como también una cepa del virus Tataguine, una cepa de un virus nuevo y una cepa del virus de la fiebre hemorrágica de Crimean-Congo. En el caso del último aislamiento debe ponerse atención en las precauciones necesarias para la manipulación de las muestras.

Vigilancia Ecológica de la Fiebre Amarilla en el Oeste de Africa.

Un brote epizoótico de fiebre amarilla se observó nuevamente en la región Kedougou del Senegal Oriental. Al fin de la estación lluviosa se aisló una cepa de virus de un mono (Cercopithecus aethiops) en octubre de 1983; así mismo se aislaron otras 25 cepas de lotes de mosquitos capturados en octubre y noviembre (Aedes furcifer - 22; Aedes luteocephalus, 1; Aedes taylori, 1; Aedes africanus, 1). Veintidos de estas cepas se aislaron tanto por inoculación al cultivo celular de Aedes pseudos cutellaris (MOS 61) como por inoculación intratóracica del mosquito Toxorhynchites brevipalpis, y 3 cepas sólo se aislaron en cultivos celulares.

Se observaron seroconversiones en niños de las aldeas adyacentes a las áreas selváticas estudiadas, pero no se informó de casos clínicos de fiebre amarilla. Estos resultados ilustran la circulación asintomática del virus de la fiebre amarilla cuando no hay brotes epizoóticos graves, tal como el investigado sobre el terreno en el mismo lugar de 1977 a 1979, y tiende a confirmar que es posible el mantenimiento del virus de la fiebre amarilla en una zona fitogeográfica en Gambia en 1978, pero ese país actualmente está protegido por una cobertura de vacunación satisfactoria.

AMERICA.

El número total de casos de fiebre amarilla selvática en

América durante 1983 fué de los menores en los años re--- cientes. En 1983 se notificaron solamente los casos en- demo-esporádicos comunes en Bolivia, Brasil, Colombia, -- Ecuador y Perú. Los dos únicos hechos sobresalientes du- rante el año fueron el término de la epidemia que apre-- ció en Santa Cruz, región de Bolivia, en 1981 y 1982, y - el fin del brote epidémico de Brasil, que había avanzado del Estado de Goias en 1980 (21 casos) hacia el sur al Es- tado de Mato Grosso en 1981 (10 casos) y al Estado de Ma- to Grossodo Sul en 1982 (12 casos). Esta es consecuente- mente de las propagaciones periódicas de la fiebre amari- lla que aparecen aproximadamente cada 10 años en Brasil. La disminución en el número de casos comparado con las -- epidemias anteriores es el resultado del número creciente de vacunaciones en estas regiones. Los brotes anteriores en Brasil tuvieron lugar en 1934, 1944, 1957, 1964 y 1973.

Se llevó a cabo un seminario de la Organización Panameri- cana de la Salud sobre el tratamiento y diagnóstico de la boratorio de la fiebre amarilla en Brasilia (Brasil) del 2 al 16 de abril de 1984. En esta ocasión se hizo una re visión general de la situación epidemiológica en los Esta dos donde la fiebre amarilla constituye un problema grave y permanente de sanidad pública.

En Bolivia, la fiebra amarilla es endémica en dos tercios del país, principalmente en el sur. Los primeros casos aparecieron en diciembre y enero y la incidencia alcanzó un máximo entre febrero y abril. Los hombres son afec- tados con mayor frecuencia (78%) que las mujeres (22%). En general los pacientes son adultos, pero en la epide-- mia del Rincón del Tigre el 14.5% de los casos fueron me nores de 4 años de edad y el 11.6% de 5 a 9 años de edad, con una distribución masculina/femenina de 1/1.3. Normal mente es el grupo de edad de 15 a 34 años el más afecta- do durante el trabajo agrícola en las regiones subtropi- cales. Las víctimas son en su mayor parte trabajadores migratorios procedentes de regiones donde la fiebre ama- rilla no es endémica, pero en el Rincón del Tigre fueron afectados residentes permanentes. La vigilancia epide- miológica se ha incrmentado en profundidad entre la po-- blación, por medio de educación sanitaria activa, mien-- tras que para la confirmación de casos se utiliza visce- rotomía. La población expuesta al riesgo de contraer fiebre amarilla se estimó que era de unos 2 millones, de quienes más de un millón han sido vacunados. Los emi--

grantes clandestinos representan un problema ya que no han sido vacunados. A pesar del descubrimiento de Aedes aegypti en la ciudad de Santa Cruz en 1980, ningún caso ha sido transmitido por ese vector.

En Brasil la zona endémica comprende estados de las regiones norte, central y occidental, así como la franja occidental del Estado Maranhão. El último caso de fiebre amarilla urbana apareció en Sena Madureira Estado de Acre, en 1942. Los casos de fiebre amarilla selvática aparecen en la estación lluviosa durante el último trimestre y los primeros meses del año siguiente. La enfermedad es muy rara entre los niños menores de 11 años de edad, y el 70% de las víctimas son hombres de 15 a 40 años de edad que están trabajando en la selva; solamente el 15% de los casos son mujeres. La viscerotomía continúa siendo el método básico para la vigilancia de la enfermedad, pero el número de muestras recolectadas anualmente ha disminuído considerablemente. Se aplicaron 81 millones de vacunación entre 1937 y 1983 y unos 3 millones se aplican anualmente. Consecuentemente, a pesar de la reaparición de Aedes aegypti en algunos lugares no ha habido transmisión urbana de fiebre amarilla.

En Colombia, el último caso de fiebre amarilla urbana se registró en 1929. Actualmente la enfermedad es endémica en las planicies orientales que forman parte de las cuencas de los ríos Amazonas y Orinoco, y se propaga en forma de ondas epizoóticas y epidémicas en las selvas al pie de la cordillera oriental. Otra zona endémica es el valle medio y bajo de la Magdalena, donde las isletas de selva tropical aún persisten en los Valles cercanos colindantes al pie de la cordillera oriental. Mismos que están siendo desmontados para la siembra del café y cacao. Además, la fiebre amarilla ha tenido actividad también en la cuenca del Atrato, cerca de Panamá y la Costa del Caribe, así como en la Cuenca del Catatumbo cerca de Venezuela. Los puertos de Santa Marta y Barranquilla, que están infestados de Aedes aegypti, también están amenazados. Los trabajadores agrícolas de 18 a 45 años de edad están especialmente expuestos, y los casos se encuentran de noviembre a febrero al término de la estación lluviosa, o en julio durante la estación húmeda corta. Anualmente se examinan cerca de 200 muestras para viscerotomía. En vista del riesgo en ciudades infestadas de Aedes aegypti en estas regiones, se ha hecho un esfuerzo considerable en inmunización de refuerzo.

En Perú, la fiebre amarilla es endemo-epidémica en la selva norte y central, correspondiente a los Departamentos de San Martín y Junín. Se notificaron más de 600 casos con una tasa de letalidad elevada de 1960 a 1982. Aparecen durante la estación lluviosa, la cual dura de enero a mayo. Los trabajadores agrícolas que emigran a estas regiones están más expuestos que los residentes, quienes han sido vacunados en su mayoría. La viscerotomía no es utilizada sistemáticamente para la vigilancia epidemiológica, pero, cuando es posible, se efectúan autopsias. Las campañas de vacunación se han intensificado durante los últimos 3 años.

En Venezuela, la fiebre amarilla es enzoótica en el área selvática de la vasta llanura tropical de la Cuenca del Orinoco. La enfermedad se encuentra en 3 focos: la Cuenca del Lago Maracaibo, el foco selvático de San Camilo y el foco de Guyana. Las personas afectadas están ocupadas en los trabajos relacionados con la selva donde se contrae la enfermedad, y no en las aldeas. El grupo de edad de 15 a 55 años es el que está generalmente en riesgo, pero el 2% de los casos son menores de 5 años de edad y el 2.8% menores de 10 años de edad. La incidencia más elevada es durante la estación lluviosa de enero a octubre. Se notificaron doscientos casos confirmados durante los últimos 45 años, pero no ha habido casos durante los últimos 3 años, ni epidemias durante 14 años. La vigilancia epidemiológica esta encomendada a una brigada móvil especialmente integrada para ese próposito que también efectúa vacunaciones cuando hay un alerta. Más de 15 millones de vacunaciones se efectuaron en los 3 focos de 1941 a 1984.

Estos países, como un todo, notificaron 2 238 casos a la Organización Panamericana de la Salud entre 1965 y 1984. Sin embargo, esta cifra, que está basada en su mayor parte en resultados de viscerotomía, da solamente una idea incompleta de la incidencia real de la enfermedad. El conocimiento epidemiológico de la fiebre amarilla selvática ha progresado muy poco en los años recientes, pero el riesgo de afectar zonas urbanas ha aumentado considerablemente por muchas razones. El Aedes aegypti ha reinvadido territorios de los cuales había sido eliminado y ahora se encuentra en Colombia en domicilios remotos, a una altura de 2 200 metros. Además, la resistencia a los in--

Sigue en la pág.- 375

ESTADOS POR REGIONES	TUBERCULOSIS PULMONAR (011-012)		TOSFERINA (033)		SARAMPION (055)		HEPATITIS VIRICA (070)		SIFILIS (090-097)		TETANOS (037)	
	EN LAS SEMANAS	EN EL AÑO	EN LAS SEMANAS	EN EL AÑO	EN LAS SEMANAS	EN EL AÑO	EN LAS SEMANAS	EN EL AÑO	EN LAS SEMANAS	EN EL AÑO	EN LAS SEMANAS	EN EL AÑO
TOTAL	606	11265	149	1589	234	4537	1251	14683	257	4580	26	329
1.- NOROESTE												
BAJA CALIFORNIA	13	533	3	28	4	52	18	294	3	163	-	3
BAJA CALIFORNIA SUR	1	54	-	-	1	9	5	67	-	16	1	5
SINALOA	15	353	-	10	26	203	34	286	6	135	1	22
SONORA	21	289	2	17	3	56	18	473	21	251	-	3
2.- NORTE												
CHIHUAHUA	43	493	-	10	5	25	32	402	20	368	-	2
DURANGO	4	135	8	33	-	7	7	71	3	76	-	2
3.- NORESTE												
COAHUILA	10	366	1	9	2	22	25	365	7	139	1	7
NUEVO LEON	23	548	-	15	-	28	35	407	23	362	-	2
TAMAULIPAS	11	560	2	40	4	231	24	303	3	112	-	11
4.- OCCIDENTE												
AGUASCALIENTES	-	20	-	9	1	59	-	61	1	20	1	3
COLIMA	2	79	-	10	3	92	11	123	1	247	1	3
JALISCO	12	240	10	42	44	863	86	748	14	102	1	12
NAYARIT	28	433	-	30	34	215	10	126	1	78	-	13
ZACATECAS	1	47	2	10	2	37	-	90	-	26	-	-
5.- CENTRO OCCIDENTE												
GUANAJUATO	21	289	1	53	10	180	31	318	3	66	2	4
MICHOACAN	12	295	1	81	7	516	43	433	-	43	-	28
QUERETARO	34	324	-	18	16	74	6	140	2	46	-	11
SAN LUIS POTOSI	32	282	-	64	-	5	14	205	3	71	4	29
6.- CENTRO SUR												
DISTRITO FEDERAL	64	736	10	186	37	722	559	6263	85	874	1	0
GUERRERO	18	561	83	185	6	113	15	135	4	75	-	12
HIDALGO	29	302	5	84	8	87	24	344	3	29	1	15
MEXICO	8	263	2	23	4	156	54	646	4	88	1	4
MORELOS	9	148	-	12	1	60	30	212	5	87	1	10
7.- GOLFO												
PUEBLA	23	425	5	105	2	70	21	324	6	133	1	12
TLAXCALA	-	33	-	1	-	27	2	58	-	4	-	-
VERACRUZ	45	1222	4	73	8	387	67	875	7	284	2	44
8.- SUR												
CHIAPAS	47	960	3	179	-	19	11	208	1	113	4	20
OAXACA	30	674	3	178	-	174	14	206	5	222	1	12
TABASCO	39	311	-	22	3	27	12	133	11	176	-	2
9.- PENINSULA												
CAMPECHE	1	80	-	5	-	3	6	34	2	73	1	14
QUINTANA ROO	4	82	3	22	1	6	1	63	1	19	1	4
YUCATAN	6	128	1	35	2	12	36	270	12	82	-	10

FUENTE: Boletin Epidemiológico (IMSS-ISSSTE) e Informes Semanales SSA de la Dirección General de Epidemiología hasta la sem. 34, IMSS (solidaridad y seguridad social) semana 34 e

TRANSMISIBLES

OS MEXICANOS

33 Y 34

4

F. TIFOIDEA, PARATIFOIDEA Y OTRAS SALMONELOSIS. (002-003)		DISENTERIA BACILAR (004, 006)		ENFERMEDAD DIARREICA (008-009)		INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (460-466)		BLENORRAGIA (098)		ESTADOS POR REGIONES
EN LAS SEMANAS	EN EL AÑO	EN LAS SEMANAS	EN EL AÑO	EN LAS SEMANAS	EN EL AÑO	EN LAS SEMANAS	EN EL AÑO	EN LAS SEMANAS	EN EL AÑO	
5427	81901	61724	916375	162201	2558193	353974	8282217	952	16443	TOTAL
										1.- NOROESTE
77	751	497	6732	3232	35837	5539	147419	18	387	BAJA CALIFORNIA
14	119	339	4800	1299	11403	2577	58308	32	425	BAJA CALIFORNIA SUR
396	3410	2718	37194	6686	84032	13641	287064	27	456	SINALOA
127	1341	812	12048	4358	47226	8747	229227	66	823	SONORA
										2.- NORTE
174	1994	1297	14220	7447	76366	12046	286160	94	1237	CHIHUAHUA
97	1407	1644	17872	4968	54675	8327	186966	18	387	DURANGO
										3.- NORESTE
151	2418	1310	20226	6372	103734	11335	356939	33	644	COAHUILA
164	1890	3463	49464	8463	125277	18858	459902	76	998	NUEVO LEON
140	2230	1215	20732	3794	71925	9181	238586	19	418	TAMAULIPAS
										4.- OCCIDENTE
44	814	916	12057	2565	35187	3846	111502	18	256	AGUASCALIENTES
39	552	583	8569	1078	15498	3493	55866	18	341	COLIMA
371	4989	5691	69088	14208	193143	27969	614150	23	592	JALISCO
137	1819	1342	23957	1831	30897	4541	103121	22	533	NAYARIT
113	1094	1453	20886	3541	41278	5780	142059	3	167	ZACATECAS
										5.- CENTRO OCCIDENTE
233	3901	2313	34845	7128	110940	12943	367428	19	298	GUANAJUATO
229	4718	2725	48452	3548	72458	9531	246748	21	537	MICHOACAN
87	1242	1508	16818	3535	44297	5267	127804	17	234	QUERETARO
128	1594	1994	29130	4020	51354	7094	171883	13	174	SAN LUIS POTOSI
										6.- CENTRO SUR
	16636	7114	100035	30035	517530	75828	1807942	131	2006	DISTRITO FEDERAL
192	2616	2214	35875	3646	63772	9937	172789	38	840	GUERRERO
118	1423	2374	28925	3881	56975	6950	167137	8	151	HIDALGO
75	1649	3189	44283	4200	72005	9230	218648	3	177	MEXICO
68	364	1365	20055	3024	56489	7737	170844	13	243	MORELOS
										7.- GOLFO
198	3703	2606	36087	5188	99798	10454	267521	16	494	PUEBLA
47	878	541	9979	1242	23550	2435	68635	4	123	TLAXCALA
458	7838	2440	47762	8105	177685	22126	489223	61	1157	VERACRUZ
										8.- SUR
131	2978	2373	40985	2837	57803	5701	114332	13	464	CHIAPAS
58	1835	1200	41111	2054	66220	3598	168255	42	509	OAXACA
484	4323	2477	31347	3600	46145	7365	108754	45	582	TABASCO
										9.- PENINSULA
19	482	271	5563	1235	23806	3718	63735	11	289	CAMPECHE
14	361	354	5642	1157	17033	3618	54980	18	282	QUINTANA ROO
53	532	1386	21636	3924	73855	14562	218290	12	219	YUCATAN

e ISSSTE semana 34

CASOS DE POLIOMIELITIS Y RABIA NOTIFICADOS HASTA LA SEMANA 52

POLIOMIELITIS:
PROMEDIO 1979-1983
Mismo lapso 405

RABIA:
PROMEDIO 1979-1983
Mismo lapso 68

ESTADOS POR REGIONES	POLIOMIELITIS HASTA LA SEMANA 52			RABIA HASTA LA SEMANA 52		
	1984	1983	1982	1984	1983	1982
1.- NOROESTE						
BAJA CALIFORNIA	-	-	-	-	-	-
BAJA CALIFORNIA SUR	-	2	-	-	-	-
SINALOA	18	44	3	3	2	-
SONORA	4	21	2	-	1	-
2.- NORTE						
CHIHUAHUA	3	4	1	-	2	-
DURANGO	3	4	1	-	1	1
3.- NORESTE						
COAHUILA	6	-	8	2	4	2
NUEVO LEON	3	1	3	-	-	-
TAMAULIPAS	1	3	-	3	-	-
4.- OCCIDENTE						
AGUASCALIENTES	-	1	-	-	-	-
COLIMA	1	4	1	-	1	-
JALISCO	9	25	4	-	-	2
NAYARIT	5	3	2	2	3	6
ZACATECAS	-	3	-	-	-	-
5.- CENTRO OCCIDENTE						
GUANAJUATO	5	22	7	2	1	1
MICHOACAN	7	14	6	1	3	3
QUERETARO	-	-	-	3	-	2
SAN LUIS POTOSI	2	3	3	3	-	-
6.- CENTRO SUR						
DISTRITO FEDERAL	3	3	1	-	-	-
GUERRERO	1	10	17	7	1	3
HIDALGO	2	-	3	1	4	3
MEXICO	6	6	3	6	7	1
MORELOS	2	1	2	3	2	3
7.- GOLFO						
PUEBLA	7	3	4	9	8	2
TLAXCALA	3	-	-	-	1	-
VERACRUZ	6	3	5	-	4	3
8.- SUR						
CHIAPAS	6	4	4	1	-	1
OAXACA	8	12	3	5	4	3
TABASCO	3	3	2	-	2	-
9.- PENINSULA						
CAMPECHE	-	1	-	-	-	-
QUINTANA ROO	-	6	-	-	-	-
YUCATAN	14	11	4	-	1	1
T O T A L	128	217	89	51	52	37

FUENTE: S.S., I.M.S.S., I.S.S.S.T.E.

Viene de la pág.- 371)

secticidas se está volviendo más frecuente y ha habido una caída en los programas de control del vector. El riesgo no puede considerarse simplemente mínimo, porque los enfermos se han transladado a ciudades donde está presente el Aedes aegypti pero no se ha presentado como epidemia. El desmonte de la tierra donde el virus es enzoótico implica un riesgo definitivo que debería eliminarse por vacunación de los colonos. Debería hacerse un estudio más completo de la parte que juegan los mosquitos Haemagogus y posiblemente los animales salvajes distintos a los monos. Finalmente, la vigilancia epidemiológica debería mejorarse para corregir la subestimación general de casos, con la participación de la comunidad y el aumento de los recursos para el diagnóstico de laboratorios.

FUENTE: Weekly Epidemiological Record, Vol. 59, Núm. 43, Págs. 328 - 335.

BROTE DE PAROTIDITIS SAN FCO; XOCHITEOPAN, PUEBLA.

INTRODUCCION:

El día 8 de febrero de 1984, se recibió aviso por parte de los maestros de la Escuela Federal Primaria "Juan Ramírez Ramos" de la localidad de San Francisco Xochiteopan, que en la misma se estaban enfermando niños, cuya sintomatología era la presencia **de Disfagia,** deformidad a nivel de cuello e hipertermia.

El día 10 de febrero de 1984 se envió una brigada de salud a la localidad de San Francisco Xochiteopan, con el objeto de evaluar los signos y síntomas de la enfermedad que se estaba presentado.

Se realizó detección de casos, en los que se encontró lo siguiente: 73 niños que presentaban: cefalea, hipertermia, disfagia, deformidad a nivel submaxilar, adenopatía submaxilar, y retroauricular. Estableciendo como diagnóstico probalbe el de Parotiditis.

Ia parotiditis es una enfermedad infecto-contagiosa aguda, de etiología viral, con predilección por el tejido glandular y nervioso, que en ocasiones puede dar complicaciones de tipo de la orquitis o meningoencefalitis. Es una enfermedad endémica, que afecta principalmente en zonas urbanas, y a nivel del medio rural se presenta en forma de

brotes epidémicos, con alta tasa de morbilidad y baja mortalidad.

El virus que la produce pertenece al grupo de los paramixovirus; es pleomórfico, de 90 a 120 milimicras, sensible al éter y destruido por la luz ultra violeta. El virus penetra por nariz o boca. Se encuentra en saliva de personas infectadas. Es posible que el virus alcance las glándulas parótidas a través de la cavidad oral, por medio de los -- conductos glandulares, invadiendo posteriormente el torrente sanguíneo e instalándose más tarde en otros órganos.

Se presenta generalmente en niños entre los 5 y 15 años de edad, aunque también ataca a los adultos. No respeta sexo ni razas.

Con la información inicial se hizo el planteamiento siguiente: Se trata de un probable brote epidémico de parotiditis cuya fuente de contagio se localizaba en la Escuela Primaria, que es un sitio común a los escolares. Así mismo - que por las condiciones de hacinamiento y mala higiene existentes en la localidad de San Francisco Xochiteopan, se favoreció la incidencia elevada del padecimiento.

Por esta razón se decidio desarrollar la investigación y - control epidemiológico correspondiente.

MATERIAL Y METODOS.

Con la finalidad de conocer la magnitud del brote epidémico de parotiditis se efectuó un estudio retrospectivo del brote, mediante una encuesta de casa en casa llenándose un formulario por medio de entrevista. Se tomaron muestras de laboratorio en casos agudos, con inicio de síntomas, toma de secresión salival del conducto Stenon y Orina. La encuesta se efectuó los días 13 al 22 de febrero de -- 1984; el personal que intervino en ella integró 3 brigadas, cada una de ellas formada por dos personas.

Se levantó mapa de la localidad, diviéndose en sectores y manzanas.

El formulario señalaba variables sobre aspectos sociales, medio ambiente, datos clínicos y epidemiológicos.

Con los datos se obtuvieron tasas y porcentajes, cuadros y gráficas, que permitieron analizar y explicar el problema.

Los recursos fueron otorgados y controlados por la Jurisdicción Sanitaria correspondiente.

El brote epidémico de parotiditis en San Francisco Xochiteopan, tuvo una duración de 13 semanas a partir de la semana No. 48 de 1983 a la 8 de 1984. (cuadro No.1).

El número de personas encuestadas fué de 1 662, el número total de familias encuestadas fué de 232; 193 que viven en San Francisco Xochiteopan y 39 que viven en la Colonia Emiliano Zapata, las familias que presentaron uno o más casos de parotiditis fueron; 42% en San Francisco Xochiteopan y el 65% en la Colonia Emiliano Zapata. El promedio del número de personas que conforman una familia fué de 4.

La semana de menor incidencia fué la 48 con una tasa de 0.94 y la de mayor incidencia la semana número 7 con una tasa de 55.55 (cuadro No. 1 y gráfica 1).

De acuerdo con la frecuencia según su edad y sexo se determinó que el sexo más afectado fué el masculino con un 56.3% por 43.7% del femenino.

El grupo de edad más afectado fué el de 10 a 14 años con una tasa de 47.6 por 100 habitantes, y el de 5 a 9 años con una tasa de 46.8 por 100 habitantes, en este grupo de edad por sexo el más afectado fué el masculino con una tasa de 54.2 (cuadro No. 2).

De acuerdo con los signos y síntomas más frecuentes que se presentaron: el 73% cursó con cefalea, el 72% con fiebre e inflamación bilateral de ambas parotidas el 65% con disfagia, el 62% con adenopatía submaxilar, el 54% con adenopatía retroauricular y únicamente el 1.05% curso con inflamación testicular. (cuadro No. 3).

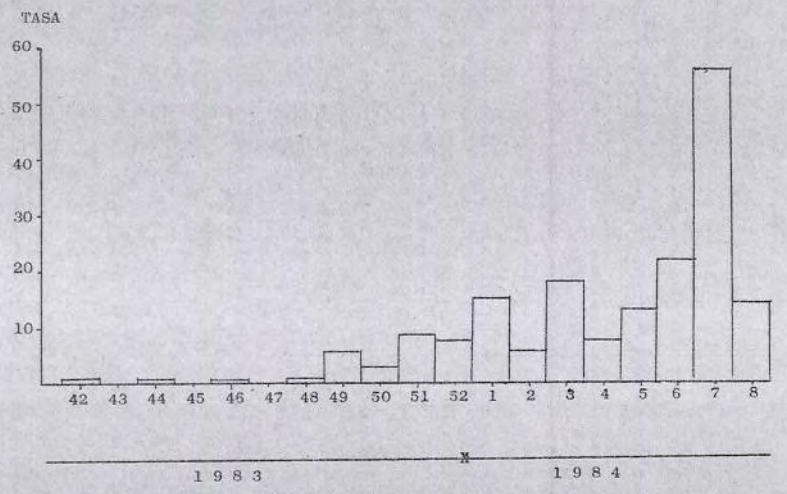
El período sintomático tuvo una duración promedio de 10 días en el 70% de los casos, y de más de 10 días en el 30% de los casos.

CUADRO No. 1
INCIDENCIA DE CASOS DE PAROTIDITIS SEGUN SEMANA DE PRESENTACION
SAN FRANCISCO XOCHITEOPAN, PUEBLA
1983 - 1984

SEMANA	No. DE CASOS	PORCENTAJE	TASA
42	1	0.5	0.9
43	0	0.0	0.0
44	1	0.5	0.9
45	0	0.0	0.0
46	1	0.5	0.9
47	0	0.0	0.0
48	1	0.5	0.9
49	6	3.2	5.6
50	3	1.6	2.8
51	9	4.7	8.5
52	8	4.2	7.5
1	16	8.4	15.1
2	6	3.2	5.6
3	19	10.0	17.9
4	8	4.2	7.5
5	14	7.4	13.2
6	23	12.1	21.7
7	59	31.1	55.6
8	15	7.9	14.1
TOTAL	190	100	178.9

FUENTE: Encuesta específica.
TASA: Por 1000 habitantes.

GRAFICA No. 1
MORBILIDAD POR PAROTIDITIS EN
SAN FRANCISCO XOCHITEOPAN, PUEBLA
1983 - 1984



FUENTE: Encuesta específica.
TASA Por 1000 habitantes.

CUADRO No. 2

ENSAYO COMPARATIVO DE METODOS DE AISLAMIENTO O DESCUBRIMIENTO DE VIRUS DE LA FIEBRE AMARILLA

NATURALEZA DE LAS MUESTRAS	NUMERO DE MUESTRAS	NUMERO DE AISLAMIENTOS	METODOS DE AISLAMIENTO O DESCUBRIMIENTO			
			RATON RECIEN NACIDO	CULTIVO CELULAR (MOS 16)	TOXORHYNCHITES	DESCUBRIMIENTO DE ANTIGENO ELISA
SANGRE	17	5	4	5	5	3
HIGADO	13	11	9	11	7	8
MOSQUITOS (LOTES)	120	26	*	26	24	2
TIEMPO NECESARIO (DIAS)			14 - 23	3 - 5	13 - 19	1

* No practicado.

FUENTE: WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD, Vol. 59, Núm. 43, Pág. 332, 1984.

CUADRO No. 3

CASOS DE PAROTIDITIS SEGUN SIGNOS Y SINTOMAS
SAN FRANCISCO XOCHITEOPAN, MPIO. ATZINTZIHUACAN, PUE.
1983 - 1984

SIGNOS Y SINTOMAS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
CEFALEA	138	73.0
INFLAMACION BILATERAL DE PAROTIDA	137	72.0
FIEBRE	136	72.0
DISFAGIA	123	65.0
ADENOPATIA SUBMAXILAR	117	62.0
ANOREXIA	103	54.21
ADENOPATIA RETROAURICULAR	102	54.0
DOLOR ABDOMINAL	57	30.0
INFLAMACION UNILATERAL DE PAROTIDA	53	28.0
NAUSEAS	43	22.63
VOMITO	22	12.0
ULCERACION PAROTIDA	15	8.0
EPISTAXIS	13	7.0
INFLAMACION TESTICULAR	2	1.5

FUENTE: Encuesta específica.

CONCLUSIONES:

En relación al planteamiento mencionado al incio del trabajo, se confirmó la existencia de una epidemia por parotiditis, con fuente común de difusibilidad, localizada en la Escuela Primaria Federal "Juan Ramírez Ramos",en que la mayoría de los alumnos de dicha escuela tenían acceso a una toma de agua en común, empleando un mismo recipiente. Esto confirma que el virus se encuentra en la saliva de los humanos, con capacidad infectante.

Existió predominio del sexo masculino, lo cual varió en relación con lo acontecido en brotes anteriores en que el predominio es en el sexo femenino, como el acontecido en San Pedro Benito Juárez 1982 en base a 292 casos reportados.

Se reafirma que la distribución, frecuencia y tendencia es universal, que el grupo de edad más afectado fué el de 5 a 14 años y que su tendencia es a afectar grupos de mayor edad.

Las características del brote fueron: diseminado, mixto y con tendencia estacional.

RECOMENDACIONES:

Aún a pesar que las normas indican que ante un brote epidémico de parotiditis la conducta es expectante, en está ocasión se realizó cierre de las actividades escolares por encontrarse un 80% de los alumnos en período agudo de parotiditis o en convalescencia.

Se instruyó a maestros sobre el tema de parotiditis y su forma de control. Insistiéndose que debe existir un mayor acercamiento entre la Secretaría de Educación Pública y la Secretaria de Salud con la finalidad de que los maestros lleguen a detectar y notificar oportunamente los padecimientos infecto-contagiosos y sean evaluadores de los sistemas dinámicos de vigilancia epidemiológica establecidos y permitan efectuar medidas de prevención y control, oportunas y efectivas.

Se realizaron pláticas educativas, medidas de higiene y aislamiento relativo de los casos de parotiditis. Se recomendó el empleo de agua potable para ingesta de los alumnos y el empleo de utensilios de uso personal.

REPORTES EPIDEMIOLOGICOS.

PALUDISMO (San Luis Potosí).

La Jefatura de Servicios Coordinados de San Luis Potosí, - informó de un brote de Paludismo que en noviembre afectó a 2 personas en Naitinez y una en La Mutua, municipio de Ciudad del Maíz. En los 3 casos (de 56, 59 y 61 años) se diagnósticó Plasmodium vivax. Se realizaron las siguientes acciones de control: tratamiento de casos, encuesta hemática en las 2 localidades, rociamiento de viviendas con D.D.T., investigación de los casos, tratamiento con dosis únicas a febriles sospechosos y educación preventiva.

DENGUE HEMORRAGICO (Yucatán)

La Jefatura de Servicios Coordinados de Yucatán, informó - sobre casos sospechosos de dengue hemorrágico que se presentaron en el municipio de Tekit (21 de octubre), Maxcanú - (13 de octubre) y Mérida (26 de julio). Los 3 casos presentaron cuadro compatible con dengue, su titulación de anticuerpos fué de 1:5,120 para dengue tipo IV en la menor de 9 años; 1:140 dengue tipo I y 1:280 dengue tipo II en el de 38 años, y 1:5,120 dengue tipo IV en la menor de 8 años. - Los 3 fallecieron. Yucatán presenta el mayor número de casos de degue clásico (5,320) con un promedio de 108 casos por semana, lo que representa el 21.21% del total nacional y una tasa de 465.5 por 100,000 habitantes.

AFECTADOS POR INUNDACION (Sonora)

La Jefatura de Servicios Coordinados de Sonora, informó que las fuertes lluvias del 12 al 16 y 25 al 28 de diciembre, - inundaron 30,000 hectáreas, afectaron otras 10,000 y derramaron las presas Alvaro Obregón (El Oviachi) y Plutarco -- Elías Calles (Mocuzari). Se movilizaron alrededor de --- 16,000 habitantes a los albergues. La población afectada por municipio es la siguiente: Navojoa, 3,000 habitantes; Etchojoa 4,000: Huatabampo 9,000 y Cajeme 1,000. Operó - el Plan DN-III dando atención médica, vacunación y alimentos a los damnificados (a las poblaciones serranas que quedaron incomunicadas se les envió por vía aérea). Se aplicó vacuna antitifoídica.

GASTROENTERITIS (Aguascalientes)

El Semanario Novedades Epidemiológicas del I.M.S.S. de la semana del 11 al 17 de noviembre, informó de un brote de gastroenteritis que se presentó del 8 al 29 de octubre, las áreas de cuneros e incubadoras del Hospital General de Zona de Aguascalientes y que coincidió con el traslado de cunas del área de patológicos al área de incubadoras. De los 16 casos fallecieron 8 menores de 60 días. En 2 casos se identificó E. coli patógena, sin poder precisar -- que ésto sea el agente etiológico.

AISLAMIENTO DE VIRUS DEI DENGUE.

Hasta el 23 de octubre, el Departamento de Virología del I.S.E.T., ha aislado 68 cepas de virus del dengue. 64 - aislamientos corresponden al serotipo dengue I, de los - cuales 22 son de casos procedentes de Sonora; 16 de Ja-- lisco; 10 de Nayarit; 7 de Guerrero; 5 de Colima; 3 - de Morelos; y 1 de Nuevo Ieón. Ios 4 virus de serotipo dengue tipo II se aislaron en Jalisco. El Centro de Enfermedades infecciosas C.D.C. de San Juan Puerto Rico, informó que ha aislado 16 cepas de virus del dengue tipo - IV, procedentes de Yucatán. El aislamiento de estas cepas corresponde a casos presentados a partir del lo. de junio.

DENGUE (Jalisco)

La Jefatura de Serivicios Coordinados de Jalisco informó- sobre la evolución del comportamiento del dengue en ese estado. Hasta la semana 48 (del 25 de noviembre al lo. de diciembre), se han notificado 2,719 casos de dengue: --- 2,613 en Puerto Vallarta y 106 en el municipio de Tomatlán. La Sría. de Salud ha notificado 447 casos (16.4%); el I.M. S.S. 1,671 (61.4%), el I.S.S.S.T.E. 212 (7.8%) y otros, -- 389 (14.3%). El grupo de 15 a 44 años es el más afectado con 1,931 casos (71.8%). Se continúan realizando medidas de vigilancia y control. Jalisco ocupa el 4°. lugar de las entidades afectadas por dengue, con una tasa de 57.86 por 100 000 habitantes.

DENGUE (Nayarit)

Ia Jefatura de Servicios Coordinados de Nayarit, informó. -

acerca de la evolución del dengue en su entidad, señalando que hasta la semana No. 42 (14 al 20 de octubre) se han notificado 2,924 casos de dengue. La Sría. de Salud notificó 669 casos (22.9%); el I.M.S.S. 1,981 (67.7%); y el I.S.S.S.T.E. 274 (9.4%); otros, se ignora. Los grupos de edad más afectados son el de 15 a 44 años con 1,720 (58.8%) y el de 45 a 64 con 425 (14.5%). Las localidades más afectadas han sido: Las Varas, San José del Valle, Valle de Banderas y San Juan de Abajo, todas pertenecen a la Jurisdicción de Compostela, cercana a Puerto Vallarta, Jalisco. Se esta intensificando la aplicación de abate.

DENGUE (Baja California Sur)

La Jefatura de Servicios Coordinados de Baja California Sur, informó acerca del desarrollo del brote de dengue que afectó a su entidad, señalando que hasta la semana No. 41 (7 al 13 de octubre) se han notificado 430 casos de dengue; 58% por la Sría. de Salud; 10% el I.M.S.S., 21% el I.S.S.S.T.E. y 11% otros. La distribución por Jurisdicción Sanitaria afectada es la siguiente: Jurisdicción Sanitaria No. 1 La Paz, 290 casos (sobre todo en el grupo de 15 a 44 años); Jurisdicción Sanitaria No. 2 Ios Cabos, 111 casos (sobre todo en el grupo de 15 a 44 años); Jurisdicción Sanitaria No. 3 Comondú, 5 casos (todos menores de 14 años); Jurisdicción Sanitaria No. 4, Muleje, 24 casos (sobre todo en el grupo de 5 a 14 años). Se ha aplicado abate y malathión con el apoyo de la comunidad.

BROTE DE BRUCELOSIS, EJIDO LUCHANA, COAHUILA.

INTRODUCCION.

El día 20 de agosto de 1984, se notificó a la Jefatura de Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de Coahuila, la presentación de 9 casos de Brucelosis en una familia en el Ejido Luchana, Mpio. de Francisco I. Madero. Por tal motivo se procedió a la investigación de la fuente de infección por parte de las autoridades correspondientes del Centro de Salud de San Pedro y Francisco I. Madero, Coah.

La familia objeto de estudio esta compuesta por 14 miembros, con domicilio en dicha comunidad, 8 de los cuales fueron - afectados por Brucelosis, cuentan en su hogar con un hato - caprino compuesto de 600 cabras.

DESCRIPCION DE LOS ESTUDIOS CONDUCIDOS.

El 30 de mayo, se procedió a investigar la fuente de infección en el Ejido Luchana, se trasladaron Brigadas de Salud a la Comunidad, se detectaron inicialmente 6 casos en una - familia, estableciéndose la definición del caso por los síntomas clínicos y reacciones febriles positivas, posteriormente agregándose 3 casos más de la misma familia, sumando - un total de 9 casos. Se procedió a clasificarlos de acuerdo a edad, sexo y síntomas clínicos.

RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS.

El número total de casos fueron nueve, con una tasa de ataque de 69.2 por 100 habitantes. El 100% de los casos consumen leche de cabra cruda. (El número de personas expuestas al riesgo fueron 14 y el período en que se dió la aparición del Brote fué alrededor del mes de junio. El tipo de brote es de funte común.
El 100% de los casos presentaron positividad a reacciones - Huddlesson de 1:320. El 88% de los casos afectó al sexo - masculino y el 11.1% le correspondió al sexo femenino.

Los grupos de edad más afectados fueron los siguientes: el 55.5% le correspondió al grupo de 15 a 44 años, el 33% de - los casos afectó al grupo de 5 a 14 años y el resto de los casos 11.1% correspondió al grupo de 1 a 4 años de edad.

ANALISIS DE LOS DATOS Y CONCLUSIONES.

La fuente de infección se asocia a la ingestión de leche de cabra cruda contaminada con brucela. El grupo de edad más afectado es el de 15 a 44 años, probablemente se deba a que es el grupo de edad más expuesto al riesgo. Se observó predominio de los casos en el sexo masculino, debido a que los de este sexo son los que adquieren el producto lácteo conservándolo y preparándolo para su venta.

El Ejido Luchana se considera área endémica, lo que aunado a una educación higiénica y educación para la salud deficien

te contribuyeron a que se estableciera dicho brote de brucelosis.

ACCIONES DE CONTROL REALIZADAS.

Se proporcionaron pláticas sobre educación higiénica y educación para la salud, a la familia y a la comunidad, así como información básica sobre brucelosis, medidas preventivas y curativas.

Se practicó saneamiento del suelo del domicilio familiar - afectado por parte de la S.S.A.

Se estableció coordinación con la S.A.R.H., para detección de ganado caprino enfermo, y las que se detectaron enfermas (se desconoce el número) se aislaron adecuadamente, proporcionándosele tratamiento al ganado caprino enfermo, así como la vacunación preventiva al ganado caprino menor de 6 meses. Tratamiento a base de: Estreptomicina, Triptoprim con Sulfametoxazona y Tetraciclina.

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORIA DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.

Establecer visitas periódicas por parte de la S.S.A.; Reunión con grupos de la comunidad con el propósito de colaborar en la solución del problema en coordinación con el personal de la Jurisdicción de San Pedro y S.A.R.H.

Estudio realizado por el Departamento de Vigilancia Epidemiológica de la Jefatura de Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de Coahuila.

———————— o ————————

D I R E C T O R I O

DRA. BLANCA RAQUEL ORDONEZ DE LA MORA. Director General de Epidemiología.
DR. JORGE H. BURGUETE OSORIO. DIRECTOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.
DR. JOSE LUIS VALDESPINO GOMEZ. DIRECTOR DE INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA.
DR. EDUARDO BARROSO VILLEGAS. DIRECTOR DE REGISTRO DE PADECIMIENTOS Y DE POBLACION DE ALTO RIESGO.
DR. MELITON LUNA CASTRO. DIRECTOR DE LABORATORIOS DE SALUD PUBLICA.
DR. OSCAR BORUNDA FALCON. DIRECTOR DE SUPERVISION Y APOYO A LA CAPACITACION.
LIC. JORGE CAZARES CASTILLO. DIRECTOR DE APOYO TECNICO.
DR. OSCAR ALFARO RODRIGUEZ. JEFE DE LA UNIDAD DE PLANEACION.

EPIDEMIOLOGIA. BOLETIN QUINCENAL DE INFORMACION EPIDEMIOLOGICA, EDITADO POR LA DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA DE LA SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. LOS DATOS ESTADISTICOS CONTENIDOS EN ESTE NUMERO SON PROVISIONALES, BASADOS EN LAS NOTIFICACIONES RECIBIDAS EN LA DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA, ENVIADAS POR LAS DEPENDENCIAS DEL SECTOR SALUD: S.S.A., I.M.S.S., I.S.S.S.T.E. Y OTRAS INSTITUCIONES, INCLUSIVE PRIVADAS SEGUN LO ESTABLECE EL ARTICULO 136 DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN VIGOR.

LA DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA AGRADECE LA PARTICIPACION DE EPIDEMIOLOGOS, INVESTIGADORES Y CUALQUIER OTRO PROFESIONAL O TECNICO DE LA SALUD, ASI COMO ALGUNA INSTITUCION QUE DESEE COMUNICAR A TRAVES DE ESTE ORGANO INFORMATIVO, — CUALQUIER EVENTO EPIDEMIOLOGICO ESTUDIADO, COMO BROTES, EPIDEMIAS, ESTUDIO DE CASOS INDIVIDUALES, DE SITUACIONES ESPECIFICAS, ETC.

EDITOR DEL BOLETIN:
DR. JORGE H. BURGUETE OSORIO DIRECTOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.
DOM. ANICETO ORTEGA 1321.- COL. DEL VALLE.
DELEGACION BENITO JUAREZ.- 03100 MEXICO, D.F.