



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](https://doi.org/10.1016/S1028-5083)

ACOGIDA A LA TARIFA DE IMPRESOS PERIÓDICOS INSCRIPTOS EN LA ADMI DE CORREOS No. 831 151 22 1

Índice

Influenza A (H1N1) pandémica.....	31
Influenza A de origen porcino	32
Paludismo.....	32
Virus del Nilo Occidental.....	33
Cólera y diarrea acuosa aguda.....	33
Síndrome hemolítico urémico y escherichia coli enterohemorrágica.....	35
Sarampión.....	36
Tablas:.....	37

INFLUENZA A (H1N1) PANDÉMICA

Desde el inicio del 2011, en la Región de las Américas se notificaron brotes del virus de influenza A (H1N1) 2009 que -aunque limitados geográficamente- generaron una demanda importante en los servicios de salud. Ejemplo de ello fueron los brotes registrados en Ecuador (Enero 2011), México y Venezuela (Marzo 2011), República Dominicana (marzo-abril 2011), Bolivia y Nicaragua (septiembre 2011). Asimismo, detección esporádica del virus se ha producido en Colombia, Cuba, Honduras, Jamaica y El Salvador. Esta situación no es inesperada. El virus de influenza A (H1N1) 2009, desde el fin de la pandemia (2009-

2010), continuó circulando a nivel mundial como una cepa de virus estacional, produciendo periódicamente brotes importantes en varios continentes. En Europa, en el invierno 2010-2011, el virus de influenza A (H1N1) 2009 fue la cepa predominante. En algunos países la morbimortalidad fue similar a la observada durante el periodo pandémico.

En cambio, en Norte América, donde la transmisión de la Influenza A (H1N1) 2009 durante la pandemia sobrepasó los umbrales esperados, las cepas predominantes este invierno han sido influenza A/H3N2 e influenza B.

INFLUENZA A DE ORIGEN PORCINO.

Las infecciones en humanos con virus nuevos de Influenza A que normalmente se encuentran en cerdos son eventos raros. Sin embargo, la frecuencia de estas detecciones se ha incrementado en los últimos tiempos, fundamentalmente en Estados Unidos, lo que se explica en parte por el aumento de la vigilancia y las capacidades de laboratorio para la detección de estos virus luego de la pandemia de Influenza A (H1N1).

En el 2011, el Centro para el Control de Enfermedades de Estados Unidos ha realizado varios reportes de eventos de este tipo. Hasta diciembre se habían detectado 11 casos (10 de ellos en niños) de Influenza A (H3N2) con genes provenientes de linajes porcinos, humanos y aviares que por primera vez incluyen un gen M del virus de la Influenza A (H1N1) pandémica.

Esta variante fue identificada por primera vez en agosto del 2011 y los casos están distribuidos en los estados de Indiana (2), Pennsylvania (3), Maine (2), Iowa (3) y West Virginia (1).

Se detectó también un caso de infección por una Influenza A (H1N2) que circula entre cerdos en Estados Unidos, pero que generalmente no infecta ni causa infección en los humanos. Este caso también se dio en un niño (de Minnesota) y es el segundo caso de infección en humanos por este virus en Estados Unidos desde el 2007 en que comenzó la notificación obligatoria de estos virus nuevos. El nuevo virus de Influenza A (H1N2) identificado en Minnesota se conoce que circula entre el ganado porcino en Estados Unidos. Aunque la prevalencia del nuevo virus de Influenza A (H3N2) con el gen M del H1N1 pandémico en cerdos se desconoce, este virus ha sido detectado en cerdos de Estados Unidos a través del programa de vigilancia del Departamento de Agricultura de Estados Unidos. Los cuatro últimos casos, tres de Influenza A (H3N2) y el caso con Influenza A (H1N2) no habían tenido exposición a cerdos, por lo que se infiere que ha habido una limitada transmisión de persona a persona.

PALUDISMO

Actualmente existen 99 países en el mundo con transmisión de paludismo. Se calcula que en 2010 se produjeron unos 216 millones de casos de paludismo, de los que aproximadamente el 81% (174 millones de casos), se registraron en la Región de África.

Se estima que en 2010 las muertes por esta enfermedad fueron 655.000, el 91% de ellas en África. Aproximadamente el 86% de muertes en todo el mundo correspondieron a niños menores de 5 años de edad. La incidencia estimada del paludismo en todo el mundo se ha reducido en un 17% desde el año 2000, y el índice de mortalidad de esta enfermedad en un 26%.

En el 2011 las páginas del boletín reflejaron como principales incidencias un brote de

paludismo autóctono en el Cusco, Perú; un brote en la Guajira Colombiana que provocó al menos 138 casos importados en el estado Zulia, Venezuela; el aumento marcado de casos durante la estación lluviosa de marzo a mayo del 2011 en Zimbabwe, donde el paludismo representa la segunda causa de muerte tras el SIDA; el aumento de casos en Ghana, donde el paludismo continúa siendo la causa principal de morbilidad, acumulando más del 30% de todas las atenciones médicas y los casos de paludismo autóctono por *P. vivax* reportados en Grecia desde junio del 2011, en la región del Peloponeso (sur), aún cuando el país se consideraba libre de paludismo desde 1974.

VIRUS DEL NILO OCCIDENTAL

El Virus del Nilo Occidental, transmitido al hombre fundamentalmente a través de mosquitos de género *Culex* tiene actualmente una amplia distribución en mundo . En los países de clima templado la temporada típica se presenta entre los meses de junio a octubre. Durante la temporada del 2011 se reportaron en Europa 282 casos confirmados (Grecia,

69; Italia, 14; Rumania, 10, Albania, 2; Macedonia, 4; Israel, 33; Federación Rusa, 136, Túnez, 3; Turquía, 3 y Ucrania, 8).. En Estados Unidos se reportaron 667 casos, incluyendo 42 fallecidos. La Agencia de Salud Pública de Canadá reportó 102 casos de infección en humanos del virus del Nilo Occidental: 64 en Ontario y 38 en Québec.

CÓLERA Y DIARREA ACUOSA AGUDA

Después de un siglo sin casos de cólera en el Caribe, el 20 de octubre de 2010 se confirmaron laboratorialmente los primeros casos de cólera por *V. cholerae* O1 serotipo Ogawa en Haití en pacientes hospitalizados en el departamento de Artibonite. Hasta el 18 de diciembre de 2011 se acumulaban 521 195 atenciones médicas por esta causa y 6 992 fallecidos. La tasa de letalidad global se encuentra en 1.3%. Los departamentos de mayores tasas de letalidad global: Sudeste (4,4%) y Grand Anse (4,1%), le siguen Nippes (2,6%), Norte (2,0%) y Oeste (1,4%). La epidemia del cólera en la República Dominicana cumplió el 15 de noviembre de 2011 un año con un saldo de 149 muertos y 8.100 casos confirmados. El ministro de Salud Pública indicó en esa ocasión que doce meses después de haberse registrado el primer caso de la enfermedad la cifra de casos posibles se sitúa por debajo de los 20.000, cuando había cálculos de que habría por lo menos 50.000 casos.

A raíz de la epidemia de cólera en Haití se reportaron, desde el 21 de octubre de 2010 hasta el 4 de Abril de 2011, 23 casos confirmados en Estados Unidos. Todos los casos estuvieron asociados a viajes recientes a la isla La Española o al consumo de alimentos de Haití. La mayoría de los casos se reportaron de la Florida, el estado con mayor cantidad de población haitiana, seguido de Nueva York y Massachusetts. En Puerto Rico se informó el 5 de julio la detección de un caso importado de República Dominicana. El 25 de enero se produjo un brote entre asistentes a una reunión social llevada a cabo en la provincia La Romana, República Dominicana donde la mayoría de los invitados eran ciudadanos de Venezuela. Estuvieron expuestas 452 personas del Distrito Metropolitano de Venezuela. De ellas, 95 tuvieron sintomatología compatible con cólera. Se confirmaron 37 casos sin defunciones. Varios casos asociados a este brote se detectaron en otros países.

En el continente africano durante el 2011 se han notificado brotes y casos esporádicos en Angola, Burundi, Camerún, Chad, Costa de Marfil, Etiopía, Ghana, Kenia, Mali, Mozambique, Níger, Nigeria, República Democrática del Congo, República del Congo, Somalia, Uganda, Zambia y Zimbabwe.

Entre los brotes más notables en África están los ocurridos a lo largo del río Congo, que afectan tanto a la República Democrática del Congo (RDC) como a la República del Congo, y aquellos ocurridos alrededor del lago Chad (en Chad, Camerún, Níger y Nigeria).

En la RDC, el brote se notificó en marzo de 2011 y afecta ya a cuatro provincias (Bandundu, Equateur, Kinshasa y Oriental). Hasta el 5 de diciembre entre las cuatro provincias situadas junto al Río Congo se acumulaban 7 722 casos con 426 fallecidos por cólera. Camerún ha estado batallando contra una epidemia de cólera desde principios de mayo del 2010. Entre el 1 de enero el 2011 hasta el 16 de septiembre de 2011 se han registrado 16 804 casos con 636 fallecidos. Las mujeres y niños son el grupo poblacional más afectado. La epidemia de cólera en Chad, la peor desde 1991, acumulaba hasta septiembre del 2011 unos 13 500 afectados y 400 fallecidos.

El brote en Nigeria es el mayor desde el 2004, a pesar de los esfuerzos de contención.

Los estados más afectados son Katsina, Kano, Jigawa, Bauchi, Cross Rivers, Rivers, Ogun, Ondo, Taraba, Adamawa, Borno y Yobe. La Organización Mundial de la Salud señaló que entre el 4 de enero y el 3 de octubre de 2011 se habían reportado 29,115 casos, incluyendo 1 191 fallecidos, distribuidos en 144 áreas en 15 estados, incluyendo el territorio de la capital federal.

Durante el 2011 se han reportado casos de cólera por *V. cholerae* toxigénico en Asia, Pacífico y Europa del Este en Afganistán, Irán, India, Pakistán, Malasia, China, Papúa Nueva Guinea, Filipinas, Ucrania y Uzbekistán. Por otra parte en abril del 2011 en los Estados Unidos se notificaron 11 casos de Cólera en el estado de la Florida donde se aisló *Vibrio cholerae* O75, toxigénica. La causa del brote estuvo asociada al consumo de ostras crudas. Se conoce que cepas de cólera No-O1 circulan a lo largo de las costas del Golfo de México, entre ellas *Vibrio cholerae* O75 y *Vibrio cholerae* O141, ambas toxigénicas. Estos serogrupos generalmente han causado solo casos esporádicos o pequeños brotes de diarrea severa, sin embargo casos recientemente descritos apuntan a que el *V. cholerae* O75 toxigénico es capaz de causar enfermedad diarreica severa con deshidratación significativa. La causa de la infección casi siempre ha estado asociada al consumo de mariscos, fundamentalmente ostras crudas.

SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO Y ESCHERICHIA COLI ENTEROHEMORRÁGICA.

El 22 de mayo de 2011, Alemania informó de un aumento significativo en el número de pacientes con síndrome hemolítico urémico (SHU) y diarrea con sangre causadas por *E. coli* O104:H4 productora de verotoxina enteroagregativa (EA_ggEC VTEC). El brote fue declarado cerrado por el Instituto Robert Koch de Alemania el 26 de julio de 2011. En ese período 16 países en Europa y América del Norte reportaron 4 045 casos y 51 fallecidos.

En Alemania se reportaron 3 052 infecciones de *E. coli* enterohemorrágica (ECEH) con 17 fallecidos y 852 casos de Síndrome Hemolítico Urémico (SHU) con 32 fallecidos. Los catorce países europeos que reportaron casos fueron: Austria (1 SHU, 4 ECEH); República Checa (0, 1); Dinamarca (10, 16); Francia (9, 8); Grecia (0, 1); Luxemburgo (1, 1); Holanda (4, 7); Noruega (0, 1); Polonia (2, 1); España (1, 1); Suecia (18, 35); Suiza (0, 5); y Reino Unido (3, 4). Además, Canadá reportó 1 caso confirmado de ECEH y Estados Unidos, 4 SHU y 2

ECEH. Los fallecidos fuera de Alemania se reportaron en Suecia y Estados Unidos, ambos asociados a SHU.

Todos los casos, excepto 21, ocurrieron en personas que habían viajado o vivido en Alemania durante el período de incubación. Cinco casos no viajaron a Alemania, ni residieron allí pero podían estar asociados a este brote. Quince casos formaron parte de un conglomerado que ocurrió en Francia. Un caso detectado en Suecia no estuvo asociado ni a Alemania ni al brote de Francia.

Las investigaciones epidemiológicas sobre la fuente de infección concluyeron que la infección en Alemania se produjo a partir del consumo de brotes de soya contaminados producidos por una empresa de Baja Sajonia. El brote en Francia estuvo asociado al consumo de brotes de soya producidos localmente.

En el boletín Situación Epidemiológica Internacional: SEI270511, SEI030611, SEI100611, SEI240611, SEI080711 <http://www.vigilanciaensalud.sld.cu/>

SARAMPIÓN.

A pesar de que desde el 2003 se había realizado un gran progreso en la eliminación del sarampión en Europa, desde finales del 2009 comenzó una amplia transmisión en esta región. Desde enero hasta octubre del 2011 se habían registrado 26 000 casos en 36 países, de ellos un 83% en Europa occidental, donde se reportaron 9 muertes y más de 7 000 hospitalizaciones.

El país de Europa más afectado por el sarampión es Francia, donde se registraron 6 de los 9 fallecimientos provocados este año por la enfermedad. La alta circulación del virus del sarampión en Europa es preocupante porque ha causado brotes en países de otras regiones, como Brasil, Canadá, Estados Unidos y Australia. El último caso endémico de sarampión en las Américas se había reportado en el 2001, sin embargo, en el 2011 se produjeron varios brotes asociados a la importación de casos de otras regiones. El más grande, en Québec, Canadá, acumuló 742 casos, 89 de ellos requirieron hospitalización, aunque no hubo fallecidos. En África hasta septiembre del 2011 se habían reportado grandes brotes en República Democrática del Congo con 103 000 casos, Nigeria (17 428 casos), Zambia (6295 casos), Etiopía, (1408 casos) y Kenia (1995 casos). Aunque los fallecidos usualmente no se notifican a la Oficina Regional de la OMS, la República Democrática del Congo reportó más de 1 100 muertes asociadas al sarampión durante el 2011.

Desde enero a septiembre del 2011 se han reportado 872 casos confirmados de

Otros brotes se han reportado en los Estados Unidos (213), Ecuador (170 casos), Brasil (18 casos), Colombia (7 casos), México (3 casos) y Chile (6 casos). La mayoría de estos brotes están asociados a importaciones de Europa, excepto los brotes en Estados Unidos y Chile, asociados a casos de Malasia, y en Ecuador, asociado a casos de Kenia. En Ecuador hasta el 16 de diciembre de 2011, se habían identificado un total de 170 casos en todo el país; los últimos casos correspondieron a la SE 49. La provincia de Tungurahua acumulaba un total de 131 casos (el último caso positivo en esta provincia se registró en la SE 45, 19 de noviembre). El resto de casos se distribuyeron de la siguiente forma: 14 casos en la provincia de Pichincha, 10 casos en Guayas, 8 casos en Cotopaxi, 3 en Chimborazo y 4 en Pastaza. El grupo de edad más afectado fueron los menores de 5 años. De las 6 provincias afectadas, Tungurahua presenta la mayor tasa de ataque, que alcanza a 24,39 casos de sarampión por 100.000 habitantes.

sarampión en Australia, Japón, Nueva Zelanda y Singapur. De estos casos, 110 (12.6%) fueron reportados como casos importados. Entre los 107 casos con país fuente reportada, 49 (45.8%) se importaron de la región del sudeste asiático (SEAR, siglas en inglés), 37 (34.6%) de la región del Pacífico Occidental (WPR), 20 (18.7%) de la región europea y 1 (0.9%) de la región africana (AFR). Muchos casos importados dieron como resultado transmisión secundaria de extensión y duración variada.

Enfermedades de Declaración Obligatoria: Meningitis viral
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 04/02/12.

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011 *
PINAR DEL RIO	2	2	3	6	11.09	22.30
ARTEMISA	-	-	-	1	7.76	7.76**
MAYABEQUE	-	3	-	4	5.20	5.20**
LA HABANA	1	4	3	10	14.51	48.52
MATANZAS	3	3	8	12	28.31	42.14
VILLA CLARA	1	1	5	18	42.34	153.14
CIENFUEGOS	1	-	5	4	50.17	39.91
S. SPIRITUS	2	2	3	10	17.63	58.69
CIEGO DE AVILA	1	3	3	5	24.76	41.19
CAMAGUEY	3	2	4	11	14.73	40.61
LAS TUNAS	-	2	-	6	4.86	4.86**
HOLGUIN	1	1	1	3	2.50	7.50
GRANMA	4	7	28	27	40.72	39.29
SANTIAGO DE CUBA	4	7	16	26	32.11	52.22
GUANTANAMO	-	6	3	29	27.73	268.83
ISLA DE LA JUVENTUD	-	-	-	-	10.45	10.45**
CUBA	23	43	82	172	20.95	43.96

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: 01/02/12.

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Alimentos	6	-	21	29	0.19	0.26
Ciguatera *	1	-	1	-	0.01	-
Hepatitis viral **	-	1	-	1	-	0.01
EDA	-	-	-	-	-	-
IRA	3	-	7	6	0.06	0.05
Agua	-	-	2	-	0.02	-
Varicela	3	1	23	9	0.20	0.08

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: 04/02/12**

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2011	2012	20110	2012	2011	2012*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	-	-	0.01	0.01**
SHIGELLOSIS	10	8	53	43	6.18	5.01
D. AMEBIANA AGUDA	-	-	-	11	1.40	1.40**
TUBERCULOSIS	13	12	63	41	6.59	4.29
LEPRA	3	3	11	14	2.19	2.79
TOSFERINA	-	-	-	-	-	-**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	10283	11354	49072	57189	5837.16	6804.95
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	1	-	0.12	0.12**
MENINGOCOCCEMIA	-	-	1	-	0.02	0.02**
TÉTANOS	-	-	-	-	0.01	0.01**
MENINGITIS VIRAL	23	43	82	172	20.95	43.96
MENINGITIS BACTERIANA	7	1	29	12	3.21	1.33
VARICELA	1000	603	4969	2400	281.76	136.13
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	-**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	-**
HEPATITIS VIRAL	14	15	71	64	8.28	7.46
PAROTIDITIS	-	-	-	-	-	-**
PALUDISMO IMPORTADO	-	-	-	1	0.07	0.07**
LEPTOSPIROSIS	-	1	2	5	2.56	6.41
SÍFILIS	28	55	121	196	14.75	23.90
BLENORRAGIA	103	107	429	431	46.16	46.40
INFECC. RESP. AGUDAS	112797	132013	567184	616717	53619.70	58321.76

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