



## BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO SEMANTAL

DIRECCIÓN NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA  
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Dirección Postal: Inst. "Pedro Kourí". Apartado Postal 601 Marianao 13. La Habana, Cuba  
e-mail: [ciipk@ipk.sld.cu](mailto:ciipk@ipk.sld.cu)

[ISSN- 2490626](#)

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

### Índice

<b>Hepatitis A en Santa Cruz, California.....</b>	<b>169</b>
<b>Vigilancia de complicaciones neurológicas y autoinmunes relacionado con virus del Zika...</b>	<b>170</b>
<b>Infección humana por el virus de la gripe aviar A(H7N9) – China.....</b>	<b>171</b>
<b>Expertos en SIDA estiman que la indetectabilidad del VIH ya no es clínicamente suficiente.....</b>	<b>173</b>
<b>Acerca del Boletín Epidemiológico Semanal. IPK.....</b>	<b>174</b>
<b>Tablas:.....</b>	<b>175</b>

### HEPATITIS A EN SANTA CRUZ, CALIFORNIA.

Santa Cruz, California: Aumento de casos de hepatitis A, según los funcionarios de salud del condado. El condado de Santa Cruz por lo general tiene 1-2 casos confirmados por año. En las últimas 7 semanas el condado ha recibido 9 casos confirmados.

Estos casos recientemente identificados comparten una o más de las siguientes características: consumo ilícito de drogas (inyección y no inyección), falta de vivienda y / o condiciones de vida densas. Es preocupante el hecho de que se han

producido brotes recientes, graves y generalizados de hepatitis A en poblaciones similares identificadas en otros condados (como el Condado de San Diego).

Se toman precauciones para evitar la propagación de la enfermedad como la vacunación en la comunidad para asegurar que las personas en riesgo, particularmente las personas sin hogar, tengan acceso a la vacuna contra la hepatitis A", dijo Arnold S Leff, MD, Oficial de Salud Pública del Condado. "

Fuente: [Outbreak News Today](#)

## VIGILANCIA DE COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS Y AUTOINMUNES RELACIONADO CON VIRUS DEL ZIKA.

### **Vigilancia de complicaciones neurológicas y autoinmunes**

Se orienta a todos los países o territorios donde sea posible la circulación del virus del Zika (ZIKV) que implementen o intensifiquen la **vigilancia de síndromes neurológicos en todos los grupos de edad**. Esta vigilancia puede establecerse bajo la modalidad de vigilancia sindrómica o bien vigilancia de casos, de base hospitalaria. De optarse por la vigilancia de casos habrá que definir que presentaciones clínicas serán sujetas a vigilancia. Se sugiere incluir el síndrome de Guillain-Barré, síndrome de Fisher, encefalitis, meningitis, meningoencefalitis.

### **Vigilancia de anomalías congénitas**

El objetivo de la vigilancia debe estar orientado a la detección de un incremento inusual de anomalías congénitas y cuando se detecte un brote, la vigilancia debe enfocarse en el seguimiento de la tendencia. Adicionalmente, debe proporcionar la base sobre la cual se realicen futuras investigaciones epidemiológicas.

#### **Detección de incremento inusual**

Para los países con sistema de vigilancia de anomalías congénitas establecido, se recomienda analizar la(s) base(s) de datos en la que se registren anomalías/trastornos neurológicos congénitos, con el objetivo de detectar algún incremento inusual.

Para los países sin sistema de vigilancia de anomalías congénitas, se recomienda la implementación de un sistema de detección de casos en establecimientos de atención de salud u hospitales. Como parte del establecimiento del protocolo de vigilancia es fundamental que se incluya una clara y

operativa definición de caso, así como la frecuencia y flujo de transmisión de datos (por ejemplo, desde el nivel local al regional y luego al nacional, de forma semanal o mensual).

Se deberá asegurar además los aspectos relacionados a la confidencialidad, la referencia y contra-referencia de casos cuando procede.

**La vigilancia basada en eventos** es una herramienta útil para la detección de condiciones o eventos inusuales. Por esa razón, se debe alentar a los profesionales de salud involucrados en las consultas de atención prenatal así como en la atención del recién nacido a que notifiquen todo evento inusual.

Microcefalia se define como una circunferencia craneana con 2 desviaciones estándar (DE) por debajo de la media para la edad y el sexo o aproximadamente menor que el tercer percentil.

Es importante señalar que no existen valores absolutos para definir la microcefalia, dado que varía según el sexo y la edad gestacional. Ver tablas de la OMS como instrumento de referencia para la valoración de la circunferencia craneana en recién nacidos de término así como también instrucciones para construir las tablas nacionales.

Para la valoración de recién nacidos prematuros deben considerarse otras referencias específicas para recién nacidos prematuros como las referencias de Fenton. Todo incremento de microcefalia u otro trastorno neurológico congénito debe ser analizado, investigado e informado a las autoridades de salud pública competentes.

### **Orientaciones para la notificación internacional**

Considerando la reciente introducción del virus Zika en las Américas y en beneficio de la vigilancia integrada de los arbovirus, se orienta a las autoridades nacionales de salud pública a informar a la OPS/OMS, a través de los canales establecidos por el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) sobre los casos confirmados por laboratorio de infección por virus del Zika que se registren en los países y territorios de la Región de las Américas.

Adicionalmente, y a fin de contribuir con el conocimiento de las posibles complicaciones y secuelas de este virus, la OPS/OMS solicita a los Estados Miembros que notifiquen todo incremento de síndromes neurológicos y síndrome

autoinmune (tanto en niños como en adultos) o un incremento en las anomalías congénitas en recién nacidos, que no puedan ser explicados por una causa conocida.

### **Medidas de prevención personal**

Cualquier persona que viaje o viva en zonas donde circula el virus del Zika, debe tomar las medidas necesarias para evitar la picadura de mosquitos. La OPS también tiene recomendaciones específicas para embarazadas que viven en áreas donde el virus está circulando, al igual que para las embarazadas que viven en áreas sin transmisión y que planean viajar a áreas donde está circulando el virus zika. Para estas últimas, se aconseja específicamente que consulten con su médico o proveedor de servicios de salud antes de viajar.

## **INFECCIÓN HUMANA POR EL VIRUS DE LA GRIPE AVIAR A(H7N9) – CHINA.**

Brotos epidémicos

8 de junio de 2017

El 19 de mayo de 2017, la Comisión Nacional de Salud y Planificación Familiar de China (CNSPF) notificó a la OMS 17 nuevos casos confirmados de infección humana por virus de la gripe aviar A(H7N9) en China. El 26 de mayo de 2017, la CNSPF notificó a la OMS nueve nuevos casos confirmados de infección humana por virus de la gripe aviar A(H7N9) en China.

### **Datos de los casos**

El 19 de mayo de 2017, la CNSPF notificó un total de 17 casos de infección humana por virus de la gripe aviar A(H7N9). Los síntomas aparecieron entre el 29 de abril y el 13 de mayo de 2017. De los 17 casos, 6 eran del sexo femenino. Las edades oscilaron entre los 30 y los 84 años (mediana de 56). Los casos se registraron en Anhui (1), Beijing (1), Chongqing (1), Hebei (6), Hunan (1), Jiangsu (1), Shaanxi (1), Shanxi (1), Shandong (2), Sichuan (1) y Zhejiang (1). Este es el primer caso registrado en Shanxi. Cuando se produjo la notificación, no se había producido ninguna defunción, y 15 casos habían

sido diagnosticados de neumonía (6) o neumonía grave (9). Dieciseis casos tenían antecedentes de exposición a aves de corral o a mercados de aves de corral vivas, y uno no tenía exposición conocida a aves de corral. No se notificaron conglomerados de casos.

El 26 de mayo de 2017, la CNSPF notificó nueve casos de infección humana por virus de la gripe aviar A(H7N9). Los síntomas aparecieron entre el 7 y el 24 de mayo de 2017. Los nueve casos eran del sexo masculino. Las edades oscilaron entre los 36 y los 74 años (mediana de 63). Los casos se registraron en Beijing (1), Hebei (1), Jiangsu (1), Shanxi (1), Shandong (1), Sichuan (3) y Zhejiang (1). Cuando se produjo la notificación, no se había producido ninguna defunción, y nueve casos habían sido diagnosticados de neumonía (2) o neumonía grave (7). Ocho casos tenían antecedentes de exposición a aves de corral o a mercados de aves de corral vivas, y uno no tenía exposición conocida a aves de corral. No se notificaron conglomerados de casos.

**Respuesta de salud pública**

Las autoridades nacionales y locales están tomando medidas, consistentes en:

- Seguir proporcionando orientaciones a las provincias para que refuercen la evaluación y las medidas de prevención y control.
- Seguir reforzando las medidas de control, en particular la gestión higiénica de los mercados de aves de corral vivas y el transporte entre regiones.
- Realizar investigaciones detalladas de las fuentes de infección como base para adoptar medidas eficaces de prevención y control.
- Seguir detectando y tratando de forma precoz los casos humanos de infección por virus de la gripe aviar A(H7N9) con el fin de reducir la mortalidad.
- Mantener las actividades de información y comunicación de los riesgos a la población para que adopte medidas de protección personal.
- Reforzar la vigilancia virológica para definir el alcance de la contaminación por el virus y sus mutaciones, a fin de proporcionar más orientaciones sobre la prevención y el control.

**Evaluación del riesgo por la OMS**

El número de infecciones humanas por virus de la gripe aviar A(H7N9) y su distribución geográfica en la quinta oleada epidémica (iniciada el 1 de octubre de 2016) son superiores a los de oleadas anteriores. Esto indica que el virus se está propagando y destaca la importancia de las medidas intensivas de vigilancia y control en los sectores humano y animal.

En la mayoría de los casos humanos la exposición al virus de la gripe aviar A(H7N9) se produce por contacto con aves de corral infectadas o entornos contaminados, en particular en mercados de aves de corral vivas. Como se sigue detectando el virus en animales y en el medio y se siguen vendiendo aves de corral vivas, son de prever nuevos casos humanos. Aunque ha habido pequeños conglomerados de casos humanos,

algunos de ellos en pacientes que han compartido habitación, los datos epidemiológicos y virológicos actuales indican que el virus no ha adquirido la capacidad de transmitirse de forma sostenida entre los seres humanos. Así pues, por el momento se considera improbable su propagación a nivel comunitario.

Para evaluar el riesgo y ajustar a tiempo las medidas destinadas a gestionarlo, es fundamental una observación estrecha de la situación epidemiológica y una mejor caracterización de los virus humanos más recientes.

**Consejos de la OMS**

La OMS aconseja a quienes viajen a países donde haya brotes conocidos de gripe aviar que eviten las granjas de aves, el contacto con animales en los mercados de aves vivas, la entrada en instalaciones donde se sacrifiquen aves de corral y el contacto con cualquier superficie que parezca estar contaminada por heces de aves de corral o de otros animales.

Los viajeros deben lavarse frecuentemente las manos con agua y jabón y prestar atención a la inocuidad y la higiene de los alimentos.

La OMS no recomienda la realización de exámenes especiales en los puntos de entrada ni la aplicación de restricciones a los viajes ni al comercio en relación con este evento.

Como siempre, habrá que pensar en el diagnóstico de infección por virus de la gripe aviar en pacientes que presenten síntomas respiratorios agudos graves durante viajes a zonas donde haya gripe aviar, o poco después de la vuelta de dichos viajes.

La OMS alienta a los países a que sigan reforzando la vigilancia de la gripe, en particular la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas graves; examinen cuidadosamente todos los casos inusuales para garantizar la notificación de las infecciones humanas de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005) y sigan con sus medidas nacionales de preparación sanitaria.

## EXPERTOS EN SIDA ESTIMAN QUE LA INDETECTABILIDAD DEL VIH YA NO ES CLÍNICAMENTE SUFICIENTE.

Tras 30 años de tratamientos antirretrovirales para el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), lograr una carga viral indetectable y un recuento alto de CD4 son objetivos clínicos necesarios, pero no suficientes. Como explicaron diferentes expertos en el curso para informadores que organizó **Gilead** recientemente, vivir con este virus, y tratarlo, supone un desafío por las comorbilidades que debutan con el paso del tiempo, junto a los tratamientos que acompañan al paciente desde su diagnóstico.

En Europa, la edad media de diagnóstico de sida es de 38 años para los hombres y 34 años para las mujeres, al tiempo que cerca del 30 % de unos y otras superan los 50 años de edad. Esto supone que cada paciente puede precisar tratamiento a lo largo de 3 o 4 décadas. Dicho tratamiento, en virtud de los avances terapéuticos, logra reducir la carga viral a niveles indetectables. Sin embargo, vivir todo ese tiempo, que les acerca o iguala a la esperanza de vida de la población general, plantea el reto de envejecer saludablemente, a pesar de la infección.

Según los expertos reunidos en el encuentro celebrado en la Asociación de la Prensa de Madrid, la vida expuesta al virus y los medicamentos utilizados para tratarlo pueden aumentar el proceso normal de envejecimiento. Concretamente, se calcula que en el año 2030, el 84 % de los pacientes seropositivos convivirán con diferentes comorbilidades. Con lo que se plantea un horizonte asistencial complejo en la Unión Europea, donde hay 2,3 millones de personas con VIH, de un total de 36,9 millones en todo el mundo.

Ante esa situación presente y futura, el doctor Ignacio Bernardino, especialista del área de Medicina Interna de la Unidad VIH del Hospital Universitario de La Paz de Madrid, consideró necesario anticiparse a dichas comorbilidades, en espera de que

llegue una cura definitiva para la infección por VIH. Mientras tanto, consideró imprescindible intervenir a edades más tempranas y cambiar el modelo de atención sanitaria, pasando del de agudos al de crónicos. De forma que se puedan cumplir los objetivos 90-90-90 de la OMS, en cuanto a lograr un 90 % de diagnósticos, un 90 % de tratamientos precisos y 90 % de virus indetectable en el conjunto de los pacientes.

El doctor Bernardino repasó las posibles comorbilidades que acechan al paciente con VIH. Empezó por las enfermedades cardiovasculares donde la persona seropositiva tiene mayor probabilidad de padecer hipertensión, angina de pecho, infarto de miocardio e insuficiencia arterial periférica. En relación al riñón, el doctor explicó que el 5 % de las personas con VIH tienen la función renal disminuida, frente al 1 % de la población general. En cuanto al hígado, el especialista informó que el 30 % de las personas con VIH tienen también hepatitis C. En su conjunto los pacientes seropositivos tienen 8 veces más posibilidades de padecer enfermedades hepáticas graves que el resto de los ciudadanos. De igual forma, el paciente con VIH multiplica por 2 su riesgo de padecer un cáncer no definitivo de sida, con un 12 % de probabilidad sobre el 6 % de la población general. Riesgos que aumentan en relación a cánceres de origen virológico o debido al tabaquismo. Igualmente, según Bernardino, existen trastornos neurodegenerativos derivados del VIH, y conocidos como HAND, con presencia en el 52-59 % de las personas infectadas. Cuadros mentales en los que habría que incluir los trastornos depresivos graves, que afectan al 26 % de los pacientes, sobre el 7 % de la población común.

Un escenario pluripatológico que se completa con una mayor propensión a las fracturas óseas, cifrada en un 50 % más de riesgo.

Por su parte, el coordinador de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, el doctor Antonio Antela, relacionó las comorbilidades del VIH con la destrucción del tejido linfoide del intestino y el fenómeno que denominó translocación bacteriana. Un problema que da carácter inflamatorio permanente a la enfermedad.

Completó las intervenciones el responsable de VIH en Gilead, Gregorio Díaz, quien destacó el compromiso de la industria farmacéutica por lograr un día la erradicación del sida con la mínima toxicidad. En ese camino, destacó los medicamentos *backbone*, o espinazo o columna vertebral de las terapias, por los grandes avances que suponen. [junio 14/2017 \(immedicohospitalario.es\)](http://junio14/2017(immedicohospitalario.es))

**!! Saludos y bienvenidos al Boletín Epidemiológico del IPK !!**

Este boletín se edita, semanalmente, en la Subdirección de Vigilancia Epidemiológica y es un producto del Instituto “Pedro Kourí” (IPK). Se elabora a partir de los datos proporcionados por las Direcciones Provinciales de Salud del país, acerca de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) como: Fiebre Tifoidea, Tuberculosis, Lepra, Meningitis Meningocócica, Tétanos, Sífilis, blenorragia, etc. Se incluyen datos actualizados acerca de la morbilidad, mortalidad, letalidad, etc. de enfermedades

relevantes en los momentos actuales. En nuestro Boletín Epidemiológico puede encontrar informaciones y noticias muy actualizadas acerca de lo más interesante sobre Epidemiología, VIH/SIDA y Medicina, en general, que llegan a las agencias de prensa internacionales. Se promocionan, además, cursos, eventos, talleres, etc. de las especialidades Biomédicas, que se llevarán a cabo en nuestro Centro y otros existentes en nuestro país.

**Enfermedades de Declaración Obligatoria: Tuberculosis.**  
**Número de casos en la semana y acumulados hasta: 03/06/17.**

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017 *
<b>PINAR DEL RIO</b>	-	-	13	8	3.75	2.00
<b>ARTEMISA</b>	-	-	1	2	0.39	0.78
<b>MAYABEQUE</b>	1	-	13	19	9.97	14.52
<b>LA HABANA</b>	4	8	63	95	7.88	11.86
<b>MATANZAS</b>	-	-	4	12	2.96	8.83
<b>VILLA CLARA</b>	1	-	18	23	7.00	8.96
<b>CIENFUEGOS</b>	-	-	3	6	1.22	2.43
<b>S. SPIRITUS</b>	1	1	8	17	3.86	8.19
<b>CIEGO DE AVILA</b>	-	2	14	21	10.15	15.15
<b>CAMAGÜEY</b>	-	-	8	9	2.35	2.65
<b>LAS TUNAS</b>	-	-	14	12	7.24	6.19
<b>HOLGUIN</b>	1	1	20	14	4.34	3.04
<b>GRANMA</b>	-	-	16	26	6.21	10.09
<b>SANTIAGO DE CUBA</b>	2	-	23	21	4.84	4.42
<b>GUANTANAMO</b>	1	-	7	6	2.13	1.83
<b>ISLA DE LA JUVENTUD</b>	-	-	-	1	1.18	1.18**
<b>CUBA</b>	11	12	227	292	5.24	6.74

**FUENTE:** EDO, PARTE TELEFONICO SUJETO A MODIFICACIONES

\* TASA ANUAL ESPERADA, AJUSTADA SEGÚN EL AÑO ANTERIOR.

\*\* LA TASA ESPERADA COINCIDE CON LA DEL AÑO ANTERIOR.

LA TASA ACUMULADA DEL AÑO ANTERIOR SE CALCULA EN BASE ANUAL.

**Algunos tipos de brotes notificados al SID. Cuba, hasta: 07/06/17.**

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Alimentos	8	5	122	116	1.09	1.03
Ciguatera *	1	-	4	8	0.04	0.07
Hepatitis viral **	-	-	2	1	0.02	0.01
EDA	-	-	5	1	0.04	0.01
IRA	1	3	10	22	0.09	0.20
Agua	-	-	4	2	0.04	0.02
Varicela	-	1	37	40	0.33	0.36

**Fuente:** Sistema de Información Directo. Tasa x 100 000 habitantes, acumulada y ajustada al período.

**Cuba, Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) Seleccionadas.**  
**Número de casos en la semana y acumulados hasta: 03/06/17.**

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	-	-	0.01	0.01**
SHIGELLOSIS	12	7	285	158	4.73	2.62
D. AMEBIANA AGUDA	-	1	1	9	0.07	0.64
TUBERCULOSIS	11	12	227	315	5.24	7.27
LEPRA	6	5	73	75	1.62	1.62
TOSFERINA	-	-	-	-	-	._**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	6364	8583	134314	109401	2571.66	2092.81
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	-	2	0.04	0.04**
MENINGOCOCCEMIA	-	-	2	4	0.02	0.04
TÉTANOS	-	-	-	1	-	._**
MENINGITIS VIRAL	107	85	1211	1349	36.87	41.04
MENINGITIS BACTERIANA	9	3	171	163	3.38	3.22
VARICELA	246	321	8921	8430	121.28	114.51
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	._**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	._**
HEPATITIS VIRAL	11	13	142	208	3.28	4.81
PAROTIDITIS	-	-	-	-	-	._**
PALUDISMO IMPORTADO	1	-	17	11	0.34	0.22
LEPTOSPIROSIS	-	1	27	19	0.61	0.43
SÍFILIS	112	100	2116	2235	44.53	47.00
BLNORRAGIA	84	58	1667	1372	31.58	25.97
INFECC. RESP. AGUDAS	123398	127217	2755383	2878781	58976.48	54976.87

**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**

<b>DIRECTOR:</b> Dr. Manuel E. Díaz González.	<b>JEFES DE INFORMACIÓN:</b>
<b>EDITOR:</b> DrC. Belkys Maria Galindo Santana.	<b>Dr. Salome Castillo Garcia (Epidemiologia)</b>
<b>PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO:</b> Téc. Irene Toledo Rodríguez	

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

Internet: <http://instituciones.sld.cu/ipk>