



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

ISSN- 2490626

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

Índice

Casos importados de Fiebre Hemorrágica de Crimea-Congo en Senegal.....	177
India reporta más de 300 casos de síndrome de la encefalitis aguda.....	179
Brote de hepatitis E en Níger afecta a mujeres embarazadas.....	179
Otra víctima por Fiebre de Lassa en Nigeria.....	180
Nuevas víctimas del dengue en Piura.....	180
Recibe Rino Rappuoli el premio por combatir la meningitis y la tosferina.....	180
Tablas:.....	183

CASOS IMPORTADOS DE FIEBRE HEMORRÁGICA DE CRIMEA-CONGO EN SENEGAL.

La fiebre hemorrágica de Crimea-Congo (CCHF, por sus siglas en inglés) es una fiebre hemorrágica viral. Es una enfermedad generalizada causada por un virus transmitido por garrapatas (Nairovirus) de la familia Bunyaviridae. La CCHF es endémica en toda África, los Balcanes, el Oriente Medio y en Asia al sur del paralelo 50 ° norte.

Las manifestaciones clínicas incluyen fiebre, mialgia, debilidad y signos hemorrágicos graves. La tasa de letalidad (CFR) es 3-30%. El virus circula en la naturaleza en los ciclos inaceptables de la verificación vertebral-vertebrada-enzootica. Se ha descrito una infección asintomática de CCHFV en numerosas especies de vertebrados y parece ser omnipresente tanto en animales salvajes como domésticos. Se

ha descrito una viremia asintomática de hasta 7-15 días en varias especies de animales vertebrados y el virus ha sido aislado del ganado y de los pequeños mamíferos.

Los primeros focos de CCHF se registraron por primera vez en 1944 en los Balcanes y en 1956 en África. El primer caso humano de CCHF en África Occidental fue identificado y confirmado serológicamente en Mauritania en 1983 en un paciente de Selibaby (región de Guidimakha).

Mauritania 2003

En 2003, se documentó el primer brote urbano de CCHF en Mauritania. Se registraron un total de 119 casos sospechosos con 24 casos confirmados de laboratorio y 29 muertes (24%). Entre los casos 35 fueron residentes de Nouakchott.

El caso índice fue una mujer embarazada de 30 años que se enfermó el 12 de febrero, después de matar una cabra. La paciente falleció el 18 de febrero de 2003. Infectó a otras 15 personas en el hospital (médico y enfermero que la examinó, una estudiante de enfermería, dos trabajadores de hospital en la sala de urgencias, 10 pacientes y visitantes del hospital) y cuatro miembros de su familia. En el mismo período, en Nouakchott de donde procedía el caso, se identificaron dos grupos y 11 casos aislados. Casi la mitad eran carniceros.

Mauritania 2017

El 9 de mayo de 2017, el Ministerio de Salud de Senegal notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) de dos casos importados de CCHF de Nouakchott, Mauritania.

El caso índice es una niña de 16 años que desarrolló dolor intenso en el oído izquierdo y dolor de cabeza intenso el 16 de abril de 2017, seguido de fiebre, epistaxis, hemorragia gingival, melena, metrorragia y hematemesis que implicó la admisión en un hospital. Se recogió una muestra de sangre y se realizó un análisis de PCR en el Laboratorio Nacional Referido de Mauritania. Como el resultado de la PCR fue negativo para VHF, el tratamiento se ha orientado a otras causas. La situación empeoró y el 29 de abril sus padres decidieron enviarla al Hospital Universitario Dantec de Dakar acompañada de su madre y otros tres familiares. La muestra de sangre se recogió el 04 de mayo y se probó en el Instituto Pasteur Dakar (IPD) que reveló negativo para la VHF por PCR y el resultado positivo para CCHF por ELISA el 05 de mayo.

Mientras tanto, el 19 de abril de 2017, su madre desarrolló fiebre, dolor de cabeza, dolores musculares y articulares, debilidad, equimosis, vómitos e insomnio mientras todavía estaba en Mauritania. La muestra de sangre se obtuvo el 06 de mayo y se probó positivo por ELISA para CCHF.

Se identificaron y siguieron 14 contactos estrechos (3 familiares, 2 pacientes que compartieron su habitación en el hospital, dos médicos, cuatro enfermeras y tres estudiantes). La investigación

epidemiológica estableció la presencia de ovejas con garrapatas en el medio familiar.

El 7 de junio de 2017, la OMS informó al Ministerio de Salud de Senegal de un nuevo caso confirmado de CCHF. La confirmación fue realizada por el Institut Pasteur Dakar (IPD). El caso es una mujer de 39 años de edad, de nacionalidad mauritana, que llegó a Dakar, Senegal por tierra (a través de Diami Dam) el 03 de junio de 2017 para el tratamiento posterior. La enfermedad comenzó el 27 de mayo de 2017 con fiebre, dolor epigástrico, hemorragia rectal y dolor lumbar por lo que buscó consultar en una enfermería cercana y recibió antipiréticos sin resultado. Fue admitida en el hospital militar de Nouakchott durante 4 días y luego salió. Pero debido a la persistencia de molestias, ella buscó consultar en una clínica privada en Nejah al día siguiente donde al examinar su sangre reveló trombocitopenia (número de plaquetas: 14.000). Se le aconsejó la transfusión de sangre, pero debido a la falta de disponibilidad de sangre compatible, la familia decidió llevarla a Senegal el 03 de junio.

Tras la confirmación de la enfermedad, el seguimiento de contacto se implementó inmediatamente. Se identificaron 15 contactos (2 médicos y 1 enfermera en el Hospital Militar, 1 médico y 1 enfermera en la Clínica de En-Nejah y 10 contactos cercanos del paciente Ent). En una investigación más a fondo, el caso se observa para ser una madre de cuatro niños que viven en Nouakchott en el Mechroue en el distrito del vecindario de Tayarett, Mauritania. La familia solía frecuentar el mercado de ganado para comprar y sacrificar sus ovejas.

La enfermedad se describió por primera vez en Crimea en 1944 y se le dio el nombre de fiebre hemorrágica de Crimea. En 1969 se reconoció que el patógeno causante de la fiebre hemorrágica de Crimea era el mismo que el responsable de una enfermedad identificada en 1956 en el Congo, y la vinculación de los dos nombres de lugar dio como resultado el nombre actual de la enfermedad y el virus.

INDIA REPORTA MÁS DE 300 CASOS DE SÍNDROME DE LA ENCEFALITIS AGUDA.

El síndrome de encefalitis aguda (AES) ha afectado a 313 personas, en su mayoría niños, también ha reportado 10 víctimas en Odisha hasta finales de mayo de este año [2017].

Históricamente Odisha es, el cuarto estado – después de Uttar Pradesh, Bengala Occidental y Assam – que ha registrado el número máximo de muertes debido a AES. Uttar Pradesh ha registrado el mayor número, 56 muertes, seguido por 49 en el BM y 32 en Assam. Aunque Tamil Nadu ha registrado el más alto en 401 casos, no se han reportado muertes en el estado del sur este año.

MM Pradhan dijo que la AES es una preocupación creciente en el país, ya que es una manifestación neurológica clínica causada por una amplia gama de virus, bacterias, hongos, parásitos, espiroquetas, productos químicos y toxinas.

“El manejo de AES incluyendo JE es esencialmente sintomático, es importante identificar los signos de alerta temprana y remitir a los pacientes a los centros de salud para el tratamiento y reducir la

morbimortalidad.” Los trabajadores de salud han sido educados para la primera línea de manejo de estos casos a nivel popular” él dijo.

Hay muchos virus causantes de AES para los cuales no hay vacunas ni medicamentos disponibles. En muchos casos, las personas afectadas con AES sufren de aspiración cerebral y edema, que se desarrollan como resultado de una reacción inflamatoria en el cerebro. Es difícil sobrevivir si tales casos no se tratan temprano.

El Departamento de Salud ha alertado a las personas para que sigan siendo prudentes, ya que la detección temprana y el tratamiento son dos métodos posibles para poner un control en AES.

Las autoridades sanitarias disponen de 10 laboratorios centinelas para el diagnóstico inmediato de muestras de sangre y planean capacitar a todos los especialistas en pediatría para tratar casos de encefalitis.

En 2016 hubo reporte de 1096 casos de AES y 115 fallecidos, de ellos 42 niños. La mayoría de los casos se reportaron en el distrito de Malkangiri.

BROTE DE HEPATITIS E EN NIGER AFECTA A MUJERES EMBARAZADAS.

El brote de hepatitis E declarado hace 2 meses en el sureste de Níger, afecta particularmente a las mujeres embarazadas.

De las 186 mujeres ingresadas en el principal centro de salud materno de la ciudad de Diffa, 34 murieron de complicaciones graves relacionadas con la enfermedad en el periodo del 2 de enero al 11 de junio de 2017]. De los 876 casos de

hepatitis E reportados hasta el 11 de junio la mayoría son desplazados y refugiados, 247.900 según las autoridades. El brote actual señala las malas condiciones de agua y saneamiento y la falta de instalaciones sanitarias adecuadas entre estas personas como causa principal de la propagación de la enfermedad.

Fuente: Einnews

OTRA VÍCTIMA POR FIEBRE DE LASSA EN NIGERIA.

Las autoridades del estado de Anambra, Nigeria, confirmaron una nueva víctima por fiebre de Lassa, el enfermo fue un estudiante de enfermería que murió el 19 de junio de 2017. Se monitorean 65 contactos. El Dr. Emmanuel Okafor, Director de Salud Pública informó que era un estudiante en una escuela privada de enfermería en Nkpor, al norte de Idemili. El caso anterior fue una mujer admitida en el hospital de enseñanza de la universidad de Chukwuemeka el 11 de junio del presente año, después fue trasladada inmediatamente al Hospital General, Irua, en Edo para confirmación del diagnóstico donde murió el 17 de junio.

“En el momento en que se confirmó que tenía fiebre de Lassa, iniciamos el rastreo de los contactos, a partir de ahora contamos con cerca de 65 que seguimos, 2 de ellos han desarrollado fiebre y sus muestras han sido llevadas a Irua. Y les hemos aconsejado sobre qué hacer para asegurarse de que no lo transfieran a sus seres queridos”, dijo el funcionario.

Los residentes también fueron instados a mantener su entorno limpio y mantener sus alimentos libres de ratas. Por otra parte, en mayo de 2017, otro caso murió de la enfermedad de la fiebre de Lassa en el Hospital Universitario de la Universidad de Calabar.

Fuente: 360nobs

NUEVAS VÍCTIMAS DEL DENGUE EN PIURA.

Perú, Piura: La Dirección Regional de Salud informó que se incrementan a 37 las muertes por dengue en lo que va del año. Los últimos tres casos son tres adultos mayores de la provincia de Morropón que recibían tratamiento en el Hospital Cayetano Heredia. Los fallecidos

corresponden a una mujer de 81 años, un hombre de 79 años y una paciente de 85 años procedentes de la provincia de Morropón y Talara.

Hasta la fecha se han reportado 8,263 casos confirmados.

Fuente: RPP

RECIBE RINO RAPPUOLI EL PREMIO POR COMBATIR LA MENINGITIS Y LA TOSFERINA.

El ‘padre’ de las vacunas modernas ha recibido esta semana el Premio Inventor Europeo 2017 por su lucha contra enfermedades como la meningitis y la tosferina. Veinticuatro meses después de que el microbiólogo Rino Rappuoli lanzara su vacuna contra la tosferina, la enfermedad era erradicada de su Italia natal. Era 1995. Unos años más tarde, el investigador hizo historia otra vez al desarrollar una vacuna contra el meningococo b, la bacteria responsable de un tipo de meningitis que había derrotado a los vacunólogos durante más de cincuenta años. Su tecnología transformó la inmunología y esta semana le ha valido el Premio Inventor Europeo 2017

en la categoría de Logro a toda una vida, entregado por la Oficina Europea de Patentes en Venecia.

“Las tecnologías disponibles no funcionaban contra el meningococo b. Todos, nosotros incluidos, habíamos fracasado durante los 90. No sabíamos cómo solucionar el problema”, recuerda Rappuoli. Entonces llegaron Craig Venter y la secuenciación del genoma humano: “Fue revolucionario, por primera vez podíamos leer las ‘huellas dactilares’ de un ser vivo. Pensamos que podíamos usar ese sistema para buscar algo en el genoma de la bacteria que no hubiéramos encontrado con los cultivos”.

Teníamos la vacuna del ébola en 1999, pero se quedó en el laboratorio. No se desarrolló porque dijeron que nadie la compraría.

Los cultivos de bacterias o virus habían sido la mejor arma de los investigadores desde la primera vacuna creada por Edward Jenner en el siglo XVIII hasta entonces. Los microorganismos se mataban o atenuaban para luego ser inyectados en el paciente y activar su respuesta inmune. Pero con el siglo XX surgieron la genómica y la informática: “Por primera vez podíamos empezar con los datos de un ordenador para luego desarrollar la vacuna a partir de ahí. Lo llamamos vacunología inversa”. El microbiólogo ya había sido pionero en la creación de las vacunas conjugadas, que contienen proteínas que estimulan el sistema inmunológico y su memoria.

La colaboración entre Rappuoli y Venter fue fructífera y la secuenciación del genoma del meningococo b mostró decenas de componentes útiles para crear una vacuna. “Medio año después de comenzar a trabajar con el genoma de la bacteria supimos que íbamos a hacer una vacuna. Supimos que teníamos una mina de oro en las manos”. El investigador no se equivocaba: “Desde el comienzo de la microbiología hasta ese momento se había descubierto una docena de proteínas. En seis meses teníamos 91”. Ninguna de ellas, asegura, hubiera sido descubierta con las tecnologías convencionales.

La vacunología inversa redujo mucho el tiempo de descubrimiento de nuevas vacunas: “Antes tardabas 15 años solo en el prototipo, hoy en un par de años está listo”. Rappuoli matiza que, sin embargo, el desarrollo es más largo que hace dos décadas por el incremento en las regulaciones que garantizan que estos medicamentos sean seguros.

El error del Ébola y la suerte del Zika

Jenner creó la primera vacuna de la historia, contra la viruela, a finales del siglo XVIII. Desde entonces muchas enfermedades han sido tachadas de la lista mientras otras siguen siendo un rompecabezas para los inmunólogos. “Todo es difícil si no sabemos lo suficiente o carecemos de la tecnología para hacerlo. El meningococo era imposible y ahora está hecho, así que es fácil. El VIH no es fácil porque no tenemos

la tecnología y la tuberculosis es de momento casi imposible porque no conocemos los mecanismos de acción del patógeno, así que necesitarán más investigación”, explica Rappuoli. “En el caso del zika, aunque era una enfermedad nueva, sabíamos cómo hacer la vacuna porque se parece a otros virus que ya la tienen”.

Rappuoli asegura que cada vez veremos más enfermedades emergentes y reemergentes —nuevas o que vuelven a ser una amenaza a pesar de haber sido controladas en el pasado—. Los motivos, según el investigador, son cuatro: el incremento de la población global, el aumento en su movimiento, la urbanización y el cambio climático.

Los antivacunas lo son porque gracias a las vacunas nunca han visto enfermedades como viruela, tétanos, difteria, poliomielitis...

“Hemos pasado en un siglo de ser 2.000 millones de personas a más de 7.000 millones. Esto implica más gente donde las bacterias pueden crecer y evolucionar, algo que hacen muy rápido, por lo que hay más posibilidades de que surjan nuevos patógenos”. Además, los aviones han ‘eliminado’ las distancias, por lo que un virus como el del síndrome respiratorio agudo grave (SARS) ha podido llegar desde su China natal hasta Canadá y EEUU.

En ese sentido, que la mitad de la población mundial viva en megaciudades no ayuda. “Ha cambiado cómo se transmiten los patógenos y no estamos preparados. El ébola aparecía en pequeñas aldeas africanas fáciles de aislar, pero en otros sitios es difícil contener estas enfermedades”. A esto hay que sumar que el aumento de las temperaturas por el cambio climático “trae los patógenos tropicales más y más al norte”.

Todos estos factores en combinación harán que, según Rappuoli, veamos más patógenos a nivel global. “Necesitamos una aproximación proactiva. Hoy en día esperamos a que pasen estas cosas y entonces nos entra el pánico y cuando terminan creemos que nunca volverán. Podemos prepararnos ya porque, si empezamos a hacer una vacuna cuando hay una emergencia, será tarde”.

Rappuoli sabe de lo que habla, pues vivió un ejemplo de cerca. “Teníamos la vacuna contra el ébola en 1999. Fui parte del grupo que discutió si lanzarla al mercado, pero se concluyó que nadie lo compraría, decían que nunca había sido un problema y que no podíamos desarrollar una vacuna para tres personas de una aldea. ‘No tendrá futuro’, dijeron. Esa vacuna se quedó en el laboratorio y nunca fue desarrollada. Cuando el ébola llegó, para cuando estuvo lista el virus ya se había ido. Era demasiado tarde. Es el mejor ejemplo de que si usamos la aproximación retroactiva nunca llegaremos a tiempo. Espero que hayamos aprendido esto del ébola”.

Antivacunas con mala memoria

Investigadores como Rappuoli han dedicado su vida a protegernos de enfermedades que no hace tanto tiempo mataban a millones de personas. Hoy, los movimientos antivacunas amenazan con su reaparición. Al sacar el tema, Rappuoli medita un momento qué decir a continuación. “La realidad es que la gente puede permitirse el lujo de ser antivacunas porque las vacunas han tenido mucho éxito. Hace un siglo la esperanza de vida en

Europa era de 47 años. La gente moría de difteria, tétanos, viruela y cólera”.

Estas enfermedades no se han ido y si dejamos de vacunar volverán. Podemos volver atrás y vivir otra vez 47 años.

El investigador considera que “el 99% de la gente que está en contra de las vacunas en realidad no lo está” y cree que todo es un problema de educación y mala memoria. “Los antivacunas lo son porque, gracias a las vacunas, nunca han visto estas enfermedades.

Nuestra esperanza de vida es de 85 años y lo dan por sentado, pero si vivimos 40 años más es porque hemos conquistado a estos microorganismos”.

“Esta es una de las conquistas más grandes que ha hecho el ser humano jamás. Somos la generación con más suerte que jamás ha habido en este planeta, la primera en tres millones de años que tiene el lujo de vivir 85 años. Hemos fracasado al comunicar y educar sobre esta conquista. Los jóvenes deben ser conscientes de que estos microorganismos no se han ido, quitando la viruela, y si dejamos de vacunar volverán. Podemos volver atrás y vivir otra vez 47 años”.

Enfermedades de Declaración Obligatoria: Hepatitis.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 10/06/17.

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017 *
PINAR DEL RIO	1	-	5	8	1.87	3.00
ARTEMISA	-	1	3	2	0.59	0.39
MAYABEQUE	-	-	1	7	2.89	20.14
LA HABANA	-	3	40	74	4.72	8.71
MATANZAS	-	-	8	5	2.11	1.31
VILLA CLARA	1	-	8	12	1.78	2.68
CIENFUEGOS	-	-	1	2	0.24	0.49
S. SPIRITUS	-	1	6	10	2.36	3.92
CIEGO DE AVILA	2	1	27	13	11.30	5.42
CAMAGÜEY	-	3	3	10	4.04	13.50
LAS TUNAS	-	-	7	16	3.71	8.47
HOLGUIN	-	2	10	32	2.60	8.33
GRANMA	-	1	8	7	2.63	2.30
SANTIAGO DE CUBA	1	1	17	22	3.99	5.16
GUANTANAMO	3	1	6	5	2.33	1.94
ISLA DE LA JUVENTUD	-	-	-	2	-	-**
CUBA	8	14	150	227	3.28	4.97

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: 14/06/17.

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Alimentos	6	13	128	129	1.14	1.15
Ciguatera *	-	1	4	9	0.04	0.08
Hepatitis viral **	-	-	2	1	0.02	0.01
EDA	-	-	5	1	0.04	0.01
IRA	3	4	13	26	0.12	0.23
Agua	-	1	4	3	0.04	0.03
Varicela	-	1	37	41	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: 10/06/17.

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	-	-	0.01	0.01**
SHIGELLOSIS	6	9	291	167	4.73	2.71
D. AMEBIANA AGUDA	-	1	1	10	0.07	0.71
TUBERCULOSIS	8	16	235	332	5.24	7.40
LEPRA	2	5	81	84	1.62	1.68
TOSFERINA	-	-	-	-	-	._**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	7294	7901	141608	117302	2571.66	2128.37
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	-	2	0.04	0.04**
MENINGOCOCCEMIA	-	-	2	4	0.02	0.04
TÉTANOS	-	-	-	1	-	._**
MENINGITIS VIRAL	142	93	1353	1442	36.87	39.26
MENINGITIS BACTERIANA	6	6	177	169	3.38	3.23
VARICELA	265	217	9186	8647	121.28	114.07
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	._**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	._**
HEPATITIS VIRAL	8	14	150	222	3.28	4.86
PAROTIDITIS	-	-	-	-	-	._**
PALUDISMO IMPORTADO	1	1	18	12	0.34	0.23
LEPTOSPIROSIS	2	1	29	19	0.61	0.40
SÍFILIS	111	111	2227	2346	44.53	46.87
BLenorragia	72	55	1739	1427	31.58	25.89
INFECC. RESP. AGUDAS	117509	116405	2996290	2802328	58976.48	55109.97

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 INFORMACIÓN:
EDITOR: DrC. Belkys Maria Galindo Santana.	Dr. Salome Castillo Garcia (Epidemiologia)
PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO: Téc. Irene Toledo Rodríguez	

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

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