



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO SEMANTAL

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- 2490626](#)

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

Índice

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Enfermedades tropicales desatendidas..... | 217 |
| Avances en vacunas y terapia inyectada, en la conferencia internacional del VIH..... | 222 |
| Tablas:..... | 223 |

ENFERMEDADES TROPICALES DESATENDIDAS.

Autores: Dra. Elba Cruz Rodriguez, Dra. Gisela Toledo Rodriguez, Dra. Maria del C. Mantecón Estrada, Dra. Noelvis Hernández Martínez, Dra. Marlovis Toledano Pérez, Lic. Angel Miguel German Almeida, Lic. Eduardo Piña Milan, Lic. Modesto Atencio Morales. Maestría en Epidemiología.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades tropicales desatendidas son por definición enfermedades endémicas de países cuyo ecosistema permite la existencia de reservorios y vectores que posibilitan el mantenimiento de ciclos vitales a veces muy complejos de microorganismos patógenos. Son llamadas "desatendidas" porque durante muchos años recibieron una atención insuficiente, lo cual hizo que millones de personas no tuvieran acceso a los tratamientos y la atención de salud como derecho humano. La OMS aborda las enfermedades tropicales desatendidas de forma agrupada por dos razones. En primer lugar, aunque médicamente distintas si se

consideran sus causas y sus efectos físicos, todas provocan discapacidad grave y deficiencias de por vida.

En segundo lugar, asociadas como están a la pobreza, tienden a solaparse geográficamente, aparecen juntas en las zonas donde el agua de bebida es insalubre o demasiado escasa para la higiene personal, el mal saneamiento, la precariedad de las viviendas y los insectos portadores de enfermedades constituyen problemas crónicos.

El hecho de considerarlas colectivamente es también importante para los programas de control, pues hay muchas personas que sufren simultáneamente dos o más de esas infecciones.

EPIDEMIOLOGÍA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que más de 1,000 millones de personas sufren una o más de estas enfermedades y viven en zonas con elevado riesgo de contraerlas. En América Latina y el Caribe, unos 200 millones de personas viven en la pobreza; 47 millones sobreviven con menos de 1 dólar estadounidense al día y otros 74 millones, con menos de 2 dólares, lo cual las hace más vulnerables a contraer alguna de las enfermedades infecciosas desatendidas. Varias de estas enfermedades también guardan relación estrecha con la falta de acceso a agua segura y saneamiento básico.

En 2012, el 12% de la población en las Américas que vivía en las zonas rurales no tenía acceso a agua inocua y el 25% no contaba con saneamiento básico adecuado. Esas carencias contribuyen a que actualmente las Américas representen el 8,8% de la carga global de las enfermedades infecciosas desatendidas. La OMS, en una perspectiva global, ha priorizado 17 enfermedades tropicales desatendidas, sin embargo diversos doctrinarios hablan de incluir más enfermedades por compartir similares características y corresponder a la actual política de lucha contra la inequidad.

Tabla 1. Enfermedades tropicales desatendidas.

| |
|---------------------------------------|
| 1. Dracunculosis (gusano de Guinea) |
| 2. Tripanosomiasis Americana (Chagas) |
| 3. Tripanosomiasis Africana |
| 4. Dengue |
| 5. Paludismo |
| 6. Leishmaniasis |
| 7. Lepra |
| 8. Filariasis Linfática |
| 9. Oncocercosis |
| 10. Esquistosomiasis |
| 11. Tétanos neonatal |
| 12. Tracoma |
| 13. Sífilis congénita |
| 14. Fascioliasis |
| 15. Geohelminthiasis |
| 16. Peste |
| 17. Rabia humana |

Fuente: OMS/OPS, 2014

La literatura muestra variaciones según el contexto en que se estudien estas enfermedades.

Algunos autores trabajan con datos sobre equinocosis, úlcera de buruli, trematodiasis de transmisión alimentaria,

micetonia, teniasis y cisticercosis. Aparte de las helmintiasis transmitidas por el suelo, que afectan a más de mil millones de personas, las seis enfermedades tropicales desatendidas con mayor prevalencia son las siguientes:

Esquistosomiasis: Más de 200 millones de personas están infectadas. De ellas, unos 120 millones son casos sintomáticos, y aproximadamente 20 millones presentan secuelas graves.

Filariasis linfática: Hay unos 120 millones de personas infectadas. La enfermedad es la segunda causa de discapacidad en el mundo.

Tracoma: Causante de ceguera, hay unos 80 millones de personas infectadas, de las cuales 6 millones han perdido la vista. Esta enfermedad es la principal causa infecciosa de ceguera en el mundo.

Oncocercosis: Alrededor de 37 millones de personas están infectadas, la inmensa mayoría en África. Además de causar problemas cutáneos graves, discapacidades visuales y ceguera, la enfermedad puede acortar hasta 15 años la esperanza de vida de los infectados.

Enfermedad de Chagas: Se estima en 13 millones las personas infectadas, principalmente en América Latina. La enfermedad ha aparecido en regiones que estaban libres de ella y en países sin historia de epidemias debido a las migraciones.

Leishmaniasis: Más de 12 millones de personas están infectadas en 88 países de África, Asia, Europa y América. La OMS estima en 350 millones las personas en riesgo, con 1,5 a 2 millones de nuevas infecciones cada año.

La forma más grave y rápidamente mortal de la enfermedad, la leishmaniasis visceral, se está revelando como una ominosa tendencia mundial.

SITUACIÓN ACTUAL EN CUBA

En Cuba, a pesar de tener un clima tropical húmedo, estas enfermedades no constituyen un problema de salud.

No obstante se vigilan fundamentalmente en viajeros y estudiantes procedentes de países endémicos.

Para el abordaje de algunas enfermedades desatendidas, nuestro país dispone de programas de salud establecidos como: lepra, dengue; paludismo, rabia, Infecciones de Transmisión Sexual(ITS) y de inmunización. por lo cual mantienen una baja prevalencia y muchas de ellas no existen en el país.

DETERMINANTES SOCIALES

Las enfermedades infecciosas están estrechamente relacionadas con los determinantes sociales de la salud, es decir, las circunstancias sociales y económicas en las que las personas nacen, viven y trabajan como resultado de la distribución inequitativa del poder y los recursos entre diferentes estratos socioeconómicos.

Dentro de los determinantes en salud resaltamos condiciones puntuales como:

Pobreza, aislamiento geográfico o de conflicto, condiciones ambientales deterioradas, familias con viviendas precarias y sin capacidad de satisfacer las necesidades de servicios básicos como agua saludable, saneamiento mejorado y educación integral.

Algunos datos bibliográficos todavía califican a América Latina y el Caribe como la región más inequitativa del mundo, con 29% de la población por debajo del umbral de pobreza.

REPERCUSIONES DE LAS ENFERMEDADES DESATENDIDAS

Las enfermedades tropicales desatendidas tienen un impacto enorme en las personas, las familias y las comunidades de los países en desarrollo. Se enlistan algunas de estas afectaciones:

- Costos elevados por asistencias médicas prolongadas.
- Empeoramiento de la pobreza, obstáculo al desarrollo socioeconómico.
- Estigmatización y discriminación social (algunas de estas enfermedades desfiguran e incapacitan a las personas afectadas).
- Pueden tener consecuencias mortales según el agente etiológico.
- Son capaces de producir brotes epidémicos con gran impacto social y económico.
- Se favorece la implantación de patógenos en otras latitudes, no las habituales (turismo como principal fuente de desplazamientos intercontinentales).
- Creciente discriminación ante los derechos humanos (el derecho a la salud requiere que se adopten medidas focalizadas para garantizar accesibilidad y buena calidad de los servicios de salud).

NUEVOS ENFOQUES ESTRATÉGICOS

En la 68.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas efectuada en Washington, D.C., EUA, 2016, el consejo directivo aprobó el Plan de Acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016 - 2022.

El comité insta a los estados miembros, a que apoyen la formulación de políticas, reglamentos y normas relacionadas con la salud, así como el desarrollo de capacidades con respecto a vigilancia, tamizaje, diagnóstico, atención y tratamiento.

Así como a la formulación de estrategias integradas para el suministro de agua potable, higiene y saneamiento básicos, condiciones mejoradas de vivienda, promoción de salud y educación sanitaria, control de vectores y salud pública veterinaria, basadas en enfoques intersectoriales, abordando los determinantes sociales de la salud para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Enfermedades infecciosas desatendidas; preguntas más frecuentes. Sitio OMS http://www.who.int/topics/tropical_diseases/qa/faq/es/index9.html
2. Cabezas-Sánchez, César. Enfermedades infecciosas desatendidas: un permanente reto para la salud pública y la equidad en el Perú. Rev. perú. med. exp. salud pública [online]. 2014, vol.31, n.2 [citado 2017-06-29], pp. 326-335. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000200021&Ing=es&nrm=iso>ISSN 1726-4634
3. Ault, Steven Kenyon et al. The road to elimination: an overview of neglected infectious diseases in Latin America and The Caribbean. Rev. perú. med. exp. salud pública [online]. 2014, vol.31, n.2 [citado 2017-06-29], pp. 319-325. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000200020&Ing=es&nrm=iso>ISSN 1726-4634

4. Farmer, Paul. Desigualdades sociales y enfermedades infecciosas emergentes. Pap. poblac [online]. 2000, vol.6, n.23 [citado 2017-06-29], pp.181-201. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252000000100009&lng=es&nrm=iso. ISSN 2448-7147.
5. Cabezas-Sánchez, C. Enfermedades infecciosas desatendidas en los trópicos [editorial] Rev Peru de Med Exp Salud Publica. 2014; 31(2).
6. Sanabria-Rojas, Hernán A. Ensayos clínicos en enfermedades infecciosas desatendidas en contexto de la globalización: enfoque ético y de derechos humanos. Acta méd. peruana [online]. 2015, vol.32, n.4 [citado 2017-06-29], pp. 235-240. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172015000400007&lng=es&nrm=iso. ISSN 1728-5917.
7. Fica C, Alberto et al. Neurocisticercosis: una enfermedad desatendida en Chile. Rev. chil. infectol. [online]. 2012, vol.29, n.1 [citado 2017-06-29], pp.72-81. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182012000100012&lng=es&nrm=iso. ISSN 0716-1018.
8. Leguizamón, M. A. (2012). A 101 años del primer caso de leishmaniosis visceral en las Américas. Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, 10(1).
9. Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022 sitio OMS: http://www.who.int/topics/tropical_diseases/qa/faq/es/index9.html
10. Tafur Gómez GA. Enfermedades tropicales desatendidas: Responsabilidad que nadie quiere cargar. Rev. DESLINDE 52 [online]. 2013, [citado 2017-06-29], pp.109-112. Disponible en: <http://cedetrabajo.org/wp-content/uploads/2013/04/20-Enferm1.pdf>.

AVANCES EN VACUNAS Y TERAPIA INYECTADA, EN LA CONFERENCIA INTERNACIONAL DEL VIH.

julio 30/2017 (diariomedico.com). Nuevos datos sobre los últimos estudios en candidatas vacunales y en tratamientos de acción prolongada protagonizaron la **IX Conferencia sobre Investigación en VIH (IAS 2017)**, en París.

Los últimos datos de un estudio en fase I/IIa con una nueva candidata vacunal han abierto la rueda de prensa oficial de la IAS, celebrada en París.

El estudio Approach ha evaluado a siete regímenes de vacunas con la estrategia de inducción-refuerzo (*prime booster*) y así han identificado una inmunización que se ensayó en un estudio preliminar en individuos susceptibles de infección por VIH; en concreto, incluyó a 393 adultos VIH-negativos y con bajo riesgo de contraer el virus en Estados Unidos, Ruanda, Uganda, Sudáfrica y Tailandia. Dan Barouch, de la Facultad de Medicina de Harvard, ha expuesto que los resultados de la inmunización son alentadores e invitan a pasar a una siguiente fase clínica. El régimen consiste en una vacuna que emplea como vector al serotipo 26 adenoviral (Ad26) para introducir antígenos mosaico. Este tipo de antígeno utiliza secuencias genéticas de diversas cepas del VIH circulantes en el mundo, para poder inducir una respuesta inmunológica frente a una variedad amplia de virus. El régimen que obtuvo mejor efecto contenía dos dosis de inducción (Ad26.Mos.HIV), seguidas de otras dos de refuerzo también con Ad26.Mos.HIV y la proteína gp140 adyuvada con aluminio.

Además de esta prometedora candidata vacunal, en la rueda de prensa oficial se han destacado otros estudios, de los cerca de 1700 trabajos seleccionados para esta conferencia en París. Sile Molloy, de la Universidad Saint George, de Londres, ha presentado los resultados del ensayo ACTA, que explora dos nuevas estrategias para tratar la meningitis por el hongo *Cryptococcus neoformans*, una enfermedad asociada a la infección por VIH que acaba con la vida de más de 100 000 personas cada año. El tratamiento estándar actual es la anfotericina más flucitosina durante dos semanas, pero a menudo no está disponible en países con dificultades económicas. Las dos nuevas terapias

propuestas podrían ser sostenibles en África y más eficaces que el fluconazol, que es el medicamento más utilizado en lugares con recursos limitados. Por un lado un abordaje corto (una semana) de inducción con una terapia basada en anfotericina, y por otro, terapia oral de altas dosis de fluconazol y flucitosina.

El ensayo ha incluido a 721 participantes con un primer episodio de meningitis criptocócica en Malawi, Zambia, Camerún y Tanzania. En el brazo de la anfotericina, los investigadores compararon fluconazol y flucitosina como tratamientos adyuvantes y encontraron que la flucitosina era superior. Los resultados del estudio mostraron que una semana de anfotericina más flucitosina y dos semanas de la combinación oral de fluconazol más flucitosina proporcionan un abordaje seguro, eficaz y sostenible.

Avances en el tratamiento inyectado

Otro trabajo, en fase IIB, desvela las posibilidades del tratamiento de acción prolongada mediante a administración de dos fármacos con inyecciones. En concreto, el estudio Latte-2 analiza la combinación inyectada del inhibidor de la integrasa cabotegravir y el inhibidor no nucleósido de la transcriptasa inversa rilpivirina (NNRTI), administrado como terapia de mantenimiento para los pacientes que ya han logrado la supresión de la infección viral. Joseph Eron, de la Universidad de Carolina del Norte, en Chapel Hill, expuso que los datos a 96 semanas, durante las cuales, se confirmó que el tratamiento se toleraba bien y alcanzaban altas tasas de respuesta virológica, independientemente de si las inyecciones eran una vez cada cuatro semanas o una vez cada ocho. Ahora, se evalúa el esquema de dos semanas de dosificación en estudios de fase III. Asimismo, en la rueda de prensa también se expusieron los resultados de una nueva encuesta en Suazilandia, el país con la mayor prevalencia del VIH en el mundo, que muestra el gran impacto nacional de los esfuerzos adicionales para prevenir y tratar el VIH. "Cada uno de los estudios que estamos destacando nos lleva un paso más cerca del final del VIH", ha dicho Linda-Gail Bekker, presidenta de la Sociedad Internacional de Sida (IAS) y del comité científico de la conferencia IAS 2017.

Enfermedades de Declaración Obligatoria: Hepatitis.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 15/07/17.

| PROVINCIAS | CASOS DE LA SEMANA | | CASOS ACUMULADOS | | TASAS ACUMULADAS | |
|----------------------------|--------------------|------|------------------|------|------------------|--------|
| | 2016 | 2017 | 2016 | 2017 | 2016 | 2017 * |
| PINAR DEL RIO | - | - | 6 | 9 | 1.87 | 2.81 |
| ARTEMISA | - | - | 3 | 2 | 0.59 | 0.39 |
| MAYABEQUE | - | 2 | 3 | 10 | 2.89 | 9.59 |
| LA HABANA | - | 3 | 51 | 84 | 4.72 | 7.76 |
| MATANZAS | - | - | 8 | 15 | 2.11 | 3.94 |
| VILLA CLARA | - | - | 9 | 14 | 1.78 | 2.78 |
| CIENFUEGOS | - | - | 1 | 2 | 0.24 | 0.49 |
| S. SPIRITUS | - | - | 8 | 11 | 2.36 | 3.24 |
| CIEGO DE AVILA | - | - | 36 | 14 | 11.30 | 4.37 |
| CAMAGÜEY | - | - | 5 | 12 | 4.04 | 9.72 |
| LAS TUNAS | - | - | 8 | 17 | 3.71 | 7.88 |
| HOLGUIN | - | 1 | 10 | 34 | 2.60 | 8.85 |
| GRANMA | - | - | 9 | 8 | 2.63 | 2.33 |
| SANTIAGO DE CUBA | - | 1 | 17 | 30 | 3.99 | 7.04 |
| GUANTANAMO | 2 | - | 9 | 5 | 2.33 | 1.29 |
| ISLA DE LA JUVENTUD | - | - | - | 2 | - | -.** |
| CUBA | 2 | 7 | 183 | 269 | 3.28 | 4.82 |

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: 19/07/17.

| TIPOS DE BROTES | SEMANAS | | BROTOS ACUMULADOS | | TASA ACUMULADA | |
|--------------------|---------|------|-------------------|------|----------------|------|
| | 2016 | 2017 | 2016 | 2017 | 2016 | 2017 |
| Alimentos | 4 | 3 | 154 | 156 | 1.37 | 1.39 |
| Ciguatera * | - | - | 8 | 13 | 0.07 | 0.12 |
| Hepatitis viral ** | - | - | 2 | 1 | 0.02 | 0.01 |
| EDA | - | - | 5 | 1 | 0.04 | 0.01 |
| IRA | 2 | 2 | 18 | 44 | 0.16 | 0.39 |
| Agua | - | - | 5 | 6 | 0.04 | 0.05 |
| Varicela | - | - | 38 | 42 | 0.34 | 0.37 |

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: 15/07/17.

| ENFERMEDADES | EN LA SEMANA | | ACUMULADOS | | TASAS | |
|------------------------|--------------|--------|------------|---------|----------|----------|
| | 2016 | 2017 | 2016 | 2017 | 2016 | 2017* |
| FIEBRE TIFOIDEA | - | - | - | - | 0.01 | 0.01** |
| SHIGELLOSIS | 8 | 4 | 349 | 212 | 4.73 | 2.87 |
| D. AMEBIANA AGUDA | - | 1 | 2 | 13 | 0.07 | 0.46 |
| TUBERCULOSIS | 8 | 10 | 293 | 392 | 5.24 | 7.01 |
| LEPRA | 1 | 3 | 99 | 102 | 1.62 | 1.67 |
| TOSFERINA | - | - | - | - | - | ._** |
| ENF. DIARREICAS AGUDAS | 6184 | 5480 | 177768 | 149611 | 2571.66 | 2162.42 |
| M. MENINGOCÓCCICA. | - | - | 1 | 3 | 0.04 | 0.13 |
| MENINGOCOCCEMIA | - | - | 2 | 4 | 0.02 | 0.04 |
| TÉTANOS | - | - | - | 1 | - | ._** |
| MENINGITIS VIRAL | 108 | 85 | 1934 | 1885 | 36.87 | 35.91 |
| MENINGITIS BACTERIANA | 4 | 7 | 209 | 194 | 3.38 | 3.14 |
| VARICELA | 96 | 93 | 9914 | 9437 | 121.28 | 115.35 |
| SARAMPIÓN | - | - | - | - | - | ._** |
| RUBÉOLA | - | - | - | - | - | ._** |
| HEPATITIS VIRAL | 2 | 7 | 183 | 264 | 3.28 | 4.73 |
| PAROTIDITIS | - | - | - | - | - | ._** |
| PALUDISMO IMPORTADO | 1 | - | 23 | 13 | 0.34 | 0.19 |
| LEPTOSPIROSIS | 3 | - | 34 | 22 | 0.61 | 0.40 |
| SÍFILIS | 73 | 106 | 2676 | 2820 | 44.53 | 46.89 |
| BLenorragia | 65 | 66 | 2096 | 1717 | 31.58 | 25.84 |
| INFECC. RESP. AGUDAS | 116248 | 132017 | 3603791 | 3451831 | 58976.48 | 56439.74 |

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.

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>