



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

Neisseria gonorrhoeae con resistencia a las cefalosporinas de espectro extendido.....	25
Estados Unidos: aumentan a 53 los niños muertos por la epidemia de influenza.....	28
El virus del Nilo Occidental puede provocar muerte fetal.....	29
Nicaragua, Matagalpa: reportan 11 casos de leishmaniosis en lo que va del año.....	30
Tablas:.....	31

NEISSERIA GONORRHOEAE CON RESISTENCIA A LAS CEFALOSPORINAS DE ESPECTRO EXTENDIDO.

Ante el número creciente de infecciones por *Neisseria gonorrhoeae* con resistencia a las cefalosporinas de espectro extendido, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recomienda a los Estados Miembros fortalecer la vigilancia y la capacidad de diagnóstico de laboratorio para apoyar la detección de casos, proporcionar el tratamiento indicado e identificar las poblaciones en alto riesgo. Además, recuerda que la prevención y el manejo adecuado de casos constituyen la medida esencial para mitigar la resistencia a los antimicrobianos.

Antecedentes

La gonorrea es considerada como una de las infecciones de transmisión sexual (ITS) priorizadas, que requiere una acción global para su control debido a su extraordinaria capacidad para desarrollar resistencia a casi todos los antibióticos que se utilizan para el

tratamiento de primera línea. Los antibióticos tales como sulfanilamida, penicilina, tetraciclinas, macrólidos (por ejemplo, eritromicina) y fluoroquinolonas son actualmente poco recomendables para el tratamiento de la gonorrea por la alta prevalencia de cepas gonocócicas que son resistentes a estos antibióticos.

De acuerdo a los datos de la Red de Vigilancia de Antimicrobianos de América Latina, entre 2005 y 2015 se notificaron altos niveles de resistencia a tetraciclina, penicilina y ciprofloxacina en países de América Latina.

Las cefalosporinas de espectro extendido son actualmente la última línea de antibióticos disponibles recomendados para el tratamiento monoterápico de la gonorrea. Por lo tanto, se necesita de manera urgente prevenir y controlar su resistencia para que la gonorrea se mantenga como una infección tratable.

Resumen de la situación en las Américas

En las Américas, los primeros casos de infecciones por *Neisseria gonorrhoeae* (*N. gonorrhoeae*) resistente a la ceftriaxona se notificaron en 2007. Desde entonces y hasta octubre de 2017, Argentina, Brasil, Canadá y los Estados Unidos identificaron infecciones por este microorganismo.

En 2014 **Argentina** aisló *N. gonorrhoeae* resistente a ceftriaxona y cefixima en un hombre sin condición clínica subyacente ni antecedentes de viaje recientes. Los aislamientos con sensibilidad disminuida y resistencia a cefalosporinas de espectro extendido han aumentado de 2.3% a 7.9% entre 2011 y 2015, la mayoría de ellos pertenecían al tipo de secuencia ST1407 o genotipos estrechamente relacionados. Este tipo de secuencia se asoció con fallas en el tratamiento ofrecido en muchos países, así como con aislamientos con alto nivel de resistencia en Francia y España.

En 2007 **Brasil** notificó un total de 7 aislamientos resistentes a la ceftriaxona.

En 2017 **Canadá** identificó un aislamiento de *N. gonorrhoeae* resistente a ceftriaxona en una mujer asintomática. Los datos epidemiológicos y genómicos sugirieron el vínculo con Asia. La cepa fue resistente a ceftriaxona, cefixima, ciprofloxacina y tetraciclina y sensible a azitromicina.

En los **Estados Unidos** fueron notificados 8 aislamientos de *N. gonorrhoeae* como resistentes a la azitromicina. En 2016 Hawái informó sobre cinco aislamientos que presentaron una menor sensibilidad a ceftriaxona. En 2014 Puerto Rico informó sobre un aislamiento de *N. gonorrhoeae* con un alto nivel de resistencia a ceftriaxona.

Aunque en los últimos años algunos países han informado de un alto nivel de resistencia a azitromicina y una menor sensibilidad a ceftriaxona, el tratamiento doble con ceftriaxona y azitromicina sigue siendo efectivo en todo el mundo. En 2014 se reportó un caso de fracaso al tratamiento dual en Inglaterra.

Recomendaciones para las autoridades nacionales

Debido a que la resistencia a los antimicrobianos está aumentando

globalmente y últimamente en la Región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud recomienda a sus Estados Miembros implementar acciones de prevención y control para contener la propagación de cepas de *N. gonorrhoeae* resistentes a cefalosporinas de espectro extendido.

La prevención y el manejo adecuado de casos de gonorrea tienen un impacto, tanto en la reducción de la carga de la gonorrea como en la mitigación de la resistencia.

A continuación se presentan orientaciones para las autoridades de salud en los ámbitos de la vigilancia epidemiológica, capacidad de laboratorio, manejo clínico y comunicación de riesgo.

Vigilancia epidemiológica

La vigilancia epidemiológica es un componente clave de las estrategias nacionales de prevención y control de la resistencia a los antimicrobianos y debe fortalecerse, junto con la capacidad de laboratorio, para apoyar la detección de infecciones asintomáticas y fallas de tratamiento, así como para identificar comunidades y poblaciones de alto riesgo.

Como parte del fortalecimiento de la vigilancia se recomienda:

- Monitorear la resistencia a los gonococos a nivel nacional a través de una fuerte colaboración entre los programas nacionales de VIH/SIDA/ITS y los laboratorios nacionales de referencia.
- Desarrollar estrategias para la detección de infecciones asintomáticas entre los grupos de riesgo y la población vulnerable y de acuerdo con el contexto local, establecer los criterios para definir los casos de fallas de tratamiento
- Establecer que cuando se detecta una falla en el tratamiento, se tomen muestras para cultivo y se realicen las pruebas de sensibilidad antimicrobiana.
- Enviar las cepas que presenten resistencia a cefalosporinas de espectro extendido para su confirmación a un laboratorio de referencia y ante cualquier sospecha de fracaso del tratamiento informar rápidamente a los funcionarios de salud local para garantizar una respuesta rápida.

- Notificar al Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) toda detección local de *gonorrhoeae* resistente a cefalosporinas de espectro extendido y de acuerdo a los resultados de la evaluación de riesgo – Anexo 2 del RSI-, notificar al Punto de Contacto Regional de la OMS para el RSI

Capacidad de laboratorio

- Fortalecer la capacidad nacional de laboratorio a través del aseguramiento de la calidad y el uso de cepas de referencia de la OMS ⁽¹⁶⁾.
- Monitorear la disminución de la sensibilidad a las cefalosporinas de espectro extendido, determinando la concentración mínima inhibitoria.
- Mejorar, en la medida de lo posible, la vigilancia y el conocimiento mediante la participación en estudios moleculares nacionales o regionales y la determinación de los mecanismos de resistencia a las cefalosporinas de espectro extendido.

Manejo clínico

- Realizar la decisión de tratamiento en base a la epidemiología local de la resistencia a los antimicrobianos. Los médicos, deben actualizarse constantemente sobre las recomendaciones de tratamiento gonocócico, a medida que evolucionan, debido a los cambios muy dinámicos en los patrones de resistencia a los antimicrobianos.
- Elegir la monoterapia (ceftriaxona, cefixima o espectinomicina) en base a los datos de resistencia local. Sin embargo, en entornos que no cuentan con datos locales de la vigilancia de la resistencia antimicrobiana de calidad asegurada, se recomienda la terapia dual (ceftriaxona más azitromicina o cefixima más azitromicina).
- Ante la sospecha de falla del tratamiento, reiniciar el tratamiento del

paciente con el régimen local recomendado, a menos que se descarte la reinfección. Las muestras clínicas deben obtenerse antes del retratamiento y deberán ser enviadas al laboratorio para el diagnóstico de microbiología y la realización de la prueba de sensibilidad.

- Volver a tratar, de acuerdo con las recomendaciones de la OMS ⁽¹⁷⁾, a los pacientes con fracaso terapéutico confirmado.
- Priorizar el seguimiento de los contactos sexuales y la evaluación clínica en los casos de falla de tratamiento y cuando los aislamientos demuestren una menor sensibilidad a las cefalosporinas.
- Recomendar a los pacientes tratados por gonorrea que practiquen relaciones sexuales más seguras para evitar la transmisión de ITS. Todas las personas que reciben un diagnóstico de gonorrea deben someterse a pruebas para detectar otras ITS, como clamidia, sífilis y VIH.
- Consultar con un especialista en enfermedades infecciosas para decidir las opciones de tratamiento cuando una mujer embarazada está infectada con *gonorrhoeae* resistente a las cefalosporinas de espectro extendido.

Comunicación de riesgo

Promover la sensibilización/concientización pública sobre este tema y promover prácticas de relaciones sexuales más seguras para prevenir las ITS.

Informar a los trabajadores de la salud, las instituciones y las organizaciones no gubernamentales que trabajan en la prevención y control de las ITS sobre los riesgos asociados con *gonorrhoeae* resistente a las cefalosporinas de espectro extendido.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud

ESTADOS UNIDOS: AUMENTAN A 53 LOS NIÑOS MUERTOS POR LA EPIDEMIA DE INFLUENZA.

2 de febrero de 2018. La epidemia de influenza en Estados Unidos, considerada la más severa de los últimos años, ha causado ya la muerte de 53 niños en todo el país, informaron hoy los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

La mayoría de las muertes (27) se han presentado en el sureste y la costa oeste del país, según las últimas cifras de las autoridades sanitarias, que incluyen datos hasta el pasado 27 de enero.

Los CDC señalaron que aproximadamente la mitad de esos niños aparentemente estaban sanos y no presentaban alguna vulnerabilidad especial a esta enfermedad viral.

El informe detalla 16 muertes más de niños en la última semana reportada, la décima de la temporada de influenza, que suelen durar de once a veinte semanas. La enfermedad por lo general alcanza su pico en febrero.

La última vez que el país enfrentó esta cantidad de muertes semanales fue en 2014-15, señaló el Centro Nacional para Inmunización y Enfermedades Respiratorias.

En esa temporada murieron 148 menores de edad debido a la influenza, mientras que los dos años siguientes las cifras fueron de 92 y 110, respectivamente.

En cuanto a los adultos, los CDC no saben exactamente cuántas personas mueren de influenza estacional cada año, porque los estados no están obligados a informar los casos de mayores de 18 años de edad a la agencia. Además, entre otras razones, la influenza estacional no aparece con

frecuencia en los certificados de defunción de las personas que mueren por complicaciones relacionadas con la influenza.

Durante la primera semana de 2018 se confirmaron siete muertes infantiles más relacionadas con la epidemia de influenza, que supera en gravedad las temporadas 2012-2013 y 2014-2015, años en los que la temporada alcanzó la categoría más severa.

Una de cada 14 visitas a consultorios y clínicas fue por fiebre, tos y otros síntomas de la influenza. Es el nivel más alto desde la pandemia de influenza A(H1N1) en 2009.

Según los CDC, la actual temporada de influenza está dominada por la cepa A(H3N2), para la que la vacuna se ha mostrado menos eficaz que en años anteriores.

Las autoridades sanitarias han señalado que 2018 es el primer año en más de una década en el que todo el país está lidiando con un gran número de casos de influenza al mismo tiempo. La semana pasada, 42 estados registraron un alto número de casos de influenza, en comparación con 39 del reporte previo.

La elevada cifra de casos en la temporada también ha incidido en forma adversa en algunos suministros médicos, como bolsas para intravenosas y antigripales.

Las hospitalizaciones por esta enfermedad también se incrementaron. La actual tasa de hospitalización rebasó la de la temporada invernal 2014-2015, cuando la vacuna mostró poca eficacia frente a la enfermedad, según los CDC. Fuente: EFE

EL VIRUS DEL NILO OCCIDENTAL PUEDE PROVOCAR MUERTE FETAL.

31 de enero de 2018. El virus del Nilo Occidental, que se transmite por la picadura de un mosquito, puede causar daño cerebral e incluso la muerte del feto, al igual que el virus Zika.

Una investigación llevada a cabo con ratones y tejidos humanos concluyó que este virus puede transmitirse durante el embarazo y provocar abortos inesperados, lo que sugiere que el virus Zika puede no ser el único con esta capacidad.

No obstante, los investigadores reconocieron que aún no hay certeza de lo que sucede exactamente cuando las mujeres embarazadas están infectadas con el virus del Nilo Occidental.

Los hallazgos sugieren que es posible que los virus relacionados con el Zika, como el del Nilo Occidental, presenten el mismo riesgo para los fetos en desarrollo que el Zika.

El virus Zika atrajo la atención mundial a partir de 2015, cuando surgieron informes de un brote en Brasil y la alarma aumentó cuando se determinó que este virus podía provocar que los bebés nacieran con microcefalia.

Durante una investigación paralela sobre el virus Zika, se descubrieron algunos informes que sugieren que el virus del Nilo Occidental también podría transmitirse de madre a hijo durante la gestación, causando

defectos de nacimiento, algo que nadie había probado rigurosamente hasta ahora.

El equipo decidió averiguar si el virus del Nilo Occidental y otros virus relacionados, como el Powassan, podrían causar daño cerebral y muerte fetal similares. Para ello, se inyectó uno de los cuatro virus analizados a ratones hembras recientemente embarazadas y luego se examinaron las placentas y los fetos.

Los niveles de virus del Nilo occidental eran de 23 a 1.500 veces más altos que los de los otros tres virus en las placentas, y de 3.000 a 16.000 veces más altos en las cabezas de los ratones recién nacidos.

También se encontró que aproximadamente la mitad de los fetos cuyas madres estaban infectadas con el virus del Nilo Occidental o del Powassan, que es transmitido por garrapatas, murieron en los primeros 12 días de la infección, mientras que no murieron fetos de madres infectadas con los virus Chikungunya o Mayaro.

Luego se infectaron placentas humanas con uno de los cuatro virus o virus Zika.

El virus del Nilo Occidental afecta a miles de personas cada año en Estados Unidos y alrededor de 1.000 desarrollan cada año infecciones cerebrales potencialmente mortales que pueden causar problemas neurológicos persistentes. Fuente: Science Translational Medicine

NICARAGUA, MATAGALPA: REPORTAN 11 CASOS DE LEISHMANIOSIS EN LO QUE VA DEL AÑO.

30 de enero de 2018. El 29 de enero, el Sistema Local de Atención Integral en Salud (SILAIS) confirmó un caso de leishmaniosis en una niña residente en La Estrellita, por lo que suman 11 casos positivos de la enfermedad, tanto ahí como en la vecina comunidad El Tepeyac, ambas al norte de la ciudad de Matagalpa, en los límites con los municipios de San Ramón y El Tuma-La Dalia. De estos casos, cuatro son niños y siete adultos. Según el Mapa de Padecimientos de Salud, publicado por el Ministerio de Salud en 2016, se registraron 5.393 casos de leishmaniosis, que dejaron una tasa de fallecimientos de 8,52%, mientras que el año pasado la cifra disminuyó, al contabilizarse 4.338 casos confirmados con una tasa de fallecimientos de 6,78%. El Dr. Jorge Isaac Neira Cuadra, especialista en dermatología, detalló que “las zonas endémicas están limitadas al norte de Matagalpa, en las zonas montañosas, Jinotega, Nueva Segovia, y las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Norte y de la Costa Caribe Sur”.

Realizando fumigaciones aun en las espesas montañas, además de otras actividades para promover la higiene, el Ministerio de Salud pretende erradicar el flebótomo, un insecto comúnmente llamado ‘papalomoyo’ y cuya picadura es el medio de transmisión de la leishmaniosis. Es la primera vez que el SILAIS detecta un brote de leishmaniosis en el municipio de Matagalpa, aunque las autoridades descartaron que la enfermedad pueda propagarse hacia la ciudad de Matagalpa. “Nos alarmó en este mes, porque realmente teníamos reportes de casos de leishmaniosis, pero eran ‘importados’, porque venían personas afectadas de Bocay (Jinotega); Waslala (Región Autónoma de la Costa Caribe Norte), pero no habíamos tenido casos propios del municipio”, comentó Javier Herrera, epidemiólogo del SILAIS en el municipio de Matagalpa.

“Ya se han realizado dos fumigaciones, y esperamos que con esta actividad van a disminuir los casos. Se hicieron en toda la circunscripción de El Tepeyac y La Estrellita, con el objetivo de que la enfermedad no se propague a Las Nubes 3 o a La Cumplida”, señaló Herrera.

Sin embargo, Jorge Neira señala que la fumigación es adecuada pero no evita la transmisión de la enfermedad. “Las jornadas de fumigación se realizan dentro de las casas, pero no en el bosque, recordemos que si el padre de familia o el hijo van al monte, le pica el flebótomo vector y es susceptible a la leishmaniosis”, añadió.

Encuentros con la comunidad

Como parte de las acciones para controlar el brote, el Ministerio de Salud se ha reunido con los pobladores de esas comunidades, explicándoles sobre la enfermedad y las lesiones que provoca, orientándoles que mantengan la limpieza alrededor de las casas, que cuando vayan a sus labores agrícolas usen camisas con mangas largas, entre otras medidas de prevención.

Además, las autoridades han entregado mosquiteros para que los habitantes de esas zonas puedan dormir protegidos del flebótomo.

Herrera explicó que las afectadas son comunidades donde “hay montañas espesas, que es donde prospera este insecto. Prefiere la zona selvática y fresca, y por eso no creemos que pueda pasar más para acá, como en Santa Emilia, que es un poco más cálido”.

Entre 20 y 30 casos por año

En el municipio de Matagalpa, según Javier Herrera, antes se registraban entre 20 y 30 casos de leishmaniosis por año, pero todos en personas que, por motivos laborales, iban a otros municipios y volvían afectados por la enfermedad. Fuente: Mosaico CSI (Nicaragua)

Enfermedades de Declaración Obligatoria: Varicela
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 27/01/18

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017 *
PINAR DEL RIO	25	27	89	84	142.92	135.01
ARTEMISA	16	14	42	67	98.60	156.31
MAYABEQUE	3	12	21	32	70.09	106.50
LA HABANA	46	88	112	307	100.38	274.85
MATANZAS	9	22	54	65	88.97	106.51
VILLA CLARA	40	36	118	112	179.98	171.34
CIENFUEGOS	27	12	66	43	169.67	110.12
S. SPIRITUS	16	38	46	109	159.70	378.08
CIEGO DE AVILA	9	12	30	35	80.56	93.59
CAMAGÜEY	26	30	68	89	105.20	138.12
LAS TUNAS	11	17	47	58	205.68	253.38
HOLGUIN	23	15	65	93	98.67	141.30
GRANMA	13	13	60	48	92.76	74.22
SANTIAGO DE CUBA	53	30	163	86	157.53	83.18
GUANTANAMO	9	17	31	45	70.47	102.42
ISLA DE LA JUVENTUD	16	4	26	13	246.29	123.36
CUBA	342	387	1038	1286	120.28	148.92

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: 31/01/18.

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Alimentos	5	4	7	11	0.06	0.10
Ciguatera *	-	-	1	-	0.01	-
Hepatitis viral **	-	-	-	-	-	-
EDA	-	-	-	-	0.00	0.00
IRA	1	1	3	3	0.03	0.03
Agua	-	-	1	-	0.01	-
Varicela	1	2	4	4	0.04	0.04

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: 27/01/18.

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	-	-	0.00	0.00**
SHIGELLOSIS	9	7	33	28	3.45	2.93
D. AMEBIANA AGUDA	-	-	-	1	0.18	0.18**
TUBERCULOSIS	18	15	47	40	5.77	4.91
LEPRA	2	3	8	11	1.68	2.31
TOSFERINA	-	-	-	-	0.01	0.01**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	4434	5238	16536	17503	2360.10	2496.46
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	-	-	0.09	0.09**
MENINGOCOCCEMIA	-	-	-	-	0.05	0.05**
TÉTANOS	-	-	-	-	0.02	0.02**
MENINGITIS VIRAL	62	27	210	124	28.62	16.89
MENINGITIS BACTERIANA	8	11	35	18	3.17	1.63
VARICELA	342	387	1038	1286	120.28	148.92
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	._**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	._**
HEPATITIS VIRAL	5	4	17	20	3.79	4.45
PAROTIDITIS	-	-	-	0.05	0.05	0.05**
PALUDISMO IMPORTADO	-	-	3	1	0.19	0.06
LEPTOSPIROSIS	1	3	5	8	0.77	1.24
SÍFILIS	98	103	294	282	45.27	43.39
BLENORRAGIA	74	57	190	167	25.90	22.75
INFECC. RESP. AGUDAS	138294	144580	468164	477441	56055.23	57127.92

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.	
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>