



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- 2490626](#)

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

Índice

Cólera en Mozambique.....	41
Cólera en Tanzania.....	42
Influenza A H3N2 - EEUU: (03) aumento de muertes y casos, baja eficacia vacunal.....	42
El brote de Fiebre de Lassa en Nigeria continúa.....	44
Terapia genética alienta esperanzas en la lucha contra VIH.....	44
Tablas:.....	47

CÓLERA EN MOZAMBIQUE.

El 27 de octubre de 2017, el Ministerio de Salud de Mozambique notificó a la OMS un brote de cólera. Del 14 de agosto de 2017 al 11 de febrero de 2018, se informaron 1 799 casos y una muerte por cólera (tasa de letalidad = 0,06%) en dos provincias: Nampula (1 580 casos) y Cabo Delgado (219 casos). Es probable que no se reporten la totalidad de casos y muertes. Este brote ha sido confirmado por pruebas de diagnóstico rápido y por cultivo.

El brote comenzó en el distrito de Memba, en la provincia nororiental de Nampula, y se extendió al distrito de Erati. Hasta el 19 de noviembre el brote se había extendido a otros dos distritos en la misma provincia (Nacaroa y la ciudad de Nampula).

La incidencia de casos alcanzó su punto máximo a mediados de noviembre con 252 casos informados en una semana; este pico

fue seguido por una disminución rápida en los casos informados. Desde finales de diciembre de 2017 se ha observado un lento aumento en el número de casos notificados. El 5 de enero de 2018 se notificaron los primeros casos en la ciudad de Pemba, en la provincia de Cabo Delgado, al norte de Nampula. Durante 2018 el número semanal de casos ha fluctuado entre 30 y 60 casos.

Los brotes de cólera han ocurrido en Mozambique cada año durante los últimos cinco años. El brote más reciente anterior al brote actual comenzó en enero de 2017 y finalizó en abril de 2017, y dio como resultado un total de 2 129 casos y cuatro muertes (tasa de letalidad = 0,2%). Tres provincias y seis distritos se vieron afectados en el brote de 2017 (Tete, Nampula y la provincia de Maputo).

Fuente: Organización Mundial de la Salud

CÓLERA EN TANZANIA.

La parte continental de Tanzania está experimentando una vez más un aumento en los casos de cólera en la semana 6 de 2018 (que finalizó el 11 de febrero), cuando se detectaron 278 nuevos casos sospechosos de cólera, incluidas tres muertes (tasa de letalidad del 2%), en comparación con 151 casos y tres muertes en la semana 5. El aumento de la incidencia de cólera ocurrió en las últimas cuatro semanas, seguido del menor número de 49 casos reportados en la semana 2. Los nuevos casos reportados durante la semana provinieron de cuatro de las 26 regiones en el continente de Tanzania, concretamente Dodoma (137 casos y dos muertes), Ruvuma (69 casos), Iringa (39 casos, una muerte) y Rukwa (33 casos). La región de Iringa reportó casos de cólera y muertes después de 17 semanas reportando cero casos, mientras que Songwe había tenido dos semanas sin reportar. Ocho distritos (de las cuatro regiones) han notificado casos de cólera: región de Dodoma [Mpwapwa DC (75 casos, dos muertes), Chamwino DC (42 casos), Kongwa DC (13 casos) y Dodoma

MC (siete casos)]; Región de Ruvuma [Mbinga DC (53 casos) y Nyasa DC (16 casos)]; Región de Iringa [Kilolo DC (39 casos, una muerte)]; y Región Rukwa [Sumbawanga DC (33 casos)]. Zanzibar no ha informado casos de cólera hasta el momento en 2018. El último caso se informó el 11 de julio de 2017 (30 semanas sin informes).

La República Unida de Tanzania ha estado experimentando este brote de cólera desde el 15 de agosto de 2015. Hasta el 11 de febrero de 2018, Tanzania continental ha informado un acumulado de 29.360 casos incluyendo 481 muertes, (tasa de letalidad 1.6%), mientras que Zanzibar tuvo 4 688 casos, incluyendo 72 muertes (tasa de letalidad 1.5%).

La continuación del brote de cólera en el territorio continental de Tanzania es motivo de preocupación, en particular, el reciente aumento de los casos en las últimas semanas. Este brote ha estado en curso desde 2015 sin un final aparente a la vista.

Fuente: Organización Mundial de la Salud

INFLUENZA A H3N2 - EEUU: (03) AUMENTO DE MUERTES Y CASOS, BAJA EFICACIA VACUNAL.

Tomado de: <<http://www.promedmail.org>>

La epidemia de gripe en Estados Unidos, considerada la más severa en la última década, ha causado ya la muerte de 63 niños en todo el país, informaron los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de este país. De acuerdo a las últimas cifras de las autoridades sanitarias, que incluyen datos hasta el pasado 3 de febrero, solo en la última semana han muerto diez menores de edad como consecuencia de la presente epidemia de gripe, que afecta a 48 estados del país. Los CDC han alertado que la tasa de hospitalizaciones por casos de gripe es

la más alta desde que se tienen registros, es decir, en los últimos diez años.

El reporte semanal de los CDC revela que entre el 1 de octubre de 2017 y el 3 de febrero que más de 17,000 casos de gripe confirmados por pruebas de laboratorio han derivado en hospitalizaciones.

La directora de los CDC, Anne Schuchat, señaló que EEUU está en la undécima semana de la actual temporada de gripe y aunque las últimas cinco han durado hasta unas 20 semanas es "difícil" predecir cuantas semanas implicará la actual temporada.

La última vez que el país enfrentó una epidemia similar fue en 2014-15, señaló el Centro Nacional para Inmunización y Enfermedades Respiratorias. En esa temporada murieron 148 menores de edad debido a la gripe, mientras que los dos años siguientes las cifras fueron de 92 y 110, respectivamente.

Según la agencia federal, la actual temporada de gripe está dominada por una cepa de influenza A conocida como H3N2, para la cual la vacuna se ha mostrado menos eficaz que en años anteriores.

La influenza ha arreciado en Estados Unidos, y esta temporada es tan grave como la epidemia de gripe porcina de hace nueve años.

Un reporte del gobierno publicado el viernes pasado muestra que una de cada 13 consultas al médico de la semana pasada fueron por fiebre, tos y otros síntomas de influenza. Eso iguala el mayor nivel registrado en Estados Unidos durante la ola de gripe porcina de 2009. Y supera a todas las temporadas de gripe invernal desde 2003, cuando el gobierno modificó la manera de medir la influenza.

"Desearía que tuviéramos mejores noticias esta semana, pero casi todo lo que estamos "No recuerdo dolores así de fuertes. No durante cuatro días", aseveró Jossi. "Me derribaron".

La semana pasada, 43 estados mostraron un alto número de pacientes de influenza, en comparación con 42 la semana previa a esa, reportaron los CDC. La influenza se mantuvo en niveles generalizados en todos los estados

recibiendo son malas noticias", dijo la doctora Anne Schuchat, directora interina de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC por sus siglas en inglés). La temporada de influenza por lo general inicia a finales de diciembre y llega a su apogeo por febrero. Esta temporada empezó antes y se había propagado en muchos estados para diciembre. A principios del mes pasado, alcanzó lo que parecían niveles máximos, pero luego siguió aumentando. La temporada ha sido encabezada por un tipo agresivo de influenza que tiende a causar más hospitalizaciones y más decesos que otros tipos más comunes. Pero su prolongada intensidad ha sorprendido a los expertos, que siguen estudiando por qué ha sido tan fuerte. Una posibilidad es que la vacuna esté siendo inusualmente inefectiva; se espera que las autoridades den a conocer datos sobre su efectividad la próxima semana. Algunos médicos afirman que es la peor temporada de gripe que se haya registrado en décadas. Los pacientes coinciden.

Heather Jossi, una policía y ávida corredora de 40 años de Denver, dijo que su enfermedad el mes pasado fue la peor influenza que haya sufrido.

excepto Hawái y Oregon, y las hospitalizaciones continuaron al alza.

Esta temporada de gripe, los índices de hospitalización han superado la fuerte temporada del invierno de 2014-2015, cuando la vacuna no pudo con la cepa principal.

Comunicado por: Jaime R. Torres
<torresj@email.com>

EL BROTE DE FIEBRE DE LASSA EN NIGERIA CONTINÚA.

Durante la semana 6 (que culmina el 11 de febrero de 2018), se informaron 19 nuevos casos confirmados, incluidas seis muertes (tasa de letalidad del 31,6%) en siete estados: Ondo (7 casos y 2 muertes), Edo (3 casos y 1 muerte), Bauchi (2 casos y 2 muertes), Ebonyi (2 casos), Kogi (2 casos), Taraba (2 casos) y Nasarawa (1 caso y 1 muerte). Hasta el 11 de febrero, fueron admitidos y tratados en varios centros de tratamiento en todo el país 47 casos sospechosos de fiebre de Lassa. Entre el 1 de enero y el 11 de febrero de 2018, se han notificado un total de 615 casos sospechosos de fiebre de Lassa y 57 muertes (tasa de letalidad del 9,3%) en 17 estados. De estos, 193 fueron confirmados y cuatro clasificados como probables. Un total de 47 muertes han ocurrido entre los casos confirmados (43) y probables (4), lo que se traduce en una tasa de letalidad del 23,9% en este grupo. Catorce trabajadores de la salud de seis estados se han visto afectados y cuatro casos de ellos han sido fatales.

El 65% por ciento de todos los casos confirmados provienen de dos estados: Edo (45%) y Ondo (30%). Dos tercios de los casos confirmados son hombres y el grupo de edad entre 30 y 50 años se vio más afectado, con una edad media de 32 años. Se han

identificado un total de 1 641 contactos y el 85% de ellos (1 388) aún están en seguimiento.

El brote de casos y muertes de fiebre de Lassa en Nigeria desde el comienzo de 2018 es motivo de preocupación. Las instalaciones disponibles de aislamiento y tratamiento están sobrecargadas. Del mismo modo, existe una necesidad urgente de reforzar las prácticas de prevención y control de infecciones entre los trabajadores de la salud para prevenir la infección nosocomial.

El fortalecimiento de la vigilancia transfronteriza y la colaboración con los países vecinos es fundamental para mitigar el riesgo de transmisión transfronteriza. El compromiso de la comunidad y la participación de los sectores no relacionados con la salud también es fundamental en esta etapa.

El brote actual de fiebre Lassa requiere mayor atención. Las autoridades nacionales y los socios deben actuar rápidamente para evitar una mayor propagación de la enfermedad dentro del país y a otros países de la región. En consecuencia, la OMS ha ampliado sus operaciones de respuesta y apoyo a las autoridades nacionales.

Fuente: Organización Mundial de la Salud

TERAPIA GENÉTICA ALIENTA ESPERANZAS EN LA LUCHA CONTRA VIH.

febrero 19/2018 (AP). Durante más de una década, las drogas más fuertes contra el sida no conseguían controlar totalmente la infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) de Matt Chappell. Pero ahora su cuerpo la controla por sí mismo y los investigadores están tratando de perfeccionar la edición genética que lo hace posible.

Científicos extrajeron algunas de sus células, desactivaron un gene que las ayuda a resistir al VIH y le devolvieron estas células 'editadas' en el 2014. Este procedimiento es lo

más parecido a una cura que ha conocido este paciente de San Francisco.

'Llevo tres años y medio sin medicinas', comentó Chappell.

Logró resistir el virus incluso mientras recibía tratamiento para un cáncer que debilitó su sistema inmunológico.

Chappell, no obstante, tuvo suerte. Solo unos pocos de los otros 100 pacientes que participaron en este experimento llegaron a estar dos años sin medicinas. Los demás las necesitaron para poder contener el VIH.

Ahora los investigadores creen que pueden mejorar el tratamiento y están tratando de atacar el VIH modificando el ADN del paciente. Se han puesto en marcha nuevos estudios para ensayar estos métodos.

'Las técnicas de terapia genética han avanzado mucho', comentó el doctor Otto Yang, del Instituto UCLA AIDS, uno de los sitios que se enfocan en esta investigación. 'Mucha gente piensa que este es el momento justo para explorar esto'.

Incluido Anthony Fauci, director del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas, que financia algunos de los nuevos estudios. No cree que la técnica se popularice demasiado porque ya hay mucha gente que se beneficia con los tratamientos existentes, pero dice que podría ayudar a quienes no logran controlar el virus y que hasta es posible que conduzca a una cura.

'Son técnicas audaces, innovadoras, y la mayoría buscan curar gente', manifestó. 'Vale la pena ensayarlas porque tienen sustento científico'.

LA CURA DE UN INDIVIDUO ALIENTA ESPERANZAS

Se sabe de solo una persona que se curó de una infección de VIH, un individuo al que se la hizo trasplantes de células hace una década. El donante era un hombre con inmunidad natural al virus. No tenía un gen común que facilita la infección de los linfocitos T, pilares del sistema inmunológico.

El trasplante blindó al paciente, pero ese tipo de procedimientos son muy riesgosos y poco prácticos con miras a un uso generalizado.

Los científicos han estado tratando de crear otras formas similares de generar inmunidad alterando las células del propio paciente.

Usan una herramienta de alteración de los genes llamada 'zinc finger nucleases', que parte el ADN en el sitio justo para prevenir el ingreso del VIH.

'Funcionó, los linfocitos T fueron editados', dijo el presidente de Sangamo Sandy Macrae.

Pero no funcionó lo suficientemente bien: sobrevivieron numerosos linfocitos que no fueron modificados y que todavía podían ser infectados.

Ahora, el doctor John Zaia, del centro de investigaciones City of Hope, de Duarte, California, ensaya una nueva variante: Emplea células madre, que producen muchas otras. Cuando la célula madre es alterada, los beneficios se deberían multiplicar y durar más tiempo, señaló Zaia.

OPTIMISMO

Si bien los primeros experimentos con la edición genética fueron decepcionantes, dejaron algo positivo. Los pacientes que participaron en esos estudios registraron un importante descenso en la cantidad de células en las que el VIH permanecía latente, la 'reserva' de la mortal enfermedad.

En la Case Western Reserve University de Cleveland, el doctor Rafick-Pierre Sekaly intenta explotar esa merma. Su estudio ensayará la misma técnica de edición genética -que desactiva el gen que facilita la infección de VIH- al tiempo que dará al paciente fuertes medicinas antivirales por al menos un año antes de suspenderlas.

'Si no conseguimos eliminar esa reserva, jamás podremos suspender el tratamiento', explicó.

La esperanza es que las medicinas combinadas con la modificación de las células combatan el virus y reduzcan tanto la reserva que el cuerpo será capaz de controlar por sí solo lo poco que queda, como Chappell parece estar haciendo.

PROTEGER Y ATACAR AL MISMO TIEMPO

Científicos de la Universidad de Pensilvania están tratando un enfoque en dos partes: Además de eliminar el gen que facilita la infección de VIH, están agregando otro que ayuda a los linfocitos T a reconocer y matar al VIH, un tratamiento que fue aprobado el año pasado para combatir el cáncer.

Algunos pacientes del estudio controlaron el VIH sin drogas durante casi un año, según el líder del nuevo estudio, James Riley.

'Ni te hubieras imaginado que estaban enfermos' a pesar de que todavía se podía detectar el virus, indicó Riley. 'En algún momento, es de esperar que no vuelva'.

Información relacionada:

Varela-Rohena A, Molloy PE, Dunn SM, Li Y, Suhoski MM, Carroll RG, Milicic A, Mahon T, Sutton DH, Laugel B, Moysey R, Cameron BJ, Vuidepot A, Purbhoo MA, Cole DK, Phillips RE, June CH, Jakobsen BK, Sewell AK, Riley JL: Control of HIV-1 immune escape by CD8 T cells expressing enhanced T-cell receptor. Nature Medicine 14(12): 1390-5, Dec 2008.

Basu S, Golovina T, Mikheeva T, June CH, Riley JL: Cutting edge: Foxp3-mediated induction of pim 2 allows human T regulatory cells to preferentially expand in rapamycin. Journal of Immunology 180(9): 5794-8, May 2008.

Riley JL, June CH, Blazar BR: Human T regulatory cell therapy: take a billion or so and call me in the morning. Immunity 30(5): 656-65, May 2009.

Richardson MW, Jadowsky J, Didigu CA, Doms RW, Riley JL: Kruppel-like factor 2 modulates CCR5 expression and susceptibility to HIV-1 infection. Journal of Immunology 189(8): 3815-21, Oct 2012.

Plesa G, Zheng L, Medvec A, Wilson CB, Robles-Oteiza C, Liddy N, Bennett AD,

Gavarret J, Vuidepot A, Zhao Y, Blazar BR, Jakobsen BK, Riley JL: TCR affinity and specificity requirements for human regulatory T-cell function. Blood 119(15): 3420-30, Apr 2012.

Rech AJ, Mick R, Martin S, Recio A, Aqui NA, Powell DJ, Collignon TA, Trosko JA, Leinbach LI, Pletcher CH, Tweed CK, DeMichele A, Fox KR, Domchek SM, Riley JL, Vonderheide RH: CD25 blockade depletes and selectively reprograms regulatory T cells in concert with immunotherapy in cancer patients. Science Translational Medicine 4(134): 134ra62, May 2012.

Riley JL: Combination checkpoint blockade--taking melanoma immunotherapy to the next level. The New England Journal of Medicine 369(2): 187-9, Jul 2013.

Wei F, Zhong S, Ma Z, Kong H, Medvec A, Ahmed R, Freeman GJ, Krogsgaard M, Riley JL: Strength of PD-1 signaling differentially affects T-cell effector functions. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 110(27): E2480-9, Jul 2013.

Richardson MW, Guo L, Xin F, Yang X, Riley JL: Stabilized human TRIM5 α protects human T cells from HIV-1 infection. Molecular Therapy 22(6): 1084-95, Jun 2014.

Leibman RS, Riley JL: Engineering T Cells to Functionally Cure HIV-1 Infection. Molecular Therapy 23(7): 1149-59, Jul 2015.

Enfermedades de Declaración Obligatoria: Varicela.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 10/02/18.

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017 *
PINAR DEL RIO	27	33	150	151	142.92	144.00
ARTEMISA	14	21	62	107	98.60	169.10
MAYABEQUE	8	15	35	56	70.09	111.83
LA HABANA	46	102	209	531	100.38	254.75
MATANZAS	23	27	91	125	88.97	121.54
VILLA CLARA	62	54	222	203	179.98	165.07
CIENFUEGOS	28	19	116	70	169.67	102.00
S. SPIRITUS	12	31	74	162	159.70	349.30
CIEGO DE AVILA	8	11	58	60	80.56	82.98
CAMAGÜEY	25	24	143	143	105.20	105.53
LAS TUNAS	21	19	85	102	205.68	246.39
HOLGUIN	46	21	139	134	98.67	95.21
GRANMA	24	8	107	71	92.76	61.56
SANTIAGO DE CUBA	62	35	270	142	157.53	82.91
GUANTANAMO	4	19	36	77	70.47	150.90
ISLA DE LA JUVENTUD	16	14	48	38	246.29	195.32
CUBA	426	453	1845	2172	120.28	141.50

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: 14/02/18

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Alimentos	3	-	12	19	0.11	0.17
Ciguatera *	-	1	2	1	0.02	0.01
Hepatitis viral **	-	-	-	-	-	-
EDA	-	-	-	-	0.00	0.00
IRA	-	2	4	5	0.04	0.04
Agua	-	-	1	-	0.01	-
Varicela	4	4	10	13	0.09	0.12

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: 10/02/18.**

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	-	-	0.00	0.00**
SHIGELLOSIS	5	8	49	56	3.45	3.94
D. AMEBIANA AGUDA	-	1	-	-	0.18	0.18**
TUBERCULOSIS	8	14	69	68	5.77	5.68
LEPRA	1	3	13	17	1.68	2.20
TOSFERINA	-	-	-	-	0.01	0.01**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	4790	5440	25919	28456	2360.10	2589.39
M. MENINGOCÓCCICA.	1	-	1	-	0.09	0.09**
MENINGOCOCCEMIA	-	-	-	-	0.05	0.05**
TÉTANOS	-	-	-	-	0.02	0.02**
MENINGITIS VIRAL	71	46	358	207	28.62	16.54
MENINGITIS BACTERIANA	9	4	54	30	3.17	1.76
VARICELA	426	453	1845	2172	120.28	141.50
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	._**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	._**
HEPATITIS VIRAL	12	7	33	29	3.79	3.33
PAROTIDITIS	-	-	-	0.05	0.05	0.05**
PALUDISMO IMPORTADO	1	-	4	1	0.19	0.05
LEPTOSPIROSIS	3	1	8	12	0.77	1.16
SÍFILIS	92	100	495	512	45.27	46.79
BLENORRAGIA	57	68	307	314	25.90	26.47
INFECC. RESP. AGUDAS	132481	148511	739257	776556	56055.23	58844.26

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>