



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

Alerta epidemiológica de influenza. OPS, 30 de abril de 2018.....	129
Influenza- Bolivia: muertes en aumento, intensificación de vacunación.....	132
Dengue, virus del Zika y Chikungunya en Perú.....	133
Meningitis en Níger.....	134
Enfermedades que afectan la República Centroafricana.....	134
Tablas:.....	135

ALERTA EPIDEMIOLÓGICA DE INFLUENZA. OPS, 30 DE ABRIL DE 2018.

Ante el inicio de la temporada de mayor circulación de influenza en el hemisferio sur, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recomienda a los Estados Miembros que adopten las medidas necesarias para asegurar el manejo clínico apropiado, el estricto cumplimiento de las medidas de control de infecciones en los servicios de atención de salud y la provisión adecuada de antivirales. La OPS/OMS insta a los Estados Miembros además, a que intensifiquen las actividades de vacunación contra influenza estacional para prevenir casos graves, así como defunciones por influenza.

Resumen de la situación

A continuación, se presenta un resumen de la situación de influenza por subregiones (listadas por orden alfabético). Información más detallada sobre la situación de influenza

y otros virus respiratorios se puede obtener en la Actualización Regional de influenza, que se publica semanalmente en la página web de la OPS/OMS, disponible en: <http://www.paho.org/reportesinfluenza>
En la **subregión de América Central**, tanto Costa Rica como Guatemala notificaron casos de influenza en los primeros meses de 2018. En Costa Rica la transmisión que se había iniciado a finales de 2017 continuó durante 2018, aunque con una tendencia decreciente a partir de la semana epidemiológica (SE) 4 de 2018, el virus predominante fue influenza A(H3N2).

En Guatemala, el porcentaje de positividad se incrementó a partir de la SE 9 de 2018, con circulación concomitante de influenza A(H1N1)pdm09 e influenza A(H3N2). La tasa de hospitalizaciones por influenza registradas en ambos países fue similar a lo reportado en años anteriores.

En la **subregión de América del Norte**, tanto en Canadá como en los Estados Unidos de América se observó un inicio temprano y un rápido incremento de la actividad de influenza 2017/18. En ambos países la temporada de influenza fue considerada severa, en base a la tasa de hospitalizaciones y defunciones. El virus predominante fue influenza A(H3N2) con circulación temprana de influenza B. En los Estados Unidos se observó una alta tasa de hospitalización que excedió lo registrado en la temporada 2014/15, que también había sido considerada severa. En México, si bien la temporada se inició tempranamente, la tasa de hospitalización registrada no fue alta en comparación con lo observado en temporadas anteriores y la actividad disminuyó antes de lo previsto.

En la **subregión Andina**, a principios de 2018 se observó en Ecuador un inicio temprano y una intensa circulación de influenza, principalmente de influenza A(H1N1)pdm09. Adicionalmente, se registró un incremento en el número de hospitalizaciones respecto a años anteriores. En Perú, durante las tres primeras semanas de 2018 se observó circulación tanto de influenza A(H1N1)pdm09, influenza A(H3N2) e influenza B. Recientemente, Bolivia, registró un aumento en la detección de casos de influenza en el departamento de Santa Cruz, aunque el número de hospitalizaciones es similar a lo reportado en 2017.

En la **subregión del Caribe**, Jamaica, Guayana Francesa y la República Dominicana, se notificaron predominantemente casos de influenza A(H1N1)pdm09 e influenza B, durante los primeros meses de 2018. El número de hospitalizaciones reportado por Jamaica fue similar a lo registrado en años anteriores.

Sin embargo, no se cuenta con dicha información para los demás países/territorios de esta subregión.

En la **subregión del Cono Sur**, en el primer trimestre de 2018 la actividad de influenza se mantuvo baja con predominio de influenza B y de influenza A(H3N2). Este comportamiento se mantuvo hasta la SE 14 de 2018.

Recomendaciones

La OPS/OMS reitera las recomendaciones relacionadas a la vigilancia, al manejo clínico adecuado de pacientes, la implementación de medidas de prevención y control de infecciones en los servicios de atención de salud y la comunicación con la población sobre las medidas de prevención, ante el comportamiento de la influenza observado en el hemisferio norte y el desafío que algunos países del hemisferio sur podrían enfrentar con respecto a la llegada de la vacuna de influenza, debido a que al cambiar su composición se produjo una demora en su producción y posterior distribución.

La vacunación contra influenza previene las complicaciones relacionadas a esta enfermedad, y la OPS/OMS alienta a los Estados Miembros a que continúen con esta actividad para evitar casos graves y defunciones.

A continuación, un resumen de las principales recomendaciones con respecto a la vigilancia, manejo clínico, comunicación y vacunación.

Vigilancia

Se recomienda continuar fortaleciendo los sistemas de vigilancia de la infección respiratoria aguda (IRA), enfermedad tipo influenza (ETI) y priorizando a la infección respiratoria aguda grave (IRAG) a fin de monitorear la conducta epidemiológica y los virus en circulación, tendencias, la gravedad clínica y los grupos de riesgo más afectados.

Para complementar la vigilancia basada en indicadores, se recomienda que los Estados Miembros implementen la vigilancia basada en eventos. La vigilancia basada en eventos es la captura organizada y rápida de información sobre eventos que puedan presentar un riesgo potencial para la salud pública. Esta información puede provenir de rumores y otros informes adhoc de transmisión a través de canales formales (sistemas de información de rutina preestablecidos) o canales informales (es decir, los medios de comunicación, comunicación directa de trabajadores de salud o de organizaciones no gubernamentales). La vigilancia basada en eventos es un componente funcional del mecanismo de alerta temprana y respuesta. Se debe investigar de inmediato eventos respiratorios que sean inusitados, tales como: casos de influenza con progresión clínica atípica, IRA asociada a enfermedad animal o en viajeros expuestos en zonas de riesgo a nuevos virus de influenza emergentes, IRAG en profesionales de salud o conglomerados de casos de influenza fuera de la temporada habitual de circulación. Como parte de la vigilancia de rutina, y para la confirmación etiológica de casos inusuales, se deben obtener muestras nasofaríngeas u orofaríngeas (o de lavado bronquial en casos graves) para la detección de virus respiratorios, priorizando siempre el análisis de laboratorio de los casos más graves, especialmente de casos fallecidos; y siguiendo las guías técnicas y algoritmos de diagnóstico del Centro Nacional de Influenza (CNI) o del laboratorio de referencia a nivel nacional responsable de la vigilancia por laboratorio.

Las muestras positivas a influenza, de casos con mayor gravedad o asociadas a presentaciones clínicas inusuales, deben ser enviadas al Centro Colaborador de la OPS/OMS en los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) en Atlanta para pruebas de

caracterización adicional. También se debe enviar de inmediato al Centro Colaborador de la OPS/OMS muestras de influenza A no-subtipificables.

Manejo clínico

Algunos grupos que presentan mayor riesgo a complicaciones relacionadas a infecciones por influenza, como por ejemplo: los menores de 2 años de edad, adultos mayores de 65 años, mujeres embarazadas o en post parto, personas con morbilidad subyacente (enfermedad pulmonar crónica, asma, enfermedades cardiovasculares, enfermedad renal crónica, enfermedad hepática crónica, diabetes mellitus, condiciones neurológicas tales como lesiones del sistema nervioso central y retraso en el desarrollo cognitivo), personas con inmunosupresión (VIH/SIDA, o por medicamentos), personas con obesidad mórbida (Índice de Masa Corporal mayor a 40). En estos casos debe considerarse la administración de tratamiento antiviral (oseltamivir) al inicio de los síntomas, cuando se sospecha de influenza. El tratamiento debe iniciarse aún antes de tener la confirmación por el laboratorio, ya que el tratamiento resulta efectivo si se inicia de manera temprana. Adicionalmente, todo paciente con presentación clínica grave debe ser tratado con antivirales tan pronto como se sospeche influenza.

Comunicación

La influenza estacional es una infección viral aguda que se transmite fácilmente de persona a persona. Los virus de la influenza estacional circulan en todo el mundo y pueden afectar a cualquier persona de cualquier grupo de edad. La influenza A(H1N1)pdm09, que causó la pandemia del 2009 ha pasado a circular anualmente y desde entonces se considera una cepa estacional. La vacunación contra la influenza antes del inicio de circulación estacional del virus sigue siendo la mejor medida de prevención contra la influenza grave. La población debe ser informada que la principal forma de transmisión de la influenza es por el contacto interpersonal.

El lavado de manos es la forma más eficiente para disminuir la transmisión. El conocimiento sobre la "etiqueta respiratoria" ayuda también a evitar la transmisión. Personas con fiebre deben evitar ir a su lugar

Vacunación

La OPS/OMS recomienda que las mujeres embarazadas tengan la más alta prioridad en recibir las vacunas contra la influenza, debido a su vulnerabilidad a enfrentar complicaciones por esta enfermedad. Otros grupos de riesgo, además de las embarazadas, que deben ser considerados prioritarios para

del trabajo o espacios públicos hasta que desaparezca la fiebre. De la misma manera, niños en edad escolar con síntomas respiratorios y/o fiebre deben quedarse en el hogar y no ir a la escuela.

la vacunación son los adultos mayores, los niños de 6 a 59 meses de edad, las personas con morbilidad subyacente y los trabajadores de salud.

La vacunación contra la influenza no se considera una estrategia de control de brotes, sino una medida preventiva para evitar complicaciones relacionadas a influenza.

INFLUENZA- BOLIVIA: MUERTES EN AUMENTO, INTENSIFICACIÓN DE VACUNACIÓN

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

Las autoridades sanitarias de Bolivia iniciarán mañana una campaña de vacunación contra la influenza tras confirmarse hoy la vigésima primera muerte por esa enfermedad, en la región oriental de Santa Cruz.

"Hay 21 fallecidos confirmados y una que sería la paciente 22", cuyo caso está en estudio, declaró a los medios el director del Servicio Departamental de Salud de Santa Cruz, Joaquín Monasterios.

El director señaló que los fallecidos presentaban enfermedades "de base", como la diabetes y la hipertensión arterial.

Monasterios agregó que unos 79 pacientes están ingresados en hospitales y reciben tratamiento contra la influenza, mientras que otros ocho están en terapia intensiva en esa región.

Desde este martes comenzará la distribución de 1,8 millones de vacunas contra la influenza tipo B, AH1N1 y AH3N2, que se aplicarán en La Paz y Santa Cruz, informó el Ministerio de Salud de Bolivia.

La prioridad serán los grupos de riesgo, conformados por menores de 2 años, mujeres

embarzadas, personas con patología de base, mayores de 60 años y personal de salud, según la misma fuente.

Del total, 400.000 dosis se destinarán a Santa Cruz, donde se concentra el 94 % de los 639 casos de influenza registrados en el país, dijo a la radio estatal Patria Nueva el director general de Servicios de Salud del Ministerio, Rodolfo Rocabado.

Al respecto, Monasterios apuntó que Santa Cruz recibirá inicialmente

100.000 dosis "exclusivamente para niños" y cuando reciban el resto, ampliarán la vacunación a los otros grupos de riesgo.

La influenza es una enfermedad respiratoria con síntomas más exacerbados que los de una gripe común y se transmite por gotas de saliva en cualquier expectoración en las que está presente el virus.

Hace algunos años el serotipo AH1N1 cobró notoriedad, pero las otras variantes del virus son igual de peligrosas para la salud.

Las autoridades sanitarias consideran que la medida preventiva más importante contra la influenza es el lavado frecuente de manos.

DENGUE, VIRUS DEL ZIKA Y CHIKUNGUNYA EN PERÚ.

Desde la semana epidemiológica (SE) 1 hasta la SE 16 del 2018, se han notificado 4465 casos de **dengue** en el país y 8 fallecidos. En el 2017, en el mismo periodo, se notificaron 25.293 casos en la región, la tasa de incidencia fue de 80.3 casos por 100 mil habitantes. Asimismo, se notificó 31 fallecidos por dengue.

El 76.9% de los casos se reportaron en 5 departamentos Loreto, Madre de Dios, Piura, Amazonas y Tumbes.

Desde la SE 1 a la SE 16 de 2018, fueron 220 distritos los que reportaron al menos un caso de dengue, concentrados el 77.8% de estos en los departamentos de Loreto, Madre de Dios, Piura, Amazonas y Ucayali.

En la SE 16 son 58 distritos distribuidos en 25 provincias de 14 departamentos que registran casos de dengue.

El 35.54% de los casos se reportó en el grupo de 30 a 59 años y el 24.95% en el grupo de 18 a 29 años. Las tasas de incidencia acumulada fueron altas en los grupos de edad de 12 a 17 años y de 18 a 29 años.

Desde la SE 1 hasta la 16 de 2018, se notificaron 831 casos de **virus del Zika** en el país. No se reportan muertes en lo que va del año. En el 2017, en el mismo periodo, se notificaron 3402 casos en el país, la tasa de incidencia fue de 10.8 casos por 100 mil habitantes. Tampoco se notificó muertes por Zika. En la SE 16 de 2018 se reportaron en el país 36 casos. En las últimas 6 semanas se registra una baja en la curva de casos; el pico máximo de casos durante el 2017 se reportó en la SE 13 (837 casos). El 45.25% de los casos se reportó en el departamento de Amazonas, teniendo la tasa de incidencia acumulada más alta de 88.30 por 100 mil habitantes.

Desde la SE 1 a la SE 16 del 2018, 65 distritos reportaron al menos un caso de Zika, concentrados el 76.8% de estos en los departamentos de Loreto, Amazonas y Ucayali.

En la SE 16 de 2018 son 10 los distritos distribuidos en 7 provincias de 6 departamentos los que registran casos de Zika. En la distribución de los casos el mayor porcentaje se concentra en el grupo de 30 a 59 años con el 39.35%, seguido con un 27.20% en el grupo de 18 a 29 años.

Las tasas de incidencia acumulada más altas están en los grupos de 18 a 29 años y de 12 a 17 años.

Desde la SE 1 hasta la SE 16 de 2018, se notificaron 181 casos de **chikungunya** en el país, no se reportaron fallecidos. En el 2017, en el mismo periodo, se notificó 744 casos en la región, la tasa de incidencia fue de 2.4 casos por 100 mil habitantes. Asimismo no se notificaron defunciones.

En la SE 16 de 2018 se han reportado en el país 17 casos y el acumulado a la fecha es 181 casos. En el 2016 el pico máximo de casos se reportó en la SE 21 (160 casos).

Desde la SE 1 a la SE 16 del 2018, son 29 distritos los que reportaron al menos un caso de chikungunya, concentrados el 98.9% de estos en los departamentos de Piura, San Martín, Loreto, Tumbes e Ica.

En la SE 16 de 2018 se presentaron 3 casos de chikungunya, en 2 distritos, 2 provincias y 2 departamentos.

El 35.91% de los casos se reportó en el grupo de 30 a 59 años, seguido por el grupo etario de 18 a 29 años con un 25.91%. La tasa de incidencia acumulada más alta está en el grupo de edad es de 18 a 29 años.

MENINGITIS EN NÍGER.

En 2018, hasta la semana 16 se registraron 147 casos y 11 muertes (tasa de letalidad de 7,5%) en Níger. Cuatro distritos de salud pasaron el umbral de alerta de 3 casos por cada cien mil habitantes. El distrito de Keita, en la región de Tahoua, superó el umbral epidémico con una tasa de ataque de 13,9 casos por cada cien mil habitantes. El distrito de Aguié, en la región de Maradi, y el distrito

de Bouza, en la región de Tahoua, también han pasado el umbral de alerta (8.6 casos y 3.3 casos por cien mil habitantes, respectivamente). Desde la semana epidemiológica 1 hasta la 16 se notificaron 930 casos y 70 muertes (tasa de letalidad del 7,5%). Las campañas de vacunación comenzaron el 23 de abril de 2018 en los distritos de salud Keita y Bouza.

ENFERMEDADES QUE AFECTAN LA REPÚBLICA CENTROAFRICANA.

Se ha informado de un nuevo brote de síndrome de ictericia aguda en la aldea de Batobadja, a 30 km de Bambari, a lo largo del eje Bambari-Alindao. Desde el comienzo del brote en la semana 14 (que finalizó el 8 de abril de 2018), se informó un total de 73 casos de síndrome de ictericia aguda (sin muertes) hasta el 24 de abril. Los médicos tratantes realizaron un diagnóstico presuntivo de hepatitis E o A.

Entre la semana 1 y la 16 de 2018, se reportaron un total de 27 casos de abdomen agudo por perforación intestinal desde el hospital de Bria en la prefectura de Haute-Kotto. En una de las tres muestras de sangre obtenidas de los casos se cultivó *Salmonella*

typhi. También hay informes anecdóticos de una alta prevalencia de casos de fiebre tifoidea en Bria, específicamente en el sitio PK3 donde viven 40 000 personas desplazadas internamente.

El brote de viruela del simio ha mostrado signos de mejora, y el último caso se informó en la semana 11 (que finalizó el 18 de marzo). Desde el comienzo del brote el 2 de marzo hasta el 24 de abril de 2018 se notificaron 11 casos sospechosos, incluida una muerte (tasa de letalidad del 9,1%). Se han confirmado tres casos. Hasta el 24 de abril de 2018, siete pacientes estaban siendo estudiados.

Fuente: Organización Mundial de la Salud

**Enfermedades de Declaración Obligatoria: Shigelosis.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 28/04/18.**

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018 *
PINAR DEL RIO	-	-	-	-	-	..**
ARTEMISA	-	-	-	1	-	..**
MAYABEQUE	-	-	4	1	6.28	1.56
LA HABANA	-	-	5	1	0.57	0.11
MATANZAS	-	-	6	6	4.06	4.04
VILLA CLARA	-	-	-	-	-	..**
CIENFUEGOS	-	-	5	10	2.18	4.35
S. SPIRITUS	1	-	1	-	0.43	0.43**
CIEGO DE AVILA	-	1	-	2	0.69	0.69**
CAMAGÜEY	-	2	7	18	3.01	7.75
LAS TUNAS	2	1	74	74	45.77	45.69
HOLGUIN	-	-	3	-	0.48	0.48**
GRANMA	-	-	4	7	0.96	1.67
SANTIAGO DE CUBA	-	-	1	-	0.19	0.19**
GUANTANAMO	-	1	8	19	4.08	9.69
ISLA DE LA JUVENTUD	-	-	-	-	3.55	3.55**
CUBA	3	5	118	139	3.45	4.06

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: 02/05/18.

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Alimentos	5	4	71	68	0.63	0.60
Ciguatera *	-	6	6	9	0.05	0.08
Hepatitis viral **	-	-	1	-	0.01	-
EDA	-	-	-	1	-	0.01
IRA	-	-	14	16	0.12	0.14
Agua	-	-	1	1	0.01	0.01
Varicela	4	4	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: 28/04/18.**

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	-	-	-	._**
SHIGELLOSIS	3	5	118	139	3.45	4.06
D. AMEBIANA AGUDA	2	-	7	3	0.18	0.08
TUBERCULOSIS	17	6	220	208	5.77	5.45
LEPRA	7	5	52	81	1.68	2.62
TOSFERINA	-	-	-	-	0.01	0.01**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	5139	3209	73177	70993	2360.10	2288.14
M. MENINGOCÓCCICA.	-	1	1	3	0.09	0.27
MENINGOCOCCEMIA	2	-	4	-	0.05	0.05**
TÉTANOS	-	-	1	-	0.02	0.02**
MENINGITIS VIRAL	48	44	991	774	28.62	22.34
MENINGITIS BACTERIANA	9	9	125	112	3.17	2.84
VARICELA	613	633	6654	8531	120.28	154.11
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	._**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	._**
HEPATITIS VIRAL	11	6	154	124	3.79	3.05
PAROTIDITIS	-	-	-	-	0.05	0.05**
PALUDISMO IMPORTADO	1	5	8	12	0.19	0.28
LEPTOSPIROSIS	1	1	17	29	0.77	1.32
SÍFILIS	135	111	1702	1689	45.27	44.89
BLENORRAGIA	71	74	1069	1007	25.90	24.38
INFECC. RESP. AGUDAS	121353	119581	2110633	2340845	56055.23	62127.90

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>