



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL

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

Vigilancia de Infecciones Respiratorias Agudas. Cuba, SE 14-17 del 2018.....	153
Enfermedad por el virus de Ébola en República Democrática del Congo.....	156
La OMS apoya la vacunación contra el Ébola en poblaciones de alto riesgo en la República Democrática del Congo.....	157
Cólera en Uganda.....	158
Tablas:.....	159

VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS. CUBA, SE 14-17 DEL 2018.

Borroto S. Grupo de Investigaciones y Vigilancia de IRA-TB-Lepra.
Acosta B, Valdés O y cols. del Laboratorio Nacional de Referencia de Influenza y otros Virus Respiratorios.
Instituto Pedro Kourí.

Acorde con la información recibida de la Dirección Nacional de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública del país, relacionada con los reportes de las atenciones médicas (AM) por IRA de todas las provincias y grupos de edades, durante las semanas estadísticas (SE) 14 a la 17 del año 2018 (del 1 al 28 de abril) continuaron disminuyendo las AM, similar a lo reportado en los años anteriores. (Gráfico 1)
Se identificó similar patrón de ocurrencia en todas las provincias del país. Este mismo patrón de comportamiento se observó en

todos los grupos de edades, y como es habitual las mayores tasas corresponden a los menores de 5 años. (Gráfico 2)
Las cifras de ingresos por IRAG en Unidades de Terapia Intensiva (UTI) también disminuyeron durante el mes, hasta alcanzar una cifra mínima de 96 en la SE 17.
Se reportó un promedio semanal de 127, inferior al 159 de marzo. Los fallecidos por IRAG en UTI continuaron descendiendo a un promedio de 62 semanal, inferior al 76 de marzo. (Gráfico 3)

Durante las SE 13 a la 17 no se pudieron procesar muestras en el Laboratorio Nacional de Referencia de Influenza y otros Virus Respiratorios (LNR), por dificultades técnicas.

A nivel global, la actividad de influenza retornó a niveles inter-estacionales en la mayoría de los países de la zona templada del hemisferio norte, con excepción de Europa Oriental. En la zona templada del hemisferio sur, la actividad de influenza permaneció por debajo de los umbrales estacionales. En todo el mundo, influenza A e influenza B representaron una proporción similar de detecciones de influenza.¹

En Norteamérica en general, la actividad de influenza inició una pendiente decreciente luego de llegar al pico en semanas previas según lo esperado para el período en Canadá, México y los Estados Unidos. Influenza A(H3N2) e influenza B co-circularon en la subregión.

En el Caribe la actividad de influenza aumentó y se reportó una actividad disminuida de VSR en la mayoría de la subregión. La actividad de influenza continuó elevada en Territorios Franceses, Jamaica y Puerto Rico en semanas recientes con co-circulación de influenza A(H1N1), A(H3N2) y B. En República Dominicana, la actividad de influenza A(H1N1)pdm09 continuó elevada.

En América Central Los indicadores epidemiológicos permanecieron en niveles moderados y se informó que la circulación de influenza y VSR se encuentran en descenso en toda la subregión. En Guatemala y Honduras, la actividad de influenza aumentó con co-circulación de influenza A(H1N1)pdm09, A(H3N2) y B.

En la Sub-región Andina la actividad general de influenza y otros virus respiratorios permaneció estable. La IRAG asociada a influenza aumentó en Bolivia, con co-circulación de influenza B y A(H1N1)pdm09.

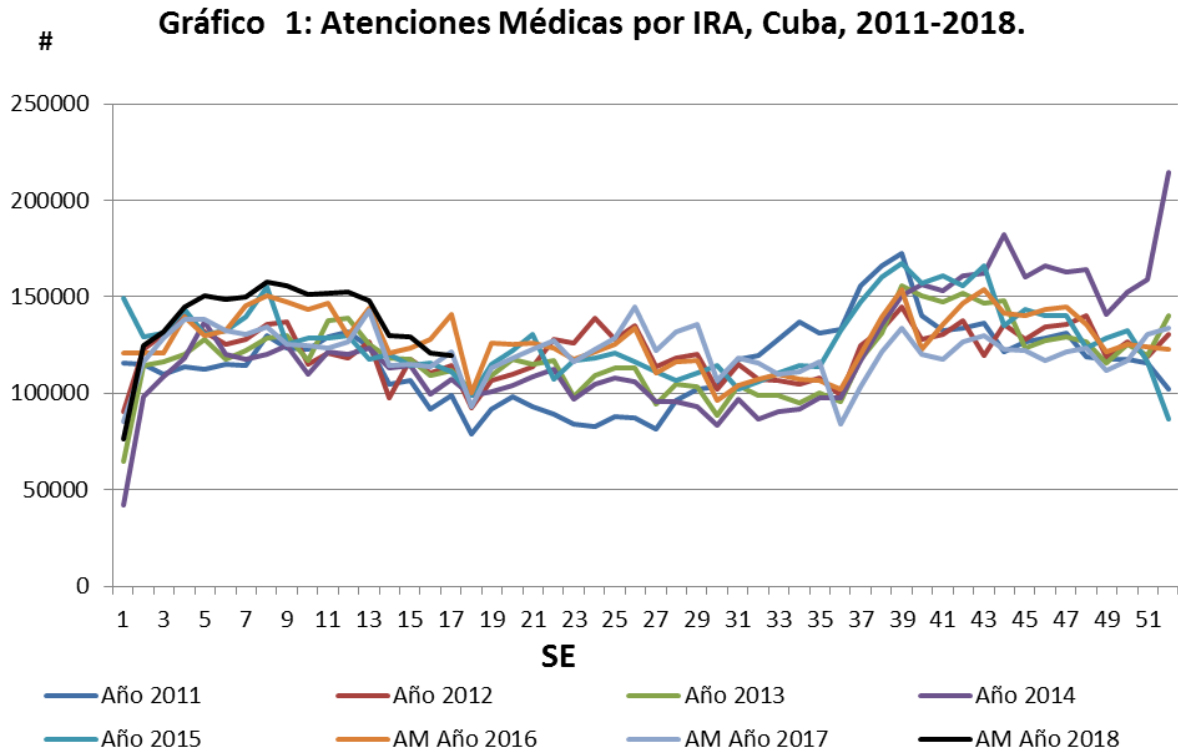
En Colombia, se reportó menor circulación de influenza, en tanto en Perú, la circulación de influenza disminuyó, con baja actividad de IRAG y neumonía en general, en tanto la actividad de VSR e IRA aumentaron en semanas recientes.

En Brasil y el Cono Sur los niveles de influenza y VSR continuaron bajo los niveles estacionales en toda la sub-región, con predominio de influenza B. La actividad de ETI y de IRAG continúa baja, con predominio de influenza B. En Brazil, co-circularon influenza A(H3N2) e Influenza A(H1N1)pdm09 en semanas recientes.²

El pronóstico bio-meteorológico para abril previó un mes menos fresco y seco que lo típico para el mes, con algunos contrastes respecto al régimen térmico combinado con déficits de precipitaciones. Estas condiciones favorecerían el aumento de las atenciones médicas por IRA, fundamentalmente en las regiones occidental y central. Se estimaron 697 323 AM (690 692-703 954).³ El comportamiento real de las AM por IRA durante el mes de marzo del año 2018 estuvo por debajo del pronóstico con un total de 500 225 AM reportadas.

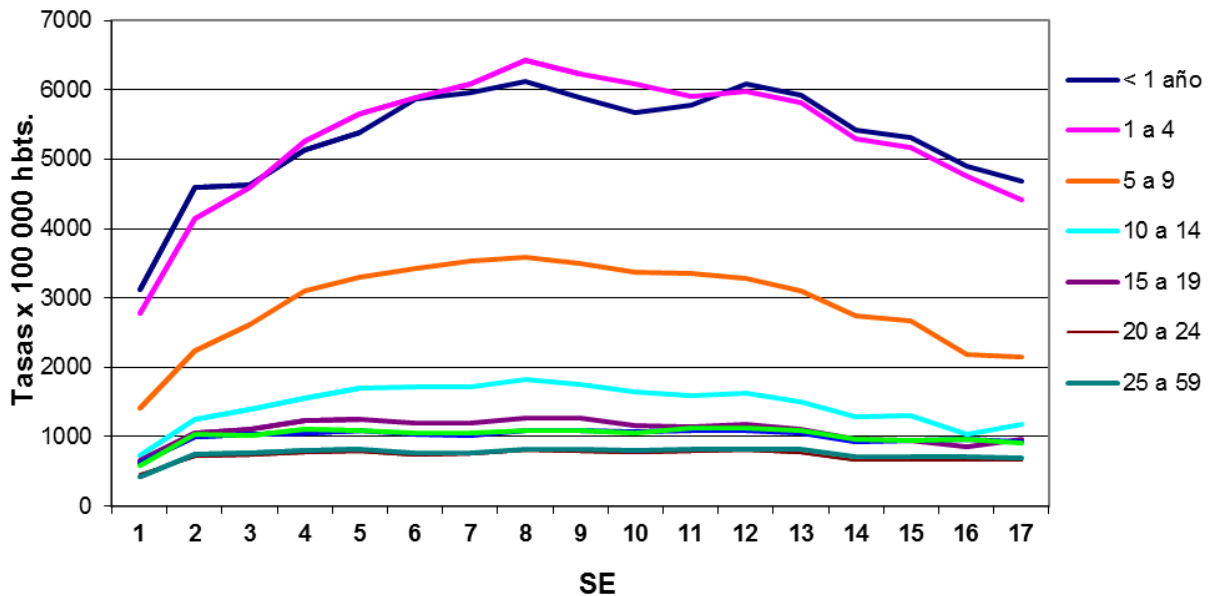
Referencias:

1. WHO. Influenza update number 314. 2018. Disponible en: http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/2018_04_30_surveillance_update_314.pdf
2. OPS. Actualización Regional SE 17, 2018. Influenza y otros virus respiratorios. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=44850&lang=en
3. Ortíz P, Pérez A, Rivero A, Díaz M. Pronóstico de principales problemas de salud dadas las condiciones climáticas previstas para el mes de abril 2018. BolIPK 2017; 28(11):81-7.



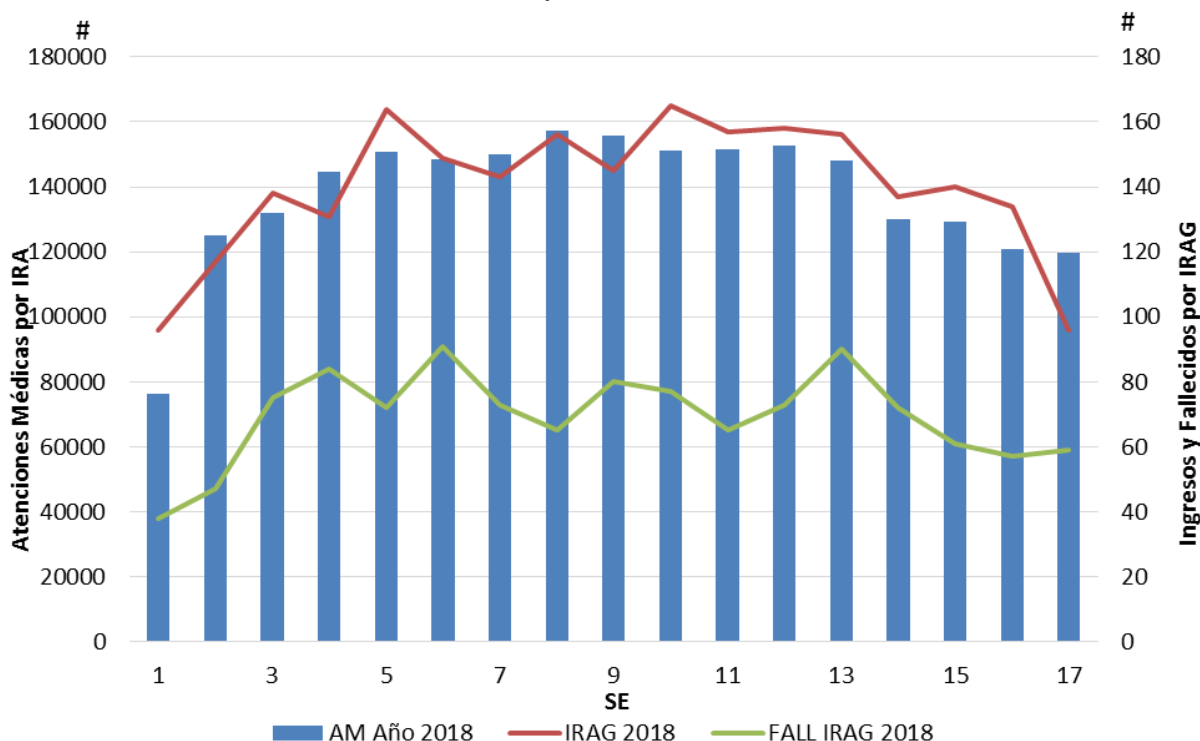
IRA: Infección Respiratoria Aguda; SE: Semana Estadística; AM: Atenciones Médicas

Gráfico 2: IRA. Tasas de atenciones médicas por grupos de edades. Cuba, SE 1-17 de 2018.



IRA: Infección Respiratoria Aguda; SE: Semana Estadística

Gráfico 3: Atenciones Médicas por IRA e ingresos y fallecidos por IRAG en UTI . Cuba, SE 1-17 de 2018.



IRA: Infección Respiratoria Aguda; IRAG: IRA grave; SE: Semana Estadística; UTI: Unidad de Cuidados Intensivos; Fall: Fallecidos

ENFERMEDAD POR EL VIRUS DE ÉBOLA EN REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO.

El brote de la enfermedad del virus del Ébola (EVE) en la República Democrática del Congo sigue activo. El 30 de mayo de 2018, se informó de un nuevo caso confirmado en Iboko. Tres muestras de laboratorio (de casos sospechosos reportados previamente en las zonas de salud de Iboko (2) y Wangata (1)) resultaron negativos. No hubo nuevos casos sospechosos ni muertes. Desde el comienzo del brote el 4 de abril hasta el 30 de mayo de 2018 se notificaron un total de 50 casos confirmados / probables de EVE y 25 muertes (tasa de letalidad del 50,0%). De los 50 casos, 37 han sido confirmados por laboratorio y 13 son casos probables (muertes para las cuales no se obtuvieron muestras). El 62% (23) de los casos confirmados provino de Iboko, Fuente: [Organización Mundial de la Salud](#)

seguido de Bikoro (10 casos, 27%) y Wangata (4 casos). De las 25 muertes, 68% (17) ocurrieron en Bikoro, cinco (20%) en Iboko y tres en Wangata. Un total de cinco trabajadores de la salud se han visto afectados, de ellos con cuatro casos fueron confirmados y hubo dos muertes. El brote permanece localizado en las tres zonas de salud inicialmente afectadas: Iboko (25 casos y 5 muertes), Bikoro (21 casos y 17 muertes) y Wangata (4 casos y 3 muertes). Tras la revisión y limpieza de datos en curso, una muerte ha sido trasladada de Iboko a Bikoro. Hasta el 29 de mayo de 2018 se han registrado un total de 724 contactos y se está realizando un seguimiento activo. De estos, el 80% (579) fueron seguidos el día del informe.

LA OMS APOYA LA VACUNACIÓN CONTRA EL ÉBOLA EN POBLACIONES DE ALTO RIESGO EN LA REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO.

En respuesta al brote actual de Ébola en la provincia de Equateur, República Democrática del Congo, la OMS colabora con el Ministerio de Salud, Médicos Sin Fronteras (MSF), UNICEF y otros socios, incluido el Ministerio de Salud de Guinea, para realizar la vacunación contra Ébola para personas con alto riesgo de infección en las zonas de salud afectadas.

El 21 de mayo de 2018, comenzó la vacunación en anillo junto con la vacunación de los trabajadores de la salud en Mbandaka (OMS) y Bikoro (MSF). Hasta el 21 de mayo, Merck ha proporcionado a la OMS 8640 dosis de la vacuna rVSVΔG-ZEBOV, de las cuales 7540 dosis están disponibles en la República Democrática del Congo (aproximadamente la cantidad suficiente para 50 anillos de 150 personas). Otras 8000 dosis estarán disponible en los próximos días.

En 2017, el Grupo Asesor Estratégico de Expertos en Inmunización (SAGE por sus siglas en inglés) recomendó que, para los brotes de Zaire ebolavirus, la vacuna rVSVΔG-ZEBOV se utilice en el marco de Acceso Ampliado, con consentimiento informado y de conformidad con la buena práctica clínica. La vacuna rVSVΔG-ZEBOV es altamente protectora contra el virus del Zaire y es la primera con eficacia demostrada. Varios ensayos que incluyeron a más de 16 000 voluntarios en Europa, África y América muestran que la vacuna tiene un buen perfil de seguridad entre las personas de seis años o más. En Guinea y Sierra Leona, la vacuna se utilizó en una prueba de eficacia de 7.500 adultos en 2015 y se consideró segura y protectora contra la infección de Zaire ebolavirus. La evidencia en los 117 anillos en Guinea y Sierra Leona mostró que no hubo casos de enfermedad del virus del Ébola diez días o más después de la vacunación entre todos los contactos y contactos de contactos inmediatamente vacunados contra 23 casos entre contactos elegibles y contactos de contactos que no fueron vacunados o en los cuales la vacunación se retrasó. La eficacia

estimada de la vacuna fue del 100% (IC de 95% 79.3-100.0, $p = 0.0033$). Este ensayo fue realizado por la OMS, el Ministerio de Salud de Guinea, MSF y el Instituto Noruego de Salud Pública, y con la colaboración de otros socios internacionales. La vacuna funciona reemplazando un gen de un virus inofensivo conocido como virus de la estomatitis vesicular (VSV) con un gen que codifica una proteína de superficie del virus del Ébola. La vacuna no contiene ningún virus vivo del Ébola.

En marzo de 2016, tras una nueva cadena de transmisión del virus del Ébola en Guinea Forestiere, se vacunaron 1.510 personas en cuatro anillos, incluidas 303 personas de entre 6 y 17 años y 307 trabajadores de primera línea. Tomó 10 días para vacunar al primer participante después de la confirmación del primer caso de la enfermedad del virus del Ébola.

No se produjeron casos secundarios de la enfermedad del virus del Ébola entre las personas que recibieron la vacuna.

Dada la ubicación remota y el limitado acceso por carretera a las poblaciones afectadas por el brote actual, la implementación de la vacunación en anillo y el mantenimiento de la cadena de frío requerida de -80°C presenta importantes desafíos logísticos para el Ministerio de Salud, MSF, la OMS y otros socios sobre el terreno.

La vacunación se implementará utilizando un enfoque de anillo, similar al utilizado en Guinea en 2015, por el cual se ofrecerá la vacuna a las personas en riesgo, que incluye, pero no se limita, a: (i) contactos y contactos de contactos; (ii) trabajadores locales e internacionales de atención de la salud y de primera línea en las áreas afectadas; y (iii) trabajadores de salud y de primera línea en áreas con riesgo de expansión del brote. Con su consentimiento, los individuos en el anillo serán considerados para la vacunación. Después de recibir la vacuna, se realizará un seguimiento de las personas durante un período de tiempo.

Cada equipo de vacunación está capacitado y conoce las Buenas Prácticas Clínicas. El equipo incluye investigadores guineanos que llevaron a cabo la prueba de anillo en Guinea y Sierra Leona y la intervención bajo uso compasivo / acceso ampliado en Guinea. Los efectos adversos serán tratados por médicos calificados y todos los efectos adversos graves se comunicarán a las autoridades de la República Democrática del Congo, a Merck y a la Junta de Vigilancia de Datos y Seguridad (DSMB). Son apoyados por logistas con experiencia. Los pasos para la vacunación en anillo están claramente definidos e incluyen:

- 1-2 movilizadores sociales en el equipo de vacunación visitarán la comunidad y explicarán el proceso a las personas potencialmente elegibles para la vacuna.
- La definición del anillo la realizan dos miembros del equipo de vacunación que

están capacitados y enumerarán todos los contactos y contactos de los contactos de un paciente confirmado con el virus del Ébola (incluidos los residentes ausentes).

- Se evalúa la elegibilidad de los participantes.
- Se busca el consentimiento informado de cada persona elegible.
- Vacunación de personas elegibles que hayan dado su consentimiento.
- Las personas vacunadas serán supervisadas por un médico durante 30 minutos después de la vacunación y luego seguidas por visitas domiciliarias los días 3 y 14 después de la vacunación.
- El uso de la vacuna rVSVΔG-ZEBOV en investigación en la República Democrática del Congo marca un hito para el control del brote de virus del Ébola.

Fuente: Organización Mundial de la Salud

CÓLERA EN UGANDA

El 29 de abril de 2018, una mujer de 40 años se presentó con vómitos agudos y diarrea acuosa al Hospital de Kiruddu. Ella estaba atendiendo a su niño enfermo en el hospital de Mulago cuando los síntomas se manifestaron. Una muestra de heces tomada del caso sospechoso dio positiva para *Vibrio Cholerae* en el Laboratorio Central de Salud Pública.

Hasta el 15 de mayo de 2018 fueron informados un total de 30 casos de cólera y una muerte en Kampala, Uganda (tasa de

letalidad del 3.3%). Dos muestras dieron positivo por PCR y fueron enviadas para confirmación por cultivo.

Otros brotes de cólera se han registrado en el país este año: distrito de Hoima que ha reportado un total de 2119 casos con 44 muertes (tasa de letalidad del 2.1%) y distrito de Amudat que informó un total de 50 casos, incluyendo 2 muertes (tasa de letalidad del 4.0%).

Fuente: Organización Mundial de la Salud

**Enfermedades de Declaración Obligatoria: Meningitis Viral.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 19/05/18.**

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018 *
PINAR DEL RIO	5	13	54	103	37.99	72.52
ARTEMISA	1	3	29	23	12.35	9.73
MAYABEQUE	-	2	9	4	4.18	1.85
LA HABANA	4	13	115	116	11.92	12.01
MATANZAS	-	7	108	109	38.53	38.67
VILLA CLARA	8	9	100	54	28.06	15.20
CIENFUEGOS	-	10	54	115	47.57	100.93
S. SPIRITUS	2	4	41	42	29.33	30.02
CIEGO DE AVILA	1	-	23	23	11.71	11.66
CAMAGÜEY	4	-	40	66	29.40	48.67
LAS TUNAS	-	-	8	9	8.71	9.78
HOLGUIN	1	-	14	7	3.28	1.64
GRANMA	17	12	245	136	78.67	43.68
SANTIAGO DE CUBA	17	17	262	181	59.10	40.86
GUANTANAMO	8	1	82	29	37.86	13.40
ISLA DE LA JUVENTUD	-	3	3	4	3.55	4.74
CUBA	68	94	1187	1021	28.62	24.60

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: 23/05/18.

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Alimentos	8	3	106	79	0.94	0.70
Ciguatera *	-	1	8	9	0.07	0.08
Hepatitis viral **	-	-	1	-	0.01	-
EDA	-	-	1	1	0.01	0.01
IRA	1	1	15	18	0.13	0.16
Agua	-	-	2	3	0.02	0.03
Varicela	1	3	40	43	0.36	0.38

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: 19/05/18.**

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	-	-	-	..**
SHIGELLOSIS	8	6	141	154	3.45	3.77
D. AMEBIANA AGUDA	1	-	8	3	0.18	0.07
TUBERCULOSIS	18	13	265	254	5.77	5.53
LEPRA	7	2	70	93	1.68	2.23
TOSFERINA	-	-	-	-	0.01	0.01**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	7107	4865	92516	83216	2360.10	2121.44
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	2	1	0.09	0.04
MENINGOCOCCEMIA	-	-	4	-	0.05	0.05**
TÉTANOS	-	-	1	-	0.02	0.02**
MENINGITIS VIRAL	68	94	1187	1008	28.62	24.29
MENINGITIS BACTERIANA	3	3	143	131	3.17	2.91
VARICELA	360	441	7763	9957	120.28	154.17
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	..**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	..**
HEPATITIS VIRAL	9	12	183	146	3.79	3.02
PAROTIDITIS	-	-	-	-	0.05	0.05**
PALUDISMO IMPORTADO	1	-	11	13	0.19	0.22
LEPTOSPIROSIS	-	-	18	38	0.77	1.63
SÍFILIS	104	89	2015	1987	45.27	44.61
BLENORRAGIA	75	61	1252	1173	25.90	24.25
INFECC. RESP. AGUDAS	118440	113369	2435635	2664686	56055.23	61285.90

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>