



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO SEMANTAL

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

Detección de poliovirus vacunal, Sabin tipo 3, en un caso de Parálisis Fláccida Aguda.....	177
Sarampión.....	178
Sarampión en Liberia.....	182
Tablas:.....	183

Actualización Epidemiológica.

DETECCIÓN DE POLIOVIRUS VACUNAL, SABIN TIPO 3, EN UN CASO DE PARÁLISIS FLÁCCIDA AGUDA

8 de junio de 2018

Resumen de la situación

El 7 de junio de 2018 el Punto Regional de Contacto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) recibió un reporte no oficial sobre la detección de poliovirus vacunal, Sabin tipo 3, en muestra de un paciente venezolano con parálisis fláccida aguda (PFA). Ese mismo día se solicitó verificación al Centro Nacional de Enlace (CNE) para el RSI de Venezuela.

El 8 de junio de 2018 la OPS/OMS recibió información actualizada. En particular, se trata de un niño de 2 años y 10 meses de edad, sin antecedente de vacunación, residente de una comunidad indígena sub-inmunizada en el

Delta Amacuro, en Venezuela. El niño inició parálisis el 29 de abril 2018 y al 31 de mayo de 2018 persiste la parálisis fláccida de un miembro inferior.

Un poliovirus vacunal Sabin tipo 3 fue aislado y tipificado por el laboratorio de referencia nacional, el Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel" (INHRR), en la muestra de este paciente colectada el 30 de abril de 2018. Las muestras serán remitidas al laboratorio de referencia regional para secuenciación y confirmación de los hallazgos virológicos. Otros niños de la misma comunidad fueron vacunados en el mes de abril con vacuna polio oral bivalente.

La investigación de campo que está en curso identificó a una niña de 8 años, residente de la misma comunidad y con antecedente vacunal de por lo menos una dosis de tOPV (vacuna trivalente oral contra poliomielitis), que presenta flacidez en un miembro inferior. Hasta la fecha, la búsqueda activa de casos de PFA realizada en la comunidad no identificó más casos compatibles.

Referencias:

1. OPS/OMS – Informe final de la 3.a reunión ad-hoc del GTA. Reunión ad-hoc virtual, 19 de marzo del

Orientaciones para las autoridades nacionales

La OPS/OMS reitera a los Estados Miembros la importancia de alcanzar y mantener una cobertura de vacunación contra polio superior al 95% en cada distrito o municipio. También, reitera la necesidad de mantener una vigilancia epidemiológica de alta calidad y de actualizar los planes nacionales de respuesta a los brotes de poliovirus.

2018. Disponible en:

<https://bit.ly/2Jqm5TX>

2. OPS/OMS – Boletín Semanal de Polio 2018. Disponible en: <https://bit.ly/2JtxKkU>

Actualización Epidemiológica.

SARAMPIÓN

8 de junio de 2018

Resumen de la situación

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y la SE 22 de 2018 son 11 los países que notificaron 1.685 casos confirmados de sarampión en la Región de las Américas: Antigua y Barbuda (1 caso), Argentina (3 casos), Brasil (114 casos), Canadá (11 casos), Colombia (26 casos), Ecuador (12 casos), Estados Unidos de América (84 casos), Guatemala (1 caso), México (4 casos), Perú (2 casos) y la República Bolivariana de Venezuela (1.427 casos). Esta cifra es superior a lo registrado en 2017 cuando cuatro países notificaron 895 casos confirmados de sarampión en todo el año: Argentina (3 casos), Canadá (45 casos), los Estados Unidos de América (120 casos) y Venezuela (727 casos).

A continuación, se presenta un resumen de los brotes activos en la Región de las Américas.

En **Brasil**, está en curso un brote de sarampión con 995 casos notificados (611 en el estado de Amazonas y 384 en el estado de Roraima), de los cuales 114 fueron confirmados (30 en el estado de Amazonas y 84 en el estado de Roraima), incluidos dos fallecidos. Hay 798 casos sospechosos que continúan en investigación. Adicionalmente, se confirmó un caso en Rio Grande do Sul, de una niña de 1 año no vacunada, residente del

municipio de São Luiz Gonzaga, que viajó a Europa y visitó varios países con brotes en curso. El genotipo identificado en ese caso fue el B3. En el estado de Amazonas se notificaron 611 casos, de los cuales 30 fueron confirmados, 63 descartados y los 518 restantes continúan en investigación. Los casos notificados, proceden de 14 municipios: Anori, Beruri, Careiro da Várzea, Humaitá, Itacoatiara, Itapiranga, Iranduba, Jutai, Manacapuru, Manaus, Novo Airão, Parintins, São Gabriel da Cachoeira y Tefé. Los 30 casos confirmados proceden de Manaus, todos ellos son ciudadanos brasileños, 17 de los cuales son del sexo femenino. En relación con los 518 casos que permanecen en investigación, 254 son del sexo femenino y se registran en el grupo de 6 meses a 4 años de edad.

En el estado de Roraima, se notificaron 384 casos de los cuales 84 fueron confirmados, 20 descartados y 280 continúan en investigación. Los casos notificados, proceden de 11 municipios: Alto Alegre, Amajari, Boa Vista, Cantá, Caracaraí, Caroebe, Iracema, Pacaraima, Rorainópolis, São João Da Baliza, y Uiramutã. Los 84 casos confirmados proceden de: Boa Vista (62 casos), Cantá (1 caso), Pacaraima (19 casos), Maracaibe (1 caso) y Uiramutã (1 caso).

Del total de casos confirmados en Roraima, 58 son venezolanos (69%), 24 brasileños (29%),

uno de Guyana (1%) y uno de Argentina (1%). Las edades de los casos confirmados están entre menores de 6 meses a 39 años. De los 58 casos en venezolanos, 32 son indígenas; y 35 se registran en el grupo de 1 a 9 años. Las 2 defunciones por sarampión corresponden a niños venezolanos del municipio de Boa Vista. Cuatro fueron hospitalizados. De los 24 casos confirmados en brasileños, 1 es indígena y 12 se registran en el grupo de 6 meses a 4 años. El caso confirmado de Guyana es indígena.

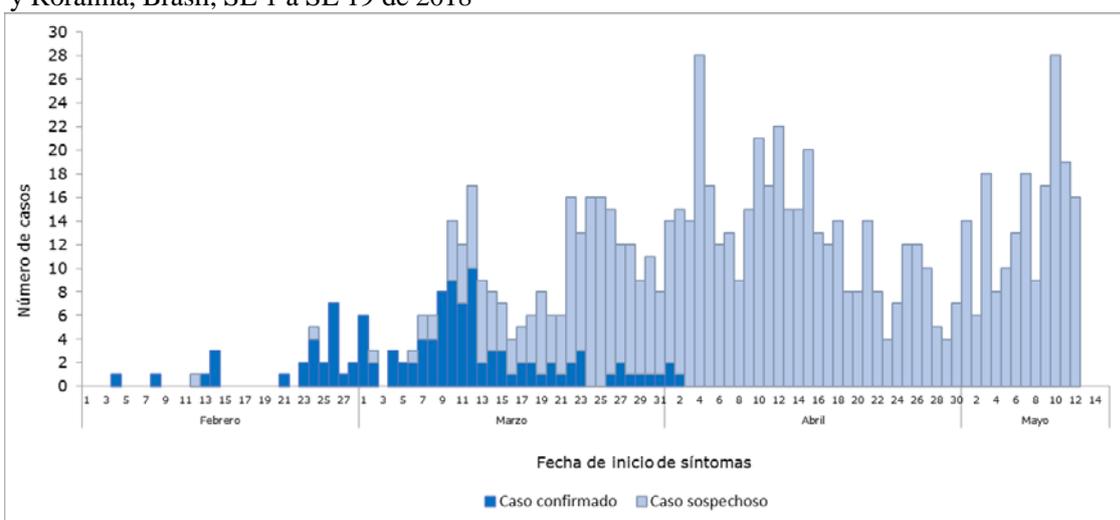
De los 280 casos que permanecen en investigación en el estado de Roraima,

141 son brasileños (20 indígenas), 138 venezolanos (79 indígenas) y uno es de Guyana (indígena).

Las fechas de inicio de exantema de los casos confirmados en ambos Estados fueron entre el 4 de febrero y el 2 de abril de 2018. De acuerdo con el análisis de laboratorio realizado por la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz/RJ), el genotipo identificado en todos los casos confirmados es el D8, con un linaje idéntico al identificado en Venezuela en 2017.

En la **Figura 1** se observa la progresión del brote, el cual presenta una tendencia creciente en el mes de marzo y posteriormente en mayo. La tendencia puede variar conforme se obtengan los resultados de los 798 casos en investigación.

Figura 1. Casos notificados de sarampión, según fecha de inicio de exantema. Estados de Amazonas y Roraima, Brasil, SE 1 a SE 19 de 2018



Fuente: Datos publicados por el Ministerio de Salud de Brasil y reproducidos por la OPS/OMS.

En **Colombia**, entre la SE 11 y la SE 21 de 2018 se han notificado 26 casos confirmados de sarampión (**Figura 2**). La edad de estos casos está en el rango entre 10 meses y 26 años, 6 de los cuales son del sexo femenino. El inicio de exantema se registró entre el 8 marzo y el 19 de mayo de 2018. De los 26 casos, 17 fueron importados de Venezuela, 7 casos son de transmisión secundaria en personas

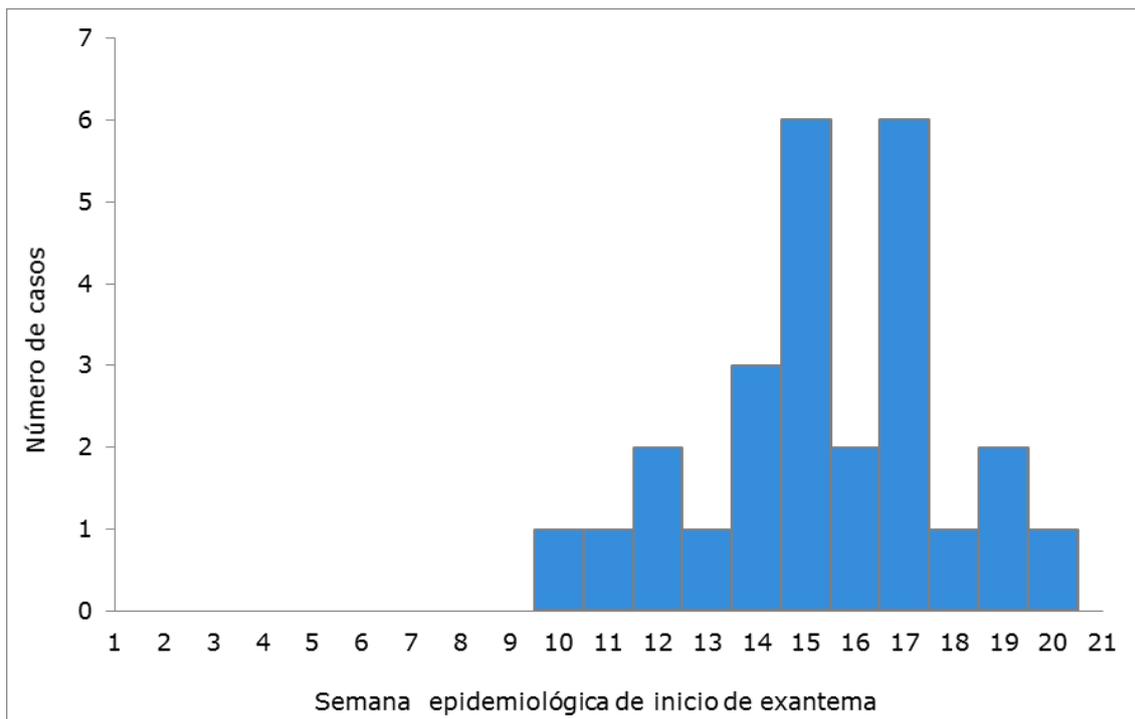
procedentes de Venezuela y residentes en Colombia hace más de 4 meses y 2 casos están relacionados a importación. No se registraron fallecidos.

Los casos fueron notificados en los departamentos de Antioquia, Bolívar, Cauca, Cesar, Norte de Santander, Risaralda, Sucre; y los Distritos de Cartagena y Santa Marta.

La confirmación por laboratorio de todos los casos fue realizada por el Instituto Nacional de Salud a través de la detección de anticuerpos anti-sarampión IgM en suero y por reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa (RT-PCR por su

sigla en inglés) en hisopado faríngeo y en muestra de orina. La genotipificación realizada en muestras de 9 casos indicó que se trata del genotipo D8, linaje MVi/HuluLangat.MYS/26.11, idéntico al identificado en Venezuela en 2017.

Figura 2. Casos confirmados de sarampión, según semana epidemiológica de inicio de exantema. Colombia, SE 10 a SE 20 de 2018



Fuente: Datos compartidos por el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Colombia y reproducidos por la OPS/OMS.

En **Ecuador**, entre las SE 13 y la SE 22 de 2018, se confirmaron 12 casos de sarampión de los cuales 7 casos son importados y 5 asociados a importación. Los casos proceden de Quito (9 casos), Cuenca (1 caso), Carchi (1 caso) y Riobamba (1 caso); con fecha de inicio de exantema entre el 28 de marzo y el 29 de mayo de 2018. Seis de los casos confirmados corresponden a una misma cadena de transmisión en el sector sur de la ciudad de Quito. Del total de casos confirmados, 9 son del sexo masculino y el rango de edad es de 4 meses a 44 años; 10 de los casos son venezolanos.

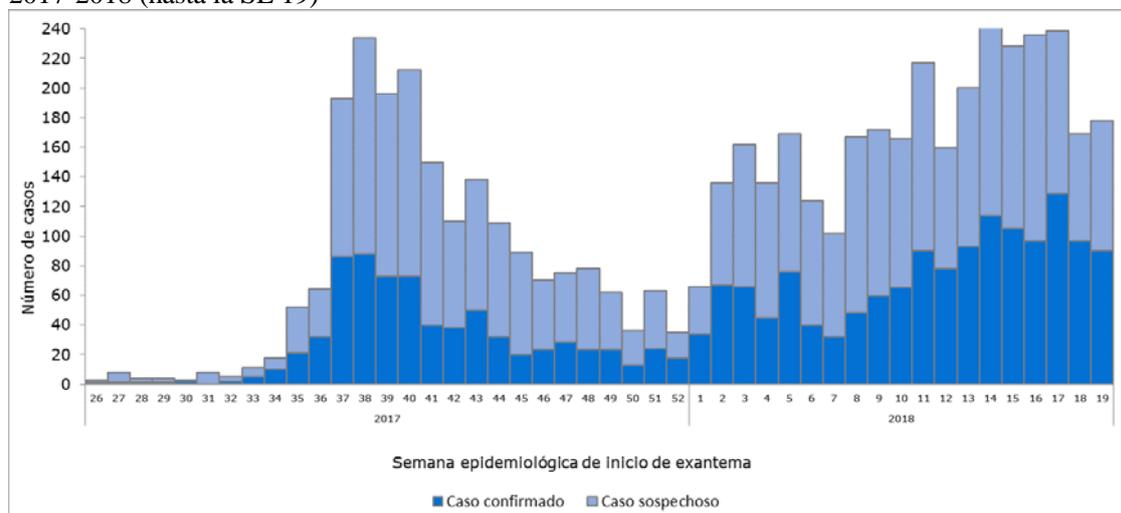
La confirmación por laboratorio de casos se realizó en el Laboratorio de Referencia Nacional (INSPI, Quito) por medio de pruebas serológicas y moleculares. La genotipificación se encuentra en curso
 En **Venezuela**, el brote continúa con transmisión activa en 17 estados y el Distrito Capital reportando casos confirmados. Desde la confirmación del primer caso de sarampión en la SE 26 de 2017 y hasta la SE 19 de 2018 se confirmaron 2.154 casos de sarampión (727 en 2017 y 1.427 entre la SE 1 y SE 19 de 2018) (**Figura 3**).

La mayor parte de los casos sospechosos proceden del estado Bolívar, seguido de Distrito

Capital. A nivel nacional se reportaron 35 defunciones; 33 de las cuales corresponden al estado de Delta Amacuro. En este último estado, los casos sospechosos y confirmados se notificaron desde la SE 33

de 2017. Los casos confirmados en Delta Amacuro proceden de los municipios de Antonio Díaz, Pedernales y Tucupita, con las tasas más altas de incidencia reportada en las parroquias de Luis Beltrán Prieto Figueroa (3.320 por 100.000 habitantes), Pedernales (1.466 por 100.000 habitantes), y Juan Millán (527 por 100.000 habitantes).

Figura 3. Casos notificados de sarampión, según SE de inicio de exantema. Venezuela, 2017-2018 (hasta la SE 19)



Fuente: Datos del Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela y reproducidos por la OPS/OMS.

Orientaciones para las autoridades nacionales.

Ante las continuas importaciones del virus desde otras regiones del mundo y los brotes en curso en las Américas, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) insta a todos los Estados Miembros a:

- **Vacunar** para mantener coberturas homogéneas del 95% con la primera y segunda dosis de la vacuna contra el sarampión, la rubéola y las paperas, en todos los municipios.
- **Vacunar** a poblaciones en riesgo, sin prueba de vacunación o inmunidad contra el sarampión y la

rubeola, tales como personal de salud, personas que trabajan en turismo y transporte (hotelería, aeropuerto, taxis y otros) y viajeros internacionales.

- **Mantener** una reserva de vacuna sarampión-rubeola (SR) y jeringas para acciones de control de casos importados en cada país de la Región.
- **Fortalecer la vigilancia epidemiológica** del sarampión para lograr la detección y asegurar de que las muestras se reciban en el laboratorio en el plazo de 5 días después de haberse tomado.

- Brindar una **respuesta rápida** frente a los casos importados de sarampión para evitar el restablecimiento de la transmisión endémica, a través de la activación de los grupos de respuesta rápida entrenados con este fin e implementando protocolos nacionales de respuesta rápida frente a los casos importados. Una vez que se active el equipo de respuesta rápida, se deberá asegurar una coordinación permanente entre el nivel nacional y local con canales de comunicación permanentes y fluidos entre todos los niveles (nacional, subnacional y local).
- **Identificar** los flujos migratorios externos (llegada de personas extranjeras) e internos (desplazamientos de grupos poblacionales) en cada país, para facilitar el acceso a los servicios de vacunación, según el esquema nacional.

Adicionalmente, ante la proximidad de celebraciones deportivas la OPS/OMS recomienda a los Estados Miembros que se aconseje a todo viajero mayor de 6 meses de edad que no pueda mostrar prueba de vacunación o inmunidad, que **reciba la vacuna contra el sarampión y la rubéola**, preferiblemente la vacuna triple viral (sarampión, rubéola y parotiditis - SRP), **al menos dos semanas antes de viajar a áreas donde se ha documentado la transmisión de sarampión**. Las recomendaciones de la OPS/OMS con relación a consejos para los viajeros, se encuentra disponible en la Actualización Epidemiológica del 27 de octubre de 2017¹.

Enlace de utilidad:

OPS/OMS – Enfermedades Prevenibles por Vacunación. Disponible en:<http://bit.ly/2Fpxxx3>

SARAMPIÓN EN LIBERIA.

Liberia ha estado experimentando brotes recurrentes de sarampión desde inicios de 2018. En la semana 23 (que finalizó el 10 de junio), un total de 61 casos nuevos sospechosos de sarampión (sin muertes) se informaron en 13 de los 15 condados en el país, en comparación con 72 nuevos casos reportados en la semana 22. Veintitrés muestras de sangre recolectadas de casos de sospechosos se enviaron al Laboratorio Nacional de Referencia, mientras que 20 de los casos tenían vínculos epidemiológicos con casos confirmados.

Durante la semana del informe, 14 de los 92 distritos de salud (en cinco condados) alcanzaron el umbral epidémico de sarampión de tres casos confirmados por laboratorio. Los cinco condados son Grand Bassa, Margibi, Maryland, Montserrado y Nimba. Entre las semanas 1 y 23 de 2018, se informaron 3086 casos sospechosos de

sarampión. De estos, 177 fueron confirmados por laboratorio, 1762 tenían vínculos epidemiológicos con casos confirmados, 562 eran clínicamente compatible, 156 fueron descartados (después de las pruebas negativas) y los resultados de las pruebas de 429 casos estaban pendientes. De los 2930 confirmados, casos vinculados epidemiológicamente, clínicamente compatibles y sospechosos, 14 murieron, dando una tasa de letalidad de 0.5% en este grupo. De los 2930 casos confirmados, los epidemiológicamente vinculados, los clínicamente compatibles y los sospechosos, 558 (19%) fueron vacunados, 334 (11%) no lo fueron y 2038 (70%) tenían un estado de vacunación desconocido. Alrededor del 39% de las personas afectadas tienen cuatro años o menos, el 25% tienen entre cinco y nueve años y el 36% tienen 10 años o más.

Fuente: Organización Mundial de la Salud

Enfermedades de Declaración Obligatoria: Lepra.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 09/06/18.

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018 *
PINAR DEL RIO	-	-	-	3	0.51	0.51**
ARTEMISA	-	-	-	-	0.98	0.98**
MAYABEQUE	-	-	1	4	0.78	3.13
LA HABANA	-	-	9	8	0.71	0.63
MATANZAS	-	-	1	2	0.56	1.11
VILLA CLARA	-	7	4	14	0.64	2.24
CIENFUEGOS	-	-	4	-	1.21	1.21**
S. SPIRITUS	-	1	6	5	2.14	1.78
CIEGO DE AVILA	-	-	5	9	2.30	4.11
CAMAGÜEY	-	-	8	5	2.48	1.56
LAS TUNAS	-	-	-	3	0.56	0.56**
HOLGUIN	-	-	3	3	0.77	0.77
GRANMA	3	-	20	29	5.25	7.62
SANTIAGO DE CUBA	1	-	9	11	2.28	2.79
GUANTANAMO	1	-	13	10	5.63	4.34
ISLA DE LA JUVENTUD	-	-	1	1	2.37	2.37
CUBA	5	8	84	107	1.68	2.14

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: 13/06/18.

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Alimentos	13	5	132	91	1.17	0.81
Ciguatera *	1	-	9	10	0.08	0.09
Hepatitis viral **	-	-	1	-	0.01	-
EDA	-	-	1	1	0.01	0.01
IRA	4	1	26	19	0.23	0.17
Agua	1	-	3	3	0.03	0.03
Varicela	1	1	42	44	0.37	0.39

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: 09/06/18.**

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	-	-	-	._**
SHIGELLOSIS	9	6	167	165	3.45	3.41
D. AMEBIANA AGUDA	1	-	10	4	0.18	0.07
TUBERCULOSIS	16	22	308	305	5.77	5.71
LEPRA	5	8	84	107	1.68	2.14
TOSFERINA	-	-	-	-	0.01	0.01**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	7901	6686	117452	101228	2360.10	2032.74
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	2	1	0.09	0.04
MENINGOCOCCEMIA	-	-	4	-	0.05	0.05**
TÉTANOS	-	-	1	-	0.02	0.02**
MENINGITIS VIRAL	93	97	1432	1315	28.62	26.27
MENINGITIS BACTERIANA	6	4	162	151	3.17	2.96
VARICELA	321	353	8425	10698	120.28	152.97
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	._**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	._**
HEPATITIS VIRAL	14	3	227	165	3.79	2.75
PAROTIDITIS	-	-	-	-	0.05	0.05**
PALUDISMO IMPORTADO	1	-	12	14	0.19	0.22
LEPTOSPIROSIS	1	1	21	41	0.77	1.51
SÍFILIS	111	91	2331	2286	45.27	44.36
BLENORRAGIA	55	58	1427	1378	25.90	25.00
INFECC. RESP. AGUDAS	116405	107738	2802177	3004052	56055.23	60053.54

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>