BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL

Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí

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

Actualización epidemiológica Sarampión……...369
VIH: Ya no da miedo, pero sigue matando…….372
Proteger el microbioma para limitar el VIH……..373
Acerca del Boletin Epidemiológico Semanal. IPK…….374
Tablas:……375

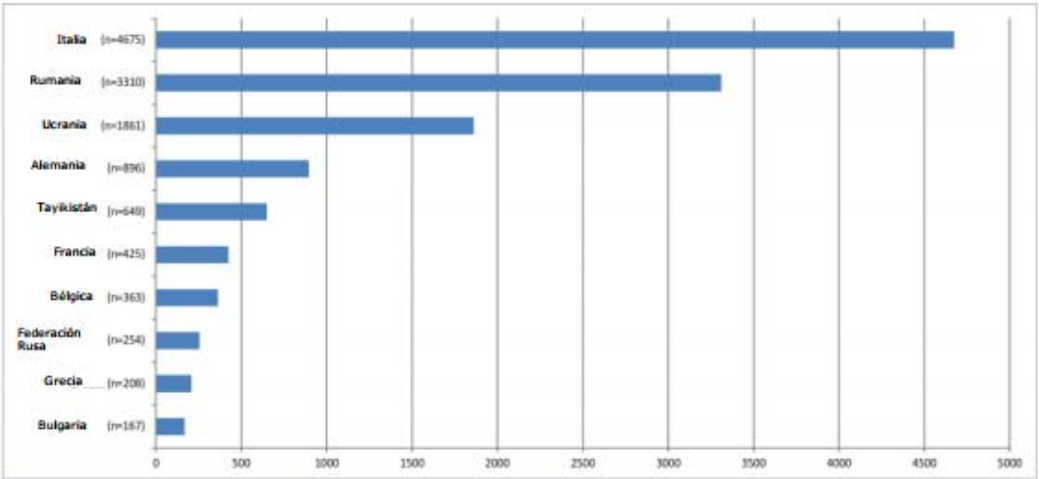
ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA SARAMPIÓN.

1 de diciembre de 2017

Resumen de la situación

En el periodo comprendido entre octubre de 2016 y septiembre de 2017, los países de la Región Europea notificaron 15.941 casos confirmados de sarampión; el 86% (n=13.712) de estos casos fueron notificados en 2017. La mayor incidencia se registró en Rumania (252,4 casos por 1 millón de habitantes), seguido de Italia (82,4 casos por 1 millón de habitantes) y Tayikistán (77,3 casos por 1 millón de habitantes). En 2017, ocurrieron 20 defunciones por sarampión, 10 de las cuales se registraron en Rumania. En 2017, el 56% (7.725) de los casos de sarampión de la Región Europea fueron confirmados por resultados de laboratorio (serología, detección de virus o aislamiento) y los restantes por nexo epidemiológico o por clínica. Los genotipos identificados fueron D8 (n=405), B3 (n=547), H1 (n=22) y D9 (n=1).

Figura 1. Número de casos de sarampión en los 10 países en la Región Europea con la mayor cantidad de casos notificados. 1 de enero al 30 de septiembre de 2017.



Fuente: Oficina Regional de la OMS para la Región de Europa. Programa de Enfermedades Prevenibles por vacunación.

Países de otros continentes (China, Etiopía, India, Indonesia, República Democrática Popular Lao, Mongolia, las Filipinas, Nigeria, Sri Lanka, Sudan, Tailandia, y Vietnam, entre otros) también notificaron brotes de sarampión entre 2016 y 2017.

Región de las Américas Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 46 de 2017, se notificaron 600 casos de sarampión confirmados por laboratorio en cuatro países de la Región de las Américas: Argentina (3 casos), Canadá (46 casos1), Estados Unidos de América (120 casos2) y la República Bolivariana de Venezuela (4313). El 36% de los casos que se notificaron en Argentina, Canadá y Estados Unidos de América son niños entre 1 y 4 años de edad; y el 60% de los casos no tenía antecedente de vacunación contra el sarampión y la rubeola. En Venezuela, entre la SE 36 y SE 47 de 2017, se identificaron 773 casos sospechosos de sarampión, de los cuales 431 fueron confirmados (por laboratorio o por nexo epidemiológico), 188 fueron descartados y 154 permanecen en investigación; no se registraron defunciones. La mayoría de los casos proceden del estado Bolívar. En el estado Anzoátegui se identificaron dos casos confirmados, ambos con nexo epidemiológico con el estado Bolívar. La vigilancia epidemiológica no ha identificado casos sospechosos en otras entidades federales que estén relacionados con este brote. Entre los casos confirmados en el brote en curso en el estado Bolívar, los grupos de edad más afectados corresponden a los menores de 1 año (tasa de incidencia= 415 casos por 100.000 habitantes), seguidos por los de 1 año de edad (tasa de incidencia= 248 casos por 100.00 habitantes). Se mantiene la búsqueda de casos, así como las actividades de vacunación institucional, en centros educativos, casa a casa y en puestos fijos, con vacunación indiscriminada con la vacuna triple viral (sarampión, parotiditis y rubéola - SRP) desde los 6 meses a los 5 años; con vacuna sarampión, rubéola (SR) al grupo etario de 6 a 10 años y vacunación selectiva con vacuna SR a los contactos de 11 a 39 años de edad.

Un resumen de las actividades de apoyo de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) al Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) en la implementación del plan de respuesta para la interrupción del brote de sarampión y el control de la difteria en Venezuela, se encuentra disponible en el siguiente enlace: https://sway.com/QMZ5v7quo1AianxU?ref=Link. Todos los casos confirmados en la Región de las Américas fueron casos importados de otros continentes, relacionados a importación o con fuente de infección desconocida. Los genotipos identificados fueron D8 en Argentina, B3 y D8 en Canadá y los Estados Unidos.

En Venezuela el genotipo identificado fue el D8 (con un linaje diferente al D8 identificado en Brasil en años anteriores). La Región de las Américas fue la primera en ser declarada por un Comité Internacional de Expertos (CIE) (1,2) como libre de los virus de la rubéola en 2015 y del sarampión en 2016. La principal medida para evitar la introducción y diseminación del virus del sarampión es la vacunación de la población susceptible, junto con un sistema de vigilancia de alta calidad y suficientemente sensible para detectar oportunamente todo caso sospechoso de sarampión o rubéola.

Orientaciones para las autoridades nacionales.

La presente es una actualización de la Alerta Epidemiológica publicada el 27 de octubre de 2017 y se mantiene las orientaciones realizadas en dicha Alerta.

Referencias

1. Boletín Semanal de Sarampión/Rubéola: Organización Pan Americana de la Salud. Vol.23, n.º 44, noviembre de 2017. [consultado el 30 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=42779&lang=es

2. WHO Epidata. Oficina Regional de la OMS para Europa. Informe mensual sobre la situación epidemiológica de enfermedades prevenibles por vacunación. [Consultado el 30 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/354206/2017_09_Epi_Data_EN_Oct2016_Sep2017.pdf

3. World Tourism Organization (UNWTO). Press Release: Close to one billion international tourists in the first nine months of 2016. [Consultado el 30 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://media.unwto.org/press-release/2016-11-07/close-one-billioninternational-tourists-first-nine-months-2016

4. World Health Organization. WHO EpiBrief. No. 02/2017. [Consultado el 30 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/349062/EpiBrief_2_2017_EN-2.pdf

Enlace de utilidad:

• OPS/OMS - Inmunizaciones: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1865&Itemid=1899&lang=es

VIH: YA NO DA MIEDO, PERO SIGUE MATANDO.

Salvo en su Día Mundial, el pasado viernes 1 de diciembre, y quizá para recoger los datos anuales de Onusida y de algún congreso específico, ya casi no se habla de una enfermedad que afecta a 36,7 millones de personas, contagia al año a 1,8 millones y mata anualmente a un millón de personas en el mundo.

Su mayor conocimiento y la cronificación de los afectados gracias al avance continuo de los tratamientos han rebajado socialmente el pánico de los años ochenta. La infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmudeficiencia adquirida (sida) era la primera causa de muerte en la población de 25 a 44 años en España a principios de los años 90, con casi 6000 defunciones anuales frente a las 633 contabilizadas en 2015 por el Instituto Nacional de Estadística.

Hoy, gracias a las terapias antirretrovirales, un paciente de 20 años de edad diagnosticado de VIH tiene una esperanza de vida superior a los 70 años. Y su calidad de vida ha ido mejorando por los menores efectos secundarios de los tratamientos y por su simplificación farmacológica.

La Organización Mundial de la Salud y Onusida se han marcado el ambicioso objetivo de acabar con la epidemia de sida en el año 2030. De los casi 37 millones de infectados, unos 21 millones reciben tratamiento y las nuevas infecciones y las muertes relacionadas siguen disminuyendo en muchas partes del mundo, gracias a los miles de millones de dólares y euros vertidos en investigación, fármacos, campañas y donaciones, esfuerzos muy superiores a los realizados por ejemplo frente al paludismo o a la tuberculosis, igual de letales que el sida. Gajes de la occidentalidad de la infección. En la actualidad hay además 52 nuevos fármacos, en fase de ensayos clínicos: 32 son antivirales o antirretrovirales, 16 vacunas preventivas o terapéuticas y 4 terapias génicas.

A pesar de tantos medios, el objetivo de Onusida parece de todos modos algo ilusorio. Lejos de menguar, en Europa oriental y Asia central las nuevas infecciones por VIH han aumentado un 60 por ciento desde 2010 y las muertes relacionadas con el sida, un 27 por ciento. Y en África occidental y central dos de cada tres personas no tienen aún acceso al tratamiento.

Además, esa falta de temor frente al VIH, por la disponibilidad de terapias eficaces, conduce en algunos ámbitos a conductas temerarias, a lo que se añade que la resistencia a los fármacos anti-VIH de primera línea se aproxima ya al 10 por ciento. Son señales preocupantes después de una década en la que parecía posible el control de la epidemia. diciembre 4/2017 (diariomedico.com)

PROTEGER EL MICROBIOMA PARA LIMITAR EL VIH.

Modificar el microbioma con estrategias concretas puede ayudar a reducir los efectos secundarios del virus de inmunodeficencia humana (VIH). Las personas afectadas con el virus tienen una variedad de bacterias muy inferior que las sanas.

El VIH sigue siendo una enfermedad que centra los esfuerzos de la comunidad científica mundial. Lograr descubrir una cura o una vacuna es el objetivo primordial. Pero existen otras vías de investigación que también resultan importantes para su tratamiento. Es el caso de Yolanda Guillén, investigadora posdoctoral en el Grupo de Genómica Microbiana dirigido por Roger Paredes, del Instituto de Investigación del Sida (IrsiCaixa), centro impulsado por la fundación bancaria "la Caixa".

La investigadora trabaja para entender cuál es la relación entre el VIH y la microbiota. Una vez constatado este efecto del VIH sobre la microbiota, se abren nuevos caminos destinados a combatir, sobre todo, los efectos secundarios de la enfermedad y avanzar en la mejora de la calidad de vida de los pacientes. "Por ejemplo, los antirretrovirales tienen efectos directos sobre el sistema digestivo. Ahora que sabemos esta relación entre las bacterias que hay en nuestro organismo y la enfermedad, podemos iniciar investigaciones para intentar modificar el microbioma y buscar reducir sus efectos secundarios".

En este sentido, la investigadora apunta hacia varios tipos de estrategias posibles. La primera de ellas sería modificando la dieta, buscando que crezca un determinado tipo de bacterias u otro. También la adición alimentaria de prebióticos (con los que se selecciona qué grupo de bacterias se pretende que crezca) o probióticos (ingiriendo directamente bacterias) puede ayudar a modificar este microbioma.

Otros mecanismos más extremos serían la utilización de antibióticos, seleccionando aquellas bacterias que se quiere eliminar porque resultan más perjudiciales, o el trasplante de heces. "Como el propio nombre indica, consiste en extraer muestras fecales de personas sanas y transferirlas, normalmente mediante una sonda nasogástrica, a una persona que tenga problemas. Esto se ha utilizado normalmente en casos de infecciones graves por la bacteria *Clostridium difficile*. De esta forma lo que hacemos es recolonizar el intestino y desplazar las bacterias dañinas".

"Uno de los principales efectos que tiene el virus al entrar en el cuerpo es la destrucción del tejido intestinal, porque es donde se encuentran la mayoría de células diana para el virus, que son las del sistema inmune. Por eso pensamos que las bacterias que viven en el intestino de alguna manera sufrían cambios y que esto podría tener consecuencias para el paciente", explica Guillén a DM.

Efectos digestivos directos

De esta forma, analizando muestras fecales de individuos sanos y de otros con el desarrollo de la enfermedad en diferentes fases, el equipo en el que trabaja Guillén, pudo corroborar la hipótesis de que los pacientes con VIH tenían un menor número de bacterias diferentes y, por lo tanto, se veían afectadas las funciones que estas llevaban a cabo.

Otra posible vía de investigación sería la de estudiar si existe algún tipo de relación causa-efecto entre la desaparición de las bacterias que se ha constatado y la propagación de la enfermedad. Sin embargo, hasta la fecha no se ha avanzado en este sentido. "Establecer esta causalidad es algo realmente muy difícil. Se necesitarían estudios longitudinales, que con humanos son muy complicados porque hace falta un largo seguimiento. Hoy en día, con todo lo que estamos haciendo aquí, lo que podemos es establecer esta asociación entre un microbioma empobrecido y el avance de la enfermedad, pero falta mucho para saber si hay alguna relación entre estos dos hechos", puntualizaba Guillén.

Mejora de las técnicas

Cada vez se sabe más acerca del importante papel que la microbiota tiene en la salud de las personas. Su relación con enfermedades asociadas con procesos inflamatorios es de sobra conocida. Pero no solo aquí juega un papel determinante. La diabetes o el cáncer son otras enfermedades en las cuales entender la relación que tienen con las bacterias que pueblan nuestro organismo.

Guillén no duda en señalar la importancia que el microbioma tiene para nuestra salud. "Un dato muy curioso es que, si pudiéramos coger todos los microbios que tenemos en nuestro cuerpo y los pesáramos, llegaríamos a tener casi dos kilos de peso. Realmente las funciones que desempeñan en nuestro organismo son muy importantes porque sin microbios, por ejemplo, no podríamos digerir determinados alimentos que son esenciales o combatir contra algunos patógenos externos".

En la mirada que se ha puesto en los últimos años en la microbiota ha resultado fundamental el avance en nuevas técnicas que permiten su estudio. La dificultad para reproducir de forma fácil en un laboratorio las condiciones que se desarrollan dentro del intestino había condicionado hasta la fecha esta investigación. El trabajo de Guillén no es una excepción. "Esto ha sido posible gracias a la tecnología de secuenciación masiva que nos permite extraer todo el ADN contenido en las muestras de heces. De este modo disponemos del material genético de bacterias, virus o cualquier otro tipo de microbio, y de una muestra representativa de lo que habita en el intestino".

diciembre 4/2017 (diariomedico.com)

!! Saludos y bienvenidos al Boletín Epidemiológico del IPK !!

Este boletín se edita, semanalmente, en la Subdirección de Vigilancia Epidemiológica y es un producto del Instituto “Pedro Kourí “ (IPK). Se elabora a partir de los datos proporcionados por las Direcciones Provinciales de Salud del país, acerca de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) como: Fiebre Tifoidea, Tuberculosis, Lepra, Meningitis Meningocócica, Tétanos, Sífilis, blenorragia, etc. Se incluyen datos actualizados acerca de la morbilidad, mortalidad, letalidad, etc. de enfermedades relevantes en los momentos actuales. En nuestro Boletín Epidemiológico puede encontrar informaciones y noticias muy actualizadas acerca de lo más interesante sobre Epidemiología, VIH/SIDA y Medicina, en general, que llegan a las agencias de prensa internacionales. Se promocionan, además, cursos, eventos, talleres, etc. de las especialidades Biomédicas, que se llevarán a cabo en nuestro Centro y otros existentes en nuestro país.

Enfermedades de Declaración Obligatoria: Sífilis.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 25/11/17.

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017 *
PINAR DEL RIO	4	6	257	287	49.20	54.98
ARTEMISA	3	19	192	219	39.06	44.27
MAYABEQUE	3	2	95	80	25.70	21.58
LA HABANA	37	22	1317	1169	70.51	62.51
MATANZAS	4	4	144	166	22.55	25.84
VILLA CLARA	4	5	268	252	37.52	35.38
CIENFUEGOS	-	-	150	144	38.75	37.05
S. SPIRITUS	-	1	261	204	61.72	48.19
CIEGO DE AVILA	10	4	140	212	35.97	54.22
CAMAGÜEY	1	6	312	271	45.74	39.84
LAS TUNAS	9	7	289	296	55.89	57.13
HOLGUIN	4	5	237	227	24.97	23.93
GRANMA	5	4	260	312	33.19	39.83
SANTIAGO DE CUBA	5	13	359	482	37.42	50.26
GUANTANAMO	6	8	217	280	48.30	62.38
ISLA DE LA JUVENTUD	-	4	31	37	40.20	48.05
CUBA	95	110	4529	4638	44.53	45.57

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: 29/11/17.

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTES ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Alimentos	1	1	233	227	2.07	2.02
Ciguatera *	-	1	15	28	0.13	0.25
Hepatitis viral **	-	-	2	1	0.02	0.01
EDA	-	-	8	2	0.07	0.02
IRA	-	1	63	59	0.56	0.52
Agua	-	-	7	7	0.06	0.06
Varicela	-	1	45	44	0.40	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: 25/11/17.

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	-	-	0.01	0.01**
SHIGELLOSIS	7	8	492	313	4.73	3.01
D. AMEBIANA AGUDA	-	2	8	20	0.07	0.18
TUBERCULOSIS	10	13	494	642	5.24	6.81
LEPRA	4	1	156	165	1.62	1.71
TOSFERINA	-	-	-	-	-	-**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	4174	6072	267547	241549	2571.66	2319.72
M. MENINGOCÓCCICA.	-	1	3	5	0.04	0.07
MENINGOCOCCEMIA	-	-	2	4	0.02	0.04
TÉTANOS	-	-	-	2	-	-**
MENINGITIS VIRAL	72	39	3718	2954	36.87	29.27
MENINGITIS BACTERIANA	13	5	347	334	3.38	3.25
VARICELA	201	202	12379	12283	121.28	122.22
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	-**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	-**
HEPATITIS VIRAL	10	7	327	359	3.28	3.60
PAROTIDITIS	-	-	-	-	-	-**
PALUDISMO IMPORTADO	-	-	36	19	0.34	0.18
LEPTOSPIROSIS	4	1	62	57	0.61	0.56
SÍFILIS	95	110	4529	4635	44.53	45.54
BLENORRAGIA	68	69	3313	2651	31.58	25.24
INFECC. RESP. AGUDAS	144534	121532	5998000	5696050	58976.48	55958.03

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