



DIRECCIÓN NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Dirección Postal: Inst. "Pedro Kouri". Apartado Postal 601 Marianao 13. La Habana, Cuba

ISSN- 2490626

e-mail: ciipk@ipk.sld.cu

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

Índice

OPS insta a países de américa latina y el caribe a prepararse para enfrentar posibles brotes de dengue.....	121
Declaración relativa a la reunión del comité de emergencia del reglamento sanitario internacional (2005) sobre la enfermedad por el virus del Ébola.....	122
Actualización epidemiológica de Fiebre Amarilla en las Américas, 6 de marzo de 2019.....	124
Actualización epidemiológica de sarampión en la región de las Américas, 18 de abril de 2019..	125
Tablas:.....	127

OPS INSTA A PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE A PREPARARSE PARA ENFRENTAR POSIBLES BROTES DE DENGUE.

La enfermedad es endémica en la región y desde su reintroducción en la década de 1980 ha causado brotes y epidemias de manera cíclica cada tres a cinco años

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) instó a los países de la región a prepararse y estar listos para dar una respuesta oportuna a posibles brotes de dengue, una enfermedad que es endémica en la región y que desde su reintroducción en la década de 1980 ha causado brotes y epidemias de manera cíclica cada tres a cinco años. En 2010, se produjo la primera epidemia de dengue que superó el millón de

casos en la región, y tres años después, en 2013, se presentó la primera epidemia con más de dos millones de casos. A inicios de 2019 se observa un aumento de casos comparado con el mismo período de 2018.

Según la última actualización epidemiológica de la OPS sobre dengue publicada el 22 de febrero, el año pasado se notificaron 560.586 casos de dengue en las Américas, incluidas 3.535 casos de dengue grave y 336 defunciones. En tanto, en las primeras seis semanas del 2019 se notificaron casi 100.000 casos de dengue, incluidos 632 casos de dengue grave y 28 defunciones.

Las principales recomendaciones de la OPS se centran en que los países intensifiquen la vigilancia de la enfermedad, así como las medidas de control de vectores para reducir la población de mosquitos que pueden transmitir. Hoy por hoy, el único método para controlar o prevenir la transmisión del virus consiste en luchar contra el *Aedes aegypti*, el principal mosquito vector.

La Organización Panamericana de la Salud también recomienda educación continua a la población e involucramiento de la comunidad, así como asegurar que los profesionales de salud estén capacitados para diagnosticar el dengue y otras arbovirosis, y para manejar adecuadamente a los pacientes. La OPS presta cooperación técnica a sus Estados Miembros para prevenir y controlar la enfermedad.

El manejo oportuno salva vidas

Espinal explicó que el diagnóstico oportuno de la enfermedad se complejizó con la llegada de dos nuevos arbovirus: el virus Chikungunya en 2013 y el del Zika en 2015, al presentar una sintomatología similar. Sin embargo, y a pesar de la introducción de estas nuevas arbovirosis, el dengue ha sido la que presentó mayor número de casos.

Entre chikungunya, zika y dengue, este último es, además, la arbovirosis de mayor letalidad, pero su tratamiento es relativamente

sencillo, poco costoso y muy eficaz para salvar vidas.

“La clave es reconocer precozmente los signos de alarma para brindar la atención requerida y prevenir que progrese a formas graves”. José Luis San Martín, asesor regional en dengue de la OPS

Si un profesional de la salud tiene dudas sobre el diagnóstico clínico entre dengue, chikungunya o Zika, la OPS recomienda tratar al paciente como dengue e iniciar el manejo clínico y tratamiento en forma inmediata y sin esperar el diagnóstico de laboratorio. Además, recomienda que el paciente sea manejado como caso de dengue y se realice un seguimiento diario o al menos cada 48 horas para detectar signos de alarma de gravedad, especialmente durante la fase crítica de la enfermedad.

Enlaces

— [Acceda aquí a la alerta epidemiológica sobre dengue](#)

— [Casos de dengue en las Américas](#)

— [Enlace a infografía sobre aedes aegypties aegypti](#)

Fuente: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14994:paho-calls-for-countries-in-latin-america-and-the-caribbean-to-prepare-for-possible-outbreaks-of-dengue&Itemid=1926&lang=es

DECLARACIÓN RELATIVA A LA REUNIÓN DEL COMITÉ DE EMERGENCIA DEL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL (2005) SOBRE LA ENFERMEDAD POR EL VIRUS DEL EBOLA.

La reunión del Comité de Emergencia convocado por el Director General de la OMS en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (2005) en relación con la enfermedad por el virus del Ebola (EVE) en la República Democrática del Congo tuvo lugar el 12 de abril de 2019.

Principales conclusiones:

En opinión del Comité, el actual brote de ébola en las provincias de North Kivu e Ituri de la República Democrática del Congo no constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII). Sin embargo, el Comité deseó expresar su

profunda preocupación por el reciente aumento de la transmisión en áreas específicas y, por consiguiente, por el riesgo potencial de propagación a los países vecinos. El Comité también deseó elogiar los esfuerzos de los intervinientes en la respuesta desplegados por el Gobierno de la República Democrática del Congo, la Organización Mundial de la Salud y los asociados para contener el brote en un entorno complejo y difícil.

Además, el Comité ha proporcionado los siguientes consejos de salud pública:

- Se deben hacer esfuerzos sostenidos para prevenir la transmisión nosocomial y acortar el tiempo entre el inicio de la enfermedad y el acceso a una atención y tratamiento de alto nivel en unidades de tratamiento del ebola.
- Debe ponerse especial énfasis en hacer frente al aumento del número de casos en los epicentros restantes, en particular Butembo, Katwa, Vuhovi y Mandima.
- El Comité aconseja a la OMS y a todos los asociados que identifiquen, orienten y amplíen el diálogo y la participación de la comunidad, la implicación de los curanderos tradicionales y otras tácticas de participación comunitaria para fortalecer y ampliar la aceptación por parte de la comunidad.
- El Comité también señaló la necesidad de seguir las recomendaciones del SAGE con respecto a la estrategia de vacunación presentada en su última reunión.
- Dado que existe un riesgo muy alto de propagación regional, los países vecinos deben seguir acelerando los esfuerzos actuales de preparación y vigilancia, incluida la vacunación de los profesionales sanitarios y de los trabajadores de primera línea en los países limítrofes.
- Debe seguir reforzándose la colaboración transfronteriza, incluida la compartición oportuna de datos y alertas, la participación comunitaria transfronteriza y la sensibilización. Además, se deben realizar esfuerzos para cartografiar mejor los movimientos de población y comprender las redes sociales que traspasan las fronteras nacionales.
- El Comité mantiene su recomendación anterior de que es particularmente importante que no se apliquen restricciones a los viajes o el comercio internacionales. Los exámenes de

salida, sobre todo en aeropuertos, puertos y pasos fronterizos, son muy importantes; sin embargo, los exámenes de entrada, especialmente en aeropuertos distantes, no se consideran de utilidad para la salud pública ni rentables.

- El Comité enfatizó fuertemente la necesidad crítica de intensificar los esfuerzos actuales tanto de preparación como de respuesta. Esto requerirá un apoyo financiero adicional sustancial, inmediato y sostenido.

- Aunque declarar una ESPII en esta etapa no aporta ningún beneficio adicional, se expresó preocupación por los niveles actuales de transmisión, que requieren que se preste especial atención a la evolución de la situación. El Comité aconsejó al Director General de la OMS que siga vigilando de cerca la situación y vuelva a convocar al Comité de Emergencia cuando sea necesario.

Deliberaciones de la reunión

Los miembros y asesores del Comité de Emergencia se reunieron por teleconferencia. Varios representantes del Ministerio de Salud de la República Democrática del Congo hicieron presentaciones sobre la situación epidemiológica, las estrategias de respuesta y las recientes adaptaciones, incluido un cambio de estrategia para mejorar la participación de la comunidad en la respuesta. Un representante de la Oficina del Representante Especial Adjunto del Secretario General (MONUSCO) informó sobre la labor de la MONUSCO, incluidas sus actividades logísticas y de seguridad para apoyar la respuesta.

La Secretaría de la OMS presentó información actualizada sobre la situación actual y proporcionó detalles sobre la respuesta al actual brote de ebola y las actividades de preparación en los países vecinos.

La función del Comité consistía en proporcionar al Director General sus opiniones y perspectivas sobre:

- Si el evento constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII)
- En caso de que el evento constituyera una ESPII, qué recomendaciones temporales se debían formular.

Sobre la base de los consejos arriba mencionados, los informes presentados por el Estado Parte afectado y la información actualmente disponible, el Director General aceptó la evaluación del Comité y el 12 de abril de 2019 no declaró que el brote de ebola en la República Democrática del Congo fuera una emergencia de salud pública de

importancia internacional. A la luz de los consejos del Comité de Emergencia, la OMS desaconseja la aplicación de cualquier restricción a los viajes o al comercio. El Director General dio las gracias a los miembros del Comité y a los asesores por sus consejos.

Fuente: [https://www.who.int/es/news-room/detail/12-04-2019-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-for-ebola-virus-disease-in-the-democratic-republic-of-the-congo-on-12th-april-2019](https://www.who.int/es/news-room/detail/12-04-2019-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-for-ebola-virus-disease-in-the-democratic-republic-of-the-congo-on-12th-april-2019)
RELACIONADO CON: REPUBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO, VIRUS DEL ÉBOLA.

ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE FIEBRE AMARILLA EN LAS AMÉRICAS, 6 DE MARZO DE 2019.

En 2018, fueron 5 los países y territorios de la región de las Américas que notificaron casos confirmados de fiebre amarilla: Bolivia, Brasil, Colombia, Guayana Francesa y Perú, mientras que en 2019, tres países de la Región (Bolivia, Brasil y Perú) notificaron casos confirmados de fiebre amarilla que ocurrieron entre diciembre de 2018 y febrero de 2019.

Fuente: Actualización Epidemiológica de fiebre amarilla en las Américas Fiebre amarilla en Brasil, 24 de abril de 2019 En el presente periodo estacional (2018-2019) se notificaron 1061 casos humanos, de ellos se confirmaron 80 y fallecieron 14. Permanecen 383 en investigación y 618 fueron descartados. Además, se notificaron 850 casos no humanos, de ellos se confirmaron 20, permanecen 214 en investigación, 294 se clasificaron como indeterminados y 322 fueron descartados. Aunque la vigilancia de la fiebre amarilla actualmente se basa en la

estacionalidad de la enfermedad, cuyo período se extiende entre noviembre y mayo, con monitoreo por el Ministerio de Salud entre los meses de julio/2018 a junio/2019, a partir del informe n° 11, se describen los registros para el año 2019.

Los datos de los meses anteriores, de los brotes recientes e históricos, obtenidos en: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/febre-amarela-sintomastransmissaoeprevencao#epidemiologia>. Vigilancia de Casos Humanos Se registraron casos humanos confirmados en los estados São Paulo (67), Paraná (12) y Santa Catarina (1). La mayoría de los casos eran trabajadores rurales y / o en el área silvestre, de ellos 71 (88,7%) del sexo masculino, con edades entre 8 y 87 años.

En marzo/2019 (SE 13), se confirmó el primer caso de fiebre amarilla en el estado Santa Catarina. Entre los casos confirmados, 14 fallecieron (17,5%).

El número total de casos humanos registrados en el mismo período de 2018 fue de 1288. Vigilancia de epizootias en Primates no Humanos - PNH (monos) Se registraron epizootias de PNH confirmadas en São Paulo (10), Río de Janeiro (2), Paraná (6), Pará (1) y Santa Catarina (1) con mayor número de epidemias confirmados en la región Sudeste (60%; 12/20), aunque actualmente la transmisión está avanzando en la región Sur, principalmente en Paraná, desde de enero de 2019 (SE 4). Áreas de riesgo Ante este escenario, es fundamental que los municipios de las áreas de riesgo amplíen las coberturas vacunales (al menos el 95% de cobertura),

con el objetivo de garantizar la protección de la población contra la enfermedad, reduciendo el riesgo de muertes y brotes, además del riesgo de reurbanización de la transmisión (por *Aedes aegypti*). La vacunación está recomendada para todo el Área con Recomendación de Vacuna (ACRV). Se resalta que el mayor riesgo está en las áreas consideradas afectadas y ampliadas, donde la transmisión fue documentada recientemente (2018/2019). Las personas no vacunadas y expuestas en esas localidades deben ser vacunadas, prioritariamente.

Fuente: Ministerio de Salud de Brasil

ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE SARAMPIÓN EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS, 18 DE ABRIL DE 2019.

Al igual que en 2018 fueron 12 los países de la Región de las Américas que notificaron casos confirmados de sarampión en 2019 (hasta el 18 de abril), ellos son: Argentina, Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Estados Unidos de América, México, Perú, Uruguay y la República Bolivariana de Venezuela. En lo que va del año, no se han reportado defunciones por sarampión en la región, mientras en 2018 solo Brasil y la República Bolivariana de Venezuela notificaron defunciones. El brote que se inició en Venezuela en 2017 se extendió a Brasil y Colombia en 2018. Adicionalmente, en ese mismo año 4 países de la Región notificaron casos importados o relacionados a importación por el mismo genotipo y linaje circulante en los 3 países arriba mencionados: Argentina, Chile, Ecuador y Perú. A partir de la semana epidemiológica (SE) 27 de 2018 se registró una disminución en el número de casos que continuó hasta finales de 2018. En 2019, tanto Brasil como Colombia y Venezuela siguen notificando casos relacionados con el mismo genotipo y linaje indicando la continua circulación de este virus. Mientras que 9 países notificaron casos importados de países fuera de la Región con diferente genotipos. A continuación, se presenta un

resumen de la situación en los países que notificaron casos confirmados en 2019. Argentina confirmó 4 casos de sarampión, 3 importados y uno relacionado con la importación. Bahamas notificó un caso importado de sarampión confirmado por laboratorio. El caso es un niño de 4 años, sin antecedentes de vacunación que llegó a Bahamas el 10 de febrero, procedente de Francia e inició exantema el 18 de febrero. El genotipo identificado fue D8, diferente al que circula en los otros países de la Región. En Brasil, entre la SE 1 de 2018 y la SE 9 de 2019 se notificaron 10 354 casos confirmados de sarampión (10 326 en 2018 y 28 en 2019), incluidas 12 defunciones (todas en 2018). Adicionalmente, el 20 de febrero de 2019, Brasil notificó la ocurrencia de un brote de sarampión en un crucero en donde se confirmaron 20 casos de sarampión (todos ellos tripulantes). En 2018, fueron 11 las Unidades Federales que notificaron casos confirmados de sarampión: Amazonas (9808 casos y 6 defunciones), Bahía (3 casos), Distrito Federal (1 caso), Pará (79 casos y 2 defunciones), Pernambuco (4 casos), Rio Grande do Sul (46 casos), Rio de Janeiro (20 casos), Rondônia (2 casos), Roraima (361 casos y 4 defunciones), São Paulo (3 casos) y Sergipe (4 casos).

En 2019 las Unidades Federales que notifican casos confirmados son Amazonas (5 casos) y Pará (23 casos). En Canadá, entre la SE 1 y la SE 13 de 2019 se notificaron 33 casos confirmados de sarampión, reportados por las provincias de Québec, British Columbia, Ontario, y Alberta, y los territorios de Northwest. En Colombia, entre la SE 10 de 2018 y la SE 14 de 2019 se notificaron 8684 casos sospechosos de sarampión (7089 en 2018 y 1595 en 2019) de los cuales 291 fueron confirmados (209 con fecha de exantema en 2018 y 82 en 2019). No se registran fallecidos. Costa Rica, entre la SE 1 y la SE 13 de 2019 notificaron 9 casos confirmados de sarampión. Tres de ellos importados y 6 relacionados con importación. En Estados Unidos, entre el 1 de enero y el 11 de abril de 2019 se confirmaron 555 casos de sarampión en 20 estados: Arizona, California, Colorado, Connecticut, Florida, Georgia, Illinois, Indiana, Kentucky, Maryland, Massachusetts, Michigan, Missouri, Nevada, New Hampshire, New Jersey, New York, Oregon, Texas, y Washington. Actualmente se reportan 6 brotes en curso en las siguientes jurisdicciones: estados de California (Condado Butte), Michigan, New York (condado de Rockland), New Jersey, Washington y la ciudad de New York. Estos brotes están relacionados a viajeros con antecedentes de viaje a Israel, Ucrania y Filipinas. La mayoría de los casos no estaban vacunados. En 2018 se reportaron 17 brotes. México notificó un caso importado de sarampión confirmado por laboratorio, con antecedente de viaje a Francia (París) y a Estados Unidos de América (San Antonio y Houston, Texas). En Perú se confirmó un caso de sarampión en 2019, una peruana

procedente de España. En 2018 se habían confirmado 42 casos de sarampión, importados o relacionados a importación. Uruguay notificó tres casos confirmados de sarampión. En Venezuela, el brote que se inició en 2017 sigue activo. Entre la SE 26 de 2017 y hasta la SE 13 de 2019, se notificaron 9585 casos sospechosos (1307 en 2017, 7790 en 2018 y 488 en 2019) de los cuales 6534 fueron confirmados (727 en 2017, 5667 en 2018 y 140 en 2019). Los casos de 2018 fueron confirmados por los siguientes criterios: de laboratorio (2201), clínico (2659) y nexos epidemiológicos (807); mientras que en 2019 también se confirmaron por laboratorio (85), criterio clínico (32) y nexos epidemiológicos (23). Se registraron 76 defunciones, 2 en 2017 (en Bolívar) y 74 en 2018 (37 en Delta Amacuro, 27 en Amazonas, 6 en Miranda, 3 en Distrito Capital y 1 en Bolívar).

Sarampión en comunidades indígenas.

En Brasil, se notificaron 185 casos sospechosos en indígenas de los cuales 145 fueron confirmados en el Estado de Roraima, dos (casos fatales) en el estado de Pará. En Venezuela, entre la SE 1 y la SE 52 de 2018, se confirmaron 513 casos de sarampión en poblaciones indígenas de los estados de: Amazonas (149 casos, de los cuales 132 son de la etnia Sanema, 16 Yanomami, 1 Baniva), Bolívar (1 Pemón), Delta Amacuro (331 casos todos de la etnia Warao), Distrito Capital (1 Wayú), Monagas (22 casos, siendo 20 Warao, 1 Shaima y 1 Eñepa) y Zulia (9 casos de la etnia Wayú). Adicionalmente, se registraron 62 defunciones de las cuales 35 son de Delta Amacuro (todas de la etnia Warao) y 27 son de Amazonas (26 de la etnia Sanema y 1 Yanomami).

Enfermedades de Declaración Obligatoria: Hepatitis.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 20/04/19.

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019 *
PINAR DEL RIO	-	-	6	8	12.11	16.20
ARTEMISA	-	-	6	-	2.72	2.73**
MAYABEQUE	1	-	3	2	3.13	2.09
LA HABANA	2	-	38	38	4.05	4.06
MATANZAS	-	-	10	3	4.32	1.29
VILLA CLARA	1	-	7	5	1.92	1.38
CIENFUEGOS	-	-	1	1	0.48	0.48
S. SPIRITUS	-	1	5	1	1.71	0.34
CIEGO DE AVILA	-	-	2	1	1.60	0.80
CAMAGÜEY	-	-	3	2	1.05	0.70
LAS TUNAS	1	-	11	2	7.95	1.45
HOLGUIN	-	-	7	5	3.57	2.56
GRANMA	1	-	4	5	1.79	2.24
SANTIAGO DE CUBA	-	4	5	27	3.99	21.63
GUANTANAMO	2	3	10	78	14.58	114.01
ISLA DE LA JUVENTUD	-	-	-	-	-	..**
CUBA	8	8	118	178	4.14	6.26

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.

Algunos tipos de brotes notificados al SID. Cuba, hasta: 24/04/19.

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Alimentos	3	2	64	50	0.57	0.45
Ciguatera *	-	1	3	12	0.03	0.11
Hepatitis viral **	-	-	-	1	-	0.01
EDA	-	-	1	3	0.01	0.03
IRA	-	-	16	16	0.14	0.14
Agua	-	-	1	1	0.01	0.01
Varicela	-	-	36	41	0.32	0.37

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: 20/04/19.

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	-	-	0.01	0.01**
SHIGELLOSIS	4	2	134	61	2.67	1.22
D. AMEBIANA AGUDA	1	-	3	4	0.09	0.12
TUBERCULOSIS	7	8	188	207	5.62	6.21
LEPRA	4	4	76	64	1.95	1.65
TOSFERINA	-	-	-	-	-	._**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	2874	3142	67784	48380	1827.43	1307.41
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	2	3	0.08	0.12
MENINGOCOCCEMIA	-	-	-	1	0.02	0.02**
TÉTANOS	-	-	-	-	-	._**
MENINGITIS VIRAL	55	38	730	631	35.62	30.87
MENINGITIS BACTERIANA	5	10	103	112	3.35	3.65
VARICELA	468	326	7898	7473	137.57	130.48
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	._**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	._**
HEPATITIS VIRAL	8	8	118	191	4.14	6.72
PAROTIDITIS	-	-	-	-	-	._**
PALUDISMO IMPORTADO	1	1	7	6	0.24	0.21
LEPTOSPIROSIS	-	1	30	24	1.28	1.03
SÍFILIS	93	73	1581	1280	41.81	33.93
BLENORRAGIA	79	32	933	863	26.26	24.35
INFECC. RESP. AGUDAS	121003	77608	2221264	1470811	51411.48	34123.27

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>