



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:

Actualización semanal de la COVID-19 en Cuba.....	57
SARS-COV-2: variante preocupante Omicron y sus subvariantes objeto de vigilancia. Propagación geográfica y prevalencia (1).....	58
Resultados gastrointestinales a largo plazo de COVID-19.....	60
Estados Unidos no tiene evidencias para afirmar que China usó al COVID-19 como arma biológica...	63
Tablas:.....	64

ACTUALIZACIÓN SEMANAL DE LA COVID-19 EN CUBA.

Al cierre del día de ayer, 12 de marzo, se encuentran ingresados un total de 49 pacientes, sospechosos 18 y confirmados activos 31. Para la COVID-19 se realizaron un total de 476 muestras para la vigilancia, resultando positivas 10. El país acumula 14 millones 325 mil 715 de muestras realizadas y 1 millón 112 mil 667 positivas. Del total de casos (10), 2 se reportan casos asintomáticos en el día, acumulándose un total de 147 mil 698 que representa el (13.3%) de los confirmados hasta la fecha. Del total de casos diagnosticados (10), pertenecen al grupo de

edad: menores de 20 años (7), de 20 a 39 años (2), de 40 a 59 años (1), de 60 y más (0). De 1 millón 112 mil 667 pacientes diagnosticados con la enfermedad, se mantienen ingresados 31, todos con evolución clínica estable. Se acumulan 8 mil 530 fallecidos, letalidad de 0,77% vs 1,0% en el mundo y 1,54% en las Américas; dos evacuados, 57 retornados a sus países, en el día hubo 2 altas, se acumulan 1 millón 104 mil 047 (99,2%). No se reportan pacientes graves ni críticos confirmados en los Cuidados Intensivos del país.



SARS-COV-2: VARIANTE PREOCUPANTEOMICRON Y SUS SUBVARIANTES OBJETO DE VIGILANCIA. PROPAGACIÓN GEOGRÁFICA Y PREVALENCIA (1)

Elaborado por: Dra. Suset Oropesa. CIDR, Departamento de Virología. Instituto Pedro Kourí (2)

La OMS vigila actualmente una variante preocupante (VOC), Omicron, y siete subvariantes de ella (3). Estas subvariantes se están vigilando debido a la ventaja de transmisión observada en relación con otras variantes circulantes y a los cambios aminoacídicos adicionales que se sabe o se sospecha confieren una ventaja. A nivel mundial, del **6 de febrero al 6 de marzo de 2023** (28 días), se compartieron 59 294 secuencias de SARS-CoV-2 a través de GISAID. Entre ellas, 59 083 secuencias (99,6%) eran el VOC Omicron. Desde la última actualización del 1 de marzo de 2023, se ha observado **una tendencia al aumento continuo de las proporciones de linajes recombinantes a escala mundial.**

En la **semana epidemiológica 7** (del 13 al 19 de febrero de 2023), las variantes recombinantes **representaron el 44,1%** (7333 secuencias) de todas las secuencias, lo que supone un aumento con respecto al 25,1% (10 377 secuencias) de la semana 3 (del 16 al 22 de enero de 2023). Los linajes BA.5 y descendientes representaron el 27,2%

(4 522 secuencias) en la semana 7, frente al 55,7% (5 855 secuencias) en la semana 3.

BA.2 y los linajes descendientes mostraron una tendencia estable con un 14,2% (2 365 secuencias) en la semana 7 en comparación con el 14,2% (5855 secuencias) en la semana 3.

BA.1, BA.3 y BA.4 representaron en conjunto menos del 0,1%.

Las secuencias no asignadas (todas presuntamente Omicron a la espera de la asignación del linaje descendiente) representaron el 14,5% de las secuencias compartidas en la semana 7.

La tabla 2 muestra el número de países en los que se ha detectado una variante, y la prevalencia de la semana 3 a la 7.

En la actualidad, XBB.1.5 es la variante prevalente y muestra una tendencia creciente en las semanas epidemiológicas 3 a 7 (Tabla 2).

La información actualmente disponible no sugiere que XBB.1.5 tenga una mayor gravedad clínica (3) en relación con los otros linajes descendientes de Omicron circulantes.

Tabla 2. Prevalencia semanal de las subvariantes de Omicron bajo vigilancia

Lineage*	Countries	2023-03	2023-04	2023-05	2023-06	2023-07
BA.2.75*	116	8.21	8.05	5.70	4.51	3.92
BF.7*	105	4.87	3.92	3.31	2.59	1.84
BQ.1*	133	36.40	31.56	27.31	23.24	20.03
CH.1.1*	78	5.15	6.23	7.34	7.84	9.54
XBB*	113	4.75	4.85	5.41	6.43	8.54
XBB.1.5*	79	17.98	24.54	30.08	35.70	31.98
XBF*	44	1.44	1.42	1.66	1.59	1.67
Unassigned	91	4.88	6.18	8.06	9.16	14.50
Other	207	0.95	0.76	1.07	1.10	1.87

Nota: BA.2.75 y CH.1.1* son linajes descendientes de BA.2 y BF.7* y BQ.1* son linajes descendientes de BA.5.

Evaluación rápida de riesgo para el linaje descendiente de XBB, la XBB.1.5., pasa de “Bajo” a “Moderado” (4)

Evaluación de la OMS tras reunión del Grupo Asesor Técnico sobre la Evolución de los Virus (siglas en inglés:TAG-VE).

La variante XBB.1.5 es un linaje descendiente de XBB, surgido por la recombinación de dos linajes descendientes de BA.2. Del 22 de octubre de 2022 al 23 de enero de 2023, se han notificado 8 931 secuencias de la variante Omicron XBB.1.5 procedentes de 54 países.

La mayoría proceden de los Estados Unidos de América (75,0%); los países con una prevalencia >1% son el Reino Unido (9,9%), Canadá (3,0%), Dinamarca (2,0%), Alemania (1,5%), Irlanda (1,3%) y Austria (1,3%).

Es probable que linaje XBB.1.5 contribuya al aumento de la incidencia de casos en todo el mundo. Existen pruebas moderadas de un mayor riesgo de transmisión y de escape inmunitario si bien no se ha observado ninguna señal temprana de aumento de la gravedad en informes de varios países. Sobre este hecho, el número de casos asociados a XBB.1.5 es todavía bajo y, por lo tanto, la gravedad no puede evaluarse aún con seguridad. En conjunto, XBB.1.5 no parece presentar un riesgo adicional para la salud pública en relación con los demás linajes descendientes de Omicron. Se recomiendan a los Estados Miembros priorizar estudios específicos para abordar mejor las incertidumbres relativas a la ventaja de crecimiento, el escape de anticuerpos y la gravedad de XBB.1.5.

Pruebas actualmente disponibles:

En los Estados Unidos de América, XBB1.5 está aumentando en muchas regiones (la

prevalencia de XBB.1.5 en algunas regiones se prevé que sea del 80%, y en otras, del 20-50%).

En el Reino Unido, la ventaja de crecimiento en relación con BQ.1.1 se estimó en un 38,9%, con una elevada incertidumbre debido al pequeño número de casos secuenciados de XBB.1.5. (5,6)

Además, se ha informado del crecimiento de XBB.1.5 en varios países, entre ellos Islandia, donde ha aumentado hasta el 8,7% en la semana 2 de 2023. (7)

Los análisis dan cuenta que la mutación S: F486S (presente en XBB.1) anulaba la interacción hidrofóbica local con ACE-2 mientras que la 486P (presente en XBB.1.5) la restablecía.

El cambio de aminoácido a 486P contribuye a una mayor afinidad de unión a la ECA-2 y sugiere un mecanismo para que XBB.1.5 tenga una alta evasión de anticuerpos.

Utilizando ensayos de neutralización de virus pseudotipados, se demuestra que XBB.1.5 es tan inmune como XBB.1, una de las subvariantes de Omicron con la mayor evasión inmunitaria hasta la fecha. (8-12)

Los títulos de anticuerpos contra XBB.1 estuvieron ausentes en la mayoría de los individuos (2-4 dosis de vacuna), y eran más elevados en los que habían recibido recientemente una vacuna bivalente (BA.5) de refuerzo, y mucho más altos en individuos con inmunidad híbrida. (9,10)

Actualmente no hay datos sobre la eficacia de la vacuna en el mundo real contra la enfermedad grave o la muerte.

Referencias

1. <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---8-March-2023>
2. Elaborado por: Dra. Suset Oropesa. CIDR, Departamento de Virología. Instituto Pedro Kourí
3. Tracking SARS-CoV-2 variants. Accessed December 13, 2022. <https://www.who.int/activities/tracking-SARSCoV-2-variants>
4. <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---25-january-2023>
5. US CDC. CDC COVID Data Tracker: Variant Proportions. doi: <https://covid.cdc.gov/covid-datatracker/#variantproportions>.
6. UKHSA. Technical Briefing 49. SARS-CoV-2 variants of concern and variants under investigation: technical briefing 49 (publishing.service.gov.uk)
7. Joint ECDC-WHO Regional Office for Europe Weekly COVID-19 Surveillance Bulletin;
8. <https://worldhealthorg.shinyapps.io/euro-covid19/> Yue, C. et al. Enhanced transmissibility of XBB.1.5 is contributed by both strong ACE2 binding and antibody evasion. <http://biorxiv.org/lookup/doi/10.1101/2023.01.03.522427> (2023) doi:10.1101/2023.01.03.522427.
9. Wang, Q. *et al.* Alarming antibody evasion properties of rising SARS-CoV-2 BQ and XBB subvariants. *Cell* S0092-8674(22)01531-8 (2022) doi:10.1016/j.cell.2022.12.018.
10. Kurhade, C. *et al.* Low neutralization of SARS-CoV-2 Omicron BA.2.75.2, BQ.1.1 and XBB.1 by parental mRNA vaccine or a BA.5 bivalent booster. *Nat Med* (2022) doi:10.1038/s41591-022-02162-x.
11. Qu, P. *et al.* *Extraordinary Evasion of Neutralizing Antibody Response by Omicron XBB.1.5, CH.1.1 and CA.3.1 Variants.* <http://biorxiv.org/lookup/doi/10.1101/2023.01.16.524244> (2023) doi:10.1101/2023.01.16.524244.
12. Vikse, E. L., Fossum, E., Erdal, M. S., Hungnes, O. & Bragstad, K. *Poor neutralizing antibody responses against SARS-CoV-2 Omicron BQ.1.1 and XBB in Norway in October 2022.* <http://biorxiv.org/lookup/doi/10.1101/2023.01.05.522845> (2023) doi:10.1101/2023.01.05.522845.

RESULTADOS GASTROINTESTINALES A LARGO PLAZO DE COVID-19.

Los pacientes con COVID-19 tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades gastrointestinales. El estudio examina la relación entre COVID-19 y enfermedades gastrointestinales utilizando datos de dos cohortes de pacientes.

Se seleccionaron variables que ocurrieron en al menos 100 participantes en cada grupo de exposición, y se estimaron los riesgos relativos univariados entre cada variable y la exposición. Las 100 variables con los mayores riesgos relativos se utilizaron para análisis estadísticos.

Las conclusiones del artículo indican que los pacientes con COVID-19 tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades gastrointestinales, especialmente diarrea. Además, la presencia de enfermedades gastrointestinales se asocia con un mayor

riesgo de hospitalización y muerte en pacientes con COVID-19.

Sin embargo, se necesitan más estudios para comprender mejor la relación entre COVID-19 y enfermedades gastrointestinales.

Introducción

La infección por SARS-CoV-2 puede provocar una amplia gama de secuelas post-agudas que pueden afectar los órganos pulmonares y extrapulmonares, incluidos el sistema gastrointestinal; la constelación de estas condiciones posagudas se conoce con el término general COVID prolongado.

Los estudios que investigan las secuelas post-agudas gastrointestinales de la infección por SARS-CoV-2 se limitan principalmente a personas hospitalizadas y todos tuvieron una duración corta de seguimiento de unos pocos meses, y una selección limitada de resultados.

Se necesita una evaluación integral de los riesgos y las cargas de los trastornos gastrointestinales en la fase posterior a la aguda de COVID-19, pero aún no se ha realizado. Abordar esta brecha de conocimiento es importante para informar las estrategias de atención post-aguda de COVID-19.

En este trabajo, utilizamos las bases de datos nacionales de atención médica del Departamento de Asuntos de Veteranos de EE. UU. para crear una cohorte de 154.068 personas que sobrevivieron a los primeros 30 días de COVID-19 y dos grupos de control que incluyen un control contemporáneo de 5.638.795 que vivieron durante el mismo tiempo pero no tenía evidencia de infección por SARS-CoV-2, y una cohorte histórica de 5.859.621 personas de la era previa a la pandemia. Estas cohortes se siguieron longitudinalmente para estimar los riesgos y las cargas de 1 año de un conjunto de resultados gastrointestinales incidentes pre especificados en la cohorte general y por entorno de atención de la fase aguda de la infección por SARS-CoV-2 (es decir, si las personas no eran -hospitalizado, hospitalizado o ingresado en cuidados intensivos).

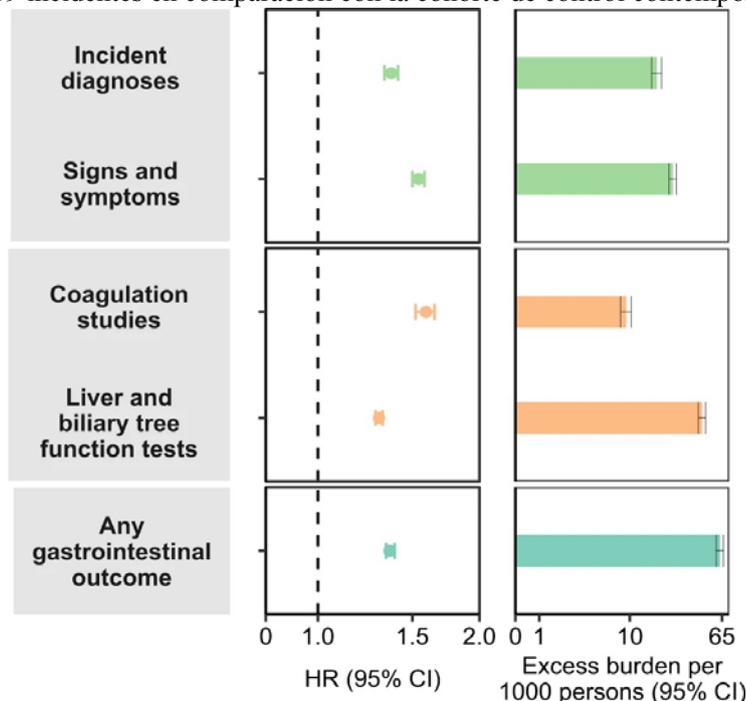
Se necesita una evaluación integral de los riesgos y las cargas de 1 año de los trastornos gastrointestinales en la fase posterior a la aguda de COVID-19, pero aún no está disponible.

Mostramos que más allá de los primeros 30 días de infección, las personas con COVID-19 exhibieron mayores riesgos y cargas de 1 año de trastornos gastrointestinales incidentes que abarcan varias categorías de enfermedades, incluidos trastornos de la motilidad, trastornos relacionados con el ácido (dispepsia, enfermedad por reflujo gastroesofágico, enfermedad de úlcera péptica), trastornos intestinales funcionales, pancreatitis aguda, enfermedad hepática y biliar.

Los riesgos fueron evidentes en las personas que no fueron hospitalizadas durante la fase aguda de la COVID-19 y aumentaron de forma gradual en todo el espectro de gravedad de la fase aguda de la COVID-19 (no hospitalizados, hospitalizados y admitidos en cuidados intensivos).

Los riesgos fueron consistentes en las comparaciones que incluyeron la COVID-19 frente al grupo de control contemporáneo y la COVID-19 frente al grupo de control histórico como categoría de referencia.

Figura: Riesgos y cargas a 1 año de los resultados gastrointestinales compuestos post-agudos de COVID-19 incidentes en comparación con la cohorte de control contemporánea.



Los resultados compuestos consistieron en diagnósticos incidentes (ERGE, PUD, pancreatitis aguda, dispepsia funcional, gastritis aguda, SII y colangitis), signos y síntomas (estreñimiento, dolor abdominal, diarrea, vómitos e hinchazón), estudios de coagulación (PT, PTT, INR), pruebas de función hepática y del árbol biliar (albúmina, ALT, proteína total, AST, LDH, CRP, ALP, bilirrubina total, GGT, bilirrubina directa, lipasa y amilasa) y cualquier resultado gastrointestinal (ocurrencia incidente de cualquier resultado gastrointestinal estudiado). Los resultados se determinaron 30 días después de la prueba positiva de COVID-19 hasta el final del seguimiento. Cohorte COVID-19 (n = 154,068) y cohorte de control contemporánea (n = 5.638.795). Se presentan los HR ajustados (puntos) y los IC (intervalos de confianza) del 95 % (barras de error), al igual que las cargas en exceso estimadas (barras) y los IC del 95 % (barras de error).

Las cargas se presentan por 1000 personas a los 12 meses de seguimiento. La línea discontinua marca una FC de 1,00; los límites inferiores de los IC del 95 % con valores superiores a 1,00 indican un riesgo significativamente mayor. ERGE trastorno por reflujo gastroesofágico, SII síndrome del intestino irritable, PT tiempo de protrombina, PTT tiempo parcial de tromboplastina, INR índice internacional normalizado, ALT alanina transaminasa, AST aspartato transaminasa, LDH lactato deshidrogenasa, CRP péptido c reactivo, ALP fosfatasa alcalina, GGT γ -glutamyl transferasa.

En conjunto, nuestros resultados muestran que las personas con infección por SARS-CoV-2 tienen un mayor riesgo de trastornos gastrointestinales en la fase posaguda de COVID-19. La atención posterior al COVID debe incluir atención a la salud y la enfermedad gastrointestinal.

Discusión

En este trabajo que involucró a 11.652.484 personas, incluidas 154.068 personas con COVID-19, 5.638.795 controles contemporáneos y 5.859.621 controles históricos, que en total corresponden a 14.064.985 personas por año de seguimiento, proporcionamos evidencia de que más allá de los primeros 30 días de infección, las personas

con COVID-19 exhibieron mayores riesgos y cargas de 1 año de trastornos gastrointestinales incidentes que abarcan varias categorías de enfermedades, incluidos trastornos de la motilidad, trastornos relacionados con el ácido (dispepsia, ERGE, PUD), trastornos intestinales funcionales, pancreatitis aguda, enfermedad hepática y biliar.

Los riesgos fueron evidentes en subgrupos basados en edad, raza, sexo, obesidad, tabaquismo, enfermedad cardiovascular, enfermedad renal crónica, diabetes, hiperlipidemia e hipertensión.

Los riesgos fueron evidentes en las personas que no fueron hospitalizadas durante la fase aguda de la COVID-19 y aumentaron de forma gradual en todo el espectro de gravedad de la fase aguda de la COVID-19 (desde personas no hospitalizadas hasta personas hospitalizadas, hasta las que ingresaron en cuidados intensivos).

Los riesgos fueron consistentes en las comparaciones que incluyeron la COVID-19 frente al grupo de control contemporáneo y la COVID-19 frente al grupo de control histórico como categoría de referencia.

Un análisis comparativo sugirió que las personas hospitalizadas con COVID-19 tienen un mayor riesgo de varios resultados gastrointestinales en comparación con las personas hospitalizadas con influenza estacional.

Los resultados fueron consistentemente robustos al desafío en varios análisis de sensibilidad; y examen de un control de resultado positivo, una batería de controles de resultado negativo, y un par de controles de exposición arrojaron resultados consistentes con las expectativas previas a la prueba.

La constelación de hallazgos sugiere que las personas con infección por SARS-CoV-2 tienen un mayor riesgo de trastornos gastrointestinales en la fase pos aguda de COVID-19.

Los riesgos y las cargas no son triviales, lo que sugiere que las estrategias de atención post-covid aguda deben incluir atención a la enfermedad gastrointestinal.

Nuestros hallazgos sugieren que la enfermedad gastrointestinal es otra faceta del multifacético COVID prolongado.

Los riesgos eran evidentes incluso en personas cuya enfermedad aguda no requería hospitalización. Este grupo representa a la mayoría de las personas con COVID-19. Aunque las cargas absolutas (expresadas por 1000 personas en 1 año) pueden parecer pequeñas, debido a la gran cantidad de personas con infección por SARS-CoV-2, estas tasas pueden traducirse en una gran cantidad de personas afectadas. Esto tendrá ramificaciones no solo para la salud personal de las personas afectadas, sino también para los sistemas de salud que deberán atender las necesidades de atención de las personas con trastornos gastrointestinales post-agudos por COVID-19. En resumen, en este estudio de 154.068 personas que sobrevivieron a la fase aguda de la COVID-19, mostramos un mayor riesgo y carga de secuelas gastrointestinales

post-agudas que abarcan varias categorías de enfermedades, incluidos los trastornos ácidos, los trastornos intestinales funcionales, los trastornos pancreáticos, las enfermedades hepáticas y biliares.

Los riesgos eran evidentes incluso entre aquellos cuyo COVID-19 agudo no requería hospitalización. Nuestros hallazgos sugieren que las estrategias de atención post-aguda de COVID-19 deben incluir atención a la salud y la enfermedad gastrointestinal.

Autor/a: Carolyn Bramante, John B. Buse, et al. Fuente: Preprint The

Lancet [Outpatient Treatment of COVID-19 and the Development of Long COVID Over 10 Months: A Multi-Center, Quadruple-Blind, Parallel Group Randomized Phase 3 Trial](#)

ESTADOS UNIDOS NO TIENE EVIDENCIAS PARA AFIRMAR QUE CHINA USÓ AL COVID-19 COMO ARMA BIOLÓGICA.

Marzo 03/2023 (Sputnik). El nuevo coronavirus podría haberse originado en un laboratorio chino, pero no hay evidencia que pruebe que fue utilizado por ese país como un arma biológica o que el virus se haya filtrado intencionalmente, dijo el secretario de Estado (canciller) de Estados Unidos, Antony Blinken.

‘No lo sabemos de forma concluyente, pero la posibilidad de que (el nuevo coronavirus) se haya generado en un laboratorio es muy, muy

real’, dijo el funcionario en una entrevista con el medio India Today.

‘Esto está separado de la cuestión sobre si eso tiene algo que ver con armas biológicas o acciones intencionales de parte de un país para desarrollarlo (el virus), usarlo y liberarlo’, añadió.

– **Tomado de la Selección Temática sobre Medicina de Prensa Latina. Copyright 2019. Agencia Informativa Latinoamericana Prensa Latina S.A**

Cuba, Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) Seleccionadas.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 25/02/23

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	-	-	0.01	0.01**
SHIGELLOSIS	1	1	6	7	0.69	0.81
D. AMEBIANA AGUDA	1	-	1	1	0.13	0.14
TUBERCULOSIS	14	17	83	88	5.45	5.84
LEPRA	4	3	18	30	1.22	2.05
TOSFERINA	-	-	-	-	-	._**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	2308	1746	17215	12050	1256.47	887.99
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	-	-	0.04	0.04**
MENINGOCOCCEMIA	-	-	-	-	-	._**
TÉTANOS	-	-	-	-	-	._**
MENINGITIS VIRAL	15	41	99	243	8.73	21.62
MENINGITIS BACTERIANA	1	7	22	52	1.80	4.29
VARICELA	228	452	1242	2461	69.69	139.43
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	._**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	._**
HEPATITIS VIRAL	18	31	123	172	15.16	21.41
PAROTIDITIS	-	-	-	-	-	._**
PALUDISMO IMPORTADO	-	-	-	1	0.12	0.12**
LEPTOSPIROSIS	-	1	-	9	0.89	0.89**
SÍFILIS	120	219	796	1607	66.14	134.81
BLENORRAGIA	36	33	272	227	16.44	13.85
INFECC. RESP. AGUDAS	55800	61208	670550	398366	26867.25	16115.65

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.	MsC. Carlos Luis Rabeiro Martinez
PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO: Téc. Irene Toledo Rodríguez	DrC. Gilda Teresa Toraño Peraza Dra. Suset Isabel Oropesa Fernández

Teléfono; (53-7) 2807625 y 2553205 Fax: (53-7) 2046051 y (53-7) 2020633

Internet: <http://instituciones.sld.cu/ipk>