



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:

Alerta epidemiológica. Inicio anticipado del incremento de la actividad de virus respiratorios.....	281
Furoato de fluticasona inhalado para el tratamiento de COVID-19.....	282
La OMS acoge con satisfacción el compromiso histórico de los líderes mundiales en favor de una mayor colaboración, gobernanza e inversión para prevenir, prepararse y responder ante futuras pandemias.....	283
Un nuevo análisis confirma que el mundo está presenciando un recrudecimiento del cólera.....	285
Incidencia de diabetes entre los jóvenes antes y durante la pandemia.....	286
Tablas:.....	288



ALERTA EPIDEMIOLÓGICA INICIO ANTICIPADO DEL INCREMENTO DE LA ACTIVIDAD DE VIRUS RESPIRATORIOS

22 de septiembre de 2023

En la reciente estación de mayor circulación de virus respiratorios en el hemisferio sur durante el año 2023, varios países registraron un inicio anticipado del incremento estacional de casos por infección respiratoria aguda, sugiriendo un patrón estacional adelantado a lo observado en temporadas previas a la pandemia de COVID-19. Ante esta situación la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recomienda a los Estados Miembros del hemisferio norte ajustar los planes de prevención y control frente a epidemias de virus respiratorios para enfrentar un posible inicio anticipado de la temporada de mayor circulación de virus respiratorios y una posible sobrecarga de

servicios de salud. Entre las medidas necesarias para la prevención y el control frente a las infecciones por virus respiratorios se incluyen el diagnóstico precoz y un manejo clínico adecuado, especialmente entre la población de alto riesgo de presentar un cuadro grave, garantizar la vacunación frente a virus respiratorios, asegurando una alta cobertura de vacunación en grupos de alto riesgo, la adecuada previsión y organización de los servicios de salud, el cumplimiento estricto de las medidas de control de prevención de infecciones, el suministro adecuado de antivirales, así como una adecuada comunicación de riesgo a la población y profesionales de salud.

FUROATO DE FLUTICASONA INHALADO PARA EL TRATAMIENTO DE COVID-19.

Los resultados no muestran eficacia clínica
 Autor/a: David R. Boulware, Christopher J. Lindsell, Thomas G. Stewart, et al. Fuente: N Engl J Med 2023; 389:1085-1095 [Inhaled Fluticasone Furoate for Outpatient Treatment of Covid-19](#)

Antecedentes

No está clara la eficacia de los glucocorticoides inhalados para acortar el tiempo hasta la resolución de los síntomas o prevenir la hospitalización o la muerte entre pacientes ambulatorios con enfermedad por coronavirus de leve a moderada 2019 (Covid-19).

Métodos

Realizamos un ensayo de plataforma descentralizado, doble ciego, aleatorizado y controlado con placebo en los Estados Unidos para evaluar el uso de medicamentos reutilizados en pacientes ambulatorios con enfermedad por coronavirus confirmada de 2019 (Covid-19).

Los adultos *no hospitalizados* de 30 años de edad o más que tenían al menos dos síntomas de infección aguda que habían estado presentes durante no más de 7 días antes de la

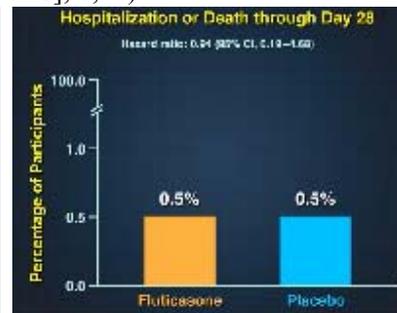
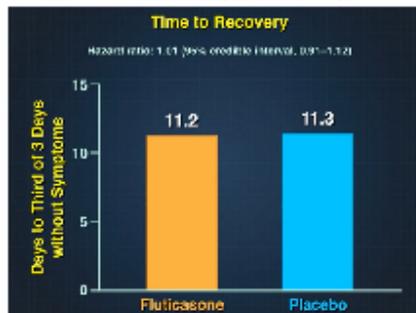
inscripción fueron asignados al azar para recibir furoato de fluticasona inhalado en una dosis de 200 µg una vez al día durante 14 días o placebo.

El resultado primario fue el tiempo hasta la recuperación sostenida, definida como el tercero de 3 días consecutivos sin síntomas. Los resultados secundarios clave incluyeron hospitalización o muerte hasta el día 28 y un resultado compuesto de la necesidad de una visita al departamento de urgencias o urgencias o hospitalización o muerte hasta el día 28.

Resultados

De los **1.407** participantes inscritos que se sometieron a aleatorización, 715 fueron asignados para recibir furoato de fluticasona inhalado y 692 para recibir placebo, y 656 y 621, respectivamente, fueron incluidos en el análisis.

No hubo evidencia de que el uso de furoato de fluticasona diera como resultado un tiempo de recuperación más corto que el placebo (índice de riesgo, 1,01; intervalo de credibilidad del 95 %, 0,91 a 1,12; probabilidad posterior de beneficio [definida como un índice de riesgo >1], 0,56).



Un total de 24 participantes (3,7%) en el grupo de furoato de fluticasona tuvieron visitas al departamento de urgencias o emergencias o fueron hospitalizados, en comparación con 13 participantes (2,1%) en el grupo de placebo (índice de riesgo, 1,9; intervalo de credibilidad del 95%). 0,8 a 3,5). Tres participantes de cada grupo fueron hospitalizados y no se produjo

ninguna muerte. Los eventos adversos fueron poco frecuentes en ambos grupos.

Conclusiones: El tratamiento con furoato de fluticasona inhalado durante 14 días no resultó en un tiempo de recuperación más corto que el placebo entre los pacientes ambulatorios con Covid-19 en los Estados Unidos.

**LA OMS ACOGE CON SATISFACCION EL COMPROMISO HISTORICO DE LOS
LIDERES MUNDIALES EN FAVOR DE UNA MAYOR COLABORACION, GOBERNANZA
E INVERSION PARA PREVENIR, PREPARARSE Y RESPONDER ANTE FUTURAS
PANDEMIAS.**

La Organización Mundial de la Salud ha acogido hoy con satisfacción el compromiso histórico manifestado por los líderes mundiales ante la Asamblea General de las Naciones Unidas de reforzar la cooperación, la coordinación, la gobernanza y la inversión internacionales necesarias para evitar que se repitan las devastadoras repercusiones sanitarias y socioeconómicas causadas por la COVID-19, lograr que el mundo esté mejor preparado frente a futuras pandemias y retomar el camino hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

«La primera cumbre de Jefes de Estado sobre prevención, preparación y respuesta frente a pandemias es un hito histórico en el empeño urgente por lograr que todas las personas del mundo estén más seguras y mejor protegidas frente a los efectos devastadores de las pandemias,» ha dicho el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS. «Acojo con satisfacción este compromiso de los líderes mundiales de proporcionar el apoyo político y la orientación necesarios para que la «La experiencia vivida por las personas que sufrieron la pandemia de la COVID-19 debe estar en el foco de nuestras mentes de cara al futuro para hacer realidad la clara orientación proporcionada por los líderes mundiales,» afirmó el Dr. Tedros. «Debemos aprender a proteger mejor a nuestras comunidades y a implicarlas, informarlas y empoderarlas para que formen parte de la solución. Tenemos que construir sistemas de atención clínica más sólidos que puedan salvar vidas. Para ello se requieren acciones concretas que garanticen un acceso equitativo a las contramedidas médicas, una financiación sostenible y adecuada, unas comunidades empoderadas y comprometidas y unos trabajadores de la salud competentes, capacitados y equipados.»

«Los devastadores efectos de la COVID-19 demostraron por qué el mundo necesita un enfoque más colaborativo, cohesivo y equitativo para prevenir, prepararse y

OMS, los gobiernos y todas las partes implicadas puedan proteger la salud de las personas y tomen medidas concretas para invertir en las capacidades locales, garantizar la equidad y apoyar la arquitectura sanitaria mundial para emergencias que el mundo necesita.»

La declaración política, aprobada por el Sr. Dennis Francis, Presidente del septuagésimo octavo periodo de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, y resultado de las negociaciones llevadas a cabo bajo la hábil dirección de los Embajadores Gilad Erdan, de Israel, y Omar Hilale, de Marruecos, subrayaron el papel fundamental que desempeña la OMS como «autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional» y la necesidad de «comprometerse aún más con una financiación sostenible que proporcione a la Organización Mundial de la Salud una financiación adecuada y previsible con la que disponer de los recursos necesarios para cumplir sus funciones básicas.»

responder ante pandemias,» afirmó el Dr. Tedros.

El Dr. Tedros señaló que los gobiernos y los asociados multilaterales ya han empezado a sentar las bases de un mundo más seguro con la creación del Fondo contra Pandemias, el Centro de Información de la OMS sobre Pandemias y Epidemias, el BioHub de la OMS para compartir voluntariamente nuevos materiales biológicos y el centro de transferencia de tecnología para las vacunas de ARNm.

Sin embargo, el Dr. Tedros añadió que en la declaración política aprobada el miércoles se pedía un mayor refuerzo de la arquitectura mundial para emergencias sanitarias con miras a proteger mejor al mundo frente a una reaparición de la COVID-19.

Entre las numerosas medidas requeridas, en la declaración política se reconocía la necesidad de que los Estados Miembros tuvieran a bien:

- Concluir las negociaciones sobre un convenio, acuerdo u otro instrumento internacional de la OMS sobre prevención, preparación y respuesta frente a pandemias, también conocido como Acuerdo sobre Pandemias, y proseguir su labor para introducir modificaciones específicas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005) para mayo de 2024.
- En consonancia con el proceso del Acuerdo sobre Pandemias, garantizar el acceso sostenible, asequible, justo, equitativo, eficaz, eficiente y oportuno a las contramedidas médicas, incluidas las vacunas, las pruebas diagnósticas, los tratamientos y otros productos de salud.
- Adoptar medidas para contrarrestar y abordar los efectos negativos en la salud física y mental de las personas de la información errónea, la desinformación, los discursos de odio y la estigmatización en relación con la salud, especialmente en las plataformas de las redes sociales, incluida la lucha contra la reticencia a vacunarse en el contexto de la prevención, preparación y respuesta ante pandemias, y fomentar la confianza en los sistemas y las autoridades de salud pública, entre otras cosas aumentando la educación, la adquisición de conocimientos y la sensibilización en
- Aumentar la capacidad de los sistemas de salud para hacer frente a las amenazas pandémicas en los países de ingreso bajo y mediano bajo, especialmente en África.
- Contrarrestar y abordar los efectos negativos en la salud física y mental de las personas de la información errónea, la desinformación, los discursos de odio y la estigmatización en relación con la salud, especialmente en las plataformas de las redes sociales, con el fin de fortalecer la prevención, preparación y respuesta ante pandemias, y fomentar la confianza en los sistemas y las autoridades de salud pública.
- Aprovechar el potencial del sistema multilateral y ampliar el enfoque multisectorial necesario para mejorar la

materia de salud pública, reconociendo al mismo tiempo que la participación efectiva de las partes interesadas requiere el acceso a información oportuna, precisa y basada en pruebas, así como la sensibilización, en particular mediante el uso de herramientas de salud digital.

- Proteger a nuestras comunidades invirtiendo en la atención primaria de salud y otras medidas relativas al sistema de salud, como parte de un compromiso con la cobertura sanitaria universal, con el fin de garantizar la existencia de sistemas de salud nacionales sólidos para responder a futuras pandemias.
- Invertir para garantizar que la OMS se refuerce al nivel necesario para desempeñar su papel en la respuesta a las amenazas pandémicas. La financiación sostenible de la OMS y de los sistemas nacionales de salud es esencial para lograr que el mundo sea más seguro.
- Reforzar el personal de salud y las capacidades de respuesta rápida, los sistemas de vigilancia y suministro, y las capacidades de fabricación local para empoderar a todos los países y permitir que tengan la capacidad de satisfacer sus propias necesidades de prevención, preparación y respuesta frente a pandemias.

Tras la aprobación en el día de hoy de la declaración política por el Presidente de la Asamblea General de las Naciones Unidas, los líderes de los Estados Miembros de las Naciones Unidas hicieron declaraciones sobre la importancia crítica de la prevención, preparación y respuesta ante pandemias y la necesidad de una arquitectura mundial para emergencias sanitarias sólida, coordinada y de gran alcance.

Fuente: OMS. Tomado de Centro de prensa | Comunicado de prensa

UN NUEVO ANALISIS CONFIRMA QUE EL MUNDO ESTA PRESENCIANDO UN RECRUECIMIENTO DEL COLERA.

Las estadísticas completas sobre el cólera para 2022, publicadas por la OMS, arrojan luz sobre la escala y el alcance del actual recrudecimiento del cólera.

Si bien los datos sobre el cólera siguen siendo inadecuados, los casos notificados a la OMS en 2022 fueron más del doble que en 2021. Cuarenta y cuatro países notificaron casos, un aumento del 25 % con respecto a los 35 países que notificaron casos en 2021.

No sólo hubo más brotes, sino que los brotes fueron mayores. Siete países (Afganistán, Camerún, República Democrática del Congo, Malawi, Nigeria, Somalia y República Árabe Siria) han notificado cada uno más de 10 000 casos sospechosos y confirmados. Cuanto mayor es el brote, más difícil suele ser controlarlo. El cólera es una infección intestinal aguda que se propaga a través de alimentos y agua contaminados con heces que contienen la bacteria *Vibrio cholerae*. Está estrechamente relacionado con la falta de agua potable y saneamiento adecuados, debido al subdesarrollo, la pobreza y los conflictos. El cambio climático también está desempeñando un papel en este aumento, ya que fenómenos climáticos extremos como inundaciones, La OMS ha solicitado 160,4 millones de dólares para responder al cólera a través del plan estratégico mundial de preparación, disposición y respuesta. Se han liberado 16,6 millones de dólares del Fondo de Contingencia para Emergencias de la OMS para la respuesta al cólera en 2022 y 2023.

sequías y ciclones desencadenan nuevos brotes y empeoran los existentes.

Los datos actuales para 2023 sugieren que este repunte global continúa. Actualmente, veinticuatro países informan sobre brotes activos, y algunos países se encuentran en medio de crisis agudas.

La creciente demanda de materiales contra el cólera ha sido un desafío para los esfuerzos de control de enfermedades a nivel mundial. Desde octubre de 2022, el Grupo de Coordinación Internacional (GCI), el organismo que gestiona los suministros de vacunas de emergencia, ha suspendido el régimen de vacunación estándar de dos dosis en las campañas de respuesta al brote de cólera y ha utilizado en su lugar un enfoque de dosis única.

La OMS está ayudando a los países a responder a los brotes de cólera con carácter de emergencia mediante el fortalecimiento de la vigilancia de la salud pública, la gestión de casos y las medidas de prevención; suministro de suministros médicos esenciales; coordinar despliegues sobre el terreno con socios; y apoyar la comunicación de riesgos y la participación comunitaria.

Referencia

WHO. Health Emergencies Programme. Global strategic preparedness, readiness and response plan for cholera.

22/09/2023

Fuente: (OMS) Tomado de Comunicado de Prensa © 2023 OMS

INCIDENCIA DE DIABETES ENTRE LOS JÓVENES ANTES Y DURANTE LA PANDEMIA.

Diabetes de nueva aparición durante la pandemia de COVID-19

En este estudio que incluyó datos de Kaiser Permanente del Sur de California de personas de 19 años o menos, la incidencia de diabetes tipo 1 aumentó ligeramente en general y la diabetes tipo 2 aumentó significativamente después del comienzo de la pandemia de COVID-19, en particular entre las personas de raza negra no hispana y la juventud hispana. Estos hallazgos sugieren la necesidad de una evaluación adicional de los factores de riesgo fisiológicos y conductuales que preceden a la diabetes de nueva aparición durante la pandemia.

Incidencia de diabetes entre jóvenes antes y durante la pandemia de COVID-19

Puntos clave

Pregunta

¿Aumentó la diabetes tipo 1 y 2 de nueva aparición entre los jóvenes de EE. UU. entre 2016 y 2021?

Hallazgos

En este estudio de cohorte de personas de 19 años o menos, la diabetes tipo 1 aumentó ligeramente en general y la diabetes tipo 2 aumentó significativamente después del comienzo de la pandemia de COVID-19, en particular entre los jóvenes hispanos y negros no hispanos.

Significado

Estos hallazgos sugieren la necesidad de una evaluación adicional de los factores de riesgo fisiológicos y conductuales que preceden a la diabetes de nueva aparición durante la pandemia de COVID-19.

Utilizando la regresión de Poisson con varianzas de error robustas, se calcularon los índices de **tasas de incidencia** (TIR) que compararon 2020 a 2021 con 2016 a 2019 por tipo de diabetes y dentro de los estratos de edad, sexo, raza y etnia y ajustando por utilización de atención médica.

Importancia

Investigaciones anteriores encontraron aumentos en la diabetes entre los jóvenes durante la pandemia de COVID-19, pero pocos estudios examinaron la variación entre los datos sociodemográficos.

Objetivo

Examinar las tasas de incidencia de diabetes entre una población diversa de jóvenes en los EE. UU. antes y durante la pandemia de COVID-19.

Diseño, entorno y participantes

Este estudio de cohorte incluyó datos de *Kaiser Permanente Southern California* (KPSC) entre el 1 de enero de 2016 y el 31 de diciembre de 2021.

Se incluyeron miembros de KPSC desde el nacimiento hasta los 19 años sin antecedentes de diabetes.

Los individuos fueron seguidos mediante registros médicos electrónicos para determinar la incidencia de diabetes definida mediante diagnósticos, valores de laboratorio y medicamentos.

Los análisis se realizaron entre noviembre de 2022 y enero de 2023.

Principales resultados y medidas

Se calcularon tasas de incidencia anual y trimestral estandarizadas por edad y sexo por 100 000 personas-año (PY) para la diabetes tipo 1 y la diabetes tipo 2 entre 2016 y 2021. Las tasas se calcularon dentro de los estratos de edad (<10 y 10 a 19 años), sexo, raza y origen étnico (asiático/isleño del Pacífico, hispano, negro no hispano, blanco no hispano y otro/múltiple/desconocido).

Resultados

Entre 2016 y 2021, hubo 1200, 1100 y 63 pacientes con diabetes tipo 1 (edad media [DE], 11,0 [4,5] años; 687 [57,3%] hombres), diabetes tipo 2 (edad media [DE], 15,7 [2,7] años; 516 [46,9%] hombres), y otras diabetes, respectivamente.

La incidencia de diabetes tipo 1 aumentó de 18,5 por 100 000 años al año en 2016 a 2019 a 22,4 por 100 000 años al año de 2020 a 2021 con mayores tasas de incidencia (TIR) entre personas de 10 a 19 años, hombres e hispanos. La incidencia de diabetes tipo 2 aumentó de

14,8 por 100 000 años entre 2016 y 2019 a 24,7 por 100 000 años entre 2020 y 2021, con mayores tasas de incidencia (TIR) entre personas de 10 a 19 años, hombres y mujeres, y personas de raza negra, hispana y otra raza y etnia desconocidas.

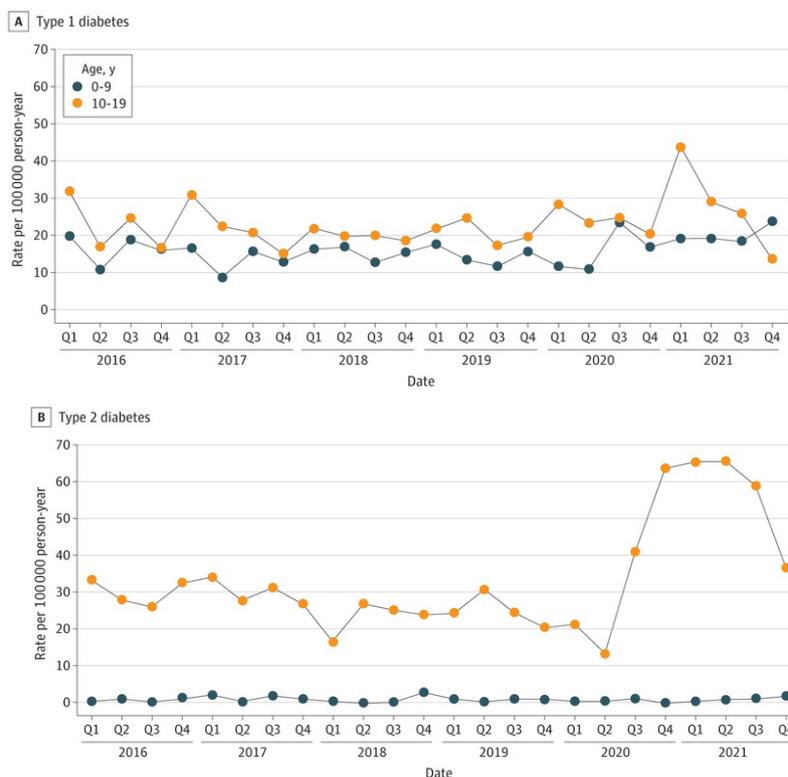


Figura: Tasas de incidencia trimestrales estandarizadas por edad y sexo para diabetes tipo 1 (A) y diabetes tipo 2 (B). En general, las tasas de incidencia de diabetes tipo 1 fluctuaron y aumentaron ligeramente dentro de los grupos de edad durante el período del estudio. Las tasas de incidencia de diabetes tipo 2 fluctuaron y aumentaron entre los jóvenes mayores durante el segundo trimestre (Q) 2 de 2020.

Conclusiones y relevancia

En este estudio de cohorte de jóvenes en KPSC, la incidencia de diabetes aumentó durante la pandemia de COVID-19 y fue más pronunciada en grupos raciales y étnicos específicos. Se justifican investigaciones futuras para comprender los impactos diferenciales de los factores de riesgo fisiológicos y conductuales.

**Cuba, Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) Seleccionadas.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 09/09/23**

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	1	-	0.01	0.01**
SHIGELLOSIS	1	2	58	43	0.70	0.52
D. AMEBIANA AGUDA	-	-	11	2	0.14	0.02
TUBERCULOSIS	9	16	409	492	5.51	6.65
LEPRA	2	-	95	90	1.23	1.17
TOSFERINA	-	-	-	-	-	-**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	2472	2198	107460	88574	1268.60	1049.33
M. MENINGOCÓCCICA.	1	-	3	4	0.05	0.06
MENINGOCOCCEMIA	-	1	-	1	-	-**
TÉTANOS	-	-	-	-	-	-**
MENINGITIS VIRAL	9	62	533	1395	8.81	23.14
MENINGITIS BACTERIANA	4	7	120	198	1.81	3.00
VARICELA	78	73	6227	9141	70.37	103.66
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	-**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	-**
HEPATITIS VIRAL	58	22	1201	623	15.31	7.97
PAROTIDITIS	-	-	-	-	-	-**
PALUDISMO IMPORTADO	1	-	8	4	0.12	0.06
LEPTOSPIROSIS	-	2	27	53	0.90	1.78
SÍFILIS	214	175	4793	6380	66.77	89.20
BLENORRAGIA	35	43	1318	1089	16.60	13.76
INFECC. RESP. AGUDAS	38973	39048	2213901	1941922	27126.68	23877.94

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>