



## 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](mailto: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:

<b>Actualización epidemiológica sobre influenza aviar (gripe aviar).....</b>	<b>65</b>
<b>Evaluación de riesgos para la Salud Pública relacionados con la fiebre amarilla: implicaciones para la región de las Américas.....</b>	<b>69</b>
<b>Tablas:.....</b>	<b>71</b>

### ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA SOBRE INFLUENZA AVIAR (GRIPE AVIAR).

**Ferrán Torres R.** Grupo de investigaciones de TB-IRA. IPK

La influenza aviar también conocida como gripe aviar, es una enfermedad infecciosa que principalmente afecta a las aves y que es causada por un virus de la familia Orthomyxoviridae.

Según su subtipo, puede clasificarse como de baja patogenicidad o altamente patógena, presentando diferentes síntomas en las aves infectadas.

El virus de la influenza aviar de baja patogenicidad puede causar una enfermedad leve, que puede pasar desapercibida o sin la presencia de síntomas. El virus de la influenza aviar altamente patógeno, principalmente por los subtipos (H5 y H7) del tipo A, causa una enfermedad grave en las aves que puede propagarse rápidamente, produciendo altas tasas de mortalidad en diferentes especies de aves.

La mayoría de los virus influenza que circulan en aves no son zoonóticos. Sin embargo, algunas cepas de la influenza aviar altamente patógena tienen la capacidad de infectar a los seres humanos, representando una amenaza para la salud pública.

#### **Transmisión**

La manera más común por la que el virus se introduce en un territorio es a través de aves silvestres migratorias. El principal factor de riesgo para la transmisión de aves a humanos es el contacto directo o indirecto con animales infectados o con ambientes y superficies contaminadas por heces. El desplume, la manipulación de cadáveres de aves de corral infectadas y la preparación de aves de corral para el consumo, especialmente en entornos domésticos, también pueden ser factores de riesgo.

**Síntomas**

Cuando la influenza aviar es transmitida al ser humano, los síntomas en las personas pueden ir desde una infección leve de las vías respiratorias superiores (fiebre y tos) hasta neumonía grave, síndrome de dificultad respiratoria aguda (dificultad para respirar), shock e incluso la muerte.

**Datos clave**

La aparición de enfermedades infecciosas patógenas en los últimos veinte años y los recientes brotes de enfermedades zoonóticas han llamado cada vez más la atención del público sobre el hecho de que las enfermedades van y vienen entre especies. De los 1.415 patógenos humanos conocidos, el 61% son zoonóticos. Entre otras cosas, se calcula que el aumento de brotes de enfermedades emergentes y reemergentes del ganado en todo el mundo desde mediados de los años 90 ha costado al mundo 80.000 millones de dólares. Un factor importante en la aparición de nuevas zoonosis es el contacto más estrecho con la fauna salvaje tanto de los humanos como de sus animales domésticos, causado en particular por la creciente invasión de los hábitats de la fauna salvaje. Otros factores generales son los cambios medioambientales, la globalización de la producción y el comercio de alimentos, la adaptación microbiológica y los factores de comportamiento humano.

La globalización de los viajes y el comercio y la agilización de los intercambios de personas y productos entre países permiten una rápida diseminación de las enfermedades infecciosas desde su foco inicial. Es difícil estimar la carga que suponen las zoonosis para la salud humana, sobre todo porque las infecciones endémicas se notifican muy poco en todo el mundo. Sin embargo, es innegable que las zoonosis emergentes tienen implicaciones tanto directas (en términos de morbilidad y mortalidad) como indirectas (por su impacto en la práctica y la estructura de la salud pública) sobre la salud pública.

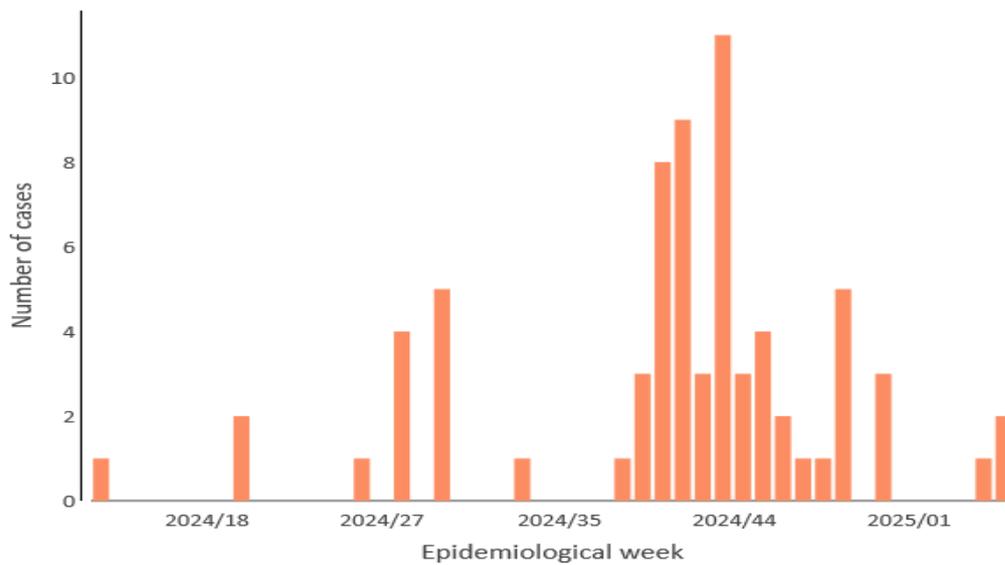
**Respuesta de la OPS**

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha elaborado un plan estratégico y operativo para apoyar a los Estados miembros en la respuesta a la gripe pandémica, basado en el plan de preparación de la OMS. La OPS tiene una larga tradición de colaboración en materia de salud y agricultura a través de la organización de la Reunión Interamericana de Nivel Ministerial sobre Salud y Agricultura (RIMSA). Cada dos años, la OPS discute acuerdos con organizaciones agrícolas como el IICA, y actividades conjuntas con los servicios veterinarios de los países para la eliminación de la fiebre aftosa, las zoonosis y la inocuidad de los alimentos. En particular, la reunión de la RIMSA, organizada por la OPS desde hace más de 20 años, constituye un foro regional único que reúne a representantes del más alto nivel de los sectores de la salud y la agricultura, junto con la participación del sector privado, para discutir temas de interés común.

El plan estratégico y operativo de la OPS para responder a la gripe pandémica incluye directrices para cada fase de la posible pandemia. En particular, incluye en la fase pre pandémica las características necesarias de una evaluación de la capacidad de los países para responder a la amenaza. Esta evaluación debe contar con la participación de todos los sectores implicados en la preparación ante una posible pandemia humana, incluyendo la vigilancia humana y animal, los servicios sanitarios, la zoonosis, la agricultura, las catástrofes, la defensa civil y la comunicación. El Marco de Preparación para la Gripe Pandémica (MPP) es una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud adoptada por unanimidad por todos los Estados Miembros en 2011. Reúne a los Estados Miembros, la industria, otras partes interesadas y la OMS para implementar un enfoque global de preparación y respuesta ante la gripe pandémica.

El Marco incluye un mecanismo de distribución de beneficios denominado Contribución de Asociación (CP). La CP se recauda como una contribución anual en efectivo de los fabricantes de vacunas, diagnósticos y productos farmacéuticos contra la gripe que utilizan el Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Gripe (SMVRG) de la OMS. Los fondos se asignan para: (a) el desarrollo de la capacidad de preparación para pandemias; (b) las actividades de respuesta durante una pandemia de gripe; y (c) la Secretaría del MPP para la gestión e implementación del Marco.

Este informe presenta métricas generales de éxito e infografías para ilustrar el progreso en la implementación del Marco MPP. Se publica un informe de progreso cuatro veces por bienio que abarca la implementación técnica y financiera del Plan de Implementación de Alto Nivel II (PALI II) del MPP, así como de la Secretaría del MPP. Los hitos se informan cada seis meses y los indicadores anualmente. Todos los datos se presentan de forma acumulativa desde el inicio de cada bienio, en este caso, el 1 de enero de 2022.



**Figura:** Tendencias de casos humanos de influenza A(H5N1) en la región de las Américas por semana epidemiológica. 27 de marzo de 2024 - 5 de febrero de 2025

**Tabla:** Brotes en aves silvestres, aves de corral o aves domésticas, mamíferos silvestres y mamíferos domésticos en la región de las Américas: Informes de la Organización Mundial de Sanidad Animal (WOAH). 1 de enero de 2024 - 1 de marzo de 2025

Country	Total de brotes	Total de brotes en aves silvestres	Total de brotes en aves de corral	Total de brotes en mamíferos salvajes	Total de brotes en mamíferos domésticos
United States of America	1,590	13	536	48	993
Canadá	127	18	104	4	1
Perú	74	17	57	0	0
Brasil	15	15	0	0	0
México	17	14	3	0	0
Puerto Rico	1	0	1	0	0
Panamá	1	0	1	0	0
Ecuador	1	0	1	0	0
Colombia	8	0	8	0	0
Argentina	2	0	1	1	0
Total	1,838	78	712	54	994

#### Referencias.

1. WHO. Actualización epidemiológica Influenza Aviar. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/influenza-aviar>  
 2. WHO. Pandemic Influenza Preparedness Framework: progress report, 1 January–30 June

2022. Geneva: World Health Organization; 2022. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363484/9789240058224-eng.pdf?sequence=1>

## EVALUACIÓN DE RIESGOS PARA LA SALUD PÚBLICA RELACIONADOS CON LA FIEBRE AMARILLA: IMPLICACIONES PARA LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS.

**Navarro Castillo AC, Ferrán Torres R** Grupo de Investigaciones y Vigilancia de IRA-TB. IPK

Esta evaluación rápida de riesgos (RRA por sus siglas en inglés) tiene como objetivo evaluar el riesgo actual para la salud pública asociado al aumento de casos de fiebre amarilla en el último trimestre del 2024 y principios del 2025 en los países endémicos de la Región de las Américas.

Este RRA se ha realizado considerando los siguientes criterios: (I) el riesgo potencial para la salud humana (incluyendo el riesgo de exposición, el comportamiento clínico-epidemiológico de la enfermedad, los indicadores de magnitud y gravedad, así como los factores de riesgo y determinantes más detallados), con base en la tendencia creciente de confirmación de casos durante 2024 y 2025, y la tasa de letalidad entre los casos (50%) durante 2024; (II) el riesgo de diseminación, en particular la posible propagación a áreas que históricamente han sido clasificadas como de bajo riesgo para la enfermedad, y (III) el riesgo para la salud pública sobre las distintas capacidades de detección temprana, prevención y control en los países endémicos, la baja cobertura de vacunación, así como los desafíos relacionados a un escenario de escasez de vacunas contra la fiebre amarilla en la Región. La fiebre amarilla es una enfermedad hemorrágica aguda endémica en doce países y un territorio de Sudamérica: Argentina, el Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana Francesa, Guyana, Panamá, Paraguay, Perú, Surinam, Trinidad y Tobago y la República Bolivariana

de Venezuela. La enfermedad ha causado numerosas epidemias con altas tasas de mortalidad a lo largo de la historia. Los casos pueden ser difíciles de distinguir de otras fiebres hemorrágicas virales como el arenavirus, el hantavirus o el dengue. En un contexto en el que los brotes de dengue están evolucionando, el diagnóstico de la enfermedad, especialmente durante las primeras fases, puede resultar difícil, especialmente cuando los trabajadores de la salud carecen de experiencia en la detección y el tratamiento de casos.

En 2024, se confirmaron 61 casos humanos de fiebre amarilla en la Región de las Américas, de los cuales 30 fueron mortales (tasa de letalidad, TL= 50%), distribuidos en cinco países. Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 4 del 2025, se han notificado 16 casos humanos confirmados de fiebre amarilla, de los cuales siete han sido mortales. En 2024, los casos se notificaron principalmente en toda la región amazónica de Bolivia, Brasil, Colombia, Guyana y Perú. En 2025, los casos se registran principalmente en el estado de São Paulo en Brasil y el departamento del Tolima en Colombia, regiones fuera de la región amazónica de estos dos países. En las Américas existen dos ciclos de transmisión de la fiebre amarilla: selvático y urbano. Todos los casos ocurrieron en personas que tenían antecedentes de exposición en áreas silvestres y/o boscosas (ciclo selvático) debido a actividades laborales o de ecoturismo.

El riesgo de brotes de fiebre amarilla en la Región de las Américas es alto. La mayoría de los casos notificados durante 2024 no tenían antecedentes de vacunación contra la fiebre amarilla. Aunque los niveles regionales de cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla no eran óptimos antes de la pandemia de COVID-19, la cobertura de vacunación disminuyó significativamente entre 2020 y 2023, aumentando el número de poblaciones susceptibles en todos los países endémicos.

En 2023, Ecuador y Guyana alcanzaron coberturas de vacunación contra la fiebre amarilla superiores o iguales al 95%, y solo dos países, Surinam y Trinidad y Tobago, tuvieron coberturas entre el 90% y el 94%. Además, seis países tuvieron una cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla inferior al 80%: Argentina, el Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil, Panamá, Perú y la República Bolivariana de Venezuela.

Aunque la Región de las Américas ha fortalecido las capacidades de vigilancia, diagnóstico y vacunación de los países endémicos, el suministro mundial de vacunas contra la fiebre amarilla ha mostrado fluctuaciones en los últimos años, lo que puede reducir el acceso de las personas susceptibles a vacunarse y conducir a una falta de respuesta a los brotes de fiebre amarilla. A principios de 2025, el suministro de vacunas contra la fiebre amarilla disponible para la región también es muy limitado y no es suficiente para cubrir la demanda regional rutinaria del año.

El aumento de los casos confirmados de fiebre amarilla en la Región de las Américas ha resaltado la necesidad de reforzar la vigilancia, la vacunación de las poblaciones en riesgo y

las estrategias de comunicación de riesgos para los viajeros que van a zonas donde se recomienda la vacunación.

La exposición sistemática de los casos de fiebre amarilla a las actividades relacionadas con áreas selváticas pone al descubierto la necesidad de adoptar enfoques dirigidos a las personas que trabajan en zonas silvestres o boscosas, como los leñadores, los agricultores y los profesionales del ecoturismo.

Deben difundirse entre los trabajadores de salud en las áreas endémicas las mejores prácticas de manejo clínico, haciendo énfasis en la detección y tratamiento oportuno de los casos graves.

Además, los países deben disponer de reservas de vacunas, en función de la disponibilidad de las mismas, para garantizar una respuesta rápida ante posibles brotes.

El riesgo general de este evento en la Región de las Américas, especialmente en los países endémicos, se clasifica como "Alto" con un nivel de confianza "Alto" basado en la información disponible.

La evaluación rápida del riesgo se revisará en caso de que se disponga de más información epidemiológica, clínica o virológica.

#### **Referencia bibliográfica**

1. OPS. Evaluación de Riesgos para la Salud Pública relacionados con la Fiebre Amarilla: implicaciones para la Región de las Américas. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/argentina/evaluacion-de-riesgos-para-la-salud-publica-relacionados-con-la-fiebre-amarilla-implicaciones-para-la-region-de-las-americas-14-de-febrero-del-2025>

**Enfermedades de Declaración Obligatoria: Tuberculosis**  
**Número de casos en la semana y acumulados hasta: 01/03/25**

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2024	2025	2024	2025	2024	2025 *
PINAR DEL RIO	4	2	12	8	10.29	7.56
ARTEMISA	-	-	-	4	1.56	1.56**
MAYABEQUE	3	17	6	52	24.40	240.34
LA HABANA	1	10	20	51	9.88	30.41
MATANZAS	1	-	4	6	4.36	7.43
VILLA CLARA	-	2	12	11	5.80	6.00
CIENFUEGOS	1	-	6	7	8.52	11.37
S. SPIRITUS	-	2	3	6	3.28	7.36
CIEGO DE AVILA	-	-	7	1	5.59	0.89
CAMAGÜEY	-	-	4	15	5.06	21.34
LAS TUNAS	-	-	10	-	7.03	7.03**
HOLGUIN	-	-	5	7	4.89	7.41
GRANMA	1	3	9	12	9.76	13.67
SANTIAGO DE CUBA	2	5	19	24	14.03	18.72
GUANTANAMO	1	1	3	1	4.43	1.55
ISLA DE LA JUVENTUD	-	-	2	-	3.63	3.63**
<b>CUBA</b>	<b>14</b>	<b>42</b>	<b>122</b>	<b>205</b>	<b>8.06</b>	<b>15.14</b>

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: 05/03/25**

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2024	2025	2024	2025	2024	2025
Alimentos	2	-	11	3	0.10	0.03
Ciguatera *	1	-	3	-	0.03	-
Hepatitis viral **	1	-	7	7	0.06	0.07
EDA	1	-	1	2	0.01	0.02
IRA	-	1	8	2	0.07	0.02
Agua	-	-	1	-	0.01	-
Varicela	9	2	28	9	0.25	0.09

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: 01/03/25**

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2024	2025	2024	2025	2024	2025*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	-	-	0.02	0.02**
SHIGELLOSIS	3	-	25	11	1.16	0.57
D. AMEBIANA AGUDA	-	-	-	2	-	-.**
TUBERCULOSIS	14	42	122	216	8.06	15.95
LEPRA	1	4	18	20	1.39	1.73
TOSFERINA	-	-	-	-	-	-.**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	2884	2836	22226	19743	1461.09	1450.68
M. MENINGOCÓCCICA.	-	1	2	2	0.08	0.09
MENINGOCOCCEMIA	-	-	-	-	-	-.**
TÉTANOS	-	-	-	-	-	-.**
MENINGITIS VIRAL	42	27	376	177	15.71	8.26
MENINGITIS BACTERIANA	5	3	42	26	2.22	1.54
VARICELA	348	170	2114	1189	79.51	49.98
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	-.**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	-.**
HEPATITIS VIRAL	19	57	115	535	12.96	67.40
PAROTIDITIS	-	-	-	-	-	-.**
PALUDISMO IMPORTADO	-	-	3	-	0.09	0.09**
LEPTOSPIROSIS	1	-	36	4	1.46	0.18
SÍFILIS	159	183	1149	1193	68.77	79.81
BLENORRAGIA	51	58	324	374	22.75	29.36
INFECC. RESP. AGUDAS	65429	61926	505158	451904	23198.70	23196.70

**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**

<b>DIRECTOR:</b> Dr. Manuel E. Díaz González.	<b>JEFES DE INFORMACIÓN:</b>
<b>EDITOR:</b> DrC. Belkys Maria Galindo Santana.	MsC. Carlos Luis Rabeiro Martínez
<b>PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO:</b> 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>