

**MINISTERIO DE SALUD PUBLICA  
DIRECCION NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA**

**ACTUALIZACION DEL PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL SANITARIO INTERNACIONAL.**

**I.- INTRODUCCION**

A través de la historia de la humanidad, las enfermedades transmisibles se han propagado entre continentes y países siguiendo las comunicaciones terrestres, marítimas y aéreas.

El tráfico Internacional se ha desarrollado de manera intensa lo que ha significado un incremento del riesgo de importación de personas enfermas o portadores, vectores u hospederos intermediarios que hallarían en nuestro ecosistema habitat favorable para su ulterior desarrollo, condicionando la posibilidad de transmisión de enfermedades desconocidas o erradicadas de nuestro medio.

El mantenimiento de nuestras relaciones internacionales continúa determinando un creciente intercambio de viajeros, aeronaves, buques y cargas con otros países, fundamentalmente de los subdesarrollados, donde existen enfermedades exóticas para Cuba las que en los últimos años, debido a la crisis económica y otras condiciones, han visto deteriorado sus programas de control, incrementándose el riesgo para su transmisión y propagación.

Por lo anteriormente señalado es necesario revitalizar las acciones de Control Sanitario Internacional acorde con nuestra situación (concreta) actual.

**ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION**

Las regulaciones sanitarias de fronteras, fueron establecidas en nuestro país el 17 de enero de 1899, teniendo a partir de 1902 las orientaciones del Dr. Carlos J. Finlay. En 1924 se adoptó en Código Sanitario Internacional vigente hasta hoy con algunas modificaciones técnicas. El mismo se refiere principalmente a regulaciones de cuarentena a nivel de los puertos y aeropuertos con tráfico internacional.

En 1962 se estructura un Programa de Control Sanitario Internacional para puertos y aeropuertos, y en 1980 se pone en vigor el primer Programa Nacional de Control Sanitario Internacional que preveía acciones de control a realizar por una parte de la red de servicios de salud y que sirvió de base para ser modificado en 1985 cuando se extendió la vigilancia a toda la red de atención médica primaria y secundaria del país, incorporando a los primeros médicos de Familia al programa.

Por otra parte la vigilancia se extendió a los Centros de Control de Viajeros en la Fuente ubicados en los países con los cuales la colaboración era numerosas, el riesgo para la importación de enfermedades cuarentenables y exóticas, y se justificaba la asignación de personal técnico para cumplir este objetivo. Esta medida se considera una de las que tuvieron mayor efectividad para evitar la introducción de enfermedades. En 1991 finalizó esta modalidad de control al reducirse el número de colaboradores en países endémicos y el riesgo no lo justificaba.

Como resultado de las medidas aplicadas, en el país no se han introducido enfermedades Objeto del Reglamento Sanitario Internacional (fiebre amarilla, cólera y peste) ni otras sujetas a vigilancia por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La Viruela fué erradicada de la faz de la tierra en 1979. La fiebre amarilla presente de forma selvática limitada en varios países tropicales lo cual unido a los actuales bajos índices de infestación por *Aedes Aegypti* en nuestro país hacen prácticamente imposible su transmisión, pero la epidemia urbana ocurrida en Perú en 1996 evidencian el riesgo permanente de la misma.

No sucede igual con el Cólera. La actual pandemia que data de 1961, se ha extendido a Asia y Africa, y desde 1991 se introdujo en América Latina, causando la mayor mortalidad por esta enfermedad en los últimos 25 años en todo el mundo. Durante 1994 en doce países desarrollados de Europa se han detectado casos autóctonos y otros diez reportaron casos importados con riesgo para el establecimiento natural de la transmisión. Por su importancia se ha decidido por el Ministerio de Salud Pública considerarla en un programa particular.

La Peste, confinada por muchas décadas a zonas o áreas enzóticas de países de Asia y América, ha demostrado su potencial de transmisión durante 1994 y ha causado estragos en países como la India y Perú, poniendo en alerta a las autoridades de la OMS y de los países de todo el mundo.

Dentro de las Enfermedades Sujetas a Vigilancia Epidemiológica Internacional, el paludismo o malaria ha sido la enfermedad que mayor riesgo de introducción ha presentado en los últimos años y contra lo cual se han tenido que adoptar medidas de control especiales.

En la última década se notificaron en Cuba más de 4000 casos importados y han ocurrido 25 brotes de transmisión local originando 107 casos introducidos. La prevención de la introducción de esta enfermedad por si sola ha justificado la implantación del presente programa y su actualización sistemática. En los últimos tres años con la reducción de la colaboración en países de alta endemicidad, ha decrecido considerablemente el número de casos importados, pero no por ello la vigilancia, la cual se mantendrá permanentemente en el país por nuestra condición de país tropical, altamente receptivo para el paludismo.

Otras enfermedades exóticas como esquistosomiasis, filariasis, leishmaniasis, tracoma y dracontiasis han sido diagnosticados y son objeto de vigilancia y control entre viajeros procedentes de áreas endémicas, aunque la morbilidad se ha reducido en el último quinquenio al disminuir el regreso de personas expuestas en áreas endémicas.

Enfermedades que se consideraron novedosas en la década de 1970, como la Fiebre de Lasa, Enfermedad Vírica de Marburg, Fiebre Hemorrágica por virus Ebola, Legionelosis y, más recientemente la Enfermedad de Lyme y Enfermedad por Hantavirus, han originado en otros países brotes epidémicos y debemos crear las condiciones para protegernos de ellas e identificar su presencia de forma rápida. Estas enfermedades se han nominado en los últimos años como Emergentes y Reemergentes.

La introducción premeditada con carácter agresivo de vectores inexistentes o agentes infecciosos en nuestro país, es otra poderosa razón que nos obliga a mantener y a reforzar la vigilancia epidemiológica de enfermedades exóticas. Las epidemias de dengue en y conjuntivitis hemorrágica en 1981 son muestra de ello. Esta última ha permanecido de forma endémica por más de 14 años.

En los últimos años las actividades de CSI han recibido una alta prioridad por nuestro Partido y Gobierno, y se han asignado importantes recursos humanos y materiales para el desarrollo del mismo. Por otra parte en estos últimos 10 años se ha sellado prácticamente todo el país con médicos de familia lo que permite disponer de un sólido sistema de vigilancia a nivel de la población, centros de trabajo y educacionales, y en el sistema turístico nacional, lo que permitirá detectar la ocurrencia de transmisión de enfermedades exóticas u otros eventos de salud considerados extraños. La presencia de los Subdirectores de Higiene y Epidemiología en los policlínicos es un nuevo elemento en el sistema que fortalece la vigilancia.

La creación de la Unidad Nacional de Análisis y Tendencias en Salud (UATS), con más de tres años de experiencia, y su presencia en los CPHE y en los municipios, ha demostrado su utilidad para consolidar la vigilancia, convirtiéndose en uno de los soportes para lograr los objetivos del Programa de Control Sanitario

Internacional. Se ha dotado a la red de higiene y epidemiología de medios de comunicación expeditos, del procesamiento automatizado de la información epidemiológica y la incorporación del correo electrónico para el envío y acceso a la información epidemiológica nacional e internacional.

La situación epidemiológica que se observa en los países donde se desarrolla la colaboración y el intercambio actual, unido a los resultados de la vigilancia epidemiológica en el país en los últimos cinco (5) años son elementos que indican modificar los anteriores componentes del sistema de vigilancia.

Por otra parte existe el interés del estado de agilizar el arribo de viajeros internacionales en los aeropuertos con tráfico internacional, lo que se traduce en un incremento sostenido en el número de turistas, constituyendo estos elementos otra causa para modificar las estrategias de control sin abandonar la calidad de la vigilancia y la protección sanitaria de nuestras fronteras.

Situación similar se establece en los puertos con tráfico internacional, donde se impone dada la situación económica actual, el agilizar los despachos sin menoscabo de las acciones de control sanitario, impidiendo la introducción de enfermos, agentes biológicos, vectores u hospederos intermediarios de enfermedades exóticas.

Por estas razones exponemos en la presente actualización las orientaciones, lineamientos y normas que son el producto de varios años de experiencia de trabajo en las áreas de salud, municipios y provincias del país, y que se adaptan al contexto epidemiológico internacional, a nuestras relaciones de colaboración e intercambio de viajeros, buques y aeronaves y a la situación sanitaria actual de nuestro país.

## **II.- OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Reducir al mínimo el riesgo de introducción en el país de agentes biológicos, sus reservorios; vectores u hospederos intermediarios de las enfermedades sujetas a control sanitario internacional, así como de otras enfermedades exóticas de interés para Cuba.

### **ESPECIFICOS**

1. Establecer las acciones higiénico-epidemiológicas que deben realizarse a nivel de fronteras (puertos y aeropuertos internacionales).
2. Reordenar el sistema de vigilancia de viajeros internacionales acorde al riesgo personal y a la situación epidemiológica específica de los países de procedencia.
3. Definir las áreas geográficas de países y los viajeros internacionales que deben ser consideradas por el riesgo de convertirse en reservorios o portadores de enfermedades que no existen en Cuba.
4. Prevenir la reintroducción del paludismo en Cuba.
5. Implementar y sistematizar las actividades investigativas que permitan la optimización del programa.
6. Adiestrar y capacitar de forma continua al personal de salud sobre los cambios y modificaciones del programa a través de la educación permanente.
7. Incrementar las actividades de educación sanitaria individual y colectiva, en función de la situación epidemiológica particular de cada localidad del país.

8. Crear el Comité Técnico Asesor.

### **III.- ORGANIZACION Y FUNCIONES**

El Minsap es el máximo responsable del desarrollo de este programa.

#### **-NIVEL NACIONAL**

El viceministro a cargo de la Higiene y la Epidemiología, a través de la Dirección Nacional de Epidemiología es el responsable del desarrollo del programa, de su planificación, normación, supervisión y evaluación. Establecerá las coordinaciones necesarias con otras áreas (Asistencia Médica, Economía, Ciencia y Técnica, Docencia, Estadísticas, IMEFA, Institutos, IPK, etc.) y con otros organismos y entidades estatales que participan en la ejecución del mismo de forma permanente o transitoria según la situación epidemiológica internacional así lo indique.

#### **-NIVEL PROVINCIAL**

El Director Provincial del Sectorial de Salud a través de su Consejo de Dirección será el máximo responsable del desarrollo del Programa en su territorio.

El Director del CPHE desarrollará el programa en su provincia adecuándolo a las condiciones específicas. Evaluará mensualmente el programa informando los resultados cada trimestre al Nivel Central.

#### **-NIVEL MUNICIPAL**

El Director Municipal de Salud será el máximo responsable del cumplimiento de las actividades a este nivel. El Director del Centro o Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología, desarrollará el programa en el municipio, supervisará y evaluará mensualmente las actividades, informando al nivel provincial.

#### **-AREA DE SALUD (POLICLINICO).**

El Director del policlínico a través de su Consejo de Dirección es el máximo responsable del programa en su área, garantiza la ejecución de las actividades del programa y controla las acciones del médico y enfermera de la familia o del médico del sector.

El Vicedirector de Higiene y Epidemiología a este nivel desarrollará el programa y es el responsable de controlar el cumplimiento de las actividades.

#### **- CONSULTORIO DEL MEDICO DE FAMILIA.**

El médico de familia y la enfermera ejecutarán las actividades del programa a ellos asignadas, constituyéndose en la base del desarrollo de las actividades.

#### **PUERTOS Y AEROPUERTOS**

Las Unidades de Control Sanitario Internacional a este nivel serán las responsables del cumplimiento de las acciones del programa en lo referente al control en fronteras.

### **IV.- ACCION Y METODOS**

#### **4.1 ACCIONES HIGIENICO-EPIDEMIOLOGICAS A REALIZARSE A NIVEL DE FRONTERAS**

## **(PUERTOS Y AEROPUERTOS).**

- Realizar el despacho sanitario del 100% de las naves y aeronaves procedentes del extranjero para lo cual las autoridades del Control Sanitario Internacional (CSI) exigirán a los organismos estatales correspondientes la información oportuna y detallada del arribo de buques y aeronaves internacionales.
- Las autoridades del CSI otorgarán a petición de las autoridades del buque o sus representantes la LIBRE PLATICA por radio cuando la información facilitada por estos antes de su arribo (no menos de 24 horas) y la situación epidemiológica existente en los países de procedencia así lo permitan.
- Cuando la información solicitada para otorgar la LIBRE PLATICA por radio, no cumpla los requisitos de calidad y oportunidad, esta será otorgada por el médico de cuarentena durante su visita al buque. Las autoridades de CSI serán las primeras en abordar al buque para realizar la inspección sanitaria (médico de cuarentena y técnico de vectores).
- Si la LIBRE PLATICA se otorga por radio, las autoridades sanitarias abordarán el buque en el primer grupo de despacho y verificarán la información brindada por radio con el médico o enfermero de abordaje, o en su defecto con el primer o segundo oficial. Si estos no están disponibles la entrevista se realizará con el capitán de la embarcación.
- Los representantes del MINSAP (autoridad sanitaria) que realizan el despacho sanitario (LIBRE PLATICA) son el Médico de Cuarentena y el Técnico de Higiene y Epidemiología Especializado en el control de vectores. El médico de cuarentena realiza la inspección documental y se entrevista con las autoridades del buque y, el técnico controla y verifica la situación de los vectores en la embarcación.
- Después de otorgada la LIBRE PLATICA, la autoridad sanitaria realizará la Inspección Sanitaria Estatal (ISE), en la cual se profundiza en el estado sanitario del buque. Esta actividad por lo general se efectúa al día siguiente del arribo y en coordinación con las autoridades portuarias.
- La autoridad de control Sanitario Internacional exigirá al capitán del buque o aeronave que proceda del extranjero los documentos siguientes:
  - **En los puertos:**
    - a) Declaración Marítima de Sanidad.
    - b) Certificado de Desratización o Exención
    - c) Listado o manifiesto de los pasajeros
    - d) Listado de tripulantes nacionales si la situación epidemiológica del ó de los países de procedencia así lo indican.
  - **En los aeropuertos:**
    - a) Declaración general de aeronave.-
- Además se solicitará información adicional sobre las condiciones particulares de higiene y salud abordaje durante la travesía.
- Una vez realizada la inspección documental la autoridad de CSI procederá a la inspección sanitaria del buque o aeronave, revisando los compartimientos (total de pasajeros y equipajes, camarotes,

cocina, servicios sanitarios, etc.), supervisando la higiene personal, recolección de desechos sólidos y líquidos, desperdicios y restos de alimentos.

- Todo buque o aeronave que arribe será objeto de una visita de inspección en busca de mosquitos *Aedes aegypti*, así como otros vectores de importancia epidemiológica.
- Si en la inspección se detectaron violaciones del Reglamento Sanitario Internacional o de las leyes sanitarias vigentes, en ese momento se notificará a la persona o entidad causante de la infracción cometida, para la aplicación de la multa correspondiente.
- Las unidades de CSI de Puertos y Aeropuertos ejecutarán en todo el perímetro de las áreas portuarias y aeroportuarias, las actividades correspondientes a los Programas de Salud Ambiental, enfatizando en los aspectos siguientes:

Control del agua.

Control de residuos líquidos y sólidos, fundamentalmente los de origen internacional (basura internacional).

Control de los locales de reunión.

Control de los alimentos de consumo, tanto para viajeros como el personal de trabajo del área.

Control de almacenes y naves.

Control de las condiciones del ambiente de trabajo.

Se confeccionarán planes específicos de desinsectación y desratización en estas áreas.

- En los puertos y aeropuertos con tráfico internacional se exigirá el perfecto funcionamiento del INCINERADOR para el tratamiento (destrucción) de los residuales sólidos generados en aeronaves y buques, así como la correcta disposición y transportación de los mismos hasta el incinerador.
- En los aeropuertos con tráfico internacional se exigirá el perfecto funcionamiento de la FOSA INTERNACIONAL donde se disponen los residuales líquidos de las aeronaves para su tratamiento y posterior disposición al sistema local de alcantarillado. En los aeropuertos donde no exista fosa internacional, los aviones no podrán descargar sus residuales, siendo muy rigurosa la autoridad sanitaria en velar en que no se derramen estos residuales sobre la losa del aeropuerto.
- Las embarcaciones de todo tipo que se encuentren atracadas o fondeadas en los puertos, bahías o aguas de nuestra jurisdicción no podrán vertir los residuales líquidos, por lo cual se le clausuran las salidas de los tanques sépticos de las mismas por las autoridades de seguridad marítima al momento de su incorporación al territorio nacional. Las embarcaciones que disponen de sistema de reciclaje de los residuales líquidos no representan un riesgo pero se debe controlar que estos funcionen correctamente.
- El abastecimiento y calidad del agua para consumo humano a embarcaciones de todo tipo (generalmente por patanas o directamente por conductoras), es una responsabilidad de las empresas navieras cubanas y del Instituto de Hidrología y Recursos Hidráulicos. La autoridad sanitaria en los puertos realiza los controles establecidos por la ISE.
- Para la transmisión de la información de vigilancia de viajeros dentro de las primeras 24 horas posteriores al arribo, las unidades de CSI en los aeropuertos que no tengan correo electrónico o

telex utilizarán los equipos de los CPHE.

- Las Direcciones Provinciales de Salud determinarán los centros hospitalarios del territorio que atenderán a pasajeros o tripulantes afectados por enfermedades transmisibles (sospechosos) u otras patologías, que sean remitidos desde los aeropuertos y puertos, detectados al momento del arribo.

#### **4.2 CONTROL EPIDEMIOLOGICO DE VIAJEROS INTERNACIONES QUE ARRIBEN POR VIA MARITIMA.**

- El médico de cuarentena examinará a cualquier tipo de enfermo que hubiese a bordo y viabilizará su ingreso hospitalario o aislamiento si se sospecha una enfermedad transmisible, lo que notificará de forma oportuna y completa al CPHE y de este a la UATS Nacional, estableciendo las medidas de control requeridas para evitar su propagación.
- Los viajeros sometidos a vigilancia epidemiológica seguirán los mismos pasos que los descritos para los viajeros que arriben por vía aérea.
- Cuando existan antecedentes o sospecha de enfermedades transmisibles a bordo, la autoridad sanitaria prohibirá el ascenso o descenso al buque de cualquier persona hasta tanto no se haya terminado la inspección del mismo, delimitando el riesgo y adoptado las medidas pertinentes. Se exceptúan de esta disposición a los prácticos de los puertos.
- Al arribar un barco que tenga casos sospechosos o confirmados de cólera, fiebre amarilla, peste u otra enfermedad extraña o inusual, la autoridad sanitaria ordenará su fondeo a una distancia de 400 metros de la costa, a fin de clasificar los enfermos, iniciar tratamiento, remitirlos a unidades seleccionadas para el aislamiento, inspeccionar la nave y destruir los vectores si existieran.
- Las autoridades de Control Sanitario Internacional de los Puertos y Aeropuertos estarán responsabilizados con la vacunación antiamebiana y anticólera a los tripulantes cubanos expuestos, así como de los tripulantes extranjeros que la solicitan, en base a la disponibilidad de estos biológicos en el país.

#### **4.3 PROCEDIMIENTOS CON LOS CADAVERES A DESEMBARCAR**

- Las autoridades de CSI procederán con los cadáveres a desembarcar en puertos y aeropuertos conforme a lo establecido por Medicina Legal en cada una de esas instancias.

#### **4.4 DISPOSICIONES SANITARIAS LEGALES PARA PUERTOS Y AEROPUERTOS.**

- En buques y aeronaves se exigirá por los inspectores de control sanitario internacional el más estricto cumplimiento de los preceptos del Reglamento Sanitario Internacional, las normas internacionales de higiene de buques y aeronaves, y lo dispuesto en las leyes sanitarias de nuestro país. Se procederá en consecuencia a la notificación para la multa ante infracciones y violaciones de la misma a las personas o entidades correspondientes.
- En las instalaciones de las áreas de puertos y aeropuertos el Técnico de Higiene y Epidemiología en sus visitas de inspección sanitaria estatal (ISE) exigirá a las direcciones, administraciones, funcionarios y trabajadores, el cumplimiento de las medidas de higiene y epidemiología establecidas en los reglamentos, resoluciones y demás leyes sanitarias vigentes.

#### **4.5 CONTROLAR EL 100% DE VIAJEROS CUBANOS Y EXTRANJEROS PROCEDENTES DE**

## **ZONAS ENDEMICAS DE ENFERMEDADES CUARENTENABLES O EXOTICAS PARA CUBA.**

- Teniendo en cuenta la situación epidemiológica internacional, los resultados de la vigilancia de los últimos 5 años en Cuba y, nuestras actuales relaciones de intercambio y colaboración, se someten a vigilancia epidemiológica a los viajeros cubanos procedentes de:
  - Cualquier país de Africa al sur del Sahara. Se le considera la primera y más importante área de riesgo para el país.
  - Becarios extranjeros procedentes de Africa que van a tener una estadía superior a un mes en Cuba.
  - Se exceptúan de estos controles al Cuerpo Diplomático, delegaciones deportivas, culturales, etc.
  - No se someten a control los viajeros cubanos y extranjeros procedentes de Asia, Europa, Norte, Centro y Sur América.
  - Ante el conocimiento internacional de situaciones epidemiológicas de interés y riesgo para Cuba, se podrá establecer vigilancia específica para enfermedades y sobre viajeros cubanos y extranjeros que procedan de países o áreas que se encuentren en epidemia, lo que será informado al Sistema Nacional de Salud y a las autoridades estatales correspondientes (Aduana General de la República, Inmigración y Autoridades Aeropuarias entre otras).
  
- Todo viajero internacional cubano procedente de áreas o países endémicos recibirán en el aeropuerto al momento del arribo por parte del médico de cuarentena, la **Tarjeta de Vigilancia Epidemiológica**, que constituye la citación para presentarse en las primeras 72 horas en los CPHE, CMHE o UMHE donde se le realizarán estudios clínicos, epidemiológicos y de laboratorios.
- La **Tarjeta de Advertencia** se entregará a criterio del médico de cuarentena a los viajeros internacionales cubanos y extranjeros con menor riesgo epidemiológico.
- Los viajeros de otras nacionalidades serán sometidos a vigilancia epidemiológica de forma excepcional.
- Los CPHE, CMHE o UMHE recibirán desde los aeropuertos (vía telex, correo electrónico o teléfono) los listados de viajeros cubanos sometidos a Vigilancia Epidemiológica y a los que se les entregó Tarjeta de Advertencia.

### **4.4 QUIMIOPROFILAXIS Y TRATAMIENTO ANTIPALUDICO**

- Los viajeros sometidos a vigilancia, procedentes de áreas endémicas y que regresan al país de vacaciones realizarán quimioprofilaxis controlada en el área de salud por su médico de familia, tomando semanalmente, sin exceder de 8 semanas, 300 mg de CLOROQUINA (tabletas de 150 mg base). Si excediera de 8 semanas se le administrará PRIMAQUINA (tabletas de 15 mg) 1 tableta diaria durante 14 días al igual que a los regresos definitivos.
- Realizar tratamiento radical antipalúdico **presuntivo** al 100 % de los cubanos y extranjeros procedentes de áreas o países endémicos de paludismo (Africa) y sometidos a vigilancia, para lo cual se utilizará en dosis única tres (3 tabletas) de FANSIDAR (cada tableta contiene Sulfadoxina, 500 mg y Piremetamina, 15 mg) y PRIMAQUINA, 1 tableta (cada tableta contiene 15 mg) diaria

durante 14 días.

- El esquema de tratamiento radical antipalúdico para pacientes afectados por:

**Plasmodium vivax** (esquema corto) para adultos con peso promedio de 60 kgs, como sigue:

**Cloroquina** (tab. de 150 mg de droga base)

**Primaquina** (tab. de 15 mg de droga base)

1er. día.....cloroquina 4 tab (600 mg)  
primaquina 2 tab (30 mg)

2do. día.....cloroquina 3 tab (450 mg)  
primaquina 2 tab (30 mg)

3er. día.....cloroquina 3 tab (450 mg)  
primaquina 2 tab (30 mg)

A partir del cuarto día se administra una tableta diaria de Primaquina hasta completar 14 tabletas.

Igual conducta se aplica a los casos afectados por P.ovale y P.malariae.

#### **Niños:**

Cloroquina: 20 mg. por Kg. de peso repartido en tres (3) días.

Primaquina: 3 mg. por cada 10 kg. por día durante 14 días (0,25 mg por Kg por día).

#### **Plasmodium falciparum:**

Fansidar (tabletas de Sulfadoxina 500 mg y Pirimetamina 15 mg): Administrar tres (3) tabletas, dosis única y una tableta diaria de Primaquina durante 14 días.

Si no existe disponibilidad de Fansidar se iniciará similar esquema que el utilizado para el tratamiento del Plasmodium vivax, bajo estricta observación médica a fin de detectar resistencia en cuyo caso se utilizará Quinina según normas de Medicina Interna.

- Por la posibilidad de reacciones adversas hemolíticas en el curso de la administración de primaquina, el personal médico debe vigilar atentamente los signos de reacción (íctero y coluria) si esta aparece se suspende la primaquina y se consulta de inmediato al especialista de medicina interna.
- La primaquina no se administra a niños menores de 6 meses ni a embarazadas.
- Realizar gota gruesa a todos los viajeros procedentes de áreas maláricas antes de iniciar el tratamiento antipalúdico y después a los 3 meses y 6 meses posteriores al arribo.
- Se mantiene la observación dispensarizada de los viajeros internacionales con riesgo. Los policlínicos y médicos de la familia realizarán el tratamiento controlado y la quimioprofilaxis, y realizarán consulta clínico-epidemiológica de forma trimestral.

#### **4.6 PREVENCIÓN DE LA INTRODUCCIÓN DEL PALUDISMO**

- Todos los ciudadanos cubanos que se trasladen a países endémicos de zonas palúdicas debe ser instruidos de como protegerse. Las instrucciones estarán basadas en las medidas de protección personal, insistiendo en la quimioprofilaxis, el uso de repelentes, ropas adecuadas y la protección de las viviendas contra los vectores.
- Los médicos de familia y los Subdirectores de Epidemiología de los policlínicos, mediante entrevistas educativas informarán a los viajeros cuales son las medidas de carácter presuntivo.
- Al término de la misión se insistirá en la importancia que tiene para el viajero, como para su familia y la comunidad, que cumpla las medidas orientadas para la prevención y el control de las enfermedades exóticas, insistiendo en el cumplimiento del tratamiento antipalúdico radical presuntivo y en los reexámenes después de su llegada. El médico de familia se convierte en el principal exponente para cumplir este objetivo.
- Los viajeros en riesgo deben recibir la información que no podrán ser donantes hasta después de haber cumplido 3 años de su regreso a Cuba.
- Se realizará la administración del tratamiento radical antipalúdico controlado en todas las unidades del sistema nacional de salud que brinda atención primaria (policlínicos y médicos de familia) a los viajeros con alto riesgo procedentes de los países africanos al sur del Sahara.
- Se continuará la quimioprofilaxis controlada a los viajeros que estén en Cuba de vacaciones según lo establecido.

#### **4.7 DIAGNÓSTICO Y CONTROL OPORTUNO DEL 100 % DE LOS CASOS DE PALUDISMO.**

- A pesar de los grandes avances tecnológicos para el diagnóstico de enfermedades bacterianas, virales y parasitarias entre otras, con soportes incluso de la Biotecnología y de la Ingeniería Genética, la **gota gruesa** continua siendo el principal e incuestionable método de confirmación del paludismo. Su técnica sencilla, económica y de alta sensibilidad, que puede incluso aplicarse en investigaciones de campo, no tiene sustituto y constituye uno de los principales soportes en los programa de control o mantenimiento de la erradicación como es el caso de Cuba.
- Se mantendrá como requisito obligatorio, la toma de lámina de gota gruesa en todos los servicios médicos del país en los casos siguientes:
  - A todos los febriles actuales o recientes (1 mes) que hayan viajado a las áreas seleccionadas de riesgo.
  - Pacientes sospechosos de paludismo, por síntomas clínicos y por antecedentes epidemiológicos (áreas o localidades del país donde hayan ocurrido brotes de transmisión local en los últimos años).
  - A todos los febriles, adultos o niños, en que no se haya precisado la etiología del proceso febril.
  - Realizar la verificación de cura (MVC) al 100% de los casos de paludismo importado o introducidos mediante la toma de gota gruesa semanal durante 8 semanas (2 meses) y

luego mensual durante 1 año.

- Las láminas de gota gruesa, deberán ser tomadas cumpliendo los requisitos técnicos y examinadas en las primeras 24 horas y antes de las 72 horas enviadas al CPHE según lo normado. Las láminas positivas se envían al CPHE y de éste al laboratorio Nacional de Referencia en el IPK en el período de una semana.
- El personal médico especialista de Higiene y Epidemiología, Microbiólogos, Administradores de Salud, Especialistas de MGI, Medicina Interna y Pediatría, etc) de las unidades que diagnostican el caso por microscopía de gota gruesa, tienen la responsabilidad de hacer la notificación oportuna del mismo (UATS, SID, tarjeta de EDO y a la Dirección Nacional de Epidemiología).
- Se establecen los siguientes indicadores que sirven de guía para la evaluación mensual de la vigilancia mediante la gota gruesa (mínimo deseable mensual, MDM), tomando como base para el cálculo la totalidad de las consultas de medicina general de cada mes:
  - 2% de la población, en áreas o localidades que hayan tenido brotes de transmisión local en los dos últimos años.
  - 1% de la población, en áreas o localidades en que coincidan la presencia del vector (mosquito *Anopheles albimanus*) y viajeros internacionales con riesgo.
  - 0,5% de la población, en áreas o localidades que tengan presencia del vector o de viajeros con riesgo.
  - 0,125% de la población, en áreas en que no estén presentes la vulnerabilidad (reservorio, viajeros) ni la receptividad (vector).
- Los CPHE, CMHE y UMHE deben mantener adiestrados a los técnicos necesarios para realizar el diagnóstico parasitológico de paludismo en el territorio. Cada provincia establece su red de diagnóstico en base a las características de cada territorio.
- Los CPHE son responsables en coordinación con el IPK de mantener adiestrados a los técnicos dedicados al diagnóstico de paludismo, tanto en cursos provinciales como en el Laboratorio Nacional de Referencia.
- Los laboratorios de diagnóstico de Paludismo de los CPHE se convierten en Laboratorios de Referencia para el resto de los laboratorios de las provincias (hospitales y municipios) y reciben el 100 % de las láminas positivas, el 10 % de las láminas de controles de foco y el 2% de las láminas negativas.
- Los Laboratorios Provinciales envían al Laboratorio Nacional de Referencia del IPK cada mes el 100 % de las láminas positivas, el 10 % de las láminas de los controles de foco y el 2% de las negativas.
- El Laboratorio de Referencia del IPK, mantendrá los cursos nacionales y el adiestramiento de técnicos provinciales y municipales en base a las necesidades y situación actual, y brindará asesoría a los CPHE y CMHE.
- **Caso confirmado:** toda persona con cuadro febril que tenga una gota gruesa positiva a *Plasmodium*.
- **Caso presuntivo:** todo paciente febril con antecedentes epidemiológicos, clínica típica y con gota gruesa negativa.

- Todos los casos con diagnóstico presuntivo o confirmado serán ingresados y aislados en salas especiales de los hospitales provinciales. Los casos correspondientes a las provincias Ciudad de La Habana y La Habana serán remitidos al IPK.

#### 4.8 **CONTROL DE FOCO**

Clasificación de los casos de paludismo.

- **Importado:** caso de paludismo que adquirió la enfermedad en un país o área endémica.
- **Introducido:** caso de paludismo que adquiere la enfermedad en un área o país libre de esta como producto de transmisión local a expensas de uno o varios casos importados.
- **Inducido:** caso de paludismo que adquiere la enfermedad de la madre antes del parto (transmisión placentaria).
- **Autóctono:** todo caso de paludismo que ocurre en un área o localidad donde la transmisión es endémica. Para que un área donde se declaró la erradicación de la enfermedad pierda esta condición, se debe establecer la transmisión de forma ininterrumpida por espacio de 2 o más años.
- Los CPHE, CMHE, UMHE, policlínicos y médicos de la familia asumirán la responsabilidad de los controles de foco de los casos de paludismo que ocurran en su territorio, según el nivel que corresponda. El Ministerio de Salud Pública asesorará y evaluará la realización de los controles de foco.
- **Las medidas de control de foco consisten básicamente en:**

Confirmación parasitológica y notificación a los niveles correspondientes. Envío de láminas positivas al Laboratorio Nacional de Referencia en el IPK.

Ingreso hospitalario y aislamiento del caso evitando contacto con los vectores específicos.

Tratamiento radical antipalúdico (TRAP) según normas.

Investigación epidemiológica inmediata (historia epidemiológica) en todos los casos.

Estudio entomológico inmediato (precisando índices de infestación de *Anopheles albimanus*, existencia de criaderos y antecedentes entomológicos).

De acuerdo a los resultados de las investigaciones epidemiológicas y entomológicas se dictarán las siguientes medidas basadas en:

a) Encuesta hemática (gota gruesa) a contactos y convivientes, tomando en cuenta el período de incubación de la enfermedad, fecha de arribo al país (si se trata de casos importados), presencia de gametocitos y otros elementos epidemiológicos.

b) Búsqueda activa de casos por pesquisa de febriles actuales o recientes (1 mes antes) casa por casa a las horas más apropiadas durante 1 mes. Tomar gota gruesa a los febriles.

c) Incremento de la búsqueda pasiva mediante la toma de láminas de gota gruesa a todos los pacientes febriles que acuden a las unidades asistenciales del área de influencia.

d) Crear condiciones para garantizar la calidad y agilidad del estudio parasitológico de las laminas generadas en el control de foco, evitando errores técnicos y confusiones en la identificación.

e) Destrucción o tratamiento de criaderos y saneamiento ambiental, tratamiento focal con insecticidas de acción residual en la vivienda del caso positivo y sus vecinos, pudiéndolo extender según las características particulares del foco y presencia del vector. Aplicación de nebulización térmica a UBV en el área del foco, pudiendo incluso utilizar la fumigación aérea si epidemiológicamente se justifica. Realizar encuestas entomológicas diarias para evaluar el resultado de las medidas aplicadas (por espacio de un mes). Según las características del foco estas se realizarán mensualmente durante un año.

f) Seguimiento de los casos positivos de paludismo durante un año que debe incluir evolución clínica y parasitológica semanal a partir del alta hasta los 2 meses (8 semanas) y después a los 3 meses, 6 meses, 9 meses y 1 año.

g) Vigilancia epidemiológica del foco durante 2 años con una meta mensual mínima (MDM) de gota gruesa del 2% de las consultas de medicina general del área del foco.

h) Para determinar la extensión geográfica del foco no existe una fórmula única. En cada foco los responsables de su control, basados en los elementos técnico epidemiológicos que brinda el conocimiento de la enfermedad y las características del lugar, son los que fijan los límites geográficos, pero nunca pueden olvidar que la enfermedad está eliminada en Cuba y hay que evitar su reintroducción. Por lo general el límite se establece entre 500 y 1000 metros de radio tomando como centro la vivienda del caso índice.

## V VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE DENGUE

El dengue se eliminó de nuestro país en octubre de 1981. Desde esa fecha se ha mantenido la vigilancia en viajeros internacionales debido a la posibilidad de importación de casos. Los índices de infestación por *Aedes aegypti* en Cuba son mínimos y prácticamente imposible que pueda ocurrir transmisión natural. No obstante se ha de mantener la vigilancia sero-epidemiológica por las posibilidades potenciales de reintroducción natural o criminal de esta enfermedad hasta tanto el vector no sea eliminado.

- **Estratificación del riesgo.** Mantener información sistemática sobre los índices de infestación por *Aedes aegypti* a nivel de cuadras, manzanas, municipios y provincias, en base a las características particulares de cada territorio, que indique la posibilidad del establecimiento de la transmisión.
- **Incorporación activa** de los Médicos y Enfermeras de la Familia en el conocimiento de los focos de *Aedes aegypti* en su área de influencia y su estrecha colaboración con el personal técnico de la Unidad de Lucha Antivectorial de su Área de Salud y Consejo Popular.
- **Sospechar la enfermedad** ante la existencia de personas, niños y adultos, afectados por un síndrome febril de etiología no precisada, con antecedentes o no de viajes al extranjero.
- **Realizar monosuero** al 6to día de la fiebre a la totalidad de las personas en que se sospeche dengue, enviando la muestra con carácter urgente y debidamente identificada y conservada, al Laboratorio de Virología de Arbovirus del IPK.
- Cada provincia debe realizar un mínimo mensual de 5 monosueros.

## VI EVALUACIÓN

Parcial.

- Se realizará mensualmente a través del análisis epidemiológico realizado en cada provincia.
- Trimestralmente se harán evaluaciones del cumplimiento de los objetivos específicos.

Final.

- Anualmente se hará una evaluación del cumplimiento de los objetivos del programa

Indicadores para la evaluación.

- Realizar el despacho sanitario al 100% de las aeronaves y naves que procedentes del extranjero arriben a aeropuertos o puertos de la provincia con tráfico internacional.
- Existencia en los puertos y aeropuertos un adecuado sistema sanitario de almacenamiento, recolección y disposición final de la basura internacional y los residuales líquidos y sólidos (incinerador y fosa internacional).
- Índices de infestación en los puertos y aeropuertos con tráfico internacional por *Anopheles albimanus*, *Aedes aegypti* y roedores sean cero, y el de mosca menos de 2.
- Los alimentos que se sirven a los tripulantes y viajeros internacionales cumplan los requisitos sanitarios exigidos por el MINSAP.
  
- El 100% de los viajeros internacionales con riesgo hayan sido detectados y controlados al arribo y, sometidos a vigilancia epidemiológica por los médicos de cuarentena en puertos y aeropuertos.
- El 100% de los viajeros internacionales en vigilancia reciban el control médico-epidemiológico establecido para el arribo en su respectivo CMHE, UMHE, área de salud o consultorio del médico de la familia.
- El 100% de los viajeros reciban el tratamiento radical antipalúdico.
- El 100% de los casos importados de paludismo sean diagnosticados en las primeras 72 horas después del inicio de los síntomas.
- No ocurran casos de paludismo introducidos o inducidos.
- Se cumpla el muestreo de laminas de gota gruesa establecido (MDM de 2%, 1%, 0,5% y 0,125%) según los riesgos específicos de cada área de salud, municipio y provincia.
- Se cumpla el envío de laminas de gota gruesa al Laboratorio de Referencia Nacional en el IPK.

- Se realicen los controles de foco en el tiempo previsto y con la calidad requerida.
- No existencia de focos de *Aedes aegypti*, ni de casos introducidos de dengue.
- Realizar como mínimo cada mes 5 monosueros a casos sospechosos de dengue.

La Habana, 15 de enero de 1998

"Año del Aniversario 40 de las Batallas Decisivas de la Guerra de Liberación"