



## **BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO SEMANAL**

**DIRECCIÓN NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA  
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**

Dirección Postal: Inst. “Pedro Kourí”. Apartado  
Postal 601 Marianao 13. La Habana, Cuba  
e.mail: [ciipk@ipk.sld.cu](mailto:ciipk@ipk.sld.cu)

**ISSN 1028-5083**

---

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

---

### **Índice**

<b>Pronostico Bioclimático para el periodo lluvioso. Trimestre Julio-Septiembre del 2006.....</b>	<b>193</b>
<b>Pandemia humana de gripe aviar podría ser peor que atentados a torres gemelas.....</b>	<b>196</b>
<b>Variante H5N1 de la gripe aviar mutó en Indonesia, dice OMS.....</b>	<b>196</b>
<b>Brote de sarampión, edificio de oficinas - EEUU (Massachusetts).....</b>	<b>197</b>
<b>Europeos se unen para combatir la gripe aviar.....</b>	<b>198</b>
<b>Tablas:.....</b>	<b>199</b>

### **PRONOSTICO BIOCLIMÁTICO PARA EL PERIODO LLUVIOSO. TRIMESTRE JULIO-SEPTIEMBRE DEL 2006.**

Elaborado por Dr.C. Paulo L. Ortíz Bultó, Dr.C Antonio Pérez, Lic. Alina Rivero, Lic. Alina Pérez, Dra.C. Cecilia González, integrante del Grupo de Clima y Salud bajo el proyecto Nacional 1304181.<sup>1</sup>

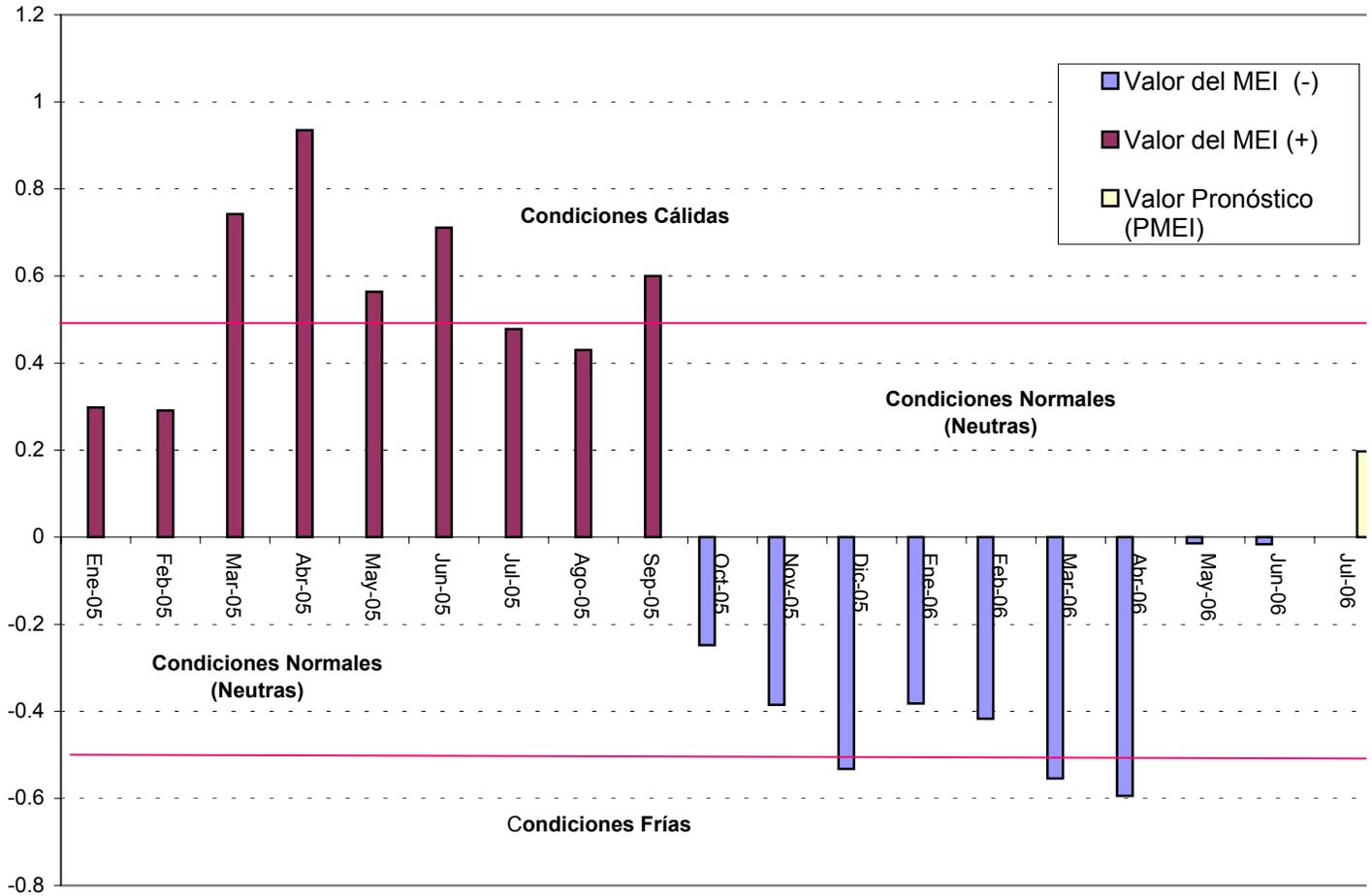
#### **PERSPECTIVA DE ENOS**

Durante los próximos tres meses se esperan que prevalearan condiciones ENOS normales o neutrales en el pacifico tropical, según nuestro modelo de Pronóstico Multivariado del Índice ENOS (PMEI) del

Centro del Clima lo cual coincide con la mayoría de los modelos estadísticos y acoplados para la predicción de este evento ([www.inocar.mil.ec](http://www.inocar.mil.ec); [www.cdc.noaa.gov](http://www.cdc.noaa.gov); [www.cpc.noaa.gov](http://www.cpc.noaa.gov))

---

<sup>1</sup> Este grupo los integran especialistas del Instituto de Meteorología, Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kourí” y La Unidad de Lucha Antivectorial del Ministerio de Salud Pública



**FIGURA 1. VALORES REALES DEL MEI Y PRONOSTICADOS (PMEI) PARA EL PERÍODO JULIO-SEPTIEMBRE/2006.**

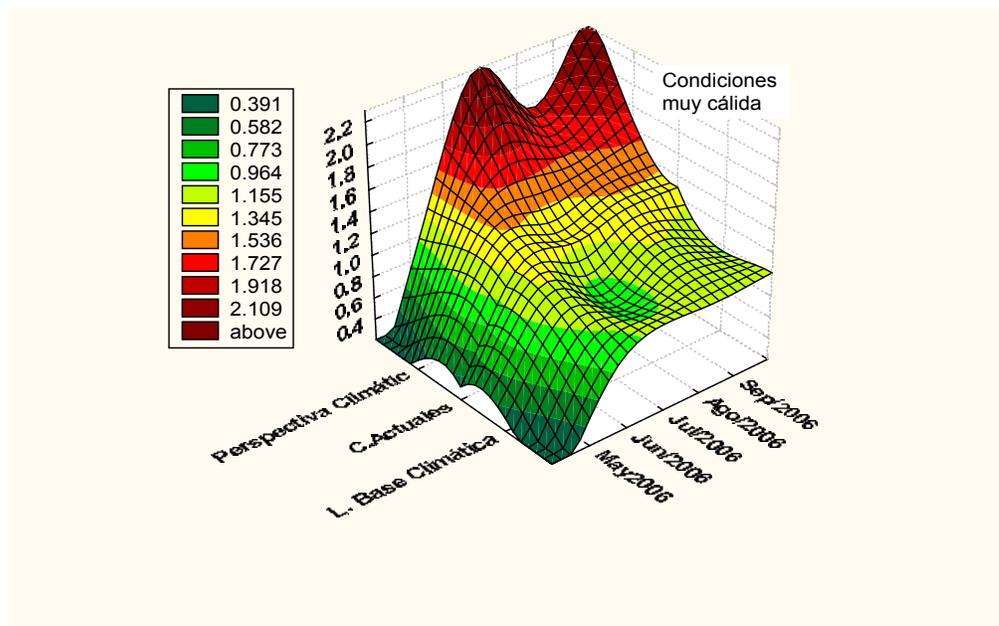
### PERSPECTIVA BIOCLIMATICA

Los meses de Julio, Agosto y Septiembre pertenecen al período lluvioso del año, el que se extiende hasta el mes de octubre. El Anticiclón del Atlántico se intensifica y la influencia de su dorsal es más notoria sobre Cuba y mares adyacentes, con vientos de mayor componente este. En este período se incrementa el número de ondas tropicales y con relación a los ciclones tropicales en el Atlántico Norte, agosto y septiembre conforman con octubre, el trimestre mas

activo, siendo septiembre el de alto riesgo para el archipiélago cubano. Considerando el comportamiento actual del clima y los resultados que arrojan los modelos de pronóstico para los índices  $IB_{t,1,C}$  y el  $IB_{t,3,C}$  se espera que el mes de julio pudiera presentar ligeras anomalías positivas con relación a las condiciones meteorológicas medias las que se extenderán al mes de agosto y septiembre.

Las condiciones del régimen de verano (muy cálidas) para los próximos meses en el archipiélago cubano, se irán incrementando hasta llegar a ser extremadamente cálidas en agosto y parte

de septiembre (Figura 2). El régimen pluviométrico se presentará muy próximo a los valores climáticos habituales en la mitad oriental y ligeramente por debajo de lo habitual en la mitad occidental.



**FIGURA 2. PERSPECTIVA CLIMÁTICA PARA LOS MESES DE JULIO-SEPTIEMBRE 2006 SEGÚN EL ÍNDICE CLIMÁTICO COMPLEJO  $IB_{T,I,C}$ , EL CUAL DESCRIBE LAS ANOMALÍAS DEL CLIMA DE CUBA.**

**PRONOSTICO PARA LAS ENFERMEDADES SEGÚN PERSPECTIVA CLIMATICA.**

Según estas perspectivas climáticas, las condiciones son propicias para que se produzca un aumento de los riesgos de enfermedades de transmisión respiratorias y digestivas, así como un incremento del número de vectores, al acelerarse sus distintos estadios. La escasez de agua puede llevar también a condiciones propicias para un almacenamiento y

manipulación inadecuada con los consiguientes riesgos de focos de *Aedes aegypti* fundamentalmente.

Todo lo anterior hace que se mantengan la vigilancia y se extremen las medidas preventivas e higiénicas sanitarias correspondientes a estos procesos en riesgo.

## PANDEMIA HUMANA DE GRIPE AVIAR PODRÍA SER PEOR QUE ATENTADOS A TORRES GEMELAS.

**Londres, junio 25/2006 (ANSA).** Una pandemia humana de gripe aviar en Gran Bretaña podría resultar con una catástrofe 1 000 veces superior a los atentados del 11 de septiembre de 2001 en Estados Unidos, ya que las prevenciones por parte de las autoridades "son totalmente inadecuadas", según advirtió un científico experto. El médico Steve Hajooff afirmó que acumular vacunas antivirales contra la gripe aviar es menos importante que conseguir gasolina, vehículos y contenedores de agua para atender y trasladar a aquellos eventualmente infectados. Hajooff tiene previsto dar a conocer sus investigaciones en la conferencia anual de la Asociación Médica Británica (BMA), prevista para este martes. "Estamos a la espera de una verdadera pandemia de la gripe aviar de un tipo que nunca antes habíamos visto y ésta será una de las mayores catástrofes del país. Lo que es peor, es que es totalmente predecible, y si actuamos ahora podremos mitigar sus efectos", agregó el experto. Hajooff, un médico que practica la Medicina preventiva en Londres, indicó que la pandemia de 1918 vio al 40% de la población enferma y de ese

total, el 2,5% murió como consecuencia. "En la actualidad, estamos hablando de cinco millones de personas en toda Europa y cientos de miles en Gran Bretaña. Será 1 000 veces peor que los atentados del 11 de septiembre (de 2001). Esto es si la pandemia es tan feroz como la de 1918, pero esperamos y rogamos que no lo sea. De todos modos, existe el potencial enorme de que los daños sean mayores y por eso debemos prepararnos ahora", continuó.

Para el médico, el gobierno comenzó a tomar medidas al respecto, como comprar antivirales, aunque según Hajooff esto es sólo "como la frutilla de la torta".

"Los antivirales no son lo más importante, sino como hacemos para que el virus no siga expandiéndose. Yo soy un médico de cabecera y puedo preparar mi consultorio, pero si la compañía de electricidad no se prepara, entonces no podré atender a mis pacientes", señaló.

"Lo más importante es la infraestructura, la energía eléctrica, el transporte, el agua, este tipo de cosas nos prevendrán. Deben existir planes de contingencia en cada organización británica", concluyó.

## VARIANTE H5N1 DE LA GRIPE AVIAR MUTÓ EN INDONESIA, DICE OMS.

**Ginebra, junio 23/2006 (Reuters).** La variante H5N1 del virus de la gripe aviar mutó entre los miembros de una familia de Indonesia, hasta ahora el mayor grupo humano conocido afectado por la enfermedad, pero no derivó en una forma transmisible, dijo el viernes la Organización Mundial de la Salud (OMS). Una portavoz del organismo de Naciones Unidas, María Cheng, dijo que el resultado había salido de una investigación en un grupo reciente de casos en el norte de Sumatra, donde siete miembros de una misma familia murieron en mayo. "Se halló una mutación, en un informe recientemente entregado al gobierno (indonesio). Fue el resumen de la investigación sobre el caso del norte de Sumatra", dijo a Reuters en Ginebra. "Sin embargo, no mutó en una forma más

transmisible porque no parece que haya salido de ese conjunto de personas", añadió. Las autoridades indonesias y responsables de la OMS estudiaron a más de 50 personas que entraron en contacto con las víctimas, manteniéndolas en cuarentena voluntaria en sus casas durante varias semanas después del brote, pero ninguna desarrolló síntomas, según la OMS. La variante H5N1 de la gripe aviar se expandió rápidamente por el este de Asia en los últimos meses. Afecta principalmente a las aves, pero desde el 2003 ha causado la muerte a 130 personas, en su mayoría en Asia. Expertos consideran que supone una gran amenaza de convertirse en epidemia entre humanos si adquiere la posibilidad de transmitirse entre seres humanos con facilidad.

**BROTE DE SARAMPION, EDIFICIO DE OFICINAS - EEUU (MASSACHUSETTS)**

Fecha: 27 de Junio del 2006

Tomado de: <promed@promedmail.org>

**Resumen:**

Se han identificado 3 casos de sarampión en un centro de trabajo en Boston, con varios casos sospechosos adicionales que actualmente están en investigación. Se solicita al personal de salud en Boston que considere el diagnóstico de sarampión en las personas con síntomas sugestivos y que reporten todos los casos sospechosos o confirmados que sean diagnosticados en Boston a la Comisión de Salud Pública de dicha ciudad (Boston Public Health Comission) en el número (617)534-5611.

**Antecedentes:**

Desde el 9 de Mayo del 2006, se han identificado 3 casos confirmados de sarampión en personas que trabajan en un edificio de oficinas en el centro de Boston. Los casos viven fuera de la citada ciudad, pero trabajan en la misma para una compañía que tiene aproximadamente 2000 empleados. Se ha identificado una serie de casos sospechosos adicionales en compañeros de trabajo o en otros contactos cercanos de los casos en mención; los cuales están a la espera de confirmación por el laboratorio. Cabe señalar que los reportes de sarampión en Boston son inusuales. No se han reportado casos confirmados de sarampión en residentes de Boston desde el año 1999. Desde 1995, solamente se han reportado 4 casos de sarampión en residentes de la ciudad.

**Síntomas y Diagnóstico:**

El sarampión es una enfermedad viral altamente contagiosa, caracterizada por un pródromo con fiebre; posteriormente conjuntivitis, coriza, tos; y la aparición de manchas pequeñas con un centro de color blanco o azulado en una base eritematosa en la mucosa oral (manchas de Koplik). Usualmente ocurre una erupción cutánea (rash) entre 2 a 4 días después de la aparición de los síntomas iniciales. La erupción mencionada se inicia en el rostro y pronto se disemina a otras partes del cuerpo. La erupción usualmente dura entre 4 a 7 días y luego desaparece en el mismo orden en que se inició (cabeza hacia los pies). Las manchas de Koplik podrían hacerse visibles en los carrillos 1 a 2 días antes o después de la aparición de la erupción cutánea (rash). El sarampión es transmitido de persona a persona mediante contacto directo con microgotas infecciosas y mediante difusión en el aire. Las personas son infectantes desde 4 días antes de la aparición de las erupciones cutáneas hasta 4 días después de la aparición de dicha erupción. El periodo de incubación por lo general es entre 8 a 12 días desde la exposición hasta el inicio de los síntomas, pero puede fluctuar entre 7 hasta 18 días. La prueba de laboratorio para diagnosticar sarampión está disponible en el Instituto del Laboratorio del Estado de Massachusetts (Massachusetts State Laboratory Institute).

Prevención:

La inmunización con la vacuna MMR (sarampión, paperas y rubéola [measles, mumps, and rubella]) proporciona la mejor protección contra el sarampión. La vacuna es normalmente administrada a los niños pequeños, pero los adolescentes y los adultos que no sean inmunes también deberán ser vacunados. Los adultos nacidos en el año 1957 o antes y los niños mayores de 12 meses de edad deberán tener documentación de haber recibido 2 dosis de la vacuna MMR o una prueba serológica de su inmunidad contra el sarampión. Las personas nacidas en los Estados Unidos antes del año 1957 probablemente tienen

inmunidad contra el sarampión. Sin embargo, a fin de aumentar la probabilidad de protección contra sarampión, paperas y rubéola, deberán considerar recibir una dosis de la vacuna MMR.

Los centros de salud deberán tomar las precauciones apropiadas al evaluar a un paciente con una enfermedad febril acompañada de erupciones cutáneas (rash). Si se sospecha sarampión, deberán implementarse de inmediato las precauciones contra la transmisión de infecciones por la vía respiratoria. Todo el personal deberá tener una documentación apropiada de su inmunidad.

### EUROPEOS SE UNEN PARA COMBATIR LA GRIPE AVIAR.

**París, junio 29/2006 (DPA).** Veterinarios, médicos e investigadores de toda Europa formarán en otoño (boreal) un grupo de trabajo para enfrentar la gripe aviar, bajo la dirección del Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC) de Estocolmo.

Así lo anunció el jueves el virólogo Albert Osterhaus del Centro Erasmus de la ciudad holandesa de Rotterdam, en la inauguración de un congreso sobre gripe aviar que se realiza en París. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), hasta ahora se confirmaron 228 casos de personas infectadas con el virus de la gripe aviar, de las cuales 130 murieron. En el año 2005 hubo un total de 41 muertos, mientras que desde el inicio de este año ya suman 54. El experto del Banco Mundial (BM) Milan Brahmbhatt explicó en la conferencia que el peligro de que se declare una pandemia aumenta con costos enormes a nivel mundial. En base a la experiencia obtenida tras la epidemia de gripe de Hong Kong de 1968, se calcula que podrían morir 7,5 millones de personas. Estimaciones que se orientan en la gripe española de 1918 con 70 millones de muertos, exceden ampliamente esa cifra. "Ambos escenarios

son válidos desde el punto de vista científico", dijo Brahmbhatt, y no sólo se diferencian en la hipótesis de la virulencia del agente patógeno. La gripe de Hong Kong perjudicó la economía en menos de un uno por ciento, mientras que la gripe española causó pérdidas en la producción de entre un 4 y 5%. El BM estima que en el caso de una nueva pandemia, el turismo se reduciría en un quinto y la economía mundial en un máximo de un 3,1%. La productividad laboral bajaría y los costos médicos subirían rápidamente. Por la enseñanza que dejaron las olas de infecciones registradas hasta ahora, Brahmbhatt recomendó informar de manera rápida, franca y precisa a la opinión pública y que los países, científicos y empresas mantengan una estrecha cooperación. El éxito de las medidas aplicadas debe ser evaluado cuidadosamente. Se demostró que la matanza de animales infectados sólo es exitosa si su dueño es adecuadamente indemnizado, señaló el experto. Para la lucha a largo plazo contra la enfermedad se debe tener en cuenta que la pandemia podría estallar dentro de tal vez mucho tiempo y que posiblemente se origine en otro virus diferente al H5N1.

**Enfermedades de Declaración Obligatoria: Leptospirosis.  
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 24/06/06**

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006 *
PINAR DEL RIO	-	-	7	12	6.95	11.88
P. HABANA	-	-	1	1	0.28	0.27
C. HABANA	-	1	3	14	1.41	6.62
MATANZAS	-	-	1	4	1.18	4.69
VILLA CLARA	-	1	6	5	3.43	2.86
CIENFUEGOS	-	-	2	2	5.75	5.73
S. SPIRITUS	-	-	-	4	3.02	3.02**
CIEGO DE AVILA	-	-	-	-	0.24	0.24**
CAMAGÜEY	-	-	1	1	0.51	0.51
LAS TUNAS	-	-	1	2	1.32	2.62
HOLGUIN	3	1	5	17	11.93	40.46
GRANMA	-	-	4	8	2.77	5.52
SANTIAGO DE CUBA	-	-	2	19	5.83	55.29
GUANTANAMO	-	-	1	17	11.90	201.69
ISLA DE LA JUVENTUD	-	-	-	-	1.15	1.15**
CUBA	3	3	34	106	3.89	12.11

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: 21/06/06.**

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Alimentos	8	4	120	128	1.07	1.13
Ciguatera *	-	1	13	9	0.12	0.08
Hepatitis viral **	1	3	73	87	0.65	0.77
EDA	-	-	-	1	-	0.01
IRA	1	-	1	0.01	-	-
Agua	-	-	11	5	0.10	0.04

**Fuente:** Sistema de Información Directo. Tasa x 100 000 habitantes, acumulada y ajustada al período.

\*Sin especificar especie. \*\* Sin especificar tipo.

**Cuba, Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) Seleccionadas.  
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 24/06/06.**

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	-	1	0.03	0.03**
SHIGELLOSIS	18	-	212	177	3.30	2.75
D. AMEBIANA AGUDA	2	4	24	80	0.47	1.57
TUBERCULOSIS	19	11	348	315	6.71	6.06
LEPRA	8	8	107	85	1.74	1.38
TOSFERINA	-	-	-	-	-	-**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	34283	28360	390362	389567	7730.94	7701.10
M. MENINGOCÓCCICA.	-	1	9	12	0.12	0.17
MENINGOCOCCEMIA	-	-	1	-	0.05	0.05**
TÉTANOS	-	-	-	1	-	-**
MENINGITIS VIRAL	97	67	1077	1059	29.73	29.18
MENINGITIS BACTERIANA	10	11	164	206	4.37	5.48
VARICELA	333	849	21677	30580	220.14	309.98
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	-**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	-**
HEPATITIS VIRAL	360	437	7539	12475	194.39	321.08
PAROTIDITIS	-	-	88	14	1.71	0.27
PALUDISMO IMPORTADO	-	-	-	20	0.04	0.04**
LEPTOSPIROSIS	3	3	34	101	3.89	11.54
SÍFILIS	44	43	978	1135	16.03	18.56
BLENORRAGIA	156	141	3644	3326	60.54	55.16
INFECC. RESP. AGUDAS	83644	67882	1973898	2226007	41321.88	46514.44

**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.  
**EDITOR:** Dr. Angel M. Alvarez Valdés.

**PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO:** Téc. Irene Toledo Rodríguez

**JEFES DE INFORMACIÓN:**

**Dra. Belkys Galindo Santana (Epidemiología)**  
**Dr. Rafael Llanes Caballero (Microbiología)**  
**Lic. Pedro Casanova (Parasitología)**

Teléfono; (53-7) 2046664 y 2020652 Fax: (53-7) 2046051 y (53-7) 2020633

Internet://www.ipk.sld.cu