



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO 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

ISSN 1028-5083

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

Índice

Fiebre Chikungunya: "preocupante, aunque no alarmante"	41
Dengue hemorrágico, muertes – Trinidad.....	43
Dengue, casos importados, riesgo de transmisión local - Perú (lima).....	44
Dengue, incremento, desafíos - EEUU/Puerto Rico.....	45
La pobreza y el cambio climático propagan el dengue en América Latina.....	46
Tablas:.....	47

FIEBRE CHIKUNGUNYA: "PREOCUPANTE, AUNQUE NO ALARMANTE"

*Colaboración: Dra Lázara Alfonso Berrio, Dra Belkys Galindo Santana. Subdirección
Epidemiología IPK.*

Tomado de: es.wikipedia.org/wiki/chikungunya
- www.who.int/entity/csr/don/aerchive/dj
- www.portalesmedicos.com

Por qué preocuparse?

La primera ocurrencia de la enfermedad se describió en Tanzania en 1952. A partir de 2004, se han reportado constantemente brotes intensos y extensos en África, las islas del océano Índico, la región del Pacífico incluyendo Australia y el sudeste asiático (India, Indonesia, Myanmar, Maldivas, Sri Lanka y Tailandia). En 2007 el virus se extendió a Italia, donde produjo un brote transmitido por *Aedes albopictus* en la región de Emilia-Romagna. Los recientes brotes de fiebre por Chikungunya han mostrado impactos importantes en la Salud Pública, principalmente en los servicios de salud.

En las Américas, hasta el momento no se ha detectado transmisión autóctona.

Sin embargo, la alta infestación de mosquitos *Aedes aegypti* y la presencia del *Aedes albopictus* en la Región, unida a la gran movilidad de personas gracias al incremento de los viajes internacionales, constituyen un potencial riesgo para la introducción del virus en nuestra Región.

Hasta la fecha, solamente se han reportado casos importados en Estados Unidos, Canadá, Guyana Francesa, Martinica, Guadalupe y más recientemente en Brasil.

El agente

La fiebre de chikungunya o artritis epidémica chikungunya (abrev. CHIK) es una forma relativamente rara de fiebre viral causada por un alphavirus (familia togaviridae) transmitido por la picaduras del mosquito *Aedes aegypti*. Investigaciones recientes efectuadas por el Instituto Pasteur de París apuntan a que el virus ha sufrido una mutación que lo ha hecho susceptible a ser transmitido por el *Aedes albopictus* (Mosquito Tigre Asiático). Este fue la causa de la plaga en el Océano Índico y una amenaza en la costa mediterránea, tras un brote epidémico en Rávena (Italia), en septiembre de 2007, lo que ha motivado actuaciones urgentes de las autoridades sanitarias de la región.

La enfermedad y su parecido con la fiebre dengue y paludismo

Los primeros síntomas se parecen a una crisis de paludismo o de dengue, aunque la fiebre de chikungunya no tiene nada que ver con estas enfermedades.

La clínica se presenta tras un período de incubación de 2-7 días. Los síntomas se establecen de forma brusca y comprenden fiebre alta en ocasiones superior a 40°C, que dura alrededor de 3 días, cefalea, mialgia y artralgia (predominantemente en las extremidades y las grandes articulaciones) que se describen como alfilerazos muy dolorosos. También es frecuente la aparición de un exantema maculopapular. Las formas severas de la enfermedad son poco frecuentes. Los síntomas suelen remitir en 7-10 días, aunque la artralgia y la rigidez articular pueden persistir o reaparecer de forma intermitente durante varios meses. Se ha reportado de forma ocasional complicaciones neurológicas, gastrointestinales, a nivel del sistema cardiovascular y en el órgano de los sentidos (ojo). Las complicaciones graves no son comunes, pero en las personas mayores puede contribuir a la causa de muerte.

Su pronóstico:

La enfermedad se autolimita en la mayoría de los casos, presentando una mortalidad del 0,4% en menores de un año. La fiebre de chikungunya podría provocar lesiones neurológicas graves y hasta letales en el feto.

Diagnóstico:

Debe sospecharse por la clínica y el contexto epidemiológico (epidemias, viajes a zonas endémicas, etc.).

El principal método de diagnóstico es la serología, tanto para IgM (detectable por ELISA desde el día 2 hasta varias semanas) como para IgG (detectable en muestras de pacientes).

Tratamiento:

No existe tratamiento específico para esta enfermedad, y quedará limitado al cuadro sintomático, siendo el paracetamol el fármaco de elección para el dolor, y recurriéndose a antiinflamatorios no esteroideos si es necesario. Se aconseja evitar los esteroides durante el período agudo de la enfermedad, así como la aspirina.

En los pacientes en recuperación se recomienda fisioterapia suave.

Los casos sospechosos deben permanecer bajo mosquiteros durante el período febril.

Epidemiología:

El período de incubación de la enfermedad en el humano dura de 4 a 7 días, hasta 12 días. La transmisión directa entre humanos no está demostrada.

La transmisión madre-feto in útero podría sin embargo existir. Los mosquitos obtienen el virus ingiriendo sangre de un humano infectado. No se sabe si el mosquito es inmediatamente contagioso o si existe una fase de evolución en su cuerpo, por ejemplo para transmitir el agente infeccioso del tubo digestivo del insecto a sus glándulas salivares.

Se ha podido aislar el virus en algunos animales salvajes (monos), pero también en animales domésticos.

Vacunación

Existe una vacuna de virus inactivados, pero se reserva para personal de laboratorios.

Medidas preventivas

La mejor medida preventiva es evitar la picadura del mosquito transmisor. Pueden ser de utilidad los repelentes de insectos que contengan permetrina, las prendas de vestir que cubran la mayor parte de las superficies expuestas a picaduras, y las protecciones antimosquitos en ventanas y puertas. Las medidas para eliminar zonas con acumulo permanente de agua que permitan la reproducción de los mosquitos.

Sugerencias a tener en cuenta por los profesionales de la salud

- ? Informar sobre la enfermedad y el riesgo de introducción en la Región.
- ? Establecer vigilancia hospitalaria de brotes, especialmente desde los servicios de urgencias.
- ? Fortalecer el diagnóstico de laboratorio.
- ? Aplicar las medidas pertinentes para reducir la densidad del vector, procurando la aceptación y colaboración de la población local en la adopción de dichas medidas.
- ? Ofrecer información transparente y de calidad acerca de esta enfermedad a través de los medios de comunicación social.

DENGUE HEMORRÁGICO, MUERTES - TRINIDAD

Tomado de: <http://www.promedmail.org>>

El Ministerio de Salud de Trinidad y Tobago confirmó el primer deceso por dengue de este año e investiga otro también bajo la sospecha de esa enfermedad.

Su titular, Therese Baptiste-Cornelis, dijo que una joven del distrito de San Juan, norte, falleció el pasado 31 de enero tras contraer la variante hemorrágica de esa dolencia.

Tricia Seuraj, como se llamaba la víctima, ingresó en el centro sanitario de su localidad con síntomas de gripe, y a las pocas horas después fue enviada a la unidad de cuidados intensivos al empeorar sus condiciones físicas.

Baptiste-Cornelis también informó que un grupo de expertos examinan muestras del

cadáver de una segunda persona con un cuadro similar al de Seuraj.

El joven Nicholas Marin vomitó sangre y sufrió problemas respiratorios antes de fallecer la semana pasada en el hospital de Sangre Grande. egún la ministra, los especialistas también investigarán sobre la posible mutación de la cepa del virus que provoca el dengue. Trinidad y Tobago estuvo a las puertas de una emergencia nacional por el dengue en 2010, cuando registró tres fallecimientos y 600 contagios.

La explosión de infectados obligó al Gobierno a habilitar nuevas salas para atender a los pacientes, en su mayoría procedentes de las zonas rurales.

DENGUE, CASOS IMPORTADOS, RIESGO DE TRANSMISIÓN LOCAL - PERÚ (LIMA).

Tomado de: <http://www.promedmail.org>>

Llegan a 32 las personas registradas con dengue en Lima. Campaña preventiva del Ministerio de Salud (MINSA) siguió en La Molina y en mercado de La Parada.

Debido a la gran cantidad de áreas verdes y de cementerios y viveros que hay dentro de su territorio, La Molina es uno de los distritos con mayor riesgo para la propagación del dengue en la capital. No por gusto ostenta la clasificación de escenario epidemiológico 1 y, como el resto de Lima, está en Alerta Amarilla. Una de las zonas más vulnerables al mosquito *Aedes aegypti*, transmisor del dengue, es la de las Lagunas de Rinconada. Fue allí donde Óscar Ugarte, Ministro de Salud, inició ayer la campaña de prevención en el distrito, fumigando las orillas de las lagunas, donde crece y se reproduce el mosquito. “También se han repartido folletos informativos para que la población sepa defenderse del dengue”, afirmó Juan Carlos Zurek, alcalde de La Molina. Las estadísticas del MINSA muestran que ya se han detectado 32 casos de dengue en la capital, todos ellos importados, en su mayoría de la selva central y de la costa norte. Por suerte, ninguno estos casos ha sido de gravedad.

MAYORISTAS SE DEFIENDEN.

Los mercados son puertas de ingreso del mosquito *Aedes aegypti*, en especial aquellos que reciben mercadería proveniente de las zonas más afectadas por el dengue: la selva central y la costa norte. Ese es el caso del Mercado Mayorista N°1 de La Parada, en La Victoria, donde llegan cientos de camiones y más de 5 mil compradores todos los días.

Este fue otro de los puntos donde el MINSA realizó una fuerte campaña informativa. Como explicó Luis Suárez, jefe de la Dirección de Epidemiología del MINSA, cuando el mosquito llega a un mercado, lo primero que busca es agua donde reproducirse.

“Hemos explicado a la gente que no debe tener agua guardada en floreros y recipientes. Si es inevitable, hay que asegurarse de que esos recipientes se mantengan secos y limpios”, dijo.

En 20 años (de 1990 al 2010) se habían registrado solo 19 muertes por dengue en todo el país. Sin embargo, en un mes y medio del 2011, ya se han registrado 14 en todo el país, según el MINSA.

DENGUE, INCREMENTO, DESAFÍOS - EEUU/PUERTO RICO

Tomado de: <<http://www.promedmail.org>>

Los casos de dengue aumentan en Estados Unidos mientras en Puerto Rico mantiene su carácter endémico, dijeron hoy expertos durante la jornada de apertura de un encuentro regional sobre la lucha contra esa enfermedad.

El director de la oficina de San Juan de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) estadounidense, Harold Margolis, recordó que las cifras de casos han aumentado en los últimos años en todo el continente.

Margolis destacó que en Estados Unidos las áreas de mayor incidencia de la enfermedad son zonas específicas de la frontera con México, Hawai y algunos puntos de Florida.

Alertó de la posibilidad de una mayor expansión de la enfermedad en territorio estadounidense, debido a que más de 20 millones de ciudadanos de ese país viajan cada año a zonas endémicas del dengue, principalmente a países de América Latina.

Margolis recordó también que los inmigrantes son otra vía potencial para la introducción del dengue en Estados Unidos.

En cuanto al caso concreto de Puerto Rico, recordó que el dengue es endémico en la isla caribeña desde los años sesenta, además de tratarse de un territorio que cíclicamente experimenta alzas en el número de casos.

El experto señaló que una de las características del dengue en Puerto Rico es su gran difusión entre adultos, lo que contrasta con la tendencia observada en otros países del continente. Las muertes a causa del dengue en Puerto Rico en 2010 ascendieron a 30, según datos de la División de Dengue de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC). El encuentro de San Juan, "Un nuevo desafío: nuevas oportunidades de colaboración en la investigación contra el dengue", patrocinado por la Organización Panamericana de la

Salud (OPS), reúne hasta el viernes a especialistas de todo el continente.

El objetivo de la cita es intercambiar información e identificar prioridades en la lucha contra la enfermedad transmitida por el mosquito *Aedes aegypti*, que afecta cada año a cerca de 100 millones de personas en todo el mundo.

El asesor regional de la OPS sobre el dengue, José Luis San Martín, dijo durante la inauguración del evento que la pobreza y el cambio climático son dos de las principales causas de la expansión del dengue en América Latina.

Recordó que el 80 por ciento de los casos registrados en el continente en el periodo comprendido entre 2006 y 2010 se concentró en el grupo de países que forman Brasil, Colombia, Venezuela, México, Costa Rica y Honduras.

Por su parte, el director del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas de Estados Unidos, Anthony Fauci, señaló a Efe que tal y como aseguró San Martín la pobreza y el cambio climático son, sin duda, los motivos que han facilitado la expansión de la enfermedad en la zona en los últimos cinco años.

Fauci dijo que lo que es más difícil de explicar es el incremento de casos registrados en los últimos años de la pasada década, aunque apuntó a ciclos como posible respuesta.

Brasil fue uno de los países más afectados de la región el pasado año con cerca de un millón de casos y más de 500 muertos, seguido por Honduras con 83 muertes de los cerca de 66.000 casos confirmados del dengue común.

Perú se ha enfrentado en los comienzos de 2011 al peor brote de dengue en muchos años, con más de una decena de muertes, en la región selvática de Loreto.

LA POBREZA Y EL CAMBIO CLIMÁTICO PROPAGAN EL DENGUE EN AMÉRICA LATINA.

San Juan, Puerto Rico, febrero 17/2011 (EFE). La pobreza y el cambio climático son dos de las principales causas de la expansión del dengue en América Latina, según se puso de manifiesto en una reunión regional sobre la lucha contra esa enfermedad en Puerto Rico.

El encuentro “Un nuevo desafío: nuevas oportunidades de colaboración en la investigación contra el dengue”, patrocinado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), reúne hasta hoy viernes a especialistas de todo el continente en San Juan. El objetivo es intercambiar información e identificar prioridades en la lucha contra la enfermedad transmitida por el mosquito *Aedes aegypti*, que afecta cada año a 100 millones de personas en todo el mundo.

Durante la inauguración, el asesor regional de la OPS sobre el dengue, José Luis San Martín, dijo que las corrientes migratorias internas son otra de las razones que han hecho de América Latina una de las áreas más castigadas por el dengue en el mundo. A pesar de que la enfermedad ha azotado de forma más viral al continente americano en los últimos años, la respuesta al dengue tiene que venir de una estrategia global. Recordó que el 80% de los casos registrados en el continente en el período del 2006 al 2010 se concentró en el grupo de países que forman Brasil, Colombia, Venezuela, México, Costa Rica y Honduras. Aclaró además que el 90% de los casos detectados en los últimos años en la región se circunscriben a áreas donde la enfermedad es considerada endémica.

El responsable regional de la OPS reconoció que aunque el dengue ya causó números alarmantes en la región hace muchos años -se refirió a los 300 000 casos registrados en Cuba en 1981-, ha sido en el último lustro cuando las cifras se han elevado de forma exponencial.

Según las últimas cifras de la OPS, el dengue causó la muerte de 1167 personas en el 2010, sobre un total de 1 800 000 casos detectados, tanto de la variedad común como la hemorrágica.

Hubo 44 656 casos graves con brotes importantes en Brasil, Perú, Colombia, Venezuela, Nicaragua, México, Puerto Rico,

Honduras, República Dominicana y territorios del Caribe.

San Martín resaltó que para combatir las elevadas cifras del último año se debe recurrir a estrategias de acción integradas, como por ejemplo las que se realizaron en el 2003.

Por su parte, el director del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas de Estados Unidos (National Institute of Allergy and Infectious Diseases, NIAID), Anthony Fauci, señaló a EFE que tal y como aseguró San Martín, la pobreza y el cambio climático son, sin duda, los motivos que han facilitado la expansión de la enfermedad en la zona en los últimos cinco años.

Fauci dijo que lo que es más difícil de explicar es el incremento de casos registrados en los últimos años de la pasada década, aunque apuntó a ciclos como posible respuesta.

“Lo importante en estos momentos es poder intercambiar ideas y estrategias entre las organizaciones que luchan contra la enfermedad”, indicó Fauci, que recordó que el Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas es uno de los organismos que más fondos destina en el mundo a la lucha contra el dengue.

Por su parte, el director de la oficina de San Juan de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, Harold Margolis, sostuvo que el dengue también se ha dejado sentir en las últimas fechas en Estados Unidos, en especial en la frontera con México, en Hawai y en algunos puntos del Estado de Florida, donde ya se registró un brote en 1934.

Brasil fue uno de los países más afectados de la región el pasado año con un millón de casos y más de 500 muertos, seguido por Honduras con 83 muertes de los 66 000 casos confirmados del dengue común. Perú se ha enfrentado en los comienzos del 2011 al peor brote de la enfermedad en muchos años, con más de una decena de muertes, en la región selvática de Loreto.

Los síntomas más comunes del dengue, también conocido como “fiebre quebrantahuesos”, son: fiebre alta, dolores de cabeza, musculares y articulares, náuseas, vómitos y erupciones cutáneas.

Enfermedades de Declaración Obligatoria. Meningitis bacteriana
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 12/02/11.

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011 *
PINAR DEL RIO	-	-	-	3	2.86	2.86**
ARTEMISA	-	-	-	1	-	-**
MAYABEQUE	-	-	-	-	-	-**
LA HABANA	-	1	1	4	4.27	17.15
MATANZAS	-	-	-	1	2.32	2.32**
VILLA CLARA	-	4	-	9	1.25	1.25**
CIENFUEGOS	1	2	2	3	4.20	6.27
S. SPIRITUS	-	-	1	2	3.87	7.73
CIEGO DE AVILA	-	1	2	2	2.83	2.82
CAMAGÜEY	-	-	-	1	0.51	0.51**
LAS TUNAS	1	-	1	-	3.18	3.18**
HOLGUIN	-	-	1	-	1.25	1.25**
GRANMA	-	-	-	1	0.96	0.96**
SANTIAGO DE CUBA	-	1	1	7	2.87	20.08
GUANTANAMO	1	-	2	3	1.37	2.06
ISLA DE LA JUVENTUD	-	-	-	-	-	-**
CUBA	3	9	11	38	2.38	8.21

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: 09/02/11.

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Alimentos	5	11	15	32	0.13	0.28
Ciguatera *	-	1	2	2	0.02	0.02
Hepatitis viral **	-	-	3	-	0.03	-
EDA	-	1	-	1	-	0.01
IRA	4	1	24	8	0.21	0.07
Agua	1	1	2	2	0.02	0.02
Varicela	3	3	11	24	0.10	0.21

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: 12/02/11.**

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	-	-	-	-.**
SHIGELLOSIS	3	10	27	63	4.36	10.18
D. AMEBIANA AGUDA	-	1	5	1	0.30	0.06
TUBERCULOSIS	17	11	73	79	6.69	7.25
LEPRA	3	7	20	18	2.09	1.88
TOSFERINA	-	-	-	-	-	-.**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	15374	10389	78504	59461	6715.99	5088.56
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	1	1	0.10	0.10
MENINGOCOCCEMIA	-	-	-	1	0.05	0.05**
TÉTANOS	-	-	-	-	0.01	0.01**
MENINGITIS VIRAL	25	31	113	113	13.89	13.90
MENINGITIS BACTERIANA	3	9	11	38	2.38	8.21
VARICELA	653	971	3320	11880	288.23	1031.72
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	-.**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	-.**
HEPATITIS VIRAL	41	16	200	87	11.21	4.88
PAROTIDITIS	-	-	-	-	0.01	0.01**
PALUDISMO IMPORTADO	-	-	-	-	0.04	0.04**
LEPTOSPIROSIS	3	-	7	2	1.29	0.37
SÍFILIS	24	26	132	147	13.01	14.50
BLENORRAGIA	96	99	508	528	37.43	38.92
INFECC. RESP. AGUDAS	113291	115078	741131	682262	53313.64	49095.18

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: Dr. Denis Verdasquera Corcho .	
	Dra. Belkys Galindo Santana (Epidemiología)
PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO: Téc. Irene Toledo Rodríguez	Dra. Angela Gala González (Epidemiología)

Teléfono; (53-7) 2020625 y 2020652 Fax: (53-7) 2046051 y (53-7) 2020633

Internet://www.ipk.sld.cu