



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 : cijpk@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

Recomendaciones para la <i>vigilancia de síndromes febriles</i> en viajeros procedentes de áreas endémicas	161
Alerta epidemiológica de las enfermedades diarreicas agudas	166
Tablas:.....	168

RECOMENDACIONES PARA LA *VIGILANCIA DE SÍNDROMES FEBRILES EN VIAJEROS PROCEDENTES DE ÁREAS ENDÉMICAS.*

Dra. Angela Gala. Subdirección de Epidemiología

INTRODUCCION

El Programa Nacional de Control Sanitario Internacional es responsable de prevenir la transmisión de enfermedades a través de las fronteras internacionales y en particular de prevenir la transmisión de dichas enfermedades en el territorio nacional. Las recomendaciones para un enfoque sindrómico de la vigilancia de febriles en viajeros procedentes de áreas endémicas contribuirán a un mejor desempeño del programa y con ello la reducción del riesgo de diseminación de infecciones exóticas en el territorio nacional.

La fiebre, es el síntoma que encabeza las manifestaciones clínicas de la mayoría de las enfermedades infecciosas en el viajero.

Teniendo en cuenta que esta puede indicar una infección grave de progresión rápida, como la malaria o el dengue, el clínico debe iniciar una evaluación temprana, especialmente en personas que arriban recientemente de áreas endémicas. De modo, que el enfoque inicial al evaluar un viajero con fiebre, estará dirigido a la identificación de las enfermedades infecciosas de rápida progresión, tratables o altamente transmisibles. En todo caso, las autoridades de salud pública deben alertar si el viajero ha sido contagiado en la ruta que ha seguido, o si ha sido infectado con un patógeno de importancia para la salud pública en la fuente de donde procede o en el lugar de destino.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y EL USO DE LA HISTORIA DE VIAJES, CONOCIMIENTO DEL ÁREA DE EXPOSICIÓN Y DE LOS PERÍODOS DE INCUBACIÓN DE LAS ENFERMEDADES.

Frecuentemente el listado de diagnósticos potenciales es largo, por lo que el conocimiento de la situación epidemiológica internacional, especialmente estratificado por áreas de procedencia es esencial. Una proporción significativa de enfermedades en viajeros es causada por infecciones comunes como la neumonía bacteriana o las infecciones del tracto urinario, por lo que estas deben ser consideradas junto a las infecciones inusuales. Por otra parte, el área geográfica visitada determina la probabilidad relativa de las causas principales de fiebre por ello, es esencial identificar las áreas frecuentadas o de residencia del viajero en un mínimo de 2 meses antes del evento febril. Otros detalles ofrecen importantes pistas para guiar el diagnóstico (ej. exposición a aguas recreacionales en zonas endémicas de

esquistosomiosis, picadas o mordeduras de animales, actividad sexual, atención médica local con inyección, uso de mosquiteros, pantallas en ventanas y puertas, aire acondicionado). La preparación antes del viaje es esencial, incluyendo vacunación (Hepatitis B, Fiebre Amarilla), la información de riesgo, la provisión con medios de protección personal en el caso de los colaboradores o de información para adquisición de medios, reducirá la probabilidad de algunas infecciones.

En la tabla 1, se ofrece un análisis de las principales causas de fiebre según área geográfica de procedencia. Esta distribución corresponde al análisis de los centros de control de enfermedades, basado en el diagnóstico más frecuente de las causas de la fiebre en viajeros.

Tabla 1. Causas comunes de fiebre según área geográfica de procedencia.

ÁREA GEOGRÁFICA	Enfermedades más comunes	Otras infecciones que causan brotes o clúster en viajeros
Caribe	Dengue, Malaria	Histoplasmosis aguda, Leptospirosis
América Central	Dengue, Malaria (principalmente, <i>Plasmodium vivax</i>)	Leptospirosis, Histoplasmosis, Coccidiodomicosis
América del sur	Dengue, Malaria (principalmente <i>vivax</i>)	Bartonelosis, Leptospirosis
Asia sur-central	Dengue, Fiebre entérica, Malaria (principalmente no-falciparum)	Infección por virus Chikungunya
Sudeste asiático	Dengue, Malaria (principalmente no-falciparum)	Infección por virus Chikungunya, Leptospirosis
Africa subsahariana	Malaria (principalmente <i>P. falciparum</i>), Rickettsiosis transmitida por garrapatas, Esquistosomiosis aguda, Filariosis	Tripanosomiosis africana

Adaptado del Yellow book del CDC, datos basados en la vigilancia de viajeros, 2012

Debido a que cada infección tiene un período de incubación característico (aunque el rango es extremadamente amplio con algunas infecciones), el tiempo de exposición necesita ser identificado en diferentes áreas geográficas (tabla 2). Este conocimiento ayudará a los clínicos a excluir algunas

infecciones del diagnóstico diferencial. Las infecciones febriles más serias, adquiridas por exposición durante un viaje, usualmente se manifiestan durante el primer mes después del arribo del área de exposición, aunque algunas pueden ocurrir meses o incluso más de un año después del retorno.

En los Estados Unidos, más del 90 % de los casos reportados por *P. falciparum* se manifiestan dentro de los 30 días posteriores

al retorno y casi la mitad de los casos por *P. vivax* se manifiestan después del mes.

Tabla 2. Enfermedades infecciosas de interés para la vigilancia de control sanitario internacional por período de incubación.

ENFERMEDAD	PERÍODO DE INCUBACIÓN USUAL (RANGO)	DISTRIBUCIÓN
Incubación <14 días		
Chikungunya	2–4 días (1–14 días)	Tropical, subtropical (Hemisferio oriental)
Dengue	4–8 días (3–14 días)	Tropical, subtropical
Encefalitis, Encefalitis por arbovirus (Encefalitis japonesa, Encefalitis transmitida por garrapatas, Virus del Nilo occidental, otras)	3–14 días (1–20 días)	Agentes específicos varían por región
Fiebre entérica	7–18 días (3–60 días)	Especialmente en el subcontinente de la India
VIH agudo	10–28 días (10 días a 6 semanas)	Mundial
Influenza	1–3 días	Mundial, pudo ser adquirida durante el viaje
Legionelosis	5–6 días (2–10 días)	Mundial
Leptospirosis	7–12 días (2–26 días)	Mundial, mas común en áreas tropicales
Malaria, <i>Plasmodium falciparum</i>	6–30 días (semanas del año)	Trópicos, subtropical, África, especialmente subsahariana
Malaria, <i>P. vivax</i>	8–30 días (frecuentemente >1 mes)	Ampliamente distribuidos en trópicos y subtropical
Fiebre de las montañas rocosas (fiebre manchada o tifus exantemático) Rickettsiosis	Algunos días a 2–3 semanas	Especie causante varía por región
Incubación 14 Días a 6 Semanas		
Fiebre entérica, Leptospirosis, Malaria	Ver arriba los períodos de incubación para cada enfermedad	Ver distribución para cada enfermedad
Absceso hepático (amebiosis)	Semanas a meses	Más común en países subdesarrollados
Hepatitis A	28–30 días (15–50 días)	Más común en países subdesarrollados
Hepatitis E	26–42 días (2–9 semanas)	Mundial
Esquistosomiosis aguda (síndrome Katayama)	4–8 semanas	Más común en países subdesarrollados
Incubación >6 semanas		
Absceso hepático por amebiasis, hepatitis B, Hepatitis E, Malaria	Ver arriba los períodos de incubación para cada enfermedad	Ver arriba distribución para cada enfermedad
Leishmaniosis visceral	2–10 meses (10 días a años)	Asia, África, América Latina, Sur de Europa, y Oriente medio
Tuberculosis	Primaria, semanas; reactivación, años	Distribución, tasas y niveles de resistencia varían ampliamente

Adaptado del Yellow book del CDC, datos basados en la vigilancia de viajeros, 2012

ALGUNOS HALLAZGOS CLÍNICOS QUE REQUIEREN ATENCIÓN

La presencia de signos y síntomas asociados, así como los hallazgos de laboratorio complementan el proceso de diagnóstico y orientan la identificación de enfermedades específicas. Algunos de los hallazgos que merecen atención urgente incluyen hemorragia, discapacidad neurológica y distress respiratorio. Aunque el examen físico inicial haya sido lo más completo posible, siempre es recomendable repetirlo, ya que nuevos hallazgos podrían sumarse en cada ocasión (ej. lesiones cutáneas, sensibilidad hepática) y estos contribuirían a reducir el espectro de potenciales diagnósticos. Aunque la mayoría de las enfermedades febriles en el viajero están relacionadas con infecciones, el clínico debe tener en mente que otros problemas, incluyendo la embolia pulmonar y las reacciones de hipersensibilidad a drogas, pueden estar asociados a la fiebre.

La fiebre acompañada por cualquiera de los siguientes síntomas y signos en viajeros procedentes de áreas endémicas, ameritan seguimiento e investigación, ya que podría tratarse de un evento de salud pública de importancia internacional (Ver Tabla 3):

- Erupción cutánea
 - Dificultad en la respiración
 - Falta de aire
 - Tos persistente
 - Disminución de la conciencia
 - Dolor o sangramiento inusual (sin lesión previa)
 - Diarrea persistente
 - Vómito persistente (no asociado a la enfermedad del avión o del movimiento)
 - Ictericia
 - Parálisis de reciente inicio
- Tabla 3. Hallazgos clínicos más frecuentes acompañantes de la fiebre en viajeros internacionales y posibles enfermedades asociadas

HALLAZGOS CLÍNICOS COMUNES	INFECCIONES A CONSIDERAR EN EL VIAJERO
Fiebre y rash	Dengue, Chikungunya, Infecciones por rickettsiosis, Fiebre entérica (lesiones cutáneas pueden aparecer aisladas o no aparecer), Infección aguda por VIH, Sarampión
Fiebre y dolor abdominal	Fiebre entérica, Absceso hepático amebiano
Fiebre indiferenciada y conteo de células blanca bajo y normal	Dengue, Malaria, Rickettsiosis, Fiebre entérica, Chikungunya
Fiebre y hemorragia	Fiebres hemorrágicas virales (dengue y otras), Meningococcemia, Leptospirosis, Rickettsiosis
Fiebre y eosinofilia	Esquistosomiosis, Reacción de hipersensibilidad a drogas, fasciolosis y otras infecciones parasitarias (raro)
Fiebre e infiltrados pulmonares	Bacteria común y patógenos virales, Legionelosis, Esquistosomiosis aguda, fiebre-Q
Fiebre acompañada de distress mental	Malaria cerebral, Meningoencefalitis viral o cerebral, Tripanosomiosis africana
Síndrome mononucleosis	Virus Epstein-Barr, Cytomegalovirus, Toxoplasmosis, Infección aguda por VIH
Fiebre persistente >2 semanas	Malaria, Fiebre entérica, Virus Epstein-Barr, Cytomegalovirus, Toxoplasmosis, Infección aguda por VIH, Esquistosomiosis aguda, Brucelosis, Tuberculosis, Fiebre-Q, Leishmaniosis visceral (rara)
Comienzo de la fiebre >6 semanas después del viaje	Malaria por <i>Plasmodium vivax</i> , Hepatitis aguda (B, C, or E), Tuberculosis, Absceso hepático por amebiasis

? Adaptado del Yellow book del CDC, datos basados en la vigilancia de viajeros, 2012

EN TODO MOMENTO SE DEBE TENER EN CUENTA QUE:

Los síntomas iniciales de infecciones graves y auto-limitadas pueden ser idénticos.

La fiebre en personas arribadas del exterior frecuentemente es consecuencia de infecciones comunes cosmopolitas como la neumonía y la sepsis urinaria, las cuales no deben ser obviadas en la búsqueda de diagnósticos exóticos.

Los pacientes con malaria pueden estar afebriles al momento de la evaluación pero típicamente dan una historia de escalofríos.

Según datos de la vigilancia epidemiológica en el IPK, la malaria es la causa más común de fiebre indiferenciada en pacientes que arriban de África, mientras que el dengue encabeza la lista en los casos procedentes de la región de América. La malaria, especialmente por *P. falciparum*, puede tener un progreso rápido hacia la gravedad. Los estudios de diagnóstico deben realizarse con prontitud e institucionalizar el tratamiento inmediatamente si se diagnostica malaria.

El hecho de haber tomado quimioprofilaxis para la malaria no excluye la posibilidad de enfermar de malaria.

Los pacientes con malaria pueden presentar disímiles hallazgos clínicos respiratorios (incluyendo el síndrome de distress respiratorio), gastrointestinales y del sistema nervioso central.

La detección temprana de las fiebres hemorrágicas virales es crucial, sin embargo son raras en viajeros; las infecciones bacterianas, tales como la leptospirosis, la meningococcemia y las rickettsiosis también pueden causar fiebre y hemorragias y siempre deben ser consideradas debido a la necesidad de instituir el tratamiento específico oportunamente. Las infecciones de transmisión sexual, incluyendo la infección aguda por VIH, pueden ser causa de eventos febriles agudos. Considerar el control de la infección intrahospitalaria, las implicaciones para la salud pública (controles de foco) y otros requerimientos de las enfermedades notificables. En la tabla anexa, se describen los síndromes febriles más comunes en los viajeros, los períodos de incubación y las principales enfermedades a tener en cuenta en el manejo y diagnóstico de los casos.

ANEXO**SÍNDROMES FEBRILES DEL VIAJERO MÁS FRECUENTES SEGÚN PERÍODOS DE INCUBACIÓN Y POSIBLES CAUSAS ASOCIADAS**

Adaptado del Yellow book del CDC, datos basados en la vigilancia de viajeros, 2012

PERÍODO DE INCUBACIÓN	SÍNDROME	POSIBLES CAUSAS
< 2 SEMANAS	Fiebre con signos y síntomas inespecíficos al inicio	Malaria, dengue, tifus exantemático, fiebre -manchada, rickettsiosis, infección aguda del VIH, campylobacteriosis, salmonelosis, shigelosis, tripanosomiosis del África oriental, leptospirosis, fiebre cíclica, fiebre tifoidea
	Fiebre y coagulopatía	Meningococcemia, leptospirosis y otros patógenos bacterianos asociados con la coagulopatía, malaria, fiebres hemorrágicas virales.
	Fiebre con compromiso del sistema nervioso central	Malaria, fiebre tifoidea, tifus por rickettsia (epidemias causadas por <i>Rickettsia prowazekii</i>), meningitis meningococcica, rabia, encefalitis por arbovirosis, tripanosomiosis del África oriental, encefalitis o meningitis debido a patógenos conocidos de distribución mundial, angiostrongyloidosis, polio
	Fiebre con compromiso pulmonar	Influenza, neumonía por patógenos típicos, neumonía por <i>Legionella</i> , histoplasmosis aguda, Coccidioidomicosis aguda, fiebre-Q, SARS, malaria
	Fiebre con erupción cutánea	Exantemas virales (rubéola, varicela, sarampión, parotiditis, herpes simple-6), dengue, fiebre manchada o tifus del grupo de las rickettsiosis, fiebre tifoidea, parvovirus B19, infección aguda por VIH

2-6 semanas	Varios síndromes (fiebre con compromiso pulmonar, dermatológico, del sistema nervioso central, y otros sistemas)	Malaria, tuberculosis, hepatitis A, hepatitis B, hepatitis aguda C, hepatitis E, leishmaniosis visceral, esquistosomiosis aguda, absceso hepático amebiano, leptospirosis, tripanosomiosis africana, fiebres hemorrágicas virales, fiebre -Q, Tripanosomiosis americana aguda (enfermedad de Chagas), sarampión, fiebre tifoidea
> 6 semanas	Varios síndromes (fiebre con compromiso pulmonar, dermatológico, del sistema nervioso central, y otros sistemas)	Malaria, tuberculosis, hepatitis B, hepatitis C aguda, hepatitis E, leishmaniosis visceral, filariasis, oncocercosis, esquistosomiosis, absceso hepático amebiano, micosis crónica, tripanosomiosis africana, rabia

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CDC. Fever in returned travelers. Yellow book. Available: <http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2012/chapter-5-post-travel-evaluation/general-approach-to-the-returned-traveler.htm#2928>
2. Red internacional de inteligencia en salud pública. Eventos de salud pública reportados en el mundo. Disponible: <http://healthmap.org/es/>

ALERTA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS

Dirección Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. MINSAP

Dr. Luis Estruch Rancaño. Viceministro

A: Directores Provinciales de Salud y Directores de CPHEM

Con el inicio de la temporada de lluvias en Cuba, existen posibilidades de incremento en las atenciones médicas por Enfermedades Diarreicas Agudas.

Las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) en Cuba presentan a partir de la semana 17 (cierre 28 de abril) de este año un incremento del 11,4% en el reporte de atenciones médicas con relación al 2011 manteniéndose en ZONA de ÉXITO en el canal endémico. En la semana 19 (cierre 12 de mayo) se incrementa la variación porcentual de las notificaciones, alcanzando un 32% moviéndose la curva a ZONA de SEGURIDAD; mostrando posibilidades de continuar incrementándose en las próximas semanas. Las Provincias Pinar del Río, Artemisa, La Habana, Mayabeque, Matanzas, Villa Clara, Cienfuegos, Santi Spíritus, Ciego de Ávila, Camagüey, Las Tunas, Guantánamo e Isla de la Juventud, presentan índices de

atenciones por EDA mayores al nacional al cierre de la semana 19 y ocho de ellas mantienen índices incrementados en las últimas dos semanas.

Por otro lado en la región, durante las últimas semanas se registró un incremento de casos de Cólera en Haití y República Dominicana. El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) informó la identificación en Haití de un nuevo serotipo de *Vibrio cholerae* Serogrupo O1, el serotipo Inaba, en dos muestra clínicas colectadas entre el 12 y el 13 de marzo de 2012 en Haití. Los análisis moleculares realizados sugieren que el serotipo Inaba surgió como parte de un cambio de serotipo, un fenómeno esperado en las epidemias de Cólera. Este hallazgo no cambia las orientaciones de manejo clínico del cólera. Los laboratorios de salud pública de la Región deben estar preparados para identificar estos dos serotipos.

Por todo lo anterior se realizaron puntualizaciones de conjunto, con el criterio de los funcionarios del Programa de Atención Materno Infantil evaluando posibles implicaciones para los niños y niñas; y se emiten las siguientes indicaciones:

- ✍ Fortalecer la vigilancia epidemiológica de las atenciones médicas por EDA en todas las unidades del sistema de salud, particularmente en los servicios que dan atención a niños y ancianos, mediante el monitoreo semanal del parte del Departamento de Vigilancia Epidemiológica y Análisis (DVEA) en cada territorio.
- ✍ Mantener estricta observación del comportamiento de las EDA en las unidades cerradas y con régimen de internado, con notificación inmediata de la aparición de brotes; para adoptar las medidas oportunas cuando sea necesario.
- ✍ Vigilancia permanente del control de la calidad del agua potable, la elaboración y expendio de alimentos a la población y en las instituciones cerradas. Reforzando el control de los factores de riesgo con la Inspección Sanitaria Estatal al respecto.
- ✍ Mantener un control adecuado sobre los manipuladores de alimentos tanto los que pertenecen al sector estatal como en el sector privado.
- ✍ Realizar actividades educativas de promoción y prevención de salud, con la participación del médico y enfermera de la familia, incorporando a los medios de comunicación masiva. Dirigidas fundamentalmente a poblaciones vulnerables (menores de 1 año, desnutridos, ancianos) y zonas de alto riesgo ambiental del territorio, haciendo énfasis en la desinfección del agua con métodos caseros y la correcta manipulación,

conservación y expendio de alimentos, así como en el lavado de las manos con agua y jabón.

- ✍ Verificar de manera continua la existencia de sales de rehidratación oral en todas las unidades del Sistema Nacional de Salud.
- ✍ Control y seguimiento de los ingresos en el hogar por EDA realizados en la Atención Primaria de Salud.
- ✍ Mantener la vigilancia de todo viajero procedente de áreas endémicas o países con reportes de casos de Cólera.
- ✍ Remitir al Centro Hospitalario designado en cada provincia de cada caso con sospecha de Cólera.
- ✍ Disponer de Doxiciclina para imponer como medida preventiva el tratamiento curativo con 300 mg (3 tabletas), vía oral, dosis única, aún sin la presencia de síntomas gastrointestinales, a todos los viajeros cubanos (colaboradores, funcionarios), extranjeros residentes en Cuba y estudiantes que procedan de áreas con transmisión de Cólera, exceptuando aquellos que lo hayan recibido en el Control en la Fuente y que lo demuestren por escrito.
- ✍ Reportar diariamente al Departamento de Vigilancia Epidemiológica y Análisis los siguientes aspectos:
 - Cualquier incremento de la morbilidad por EDA
 - Casos de EDA ingresados en los servicios de terapias intensivas
 - Brotes de EDA en instituciones cerradas
 - Déficit de medicamentos
 - Caso con sospecha de Cólera.

**Cuba, Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) Seleccionadas.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 26/05/12.**

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	-	2	0.01	0.01**
SHIGELLOSIS	14	8	250	146	6.18	3.60
D. AMEBIANA AGUDA	1	-	62	22	1.40	0.50
TUBERCULOSIS	24	11	298	265	6.59	5.85
LEPRA	8	5	91	103	2.19	2.48
TOSFERINA	-	-	-	-	-	-**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	10405	18080	222943	242637	5839.10	6344.77
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	9	5	0.12	0.07
MENINGOCOCCEMIA	-	-	2	1	0.02	0.01
TÉTANOS	-	-	-	-	0.01	0.01**
MENINGITIS VIRAL	28	70	568	847	20.96	31.20
MENINGITIS BACTERIANA	2	3	135	96	3.21	2.28
VARICELA	840	475	23723	13199	281.85	156.57
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	-**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	-**
HEPATITIS VIRAL	19	15	374	322	8.28	7.12
PAROTIDITIS	-	-	-	-	-	-**
PALUDISMO IMPORTADO	-	-	2	2	0.07	0.07
LEPTOSPIROSIS	1	-	35	29	2.56	2.12
SÍFILIS	36	71	708	1048	14.75	21.80
BLENORRAGIA	122	142	2167	2321	46.18	49.38
INFECC. RESP. AGUDAS	93245	114072	2326241	2489227	53637.52	57304.08

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 INFORMACION:
EDITOR: DrC. 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