



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO SEMANTAL

DIRECCIÓN NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Dirección Postal: Inst. "Pedro Kouri". Apartado Postal 601 Marianao 13. La Habana, Cuba
e-mail: ciipk@ipk.sld.cu

[ISSN 1028-5083](#)

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

Índice

Fiebre amarilla en Perú	73
Conjuntivitis en Nicaragua.....	74
Infección respiratoria por nuevo coronavirus en Reino Unido y Arabia Saudita.....	74
Poliomielitis en Niger.....	75
Situación Epidemiológica Internacional. Cólera 2013.....	76
Hcovemc, mecanismo de infección, inespecificidad de huésped.....	76
13 Curso Internacional de Dengue, la Habana, Cuba 2013.....	78
Tablas:.....	79

FIEBRE AMARILLA EN PERÚ.

La Dirección Regional de Salud de Ayacucho (Diresa) reportó el primer fallecido de fiebre amarilla en lo que va del año 2013 en la localidad de Coronel Portillo, distrito de Canayre, provincia ayacuchana de Huanta, en el Valle de los Ríos Apurímac, Ene y Mantaro (Vraem). Se trata de un adolescente que falleció en el Hospital de Apoyo Aynna San Francisco. La directora ejecutiva de Vigilancia en Salud de la Diresa manifestó que ante este rebrote, se ha declarado en alerta epidemiológica la zona.

La funcionaria agregó que se viene reforzando las actividades de vigilancia y vacunación de la población, para reducir el riesgo de transmisión de fiebre amarilla en la región.

Sintetizado de: RPR Noticias. 2013, febrero 15. Disponible en: http://www.rpp.com.pe/2013-01-18-ayacucho-reportan-primera-victima-de-fiebre-amarilla-en-el-vraem-noticia_559004.html

CONJUNTIVITIS EN NICARAGUA.

En las primeras siete semanas del año 2013, el número de casos de conjuntivitis viral en Nicaragua aumentó 9 % frente a igual etapa de 2012, informaron las autoridades del gobierno en un llamado a más precauciones higiénicas.

Hasta el momento, los territorios con más casos reportados son Matagalpa, Jinotega, León, Managua y Chinandega, corroboró un análisis del Ministerio de Salud.

En particular, preocupa la prevalencia en municipios como Jinotega, Managua, Matagalpa, Siuna, Muy Muy, San Dionisio, Somoto, Achuapa, San Isidro, Matiguás,

Jinotepe, Chinandega y León. Menores de cuatro años de edad y jóvenes, de 20 a 34, son los más afectados. Las dos terceras partes de los contagios son de origen viral y el 24 por ciento corresponde a otras causas, mientras el 10 por ciento del total de enfermos está afectado por conjuntivitis hemorrágica, detalló la coordinadora del Consejo de Comunicación y Ciudadanía.

Sintetizado de: Prensa Latina. 2013, febrero 20. Disponible en: http://www.prensa-latina.cu/index.php?option=com_content&task=view&id=1132021&Itemid=5

INFECCIÓN RESPIRATORIA POR NUEVO CORONAVIRUS EN REINO UNIDO Y ARABIA SAUDITA.

El 16 de febrero de 2013 el Reino Unido (UK) informó otro caso confirmado de infección por el nuevo coronavirus (NCoV). Este es el tercer caso confirmado en el país en este mes de febrero y está en la misma familia de los dos casos recientemente confirmados. El último caso confirmado no tiene antecedentes recientes de viaje fuera del Reino Unido. El caso se está recuperando de una enfermedad respiratoria leve y está actualmente bien. La confirmación con NCoV en este caso con ninguna historia de viaje reciente indica que la infección fue adquirida en el Reino Unido. Aunque este nuevo caso ofrece más indicaciones de transmisión de persona a persona, no se ha identificado aún transmisión sostenida de persona a persona. El 21 de febrero de 2013 el Ministerio de Salud de Arabia Saudita ha informado a la OMS de otro caso confirmado de infección por el nuevo coronavirus (NCoV). El paciente fue hospitalizado el 29 de enero de 2013 y murió el 10 de febrero de 2013. El

caso fue confirmado por laboratorio en 18 de febrero de 2013. Más investigación sobre este caso está en curso.

En el Reino Unido, la Agencia de Protección de la Salud continúa investigando el cluster familiar donde tres miembros de la familia dieron positivo para infección de NCoV.

Uno de los miembros de esta familia, que tenía una condición de salud subyacente, ha muerto.

Hasta la fecha, que se ha informado de un total de 13 casos confirmados de infección humana por NCoV, incluyendo siete fallecidos.

Traducido y sintetizado de: World Health Organization. Novel coronavirus infection –update. 2013, febrero 16. Disponible en: http://www.who.int/csr/don/2013_02_16/en/index.html y World Health Organization. Novel coronavirus infection –update. 2013, febrero 21. Disponible en: http://www.who.int/csr/don/2013_02_21/en/index.html

POLIOMIELITIS EN NIGER.

El 3 de enero de 2013 se notificó un caso de poliovirus salvaje tipo 1 (WPV1) en Níger. El caso fue detectado en la región de Tahoua, con el inicio de la parálisis el 15 de noviembre de 2012 (el primer caso en el país desde diciembre de 2011). La secuenciación genética confirmó que el virus era una nueva importación en Níger, más estrechamente relacionados con virus circulando en el estado de Kaduna, Nigeria. Después de una actividad inicial de inmunización suplementaria el 15 de enero de 2013 a aproximadamente 2 millones niños y niñas con la vacuna antipoliomielítica oral bivalente (OPV), fueron conducidas otras campañas en todo el país entre el 2 y el 5 de febrero de 2013, a más de 5 millones de niños con OPV trivalente. Una segunda campaña a nivel nacional está prevista para marzo con OPV bivalente.

Este evento confirma el continuo riesgo de propagación internacional de este patógeno. Dada la historia de la propagación internacional de la poliomielitis desde el norte de Nigeria hacia otras partes de África occidental, se evalúa como alto el riesgo de propagación internacional desde Nigeria. Basados en la historia de importaciones anteriores a Níger y la respuesta actual, la OMS evalúa el riesgo de transmisión en Níger como moderado a alto. Actualmente, este riesgo se magnifica por movimientos de población a gran escala en toda la región asociada con la inseguridad en Mali. Para minimizar este riesgo, se han planificado campañas de vacunación multinacionales sincronizadas en 13 países de África occidental entre abril y mayo, usando una combinación de OPV trivalente y bivalente.

Debido a la persistencia de brechas en la vigilancia en algunas zonas de África occidental, no se puede descartar en este momento que exista una circulación que no haya sido detectada. Las investigaciones están en curso para identificar más claramente las brechas de la vigilancia en la región, incluyendo las poblaciones móviles, migrantes y marginados. Se están aplicando medidas para fortalecer la vigilancia subnacional, para asegurar que todos los grupos y áreas, con riesgo particularmente elevado, estén cubiertos por la vigilancia de alta calidad. Según las recomendaciones descritas por la OMS los viajeros hacia y desde Níger y otros países afectados por la polio, deben ser plenamente protegidos por la vacunación. Es importante que todos los países, en particular aquellos con frecuentes viajes y contactos con países infectados con la poliomielitis, fortalezcan la vigilancia en los casos de parálisis flácida aguda (PFA), para rápidamente detectar cualquier nueva importación de poliovirus y facilitar una respuesta rápida. Los países también deben analizar los datos de cobertura de inmunización sistemáticamente para identificar brechas en los espacios subnacionales en la inmunidad de la población y así minimizar las consecuencias de cualquier nueva introducción de virus. Debe darse prioridad a las zonas de alto riesgo de importaciones y donde sea <80% la cobertura de cobertura con OPV3/DPT3.

Traducido y sintetizado de: World Health Organization. Polio in Niger. 2013. febrero 12. Disponible en: http://www.who.int/csr/don/2013_02_12/en/index.html

SITUACIÓN EPIDEMIOLOGICA INTERNACIONAL. COLERA 2013

Mozambique (Cabo Delgado)

Entre el 17 y el 27 de febrero de 2013, 22 casos de cólera han sido confirmados por laboratorio en tres áreas del norte Mozambique, en la provincia de Cabo Delgado. Este brote se confirmó a partir del 30 de enero de 2013. Antes de esa fecha se había reportado 366 casos de diarrea causada por la bacteria salmonela.

Las lluvias, inundaciones, los desplazamientos de personas y el escaso acceso de ayuda humanitaria están creando un ambiente ideal para la proliferación de cólera.

Traducido y sintetizado de: Mail Guardian. 2013, febrero 27. Disponible en: <http://mg.co.za/article/2013-02-27->

[mozambiques-heavy-rains-floods-cause-cholera-cases-to-rise.](http://www.afriquejet.com/201303012890/Cholera-epidemic-Cholera-kills-8-in-Congo.html)

República del Congo (Pointe-Noire)

La epidemia de cólera que afecta a la segunda mayor ciudad del Congo, Pointe-Noire, ha dejado ocho personas muertas de los 289 casos registrados.

El Gobierno congoleño culpa la propagación de la enfermedad a las recientes lluvias torrenciales en la ciudad en combinación con malas condiciones de salubridad de la zona.

Traducido y sintetizado de: Actualité Economie Finances Sports. 2013, marzo 1. Disponible en:

<http://www.afriquejet.com/201303012890/Cholera-epidemic-Cholera-kills-8-in-Congo.html>

HCOVEMC, MECANISMO DE INFECCIÓN, INESPECIFICIDAD DE HUESPED

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

Un equipo de investigadores europeos ha revelado el mecanismo de infección de un nuevo virus respiratorio relacionado con el del síndrome respiratorio agudo severo (SARS) que surgió en Oriente Medio el año pasado y se ha extendido a otros tres países, incluida Gran Bretaña. Por ahora el patógeno, perteneciente a la gran familia de los coronavirus entre la que se encuentran los virus del resfriado común y el SARS, presenta una letalidad muy alta entre los casos hospitalizados, ya que de los 15 casos detectados, nueve han fallecido, según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Ayer mismo la agencia sanitaria de la Organización de Naciones Unidas (ONU) informó de un nuevo caso letal, un hombre de 39 años que fue hospitalizado en Arabia Saudí el 28 de febrero y falleció el 2 de marzo. Además de este país, Jordania, Qatar y Gran Bretaña han detectado algún caso de infección hasta el momento. El nuevo virus, denominado hCoVEMC [por: human coronavirus-Erasmus Medical Center], causa dos tipos

de síndromes: uno que afecta al sistema respiratorio como hacía el SARS y otro que ocasiona el fallo de ciertos órganos, especialmente el riñón. Entre los fallecidos por el virus hay tanto personas cuyo sistema inmune estaba ya debilitado por otras enfermedades como personas aparentemente sanas, según explica Bart Haagmans, investigador del Centro Médico Erasmus de los Países Bajos y coautor del estudio que describe el mecanismo de infección del patógeno.

Contagios de origen animal

Aunque aún se desconocen muchos detalles del origen del nuevo virus y su toxicidad, algunos expertos piensan que su capacidad para transmitirse entre humanos no es muy elevada, dado el reducido número de casos registrados por la OMS desde verano de 2012, cuando se descubrió su existencia.

La agencia sanitaria de la ONU vigila de cerca cada caso, pero no ha impuesto ninguna restricción de viaje a los países que han sufrido contagios.

“Posiblemente en este virus se dé una combinación de ambas aunque lo más probable es que su origen esté en un animal”. El trabajo de Haagmans, realizado en uno de los laboratorios de nuevos virus más avanzados del mundo, apunta a esa hipótesis. Sus análisis han descubierto la puerta por la que el patógeno entra en las células humanas.

Se trata de una proteína llamada DPP4 y que está en la superficie de varios tipos de células del cuerpo. Esa proteína es como la cerradura que el virus fuerza para entrar en las células y comenzar a replicarse.

El trabajo de Haagmans detalla que esa proteína se ha conservado durante miles de años de evolución y que el virus usa esa misma entrada para contagiar a otros animales. “Por ahora hemos visto que el virus puede infectar a murciélagos, macacos y cerdos y lo estamos probando en otros animales”, concreta Haagmans. Estudios anteriores habían demostrado que los parientes más cercanos del virus actual son virus de murciélagos. El trabajo actual abre la posibilidad de que el virus haya saltado de murciélagos a humanos, aunque es aún muy posible que haya una especie intermedia que haya mediado entre ambos. Ese fue el caso del SARS, que saltó a los humanos desde las civetas, un pequeño mamífero cuya carne se consume en algunos países de Asia.

De hecho el SARS usaba otra proteína para colarse en el cuerpo de los murciélagos que no está tan conservada, por lo que no podía haber contagio directo entre estos y el hombre. Probablemente, el SARS adquirió su capacidad para llegar a humanos tras adquirir las mutaciones genéticas necesarias en las civetas.

Menos contagioso que el SARS

El virus actual demuestra una mayor capacidad que el SARS para contagiar a diferentes especies pero no parece transmitirse con tanta facilidad a través del aire, lo que le hace menos peligroso. De hecho el trabajo de Haagmans ha visto que el nuevo virus “tiene preferencia por las células del tracto respiratorio inferior, lo que puede explicar por qué se expande menos que el SARS o el H5N1 –comenta Haagmans–. La puerta de entrada del virus en el cuerpo, la proteína DPP4, también

está muy expresada en el riñón, otra posible explicación de los síntomas observados en los pacientes”.

“Este virus muestra una mortalidad muy elevada en pacientes hospitalizados”, reconoce Luis Enjuanes, investigador del Centro Nacional de Biotecnología y uno de los mayores expertos en coronavirus de España. El experto señala que el nuevo virus “no debe generar alarma”, pero que “es necesario vigilarlo en los centros hospitalarios para detectar nuevos casos”.

Tampoco puede decirse que su mortalidad sea de más de 50% juzgando solo por los casos hospitalizados. La OMS sólo tiene constancia de los casos más graves que requieren el ingreso en un hospital, donde los análisis demuestran luego que se trata de una infección con el nuevo virus. Puede haber muchos casos que pasen desapercibidos debido a que los infectados sufren síntomas leves, no muy diferentes a un resfriado. Sin embargo, la falta de datos y la potencialidad del virus de saltar entre especies y contagiarse entre humanos obligan a los médicos a vigilar los casos por infecciones respiratorias graves, realizar las pruebas en busca de este virus y reportarlo urgentemente a la OMS si es positivo.

Una posible vacuna

El experto en coronavirus se reunirá con los responsables del Centro Médico Erasmus que han dirigido el presente estudio sobre el nuevo virus respiratorio. En solo cuatro meses, el equipo de Enjuanes desarrolló “un clon sintético del virus para usarlo como vacuna”. Su equipo del Centro Nacional de Biotecnología ya había desarrollado una inmunización contra el SARS que resultó efectiva en cuatro modelos animales. Ahora su objetivo es probar una vacuna para el nuevo coronavirus en macacos y en los laboratorios del Centro Erasmus. De llevarse a cabo el estudio, los primeros resultados podrían estar listos en apenas dos meses. Ambos equipos colaboran dentro del programa Emperie de la Unión Europea, diseñado para reaccionar contra nuevos patógenos y financiado con 15,5 millones de dólares.



3er anuncio

**Bajo el auspicio de
Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí" (IPK)
Sociedad Cubana de Microbiología y Parasitología**

**Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba (MINSAP)
Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS)
Programa regional de dengue (OPS)
Programa Especial de la OMS para la Investigación y Entrenamiento
en Enfermedades Tropicales (TDR/OMS)
Iniciativa para la Investigación en Vacunas (IVR/OMS)
Enfermedades Tropicales Olvidadas (NTD/OMS)
IDAMS
DENFREE
Fundación Mundo Sano**

CONTACTO

Prof. María G. Guzmán, MD, PhD. Jefa del Departamento de Virología
Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí" (IPK)
Directora del Centro Colaborador OMS/OPS para el Estudio del Dengue y su Vector

Teléfono: (537) 202-0450

Fax: (537) 204-6051

email: lupe@ipk.sld.cu

Enfermedades de Declaración Obligatoria: Shigellosis.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 09/03/13.

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013 *
PINAR DEL RIO	-	-	-	-	-	-**
ARTEMISA	2	-	5	14	5.55	16.09
MAYABEQUE	1	-	3	8	6.56	17.96
LA HABANA	-	-	1	3	0.05	0.14
MATANZAS	-	1	19	3	3.90	0.61
VILLA CLARA	-	-	-	-	-	**
CIENFUEGOS	-	-	2	3	1.72	2.62
S. SPIRITUS	-	-	2	-	0.64	0.64**
CIEGO DE AVILA	-	-	-	-	-	**
CAMAGÜEY	1	2	10	35	8.70	30.98
LAS TUNAS	3	5	36	38	22.47	24.29
HOLGUIN	-	-	2	-	0.29	0.29**
GRANMA	-	-	5	1	0.84	0.17
SANTIAGO DE CUBA	-	-	2	1	1.62	0.81
GUANTANAMO	-	-	-	7	5.28	5.28**
ISLA DE LA JUVENTUD	-	-	-	-	-	-**
CUBA	7	8	87	113	2.97	3.89

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: 13/03/13.

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Alimentos	8	6	77	76	0.68	0.68
Ciguatera *	-	-	3	1	0.03	0.01
Hepatitis viral **	-	-	4	1	0.04	0.01
EDA	-	-	1	-	0.01	-
IRA	-	2	13	14	0.12	0.13
Agua	-	1	-	2	-	0.02
Varicela	-	1	30	16	0.27	0.14

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: 09/03/13.**

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	2	-	0.02	0.02**
SHIGELLOSIS	7	8	87	113	2.97	3.89
D. AMEBIANA AGUDA	1	1	16	15	0.45	0.43
TUBERCULOSIS	9	10	108	131	5.88	7.18
LEPRA	2	5	39	36	2.23	2.08
TOSFERINA	-	-	-	-	-	-.**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	9511	6224	113223	111643	6275.10	6235.26
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	4	1	0.12	0.03
MENINGOCOCCEMIA	-	2	-	2	0.02	0.02**
TÉTANOS	-	-	-	-	0.02	0.02**
MENINGITIS VIRAL	40	24	411	235	32.29	18.61
MENINGITIS BACTERIANA	6	11	41	45	2.93	3.24
VARICELA	757	449	6382	4130	169.47	110.52
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	-.**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	-.**
HEPATITIS VIRAL	18	7	130	93	6.37	4.59
PAROTIDITIS	-	-	-	-	-	-.**
PALUDISMO IMPORTADO	-	-	1	3	0.04	0.11
LEPTOSPIROSIS	1	2	9	13	1.22	1.77
SÍFILIS	50	55	426	470	23.62	26.26
BLENORRAGIA	92	90	997	1017	47.65	48.98
INFECC. RESP. AGUDAS	115296	116875	1258459	1158717	56260.90	52201.38

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

Teléfono; (53-7) 2020625 y 2020652 Fax: (53-7) 2046051 y (53-7) 2020633
Internet://www.ipk.sld.cu