



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: ciipk@ipk.sld.cu

[ISSN 1028-5083](https://doi.org/10.1016/j.bolepe.2013.12.001)

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

Índice

Alerta Epidemiológica. Fiebre por Chikungunya.....	393
Sarampión.....	396
Dengue.....	397
Tablas:.....	399

ALERTA EPIDEMIOLÓGICA. FIEBRE POR CHIKUNGUNYA

El 6 de diciembre del 2013 se notificó a la OPS/OMS la confirmación de dos casos de transmisión autóctona del virus de chikungunya (en la isla de Saint Martin / Sint Maarten). En las Américas, se habían registrado casos importados en Estados Unidos, Canadá, Guyana Francesa, Martinica, Guadalupe y Brasil Esta enfermedad fue detectada por primera vez en Tanzania en 1952.

A partir del 2004, se han reportado brotes intensos y extensos en África, las islas del océano Índico, la región del Pacífico, incluyendo Australia y Asia (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 demostrado impactos importantes en la salud pública, principalmente en los servicios de salud.

Recomendaciones:

Dada la alta infestación por *Aedes aegypti* y la presencia del *Aedes albopictus* en la Región, sumado a la gran movilidad de personas en la Región y en el mundo, existe un riesgo para la diseminación del virus en las Américas. Ante esta situación, la OPS/OMS refuerza las recomendaciones emitidas en la "Guía de Preparación y respuesta ante la eventual introducción del virus chikungunya en la Américas " y urge a los Estados Miembros en los que circula el mosquito transmisor de esta enfermedad a que establezcan y mantengan la capacidad para detectar y confirmar casos, manejar pacientes, implementar una efectiva estrategia de comunicación con la población para reducir la densidad del vector. A continuación se detallan las recomendaciones más importantes señaladas en la Guía, las cuales están relacionadas con vigilancia, manejo de pacientes y medidas de prevención y control.

Vigilancia

La vigilancia de chikungunya debe desarrollarse a partir de la vigilancia existente para el dengue, teniendo en cuenta las diferencias en la presentación clínica. Según corresponda a la situación epidemiológica del país, la vigilancia debe estar orientada a (i) detectar la introducción del virus chikungunya en un área, (ii) a rastrear la enfermedad una vez introducida o (iii) hacer el seguimiento de la enfermedad cuando ésta se ha establecido.

En aquellos países sin casos autóctonos de chikungunya se recomienda:

- Realizar pruebas para la detección de chikungunya en un porcentaje de los pacientes que presenten fiebre y artralgias, o fiebre y artritis de etiología desconocida (por ejemplo, en aquellos pacientes con pruebas negativas para malaria o dengue).

La detección temprana permitirá la identificación de las cepas virales circulantes, la caracterización adecuada del brote y la implementación de una respuesta proporcionada.

En aquellos países con casos autóctonos de chikungunya, se recomienda:

- Describir las características epidemiológicas en tiempo, lugar y persona; así como las características clínicas claves;
- Monitoreo de la diseminación del virus para detectar la introducción en nuevas áreas;
- Evaluar la gravedad clínica y el impacto sobre la sociedad (por ejemplo, ausentismo laboral, cierre de escuelas, etcétera);
- Identificar los factores de riesgo de infección o enfermedad grave; y cuando exista la capacidad;
- Identificar los linajes del virus chikungunya circulantes.

Estos esfuerzos proporcionarán la base para desarrollar y mantener medidas de control efectivas.

Una vez documentada la introducción del virus, se deberá mantener la vigilancia continua para monitorear los cambios epidemiológicos o vectoriales de la transmisión del virus chikungunya. Todo cambio detectado a través de la vigilancia debe ser rápidamente comunicado a las autoridades nacionales de prevención y control para garantizar la toma oportuna de las medidas que correspondan.

Detección en el Laboratorio.

La confirmación por laboratorio de la infección por virus chikungunya se realiza por aislamiento viral, a través de la detección del ARN 3 del virus mediante la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa reversa (RT-PCR) y/o por evidencias serológicas de infección reciente (pruebas serológicas).

El aislamiento del virus puede realizarse a partir de muestras de suero de la fase aguda (< 8 días).

El suero obtenido de la sangre total extraída durante la primera semana de la enfermedad y transportada al laboratorio en frío (entre 2°-8°C o hielo seco), lo más rápidamente posible (< 48 horas), se puede inocular en una línea celular susceptible o en ratón lactante. Es importante tener en cuenta que el aislamiento viral debe realizarse en condiciones de bioseguridad nivel 3 (BSL3, por sus siglas en inglés).

Para la detección del ARN del virus chikungunya se deben utilizar pruebas en tiempo real con sistema cerrado debido a que presentan mayor sensibilidad y menor riesgo de contaminación. Se recomienda el protocolo publicado que utilizan los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés).

Para el diagnóstico serológico se recomienda utilizar suero obtenido de sangre total para la realización tanto de la prueba de inmunoabsorción enzimática (ELISA) como de la prueba de neutralización por reducción de placas (PRNT).

La prueba de PRNT, ya sea usada para confirmar el MAC-ELISA o para demostrar un aumento del título de anticuerpos entre muestras agudas/convalescientes, deberá incluir siempre otros virus del serogrupo (por ejemplo, virus Mayaro) para validar la especificidad de la reactividad.

En situaciones en las que no se dispone de PRNT, se pueden utilizar otras pruebas serológicas (por ejemplo, inhibición de la hemaglutinación [HI]) para identificar una infección reciente por un alfavirus; sin embargo, se requiere PRNT para confirmar una infección reciente por virus chikungunya.

Manejo de pacientes.

No existe un tratamiento antiviral específico para la infección por chikungunya. Se recomienda el tratamiento sintomático luego de excluir enfermedades más graves tales como malaria, dengue o infecciones bacterianas.

Es importante distinguir la infección por virus chikungunya de la del dengue, debido al peor pronóstico clínico (incluyendo la muerte) del dengue. Las dos infecciones pueden cursar simultáneamente en el mismo paciente. En comparación con el dengue, la infección por chikungunya ocasiona un dolor más intenso y es localizado en las articulaciones y tendones; el inicio de la fiebre es más agudo y su duración más corta; y es raro observar choque o hemorragia grave.

Debido a que los brotes por chikungunya podrían ocasionar una carga adicional en todos los niveles del sistema de atención de salud, es necesario desarrollar e implementar protocolos y planes bien establecidos de tamizaje, atención y rehabilitación de los pacientes.

Enfermedad aguda

El tratamiento sintomático y de soporte incluye reposo y el uso de acetaminofén o paracetamol para el alivio de la fiebre, e ibuprofeno, naproxeno o algún otro agente antiinflamatorio no esteroideo (AINE) para aliviar el componente artrítico de la enfermedad.

No se aconseja el uso de aspirina debido al riesgo de sangrado y el riesgo de desarrollar síndrome de Reye en niños menores de 12 años de edad. En pacientes con dolor articular grave que no se alivia con AINEs se pueden utilizar analgésicos narcóticos (por ejemplo, morfina) o corticoesteroides a

corto plazo, después de hacer una evaluación riesgo-beneficio de estos tratamientos.

Se debe aconsejar a los pacientes ingerir abundantes cantidades de líquidos para reponer la pérdida por la sudoración, los vómitos y otras pérdidas insensibles.

Enfermedad subaguda y crónica

Si bien la recuperación es el resultado esperado, el periodo de convalecencia puede ser prolongado (en ocasiones hasta un año o más) y el dolor articular persistente puede requerir tratamiento analgésico, incluyendo terapia antiinflamatoria prolongada. La artritis periférica incapacitante que tiene tendencia a persistir por meses, si es refractaria a otros agentes, puede ocasionalmente responder a los corticoesteroides a corto plazo. Para limitar el uso de corticoesteroides orales se pueden usar inyecciones locales (intra-articulares) de corticoesteroides o terapia tópica con AINEs. La fisioterapia puede ser beneficiosa en estos casos.

Aislamiento de los pacientes

Para evitar la infección de otras personas en la vivienda, la comunidad o el hospital, debe evitarse que el paciente con infección por chikungunya sea picado por mosquitos *Ae. aegypti* o *Ae. albopictus* al menos durante la primera semana de la enfermedad (fase virémica). Es altamente recomendable protegerse con mosquiteros tratados con insecticida (TI) o permanecer en un lugar protegido con mallas. Además, los médicos o trabajadores sanitarios que visiten a pacientes infectados por CHIKV deben evitar las picaduras de mosquitos usando repelente contra insectos, y usando mangas y pantalones largos.

Medidas de Prevención y Control.

Las medidas de prevención y control deben estar orientadas a reducir la densidad del vector, procurando la aceptación y colaboración de la población local en la adopción de dichas medidas.

De igual manera, es importante ofrecer información transparente y de calidad acerca de esta enfermedad a través de los medios de comunicación social.

Un programa de control efectivo y operativo para el dengue brinda las bases para una preparación adecuada frente al chikungunya, debido a que la biología y los procedimientos de control para *Ae. aegypti* son similares a los de *Ae. albopictus*. Para responder a la introducción del virus chikungunya, se pueden utilizar e intensificar las recomendaciones para la vigilancia y control desarrolladas para el manejo del dengue como parte de la Estrategia de Gestión Integrada para la prevención y el control del dengue (EGI-dengue). También, se debe incorporar al esquema de manejo integrado de vectores (MIV) un programa de control de calidad independiente.

Para tener éxito, el programa de MIV para chikungunya debe contar con la participación y colaboración intersectorial, en todos los niveles del gobierno y de los organismos de salud, educación, medio ambiente, desarrollo social y turismo. Los programas de MIV también se benefician con la participación de organizaciones no gubernamentales (ONGs) y organizaciones privadas. El programa de control del CHIKV debe mantener la comunicación y buscar la participación de toda la comunidad.

Enlaces de Utilidad:

-Guía de Preparación y respuesta ante la eventual introducción del virus chikungunya en las Américas. Disponible en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=16985&Itemid=

-Temas de Salud de la OPS/OMS sobre Chikungunya. Disponible en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9053&Itemid=39843&lang=es

-Chikungunya,página de la OMS. Disponible únicamente en inglés en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs327/en/>

SARAMPIÓN

Estados Unidos

Hasta el 30 de noviembre 2013, se han reportado 175 casos de sarampión en Estados Unidos, que representan el triple del promedio anual de 60 casos. Al menos 2 de los 175 casos se encontraban en Michigan. Según el Departamento de Salud Comunitaria de Michigan, se trataba de bebés menores de 12 meses de edad, y ambos se recuperaron.

Este año 2013, los brotes han sido reportados en Nueva York y Carolina del Norte. El brote

en Nueva York fue el mayor en 15 años. El CDC dice que la mayoría de las personas que contrajeron el virus no habían sido vacunados. Casi un cuarto de los pacientes que se infectaron también habían viajado fuera del país, de acuerdo con el CDC.

Traducido y sintetizado de: ABC 7 Action News. 2013, diciembre 5. Disponible en:

<http://www.wxyz.com/dpp/news/cdc-to-address-recent-spike-in-measles-cases>

DENGUE

Bolivia

Nueve personas fallecidas y un total de 2.149 casos positivos a nivel nacional ha dejado la enfermedad del dengue a lo largo de este 2013, de acuerdo a cifras del Ministerio de Salud. De acuerdo al balance comparativo se registró un descenso de esta enfermedad de 7.677 en 2012 a 2.149 casos en 2013.

Para el Ministerio de Salud esta baja de casos es el resultado de todas las acciones de prevención y promoción realizadas en función de la reducción de criaderos del mosquito.

En este sentido, los Servicios Departamentales de Salud han estado en continua coordinación, después del periodo de lluvias, para desarrollar el trabajo de eliminación continua de criaderos, como resultado de esta acción se decidió reducir casi en un 60 por ciento la fumigación, es decir, el control químico, porque después de estudios se identificó que lo principal es la eliminación de criaderos o lugares donde prolifera el mosquito del dengue, ya que en Bolivia dio positivo en la resistencia a los insecticidas.

Como resultado de este trabajo, Santa Cruz está reportando un mínimo de casos sospechosos entre 37 y 39, y confirmados sólo 8 en este año.

Según la autoridad de salud, este departamento está trabajado en coordinación con el Servicio Departamental de Salud de forma adecuada porque es el municipio que más casos ha registrado históricamente, pero en este último año la cifra ha bajado en un 85 por ciento aproximadamente.

Sintetizado de: Los Tiempos. 2013, diciembre 8. Disponible en:

http://www.lostiempos.com/diario/actualidad/nacional/20131208/dengue-hay-9-muertos-y-mas-de-2149-casos-detectados-en_237820_516372.html

México (Colima)

El titular de la Secretaría de Salud y Bienestar Social del gobierno del estado, Agustín Lara Esqueda, reconoció que Colima se encuentra entre las entidades con mayor incidencia de dengue, pero recalzó que también se encuentra entre los estados con un mejor control de la enfermedad.

Detalló que hasta la semana número 49 del año 2013, se tienen registrados 2 mil 649 casos de dengue, de ellos, 824 de dengue grave. El funcionario estatal destacó que la circulación del serotipo 4 propició un mayor número de casos hemorrágicos que en años anteriores y por consecuencia, la exposición a una sobrepoblación hospitalaria. Hasta el momento sólo se han registrado tres muertes en el estado de Colima: dos en Manzanillo y una en Tecmán.

Adaptado y sintetizado de: Angel Guardián (México). 2013, diciembre 10. Disponible en:

<http://angelguardian.mx/beta/cerrara-2013-colima-entre-estados-con-mayor-incidencia-en-dengue/>

México (Jalisco)

Jalisco ya está en el noveno lugar a nivel nacional por casos de Dengue, luego de meses de estar en el décimo segundo.

Esta semana la Secretaría de Salud registra 125 nuevos casos, de los cuales 34 son de dengue grave, detalla el coordinador estatal del programa de Dengue, Miguel Ángel Contreras Rubio.

La suma en total dentro del acumulado son 2 mil 708, de los cuales 560 son de dengue grave.

Los casos hemorrágicos se presentaron en: Puerto Vallarta, Tequila, Guadalajara, Zapopan, Tonalá y Zapotiltic.

Adaptado y sintetizado de: Notisistema. 2013, diciembre 9. Disponible en:

<http://www.notisistema.com/noticias/ocupa-jalisco-el-noveno-lugar-a-nivel-nacional-en-casos-de-dengue/>

Panamá

El Ministerio de Salud de Panamá reportó el primer fallecimiento de una persona infectada con dengue en el país en este año 2013. El secretario general de Salud, Félix Bonilla, informó que se trata de una persona de 60 años de edad que presentó síntomas de dengue grave en un barrio de la comunidad de Chepo, unos 60 kilómetros al oeste de la capital panameña.

El Ministerio de Salud informó en un comunicado que este año ha registrado mil 964 casos de dengue, de ellos 107 en situación de alarma; mientras el año pasado reportó mil 108 pacientes.

Sintetizado de: Starmedia. 2013, diciembre 10. Disponible en:

<http://noticias.starmedia.com/sucesos/repor-tan-primera-muerte-por-dengue-hemorragico-en-panama.html>

Paraguay

Luego de la epidemia de este año 2013, se dieron 11 muertes por dengue en los últimos seis meses. A pesar de la disminución de casos, preocupa que con las constantes lluvias haya una explosión de la cantidad de mosquitos transmisores.

Durante la epidemia de diciembre del 2012 a junio del 2013, se registró un total de 224 fallecidos por dengue. Luego de esa etapa, de junio hasta diciembre de este año, se registraron 11 muertes, que corresponden al llamado "periodo interepidémico".

La viceministra de Salud, María Teresa Barán, explicó que los casos de dengue que se registran actualmente son menos de los que se esperaban. Sin embargo, las siguientes dos semanas son cruciales, indicó en conferencia de prensa. Mencionó que si bien se está trabajando adecuadamente, no se descarta la

posibilidad de que se desate una explosión de la epidemia.

La representante del Ministerio de Salud se mostró preocupada por la cantidad de lluvia que ha caído en las últimas semanas, ya que pueden provocar que los reservorios de agua se conviertan en criaderos de mosquito.

En el área metropolitana y en Itá hay brote del virus del dengue. En el barrio San Pablo de Asunción, así como Mbocayaty, siguen con casos. En Cordillera, específicamente en Altos y San Bernardino, se encuentran aún reportes.

Sintetizado de: Entorno Inteligente. 2013, diciembre 9. Disponible en:

<http://www.entornointeligente.com/articulo/1689397/PARAGUAY-Dengue-11-muertes-en-seis-meses-09122013>

República Dominicana (Santo Domingo)

La muerte de una adolescente de 14 años de edad y el estado grave de otra de 11 por un brote de dengue mantienen en alerta a la provincia dominicana de Santo Domingo.

Según reportes periodísticos, en la parte oeste de ese territorio se reportaron el fin de semana 8 casos afectados por la enfermedad, y los pobladores pidieron la intervención de autoridades sanitarias.

Datos del Ministerio de Salud Pública precisaron hace una semana que la cantidad de personas muertas por dengue en Dominicana durante este año ascendía a 105. Paralelamente, la cifra de los afectados se situaba en 14 mil 724, de ellos 349 de tipo grave.

En octubre pasado, autoridades sanitarias dispusieron el fortalecimiento de la campaña puesta en marcha para reducir los estragos y evitar el avance de la enfermedad.

Enfermedades de Declaración Obligatoria: Leptospirosis.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 14/12/13.

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013 *
PINAR DEL RIO	1	-	5	14	0.84	2.39
ARTEMISA	-	-	5	1	0.99	0.21
MAYABEQUE	-	-	-	-	-	-**
LA HABANA	-	4	17	14	0.94	0.76
MATANZAS	-	-	2	5	0.29	0.72
VILLA CLARA	-	2	8	21	1.00	2.68
CIENFUEGOS	1	5	6	27	1.96	8.98
S. SPIRITUS	-	3	5	3	1.07	0.65
CIEGO DE AVILA	-	-	-	-	-	-**
CAMAGÜEY	-	-	-	9	1.41	1.41**
LAS TUNAS	-	-	5	6	0.93	1.14
HOLGUIN	2	-	53	57	5.49	5.97
GRANMA	-	2	3	7	0.36	0.84
SANTIAGO DE CUBA	-	-	1	12	0.38	4.55
GUANTANAMO	-	-	2	-	0.39	0.39**
ISLA DE LA JUVENTUD	-	-	1	1	1.16	1.19
CUBA	4	16	114	181	1.22	1.95

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: 18/12/13.

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Alimentos	7	5	406	365	3.61	3.27
Ciguatera *	1	-	40	40	0.36	0.36
Hepatitis viral **	-	-	12	4	0.11	0.04
EDA	-	-	9	12	0.08	0.11
IRA	3	-	110	95	0.98	0.85
Agua	-	-	11	12	0.10	0.11
Varicela	3	-	67	48	0.60	0.43

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: 14/12/13.**

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	2	-	0.02	0.02**
SHIGELLOSIS	9	8	314	442	2.97	4.21
D. AMEBIANA AGUDA	2	2	49	62	0.45	0.58
TUBERCULOSIS	12	12	624	655	5.88	6.21
LEPRA	3	1	238	221	2.23	2.09
TOSFERINA	-	-	-	-	-	._**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	12291	8939	682936	606639	6275.10	5617.05
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	13	2	0.12	0.02
MENINGOCOCCEMIA	-	-	2	2	0.02	0.02
TÉTANOS	1	-	2	2	0.02	0.02
MENINGITIS VIRAL	40	52	3518	1706	32.29	15.78
MENINGITIS BACTERIANA	5	10	296	271	2.93	2.71
VARICELA	422	176	18426	15782	169.47	146.28
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	._**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	._**
HEPATITIS VIRAL	14	2	685	454	6.37	4.26
PAROTIDITIS	-	-	-	-	-	._**
PALUDISMO IMPORTADO	-	-	4	17	0.04	0.15
LEPTOSPIROSIS	4	16	114	184	1.22	1.98
SÍFILIS	53	69	2526	3164	23.62	29.81
BLNORRAGIA	88	82	5205	4590	47.65	42.35
INFECC. RESP. AGUDAS	126748	125504	6080076	5891541	56260.90	54936.82

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: <http://instituciones.sld.cu/ipk>