INSTITUTO PEDRO KOURÍ

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

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

Índice

Chikungunya. Datos de interés. Actualización por países hasta 3 de julio 2014……217
Registra EEUU primeros casos de Chikungunya autóctono……221
Principales datos sobre el SIDA en 2013……222
Tablas:……..…..223

CHIKUNGUNYA. DATOS DE INTERÉS. ACTUALIZACIÓN POR PAÍSES HASTA 3 DE JULIO 2014.

Introducción

La fiebre Chikungunya (CHIK) es una enfermedad emergente causada por un *Alfavirus*, el virus Chikungunya (CHIKV). Esta enfermedad es transmitida principalmente por mosquitos *Aedes Aegypti* y *Ae. albopictus*, las mismas especies involucradas en la transmisión del dengue.

Generalmente dura entre cinco y siete días, y produce frecuentemente dolores articulares graves, a menudo incapacitantes, que a veces persisten mucho más tiempo. Raramente pone en peligro la vida de quien la padece. La enfermedad carece de tratamiento específico, pero se pueden utilizar analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos para reducir el dolor y la tumefacción.

La fiebre CHIK ha afectado a millones de personas y sigue causando epidemias en muchos países. A finales del 2013, se documentó la primera transmisión autóctona en las Américas.

Agente infeccioso

CHIKV es un virus ARN que pertenece al género *Alfavirus* de la familia *Togaviridae.*

Reservorio

Los humanos son el reservorio principal del CHIKV durante los períodos epidémicos. En los períodos interepidémicos, se implicaron diversos vertebrados como reservorios potenciales, incluyendo primates no humanos, roedores, aves y algunos mamíferos pequeños.

Vectores

Existen dos vectores principales para el CHIKV: *Aedes Aegypti* y *Ae. Albopictus*.

Periodo de incubación

Los mosquitos adquieren el virus a partir de un huésped virémico. Después de un periodo promedio de incubación extrínseca de 10 días, el mosquito es capaz de transmitir el virus a un huésped susceptible, como a un ser humano. En los humanos picados por un mosquito infectado, los síntomas de enfermedad aparecen generalmente después de un período de incubación intrínseca de tres a siete días (rango: 1- 12 días)

Susceptibilidad

Todos los individuos no infectados previamente con el CHIKV están en riesgo de adquirir la infección y desarrollar la enfermedad. Se cree que una vez expuestos al CHIKV, los individuos desarrollan inmunidad prolongada que los protege contra la reinfección.

Manifestaciones clínicas

La fiebre CHIK afecta a todos los grupos de edad y a ambos géneros. Según estudios serológicos, entre el 3 y 28% de los individuos afectados presentarán infecciones asintomáticas.

Después del período de incubación tras la picadura de mosquitos infectados, el CHIKV causa una enfermedad febril generalmente asociada con artralgia/artritis (87%), dolor de espalda (67%) y cefalea (62%). También es frecuente la aparición de un rash maculopapular (28- 77%).

La fiebre puede ser continua o intermitente, y en general la disminución de la temperatura no se asocia con empeoramiento de los síntomas clínicos.

Las artralgias suelen ser simétricas, tienden a ser peor en la mañana, son aliviadas por el ejercicio leve y agravadas por los movimientos bruscos. Los tobillos, las muñecas y las articulaciones pequeñas de la mano tienden a ser las más afectadas. También puede afectar articulaciones más grandes como la rodilla, hombro y columna vertebral. Se ha descrito artritis migratoria en cerca del 70% de los casos. También pueden presentarse nauseas, vómitos y conjuntivitis. En la mayor parte de los pacientes, los síntomas desaparecen en 1-3 semanas. Sin embargo, algunos pacientes pueden sufrir persistencia de los síntomas articulares durante meses (formas subagudas o crónicas de la enfermedad). Los adultos mayores y aquellos con trastornos antecedentes de enfermedad reumática o traumatismos articulares parecen ser más vulnerables a presentar síntomas crónicos.

Las formas graves de la enfermedad son poco frecuentes y ocurre principalmente en los neonatos, adultos mayores o aquellos con enfermedades crónicas subyacentes. La mortalidad es muy baja.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial debe basarse en antecedentes epidemiológicos como lugar de residencia, historia de viajes y exposición. Algunas de las enfermedades que deben considerarse en el diagnóstico diferencial son dengue, leptospirosis, malaria, otras infecciones por *Flavivirus* y artritis postinfecciosas. El dengue y la fiebre CHIK pueden cursar simultáneamente en una misma persona.

En comparación con el dengue, la infección por CHIKV 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 shock o hemorragia grave.

Diagnóstico laboratorial

Para el diagnóstico etiológico se utilizan tres tipos de metodologías dependiendo de la fecha de toma de la muestra: aislamiento viral, detección de genoma viral y técnicas serológicas para la detección de anticuerpos IgM/IgG.

Se requieren técnicas de neutralización en cultivos celulares para confirmar resultados positivos de IgM, ya que se ha informado reactividad cruzada con algunos otros *Alfavirus* pertenecientes al mismo serogrupo, por ejemplo, con el virus Mayaro. Al final de este documento se presenta el algoritmo de metodologías de diagnóstico planteado en función de la cinética de la viremia y de la aparición de los anticuerpos específicos.

Tratamiento

No existe un tratamiento específico ni una vacuna disponible para prevenir la infección por CHIKV.

El tratamiento es sintomático y de soporte e incluye reposo, paracetamol e ingesta de abundantes líquidos.

Si se ha descartado el dengue, pueden utilizarse antiinflamatorios no esteroideos para aliviar el componente artrítico de la enfermedad, evitándose la aspirina debido al riesgo de hemorragia o síndrome de Reye. El dolor articular persistente puede requerir tratamiento analgésico, incluyendo terapia antiinflamatoria prolongada.

Prevención

Los pacientes infectados por el CHIKV son el reservorio de la infección para otros, en el hogar y en la comunidad. Por consiguiente, las medidas de salud pública para reducir al mínimo la exposición a mosquitos se convierten en imperativas para prevenir la diseminación del brote.

Además de las medidas de protección personal contra los mosquitos y aquellos destinados a controlar la población de los mismos, todos los casos sospechosos deben mantenerse bajo mosquiteros durante la fase virémica, que coincide con el período febril, para evitar la infección de otras personas en la vivienda, la comunidad o el hospital.

Por su parte, las medidas ambientales de control vectorial son similares a las de dengue.

Situación epidemiológica en las Américas 5

Al 3 de julio de 2014 los países y territorios en la Región de las Américas que han registrado casos autóctonos de Fiebre CHIK son: El Salvador, República Dominicana, Guadalupe, Guayana Francesa, Haití, Martinica, Puerto Rico, San Bartolomé, San Martin (territorio francés), Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Dominica, Guyana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y Las Granadinas, Santa Lucía, San Martin (territorio holandés), Surinam, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas e Islas Vírgenes (EEUU), con un total de 302.081 casos sospechosos y 4.756 casos confirmados acumulados en el período 2013-2014.

Además se han reportado casos importados en Estados Unidos, México, Panamá, Cuba, Perú, Venezuela, Brasil, Chile, Barbados e Islas Caimán4 y el 30 de junio de 2014 el Ministerio de Salud de Paraguay, confirmó un caso importado de la República Dominicana.

Los países con más casos reportados han sido la República Dominicana y Haití. A continuación se describe la situación reportada:

República Dominicana: confirmó la circulación autóctona del virus en la SE 13 del 2014, y hasta la SE 17, a nivel nacional se han registrado 8.058 casos sospechosos, de los cuales la provincia de San Cristóbal concentra el 68%. En este mismo contexto se han detectado tres casos de co-infección de CHIKV y dengue en las provincias de San Cristóbal y Santo Domingo.

Haití: desde la confirmación de los primeros casos autóctonos en la SE 18 del 2014, y hasta la SE 20, se han registrado 3.460 casos sospechosos. Tanto en Haití como en la República Dominicana, el comportamiento epidemiológico del CHIKV ha mostrado una rápida diseminación dentro de los departamentos/provincias de cada país y ha ocasionado un aumento en la demanda de atención en salud.

Número de casos reportados en países o territorios con transmisión autóctona de CHIKV en las Américas. 2013-2014 (por semanas) **(última actualización disponible 3 de julio 2014)**[7]:

País/Territorio	Última semana actualizada	Casos sospechosos	Casos confirmados
El Salvador	Semana 27	1.512	8
República Dominicana	Semana 27	165.433	18
Guayana Francesa	Semana 24		390
Guadalupe	Semana 24	40.400	1.328
Haití	Semana 27	51.830	14
Martinica	Semana 24	35.000	1.515
Puerto Rico	Semana 27	180	48
San Bartolomé	Semana 24	620	620
San Martín (parte francesa)	Semana 24	3.430	793
Anguila	Semana 13		33
Antigua y Barbuda	Semana 20		4
Aruba	Semana 27		3
Dominica	Semana 25	3102	141
Granada	Semana 26		5
Guyana	Semana 23		16
Saint Kitts y Nevis	Semana 21	31	28
Santa Lucia	Semana 23	214	30
San Vicente y las Granadinas	Semana 23	329	67
Sint Maarten (Neerlandés)	Semana 12		123
Suriname	Semana 26		17
Islas Turcas y Caicos	Semana 25		6
Islas Vírgenes (RU)	Semana 19		20
Islas Vírgenes (EUA)	Semana 27		7

Tomado de:

1. Documento elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación el 11 de julio de 2014.
2. CDC. OPS/OMS Preparación y respuesta ante la eventual introducción del virus Chikungunya en las Américas. Washington, D.C.: OPS, 2011. 159p.
3. OPS: Hoja informativa Chikungunya. Disponible en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_
4. CDC. OPS/OMS Preparación y respuesta ante la eventual introducción del virus Chikungunya en las Américas. Washington, D.C.: OPS, 2011. 159p.
5. Organización Panamericana de la Salud, número de casos reportados en países o territorios con transmisión autóctona de chikungunya en las Américas 2013-2014 (por semanas). Actualización 3 de julio de 2014.
6. Ministerio de Salud de Paraguay. Información disponible en http://www.mspbs.gov.py/v3/report an-primer-caso-importado-de-chikungunya/

REGISTRA EEUU PRIMEROS CASOS DE CHIKUNGUNYA AUTÓCTONO.

21 julio 2014. El virus chikungunya, que comenzó a esparcirse en diciembre en las islas del Caribe, ha llegado también a Estados Unidos a través del sur de Florida. El jueves, el Departamento de Salud del Estado confirmó la aparición de los dos primeros casos de contagio local del virus, que se transmite a través de la picadura de un mosquito. En lo que va de año, ya se habían reportado 81 casos de personas que contrajeron el virus en distintas islas del Caribe y viajaron luego a Florida. Ninguno de estos pacientes se encuentra en este momento hospitalizado.

"Si una persona está infectada y la pica un mosquito, ese mosquito podría luego esparcir la infección picando a otra persona", explicaron el jueves las autoridades de salud de Florida, a través de un comunicado. Fue así como dos residentes del Estado, que no han viajado fuera del país en los últimos meses, contrajeron la enfermedad. Le ocurrió primero a una mujer de 41 años, que vive en el condado de Miami-Dade, y que el 10 de junio comenzó a experimentar los síntomas de chikungunya, fiebres altas, intensos dolores articulares y musculares y fue atendida en una consulta médica privada tres días después. Luego le pasó a un hombre de 50 años del condado de Palm Beach, que acudió el 3 de julio al hospital, tras padecer las mismas fiebres y dolores durante dos días, y fue brevemente recluido.

"El chikungunya no es contagioso de persona a persona, por lo general no amenaza la vida y muy probablemente desaparecerá por cuenta propia", informan las autoridades sanitarias locales. La enfermedad suele manifestarse entre tres y siete días después del contagio, con temperaturas superiores a los 38,5 grados Celsius, sudores, intenso dolor en articulaciones y músculos, un sarpullido que aparece entre dos y cinco días después de la fiebre, a veces náuseas, y rara vez, infecciones que involucran órganos vitales. Algunas personas infectadas, incluso, no presentan ningún síntoma. Hasta ahora no existe ninguna vacuna o medicina que prevenga del contagio. El primer brote de este virus del que se tuvo noticia ocurrió en 1952, en el sur de Tanzania, y a partir de 2004 comenzó a expandirse con proporciones de epidemia en otros países de África y en Asia. En diciembre de 2013 fueron confirmados los primeros dos casos de chikungunya en América, en la isla caribeña de San Martín. Desde entonces y hasta el 11 de julio de este año, la Organización Panamericana de la Salud ha reportado más de 5 mil casos y un total de 21 muertes vinculadas con la enfermedad, en 23 países del Caribe y América Central. Este jueves, las autoridades sanitarias de Puerto Rico declararon la existencia de una epidemia. La expansión del virus también preocupa a las autoridades europeas. Los mosquitos que pueden contagiarla, el Aedes aegypti y el Aedes albopictus, están asentados en el continente, por lo que solo hace falta que piquen a un viajero infectado para que se inicie la cadena de transmisiones

PRINCIPALES DATOS SOBRE EL SIDA EN 2013.

Principales datos relacionados con la epidemia del sida en 2013, según el informe anual de ONUSIDA divulgado, en vísperas de la inauguración de la Conferencia Internacional sobre el sida en Melbourne (Australia).

Total: unas 35 millones de personas eran portadoras del VIH (virus del sida) en 2013 (frente a 34,6 millones en 2012, según el informe, que revisa a la baja este dato).

Muertes: cerca de 1,5 millones de fallecidos por causas relacionadas con el sida en 2013 (1,7 millones en 2012).

Nuevas infecciones: aproximadamente 2,1 millones de personas contaminadas en 2013, algo menos que en 2012 (2,2 millones). Respecto a 2001, el número de nuevas contaminaciones registró un descenso de 38%. Niños: Unos 240 000 niños nacieron con sida en 2013 (270 000 en 2012). El 87,5 % de ellos vive en África subsahariana.

África: El África subsahariana sigue siendo la región más afectada, con el 70,6 % de los infectados por el VIH en el mundo (70,8 % en 2012). Las mujeres representan el 58 % de los casos.

América Latina: Unos 1,6 millones de portadores del virus en 2013 (60 % de ellos hombres). El número de nuevos infectados se mantiene casi estancado, con un retroceso de apenas 3 % entre 2005 y 2013. "En esta región, se registran aproximadamente 10 infecciones de HIV por hora", dice el informe.

Sin embargo, ese dato encubre marcadas diferencias.

El retroceso de nuevas infecciones entre 2005 y 2013 ha sido de 39 % en México y de 26 % en Perú. En Brasil, el país del subcontinente con mayor número de infectados, el número de nuevos infectados por año subió en cambio un 11 % durante ese periodo.

América Latina es además una de las regiones con mayor acceso a los tratamientos retrovirales (45 % del total de infectados). Los países donde esos tratamientos se hallan más generalizados son Brasil, Chile, El Salvador, México, Perú y Venezuela.

Tratamiento: En 2013, cerca de 12,9 millones de portadores del VIH se beneficiaban de una terapia retroviral (un 37 % del total de infectados).

Tuberculosis: La tuberculosis sigue siendo la principal causa de defunción de los portadores del VIH.

Recursos financieros: Recursos de 19 100 millones de dólares (18 900 millones en 2012) para combatir el sida en 2013 (18 900 millones en 2012). julio 16/2014 (AFP) -

Tomado del boletín de selección temática de Prensa Latina: Copyright 2013 *"Agencia Informativa Latinoamericana Prensa Latina S.A."*

Enfermedades de Declaración Obligatoria: Meningitis bacteriana.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 12/07/14.

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014 *
PINAR DEL RIO	-	-	9	2	2.70	0.61
ARTEMISA	-	-	2	2	1.19	1.23
MAYABEQUE	-	-	2	-	0.79	0.79**
LA HABANA	1	-	38	56	3.98	5.81
MATANZAS	1	-	17	7	3.03	1.24
VILLA CLARA	-	-	7	10	1.50	2.19
CIENFUEGOS	1	-	5	6	1.96	2.40
S. SPIRITUS	-	-	4	4	3.00	3.03
CIEGO DE AVILA	1	-	8	10	3.30	4.12
CAMAGÜEY	-	-	2	-	0.26	0.26**
LAS TUNAS	-	-	4	2	1.30	0.67
HOLGUIN	-	1	11	8	1.83	1.34
GRANMA	-	-	3	3	0.72	0.72
SANTIAGO DE CUBA	-	1	18	20	3.81	4.22
GUANTANAMO	1	2	10	15	3.32	5.04
ISLA DE LA JUVENTUD	-	-	2	-	3.32	5.04
CUBA	5	4	142	145	2.42	2.49

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: 16/07/14.

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTES ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Alimentos	9	4	211	195	1.88	1.75
Ciguatera *	2	-	21	18	0.19	0.16
Hepatitis viral **	-	-	2	3	0.02	0.03
EDA	-	-	9	3	0.08	0.03
IRA	-	-	49	23	0.44	0.21
Agua	1	-	12	4	0.11	0.04
Varicela	-	-	38	22	0.34	0.20

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: 12/07/14.

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	-	-	-	-**
SHIGELLOSIS	9	12	231	190	4.00	3.32
D. AMEBIANA AGUDA	-	5	25	36	0.57	0.83
TUBERCULOSIS	19	6	364	344	6.13	5.84
LEPRA	3	4	131	101	2.03	1.57
TOSFERINA	-	-	-	-	-	-**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	17196	12948	309837	247273	5573.28	4482.20
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	5	8	0.08	0.13
MENINGOCOCCEMIA	-	-	4	2	0.04	0.02
TÉTANOS	-	-	1	-	0.02	0.02**
MENINGITIS VIRAL	49	44	785	2557	16.51	54.18
MENINGITIS BACTERIANA	5	4	142	145	2.42	2.49
VARICELA	162	125	12212	8003	143.66	94.87
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	-**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	-**
HEPATITIS VIRAL	11	4	287	212	4.13	3.08
PAROTIDITIS	-	-	-	-	-	-**
PALUDISMO IMPORTADO	-	-	8	-	0.11	0.11**
LEPTOSPIROSIS	5	4	50	99	2.02	4.03
SÍFILIS	70	65	1643	2141	29.26	38.43
BLENORRAGIA	76	81	2775	2353	42.16	36.02
INFECC. RESP. AGUDAS	94337	95961	3104032	2933187	54669.00	52002.97

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.	**DraC. Belkys Galindo Santana (Epidemiologia)**
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**