



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

Virus Ébola - África Occidental: ritos funerarios islámicos, riesgo de exposición.....	229
Virus Ébola - global: viajeros aéreos infectados, ineffectividad de controles.....	330
¿Son suficientes 21 días como periodo de cuarentena para el Ébola?.....	331
Confirmado primer caso de Ébola en Nueva York.....	332
Virus Chikungunya - Francia (mont): casos autóctonos, grupo familiar.....	333
Poliomielitis - Afganistán (kan): nuevos casos.....	334
Acerca del Boletín Epidemiológico Semanal. IPK.....	334
Tablas:.....	335

VIRUS EBOLA - AFRICA OCCIDENTAL: RITOS FUNERARIOS ISLÁMICOS, RIESGO DE EXPOSICIÓN.

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

Los ritos funerarios islámicos representan, según expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), una importante amenaza en vista de la epidemia del Ébola en África Occidental, escribe este martes el diario Nezavisimaya Gazeta.

Se trata sobre todo del gusl, el lavado integral del cuerpo, obligatorio también para los muertos y que en este último caso se realiza con la participación de todos los parientes del difunto.

Según los médicos, el riesgo de contagio es especialmente alto en los días antes e inmediatamente después de la muerte, por desprender el cuerpo cantidades elevadas de líquidos que representan uno de los

principales medios de transmisión. Para evitar la infección, se recomienda la incineración del cadáver, algo que va en contra de las tradiciones islámicas.

La población musulmana supera un 70% en Sierra Leona y Guinea, dos de los tres países más afectados por la actual epidemia del Ébola que, según los últimos datos de la OMS, se ha cobrado más de 4.500 vidas.

El Comité Internacional de la Cruz Roja ha denunciado numerosos casos de robo de cadáveres por los familiares de los muertos en estos dos países para llevar a cabo el gusl y enterrarlos según manda la costumbre, lo que eleva considerablemente el riesgo de contagio.

VIRUS EBOLA - GLOBAL: VIAJEROS AÉREOS INFECTADOS, INEFECTIVIDAD DE CONTROLES.

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

Todos los meses, tres viajeros con Ébola de media parten en un vuelo internacional desde Guinea, Liberia y Sierra Leona, los tres países que ahora sufren un brote de la enfermedad. En esta ocasión, los países ricos no pueden aislarse de ese problema africano. En un artículo que hoy se publica en la revista científica The Lancet, además de realizar la estimación de salida de infectados, se cuestiona la efectividad de los controles de temperatura a la llegada de los vuelos de estos países. Esta medida ya se está poniendo en práctica en naciones como Francia, Reino Unido o EE UU y ha sido defendida por Tonio Borg, comisario de Salud de la Unión Europea.

Es improbable que los controles de temperatura “tengan un impacto significativo a la hora de detectar viajeros infectados”, explica Kamran Khan, médico de enfermedades infecciosas, investigador en el Hospital de San Miguel en Toronto (Canadá) y autor principal del artículo. La primera razón es que “la mayor parte de los infectados que viajen no sabrán que lo están porque se encontrarán en el periodo de incubación, que dura entre ocho y diez días de media y puede llegar hasta los 21, y no tendrán síntomas”, señala Khan. Además, entre los que sí desarrollen los síntomas y podrían ser detectados, la mayoría se encontrarán demasiado enfermos para viajar. Los países con más posibilidades de recibir infectados son Ghana y Senegal.

Los autores del estudio analizaron datos de vuelos tanto pasados como previstos para calcular las salidas por avión desde Guinea, Liberia y Sierra Leona hasta finales de este año y cruzaron la información con la disponible sobre la expansión del Ébola. Con estas cifras, han calculado que los países con más riesgo de recibir infectados son Ghana y Senegal, y fuera de África, Reino Unido y Francia, que entre los dos tendrían ocho veces más posibilidades que EE UU de recibir a algún viajero con Ébola.

Una de los aspectos críticos señalados por los autores es que el 60% de los pasajeros que salen de alguno de los tres países más afectados por este brote de Ébola tienen como destino naciones con recursos insuficientes para detectar y tratar de una forma adecuada casos importados del virus. Pese a su preocupación por la posibilidad de que la enfermedad salga de los tres países afectados, en el artículo que hoy se publica en The Lancet, se advierte frente a “trabas excesivas al transporte aéreo” en esos territorios, que podrían tener “consecuencias económicas graves que podrían desestabilizar la región y, posiblemente, afectar a provisiones críticas para los servicios humanitarios y de salud”. Khan aclara que ningún tipo de test para los síntomas de la enfermedad aplicado en el aeropuerto será clave para controlar el brote de Ébola. Es más, asegura que las pruebas en el momento de la partida de los países afectados sería más eficaz. “La utilidad adicional de vigilancia a la entrada, dada la corta duración de los vuelos desde los países afectados, comparada con el periodo de incubación del virus, mucho más largo, es muy baja”, concluye.

Aplicar restricciones a los vuelos en la zona podría empeorar la situación de su sistema sanitario

El estudio plantea también algunas lagunas que aún existen sobre el funcionamiento del virus que pueden aumentar la incertidumbre a la hora de controlar su expansión por el mundo. “Una incógnita importante [sobre el comportamiento del Ébola] es la proporción de infecciones que son asintomáticas o levemente asintomáticas”, plantea el artículo.

“Si las infecciones leves suceden y son infecciosas, el control de la enfermedad fuera de África Occidental podría ser cada vez más complicado. Sin embargo, se piensa que este supuesto es improbable”, añade.

Análisis anteriores sobre la capacidad de los termómetros de infrarrojos para detectar a posibles enfermos ya sugerían que la evidencia científica de su capacidad para lograrlo es escasa y que su utilidad va poco más allá de ser un placebo para tranquilizar al público con escasos efectos reales. No obstante, además de plantear controles en los aeropuertos europeos, las autoridades de

la UE ya han tomado conciencia de que, para evitar la presencia del virus en su territorio, es necesario combatirlo en África. Los ministros de Exteriores europeos se reunieron ayer para estudiar una respuesta conjunta a esta crisis con una inyección de 1.000 millones de euros del presupuesto comunitario para detener la propagación de la enfermedad.

¿SON SUFICIENTES 21 DÍAS COMO PERIODO DE CUARENTENA PARA EL ÉBOLA?

octubre 20/2014 (NCYT). En un estudio realizado por Charles N. Haas, profesor en la Universidad Drexel en Filadelfia, Pensilvania, Estados Unidos, y cuyos resultados se han publicado en la revista académica *PLOS Currents* (Outbreaks), se plantea la posibilidad de que el plazo de 21 días que está aceptado como periodo de cuarentena para la infección por el virus del Ébola pueda resultar insuficiente en algunos casos.

A medida que el personal médico y las autoridades sanitarias responden a los primeros casos de Ébola que se han dado a conocer en países como Estados Unidos y España, se están reexaminando muchos de los procedimientos de seguridad para afrontar la amenaza del virus y evitar que se propague. Uno de los principios para minimizar el riesgo de la propagación de la enfermedad ha sido el período de cuarentena de 21 días para las personas que podrían haber sido expuestas al virus. Pero la citada investigación del profesor Haas sugiere que 21 días podrían no ser suficientes para prevenir completamente dicha propagación.

En su estudio, Haas ha revisado las cosas que la comunidad científica aprendió con las epidemias del virus del Ébola de 1976 en Zaire y del 2000 en Uganda, y las ha comparado con los conocimientos adquiridos en los primeros 9 meses de la actual epidemia.

En aquellas dos epidemias pasadas, los datos recogidos por la Organización Mundial de la Salud dieron cuenta de un período de incubación de 2 a 21 días para el

virus, lo que significa que después de 21 días, si la persona no ha presentado síntomas, probablemente ya no estará infectada ni será contagiosa.

Sin embargo, examinando de forma más amplia los datos de otras epidemias de Ébola, la del Congo en 1995 y la actual en África Occidental, se percibe una desviación cuyo alcance se halla entre el 0,1 y el 12 %, según Haas. Esto significa que podría haber hasta un 12 % de posibilidades de que alguien pudiera estar infectado incluso después de la cuarentena de 21 días. "Si bien el valor de 21 días de cuarentena, usado actualmente, puede surgir de la interpretación razonable de los primeros datos de la epidemia, este trabajo sugiere que es necesaria una reconsideración y que 21 días podrían no proteger suficientemente la salud pública", declara Haas.

Haas, quien posee una amplia experiencia en el análisis del riesgo de transmitir patógenos biológicos, explica que estos períodos de cuarentena deberían ser determinados a través de una valoración del coste de poner en práctica la cuarentena extra frente al coste de dar de alta a los individuos expuestos. Considerar el balance potencial entre costes y beneficios a medida que se extiende el tiempo de cuarentena debería ser lo que guíe a las autoridades sanitarias a la hora de determinar el tiempo apropiado. Obviamente, con enfermedades muy contagiosas y potencialmente mortales, el coste de cometer una equivocación al quedarse cortos cuando se determine una cuarentena es extremadamente alto.

CONFIRMADO PRIMER CASO DE ÉBOLA EN NUEVA YORK.

El afectado fue admitido en el hospital Bellevue que encabeza la lista de centros médico que atienden casos de Ébola.

Un médico neoyorquino que había estado cuidando enfermos de Ébola en Guinea trajo el virus consigo y se convirtió en el primer caso en Nueva York, una ciudad que lleva meses preparándose para una situación como ésta. Craig Spencer, de 33 años, que había trabajado con Médicos sin Fronteras en ese país africano, ha quedado aislado en el hospital neoyorquino de Bellevue horas después de que comenzara a sentir los primeros síntomas.

En una rueda de prensa que ofrecieron anoche autoridades de la ciudad y del estado se conocieron detalles sobre el caso, las medidas adoptadas y cómo fueron las últimas horas antes de que el profesional quedara aislado en un hospital.

El caso del médico es el cuarto que se diagnostica en Estados Unidos, sin incluir un camarógrafo al que se le detectó la infección en Liberia y que fue trasladado a Estados Unidos para que se recuperara en este país. Los tres casos diagnosticados anteriormente fueron en Dallas, donde hubo el único fallecido, un liberiano que estaba visitando a sus familiares. Nueva York se había salvado hasta ahora a pesar de que estaba especialmente expuesta.

Según las autoridades estadounidenses, de los 150 viajeros procedentes de Liberia, Sierra Leona o Guinea que llegan diariamente a Estados Unidos como promedio, la mitad lo hacen por el aeropuerto JFK de Nueva York.

Spencer volvió el 17 de octubre

Allí fue precisamente donde el pasado 17 de octubre aterrizó el avión de Craig Spencer, quien había salido de Guinea tres días antes y tras una escala en Europa. Teniendo en cuenta que es un profesional médico y que conocía de cerca la

enfermedad, Craig se tomaba la temperatura dos veces al día para revisar si tenía síntomas.

Hizo una vida normal desde que regresó a Nueva York. **Estuvo corriendo en una ocasión unos cinco kilómetros, jugó a los bolos, viajó en el metro y se juntó con su prometida y con otros tres amigos, que ahora están bajo vigilancia.** Comió en un restaurante y también estuvo en un jardín del centro de Manhattan montado sobre unas vías férreas. Todo ello sin que Craig desarrollara síntomas, aunque seguía pendiente de cualquier señal.

En la mañana del jueves, el médico comenzó a sentir fiebre y otros síntomas del Ébola. Avisó a Médicos Sin Fronteras y comenzó el operativo para que fuera trasladado por equipos especiales hasta el hospital Bellevue. Antes de ello, cerró con llave su apartamento, donde nadie ha vuelto a entrar, y se puso a disposición de las autoridades, hasta entregando su abono del metro para que pudieran revisar sus movimientos.

Algo importante, porque los neoyorquinos se preocupan mucho por las enfermedades que se pueden transmitir en el metro. En la rueda de prensa de anoche hubo varias preguntas para saber si los viajeros que coincidieron con el médico en el suburbano pudieron verse infectados.

“Las posibilidades de que el neoyorquino medio contraiga el Ébola siguen siendo muy muy pequeñas”, afirmó en la rueda de prensa el alcalde de Nueva York, Bill de Blasio, primero en inglés y luego en español para que se dieran todos por enterados.

De Blasio, que estaba acompañado por, entre otros, el gobernador del estado, Andrew Cuomo, reiteró que **el Ébola sólo se contagia cuando hay síntomas y por medio de fluidos,** y el médico infectado no expulsó nada mientras viajó por el metro.

El gobernador Cuomo reconoció que para los neoyorquinos puede ser especialmente preocupante este caso. “Es un lugar muy denso”, dijo el gobernador del estado, que el próximo 4 de noviembre busca su reelección para un segundo mandato de cuatro años.

De momento, el médico que trabajó en Guinea **está aislado**. Sus amigos y su prometida bajo observación, y aunque como

no presentan síntomas las autoridades dijeron anoche que no les han hecho ninguna prueba para saber si se han contagiado. Pero, a pesar de que las autoridades pidieron que no cunda el pánico, que los equipos médicos llevan semanas entrenándose y que hay hospitales preparados para la epidemia, Nueva York es grande, muy poblada y también proclive a histerias colectivas.

VIRUS CHIKUNGUNYA - FRANCIA (MONT): CASOS AUTÓCTONOS, GRUPO FAMILIAR.

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

La Organización Mundial de la Salud (OMS) fue notificada por el gobierno francés en cuatro casos de fiebre chikungunya registrado en la misma familia que vive en la ciudad de Montpellier. Los casos fueron confirmados por el laboratorio francés de referencia el 20 de este mes. Esta es la primera vez que el país registró la transmisión local de chikungunya desde 2010.

Según la OMS, las cuatro infecciones se produjeron en la misma familia, desarrollaron síntomas entre el 20 de septiembre y 12 de octubre. Las personas infectadas viven en un pueblo cercano donde había un caso de chikungunya importados de Camerún.

La organización señaló que la familia no tiene antecedentes de viajes y permaneció en el distrito donde usted reside en los 15

días anteriores a la aparición de los síntomas. También de acuerdo con la OMS, las autoridades francesas comenzaron da la bienvenida a las siguientes estrategias de salud pública en un intento de controlar la propagación del virus: el control de vectores para evitar más casos de transmisión local; conciencia acerca de los signos y síntomas de la enfermedad, sobre dónde buscar ayuda y cómo prevenirlo; y educar a los profesionales de la salud sobre cómo manejar los casos. La fiebre chikungunya es raramente fatal y enfermedad viral transmitida por mosquitos infectados. Los síntomas incluyen fiebre alta y dolor de cabeza, con dolor en las articulaciones importantes y que pueden persistir durante varias semanas. Los síntomas comienzan a aparecer entre cuatro y siete días después de la picadura.

POLIOMIELITIS - AFGANISTÁN (KAN): NUEVOS CASOS.

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

Los equipos médicos afganos detectaron tres nuevos casos de polio en la sureña provincia de Kandahar, lo que eleva a trece el número de infectados descubiertos en lo que va de año, informó hoy una fuente oficial.

De los tres nuevos casos, uno fue diagnosticado en la ciudad de Kandahar, capital de la provincia de mismo nombre, mientras que los otros dos se localizaron en los distritos de Dand y Panjwai, dijeron fuentes sanitarias al canal local ToloNews. La mayoría de los brotes en Afganistán se dan en zonas que, como Kandahar, son fronteras con Pakistán, país que en lo que va de 2014 registró el mayor número de infecciones por polio en 14 años con más de 200 desde enero.

Por ello, el Gobierno afgano cuenta con personal sanitario en los puestos fronterizos para chequear a los niños que cruzan, si bien muchos inmigrantes sin vacunar

pasaron a Afganistán desde la región paquistaní de Waziristán del Norte.

Así lo confirmó el director del Departamento de Salud Pública de la provincia de Khost, quien advirtió de que estos paquistaníes trajeron la polio a su región, desde donde se podría extender a otras zonas del país islámico, según publica ToloNews. Pakistán, Afganistán y Nigeria son los únicos tres países del mundo donde aún es endémica la polio, que ataca el sistema nervioso central y que es imposible curar pero muy fácil de prevenir mediante inmunización oral.

En Afganistán la situación ha mejorado desde que los talibanes cambiaron su política el año pasado y dejaron de obstaculizar las vacunaciones. De esa forma, el número de enfermos ha ido descendiendo:

80 casos en 2011, 37 en 2012 y 13 el pasado año.

!! Saludos y bienvenidos al Boletín Epidemiológico del IPK !!

Este boletín se edita, semanalmente, en la Subdirección de Vigilancia Epidemiológica y es un producto del Instituto "Pedro Kourí" (IPK). Se elabora a partir de los datos proporcionados por las Direcciones Provinciales de Salud del país, acerca de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) como: Fiebre Tifoidea, Tuberculosis, Lepra, Meningitis Meningocócica, Tétanos, Sífilis, blenorragia, etc. Se incluyen datos actualizados acerca de la morbilidad, mortalidad, letalidad, etc. de enfermedades

relevantes en los momentos actuales. En nuestro Boletín Epidemiológico puede encontrar informaciones y noticias muy actualizadas acerca de lo más interesante sobre Epidemiología, VIH/SIDA y Medicina, en general, que llegan a las agencias de prensa internacionales. Se promocionan, además, cursos, eventos, talleres, etc. de las especialidades Biomédicas, que se llevarán a cabo en nuestro Centro y otros existentes en nuestro país.

Enfermedades de Declaración Obligatoria: Meningitis bacteriana.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 18/10/14.

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014 *
PINAR DEL RIO	-	1	12	4	2.70	0.91
ARTEMISA	-	-	3	4	1.19	1.64
MAYABEQUE	-	-	2	1	0.79	0.40
LA HABANA	2	1	61	70	3.98	4.53
MATANZAS	-	-	20	12	3.03	1.81
VILLA CLARA	-	3	11	14	1.50	1.95
CIENFUEGOS	-	-	5	9	1.96	3.59
S. SPIRITUS	-	-	9	4	3.00	1.35
CIEGO DE AVILA	-	-	10	12	3.30	3.96
CAMAGÜEY	-	-	2	-	0.26	0.26**
LAS TUNAS	-	-	7	8	1.30	1.52
HOLGUIN	-	-	14	12	1.83	1.58
GRANMA	-	-	3	6	0.72	1.44
SANTIAGO DE CUBA	-	1	29	30	3.81	3.93
GUANTANAMO	-	-	14	19	3.32	4.56
ISLA DE LA JUVENTUD	-	-	2	-	2.31	2.31**
CUBA	2	6	204	205	2.42	2.45

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: 22/10/14.

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Alimentos	7	6	323	303	2.87	2.71
Ciguatera *	1	1	36	32	0.32	0.29
Hepatitis viral **	-	-	2	4	0.02	0.04
EDA	-	-	12	4	0.11	0.04
IRA	1	4	74	45	0.66	0.40
Agua	-	-	12	8	0.11	0.07
Varicela	-	-	46	27	0.41	0.24

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: 18/10/14.**

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	-	-	-	._**
SHIGELLOSIS	9	4	373	266	4.00	2.87
D. AMEBIANA AGUDA	1	-	52	51	0.57	0.56
TUBERCULOSIS	7	7	527	516	6.13	6.05
LEPRA	2	2	194	157	2.03	1.65
TOSFERINA	-	-	-	-	-	._**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	13240	7646	509682	379278	5573.28	4179.32
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	5	9	0.08	0.15
MENINGOCOCCEMIA	-	-	4	2	0.04	0.02
TÉTANOS	-	-	2	1	0.02	0.01
MENINGITIS VIRAL	32	27	1343	3094	16.51	38.32
MENINGITIS BACTERIANA	2	6	204	211	2.42	2.52
VARICELA	184	199	14370	10149	143.66	102.25
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	._**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	._**
HEPATITIS VIRAL	5	11	381	313	4.13	3.42
PAROTIDITIS	-	-	-	-	-	._**
PALUDISMO IMPORTADO	-	-	11	-	0.11	0.11**
LEPTOSPIROSIS	3	-	103	134	2.02	2.65
SÍFILIS	72	96	2525	3144	29.26	36.72
BLNORRAGIA	97	71	3830	3408	42.16	37.80
INFECC. RESP. AGUDAS	151771	161058	4847488	4641740	54669.00	52752.39

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 (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>