



# 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](mailto: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

<b>Malaria - Venezuela: aumento explosivo de casos.....</b>	<b>57</b>
<b>Enfermedades contagiosas: ineficiencia de controles de viajeros en aeropuertos .....</b>	<b>58</b>
<b>Leptospirosis - Perú: (anc) muerte de hermanos , sobrepoblación de roedores.....</b>	<b>59</b>
<b>Meningitis, meningocócica- Tailandia: chachoengsao, fatal.....</b>	<b>59</b>
<b>Influenza A - India: epidemia, mutaciones asociadas a virulencia.....</b>	<b>61</b>
<b>Anuncio: XIV Curso Internacional de Dengue. La Habana, Cuba, 10-21 de agosto de 2015.....</b>	<b>62</b>
<b>Tablas:.....</b>	<b>63</b>

## MALARIA - VENEZUELA: AUMENTO EXPLOSIVO DE CASOS.

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

En las primeras 9 semanas del año se reportaron 21.609 casos de malaria en el país. Entre el 1° y el 7 de marzo de 2015 se contaron 2.210 nuevos eventos en 9 estados del país, lo que representa un incremento de 71,4% con respecto al mismo período de 2.014. El Boletín de Salud Ambiental, del Ministerio de Salud, señala que el estado más afectado sigue siendo Bolívar con 86,6% de los reportes. Respecto al Índice Parasitario Anual, indicador que se refiere al número de personas afectadas por la enfermedad en áreas donde se mantiene activo el virus, fue de 21,1 por cada 1.000 habitantes.

El Ministerio de Salud notificó que el estado Sucre incrementó su número de casos por lo que elevó su situación a la calificación de epidemia.

La Red Defendamos la Epidemiología Nacional de la Sociedad Venezolana de Salud Pública advirtió que si no se controlan las infecciones el año podría superar los registros de 2014.

"De continuar la tendencia observada en las primeras 9 semanas epidemiológicas, podemos esperar que el número supere ampliamente los 100.000 casos acumulados, a final del año", señaló.

## ENFERMEDADES CONTAGIOSAS: INEFICIENCIA DE CONTROLES DE VIAJEROS EN AEROPUERTOS.

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

El control de explosivos y armas parece ser bastante efectivo en los aeropuertos, ¡y qué bueno!, pero donde parecen estar flojos es en identificar a la gente que viaja enferma, algo que también representa peligro para los ciudadanos del destino donde aterrizan.

Según resultados de estudios científicos, en los cotejos de viajeros infectados con enfermedades contagiosas a menudo no se detectan la mitad, una falla que está estrechamente vinculada a la deshonestidad de las personas. Los pasajeros muchas veces mienten en la información que ofrecen sobre si estuvieron expuestos a alguna enfermedad.

Los investigadores de la Universidad de California en Los Ángeles

(UCLA) y la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres identificaron, según reseñado en el portal EurekaAlert, cómo hacer el cotejo de la manera más eficaz. Entre las opciones que presentaron está, por ejemplo, emplear los recursos de detección en la llegada y no la salida

"Encontramos que para enfermedades con un periodo de incubación largo como el virus de Marburgo o el Ébola, tomar la temperatura del paciente para ver si tiene fiebre es inútil en el inicio de la epidemia", indicó Katelyn Gostic, estudiante graduada del laboratorio Lloyd-Smith, en UCLA.

Para la fase temprana de enfermedades que son epidemias, los cuestionarios son el método de detección más eficaz... si los pasajeros dicen la verdad.

"Con enfermedades como la gripe porcina que toma menos tiempo de incubación, la detección de fiebre es el método más eficiente", añadió Gostic.

Tomar la temperatura de los pasajeros al llegar a su destino ha sido criticado por considerarlo ineficaz, pero los científicos encontraron que se pueden detectar casos que se "escaparon" en el cotejo de salida. Los termómetros infrarrojos que toman la temperatura sin contacto solo detectan fiebre en el 70 por ciento de los casos, además de que durante el vuelo un pasajero puede desarrollar síntomas que no tenía a la salida.

Entender cómo se desarrolla cada enfermedad es esencial para mejorar su detección, pero en la investigación también se encontró que, si acaso, solo el 25 por ciento de las personas fueron honestas sobre su exposición a la influenza durante la pandemia de 2009. Algunas, incluso, pueden haber tomado medicamentos para ocultar los síntomas.

Aunque el cotejo a la llegada es un buen intento por mejorar, todavía falta encontrar cómo lograr que los pasajeros digan la verdad.

### LEPTOSPIROSIS- PERÚ: (ANC) MUERTE DE HERMANOS , SOBREPoblación DE ROEDORES.

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

Dos menores de edad procedentes del caserío de Cochapeti, en el distrito de Cáceres del Perú, provincia del Santa, en Áncash, fallecieron luego de contraer la enfermedad de leptospirosis, que es contagiada por roedores, informaron las autoridades de salud.

Los hermanos (ambos menores de edad), llegaron hasta el hospital regional Eleazar Guzmán Barrón, del distrito de Nuevo Chimbote, en la quincena de enero de este año; sin embargo, ayer por la tarde el director del nosocomio, Eduardo Guzmán, informó que fallecieron.

"El varón, de 17 años, ha fallecido en el hospital, y la mujer, de 14, en Lima, porque fue trasladada hasta allá", informó a la prensa.

El galeno relató que los pacientes ingresaron presentando fiebre alta,

decaimiento corporal y dolores abdominales.

Guzmán informó que debido a estos casos ha enviado un informe a la Red de Salud Pacífico Norte para que se tomen acciones inmediatas y se pueda determinar, a través de estudios clínicos, si lo menores contrajeron el mal por una mordedura de ratas. "Se recomienda también que visiten el colegio donde estudiaban, así como sus viviendas. De ser el caso, hemos sugerido labores de fumigación", comentó.

La noticia ha puesto en alerta a la población del Santa, ya que en la víspera la jefa de Salud Ambiental de la Red de Salud Norte, Mercedes Lozada, informó que producto de labores de monitoreo han detectado una sobrepoblación de ratas en dos mercados de Chimbote, en donde se ha recomendado la inmediata fumigación.

### MENINGITIS, MENINGOCOCICA- TAILANDIA: Chachoengsao, FATAL.

Tomado de: [Promed-mbds@promedmail.org](mailto:Promed-mbds@promedmail.org)

Brote poco probable después de la muerte de la mujer de Camboya en Chachoengsao La mujer camboyana que murió en la provincia de Chachoengsao [de Tailandia] tenía la enfermedad meningocócica, según el gobernador provincial Anukul Tangkhananukulchai y funcionarios provinciales de salud.

La mujer murió el [04 de marzo 2015] después de que ella fue admitida en Bhudda Sothorn-hospital en el distrito de Muang con síntomas meningocócicas similares. Los resultados de las pruebas de laboratorio confirmaron que tenía el meningococo tipo B bacterias cuya cepa fue encontrada en Tailandia.

La muerte de la mujer aún no había sido considerada como un brote, se le dijo al público para no entrar en pánico.

Director Bhudda Sothorn-Hospital Dr Weerasak Anutara-angkun dijo que el hecho de que la mujer trabajaba en un restaurante local no significaba que se había extendido la enfermedad, porque esta bacteria muere a los 5 minutos. Así, la enfermedad no puede propagarse tan fácilmente, excepto en el caso de la exposición cercana a los fluidos corporales del paciente. Dijo que este germen en particular se puede encontrar en las personas de cuerpo normal, pero no causa la enfermedad si el sistema inmunológico de la persona es normal.

"Período de incubación de la enfermedad es de 2 días o hasta 10 días. Si hubo un brote, que había oído hablar de un nuevo paciente, casi 10 días después, por lo tanto, creemos que no hay ningún brote en Chachoengsao", agregó.

La meningitis meningocócica es una forma de meningitis bacteriana, una infección grave de las meninges que afecta a las membranas del cerebro. Puede causar graves daños cerebrales y es mortal en el 50 por ciento de los casos si no se trata. Varias bacterias diferentes pueden causar meningitis. *Neisseria Meningitidis* es el que tiene el potencial de causar grandes epidemias.

Hay 12 serogrupos de *N. meningitidis* que han sido identificados, de los cuales 6 (A, B, C, W, X, e Y) puede causar epidemias.

Distribución geográfica y potencial epidémico difieren según serogrupo (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs141/en/>).

La enfermedad se transmite por contacto de persona a persona a través de gotitas respiratorias de personas infectadas. Hay 3 principales formas clínicas de la enfermedad: el síndrome meníngeo, la forma séptica y neumonía. El inicio de los síntomas es repentino y la muerte puede seguir en cuestión de horas. Del 10 al 15 por ciento de los sobrevivientes quedan con defectos neurológicos persistentes, incluida la pérdida de la audición, trastornos del habla, pérdida de extremidades, retraso mental y parálisis.

*N. meningitidis* habita en la membrana mucosa de la nariz y la garganta, donde por lo general no causa ningún daño. El 5 ó el 10 por ciento de una población pueden ser portadores asintomáticos. Las siguientes aerolíneas son cruciales para la propagación de la enfermedad como la mayoría de los casos se adquieren a través de la exposición a los portadores asintomáticos. Disminución de la inmunidad de la población contra una cepa particular favorece las epidemias, al igual que las condiciones de hacinamiento y climáticos como las estaciones secas o prolongada sequía y tormentas de polvo. Fumar, lesiones de la mucosa y las infecciones respiratorias concomitantes son considerados factores de riesgo que pueden contribuir al desarrollo de la enfermedad. La enfermedad afecta principalmente a los niños pequeños, pero también es común en niños mayores y adultos jóvenes.

La enfermedad se presenta esporádicamente en todo el mundo con las variaciones

estacionales y representa una proporción de meningitis bacterianas endémicas. Sin embargo, la mayor carga de la enfermedad se debe a las epidemias cíclicas que se producen en el cinturón africano de la meningitis.

Hay 3 tipos de vacuna disponible:

1. Las vacunas de polisacáridos han estado disponibles para prevenir la enfermedad por más de 30 años. Vacunas de polisacáridos de meningococos están disponibles ya sea bivalentes (grupos A y C), trivalente (grupos A, C y W), o tetravalentes (grupos A, C, Y y W) formas para controlar la enfermedad.

2. Para el grupo B, las vacunas de polisacáridos no puede desarrollarse, debido al mimetismo antigénico con polisacárido en los tejidos neurológicos humanos. La primera vacuna contra NmB, a partir de una combinación de 4 componentes de la proteína, fue lanzada en 2014.

3. Desde 1999, las vacunas conjugadas contra el meningococo del grupo C han estado disponibles y ampliamente utilizado. Tetravalente A, C, Y y W vacunas conjugadas han sido autorizadas desde el año 2005 para su uso en niños y adultos en Canadá, Estados Unidos de América, y Europa.

A veces, la enfermedad puede ser reconocido por sus lesiones cutáneas típicas (necrótico púrpura / erupción hemorrágica) difundir relativamente rápido junto con la apariencia septicémica del paciente.

Vamos a ser más seguro si todos los contactos cercanos (independientemente de su

paradero) con el caso índice se mantienen saludables después de que el período de incubación, ya que pueden viajar más allá de la provincia de Chachoengsao inadvertidamente después de la exposición.

Se supone que la inexistencia de un brote es el resultado de una investigación de la enfermedad de una buena y activa respuesta a los diferentes niveles de vigilancia y equipos de respuesta rápida (SRRTs) miembros en Tailandia, sede del Programa de Capacitación en Epidemiología de Campo Internacional (PEP) y la Asociación de Naciones del Sudeste Asiático (ASEAN) Campo Red de Formación Epidemiología (FETN)

## INFLUENZA A - INDIA: EPIDEMIA, MUTACIONES ASOCIADAS A VIRULENCIA.

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

Los más de 1,500 muertos que a la fecha ha causado el brote de influenza en la India infunden preocupación en el mundo porque puede tratarse, informa un boletín del Massachusetts Institute of Technology (MIT), de una mutación de la H1N1 más peligrosa que la que causó estragos internacionales (por ejemplo en México) en el 2009. La cifra de muertes se ha acumulado desde diciembre, y el estudio del MIT contradice a las autoridades sanitarias indias, que sostienen que no se trata de una nueva mutación del virus.

En los últimos dos años sólo un par de secuencias genéticas de la proteína hemaglutinina (una parte del virus) se ha subido a la base de datos públicos sobre influenza. Y el estudio encuentra que han mostrado variaciones que pueden hacer más letal al virus de influenza.

Los investigadores dicen que es difícil saber cuál de las dos es la que está causando el brote actual en India, que ha infectado a por lo menos 20,000 personas hasta ahora.

La hemaglutinina se adhiere a la superficie de las células respiratorias, y la fuerza de esa adherencia determina la potencia con la que el virus puede infectar esas células.

Los científicos del MIT declaran que todavía hay muy poca información sobre este posible nuevo virus, pero que una vigilancia rigurosa es necesaria para evitar una nueva epidemia mundial.

Hace falta establecer una estrategia para responder a este nuevo virus, afirman en el boletín, pues la desinformación está causando pánico entre la población.

Para vencer a la histeria, vigilancia más rigurosa

Los autores del estudio declaran que esta nueva mutación del virus de la influenza requiere una vigilancia rigurosa para evitar un brote tan letal como el de la H1N1 en el 2009, que cobró la vida de más de 18,000 enfermos a nivel mundial entre los años 2009-2012.

Ram Sasisekharan, líder del grupo de investigadores del MIT, afirma que el monitoreo de esta cepa de la enfermedad es apremiante, pues se necesita vencer la paranoia y la histeria que la falta de información está causando en India. "Lo que tratamos de lograr", dice el científico, "es vencer la paranoia y angustia que prevalece en la población, y hacer que la gente se entere de lo que en realidad debe preocuparse. Tenemos que entender la patología y su severidad en vez de sólo basarnos en información anecdótica", asegura.

Tener información precisa sobre esta nueva variante de la influenza ayudará a que las autoridades sanitarias sepan exactamente qué medicinas utilizar y para diseñar una vacuna efectiva para la próxima época de influenza estacional.

## **ANUNCIO: XIV CURSO INTERNACIONAL DE DENGUE. LA HABANA, CUBA, 10-21 DE AGOSTO DE 2015.**

El Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Estudio del Dengue y su Vector del Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri", la Sociedad Cubana de Microbiología y Parasitología, el Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba y la Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud tienen el placer de anunciar que del 10 al 21 de agosto de 2015 se efectuará la 14va edición del Curso Internacional de Dengue.

Como ya es tradición, durante el curso se actualizará la situación epidemiológica del dengue a escala mundial y regional y se debatirán temas de interés como el manejo clínico de los pacientes, el control del vector, los avances en las investigaciones en dengue en los temas de patogenia, vacunas, desarrollo de antivirales, genética del individuo, el virus y el vector, nuevas herramientas de control del vector, la

### **TEMÁTICAS DEL CURSO**

A través de sesiones teóricas y prácticas, se cubrirán los principales aspectos relacionados con el dengue (clínica, epidemiología, virología e inmunología, control del vector, factores ambientales de riesgo y participación comunitaria). Además, se discutirá la influencia del cambio climático en la transmisión, el estado de implementación de la nueva clasificación clínica de casos, las nuevas oportunidades en el diagnóstico, los avances y retos en el desarrollo de vacunas y antivirales, los nuevos conocimientos en la patogenia de la enfermedad incluyendo la influencia de los factores inmunogenéticos, la evolución viral, la vigilancia integrada, dificultades, opciones y retos del control, aspectos económicos en el dengue, resistencia a insecticidas, el ambiente, los sistemas de salud y dengue entre otros.

Se actualizarán también las iniciativas internacionales en curso y su impacto.

Durante la primera semana del curso, se impartirán conferencias magistrales así como mesas redondas y simposios en los temas de clínica, enfrentamiento a la emergencia, diagnóstico, patogenia, vacunas, drogas antivirales, control integrado y otros arbovirus emergentes.

influencia del cambio climático en el dengue, el enfrentamiento de las emergencias entre otros aspectos de interés. Las nuevas iniciativas internacionales y su impacto serán también presentados.

Como parte del curso se organizarán dos cursos paralelos, uno sobre Modelación Matemática para pronóstico de dengue y del impacto de las intervenciones y otro de Vacunología de dengue

### **OBJETIVO DEL CURSO**

El objetivo del Curso es que los participantes: médicos, virólogos, inmunólogos, sociólogos, epidemiólogos, entomólogos, administradores de salud, entre otros interesados en el tema, junto a profesores de prestigiosas instituciones nacionales e internacionales debatan los aspectos más relevantes y actuales de esta enfermedad y su control.

### **IDIOMAS OFICIALES**

Los idiomas oficiales del Curso son el Español y el Inglés. Se dispondrá de traducción simultánea en ambos idiomas durante las actividades teóricas.

**INSCRIPCIÓN:** Actividades Teóricas y Prácticas = \$ 800.00 CUC Incluye inscripción, material docente, cóctel de bienvenida y cena de despedida y participación en las actividades teóricas y prácticas.

Los participantes tendrán la oportunidad de asistir a las secciones teóricas o a las prácticas solamente o a ambas.

La cuota de inscripción para las actividades teóricas: 10 al 14 de agosto 2015 = 500.00 CUC La cuota de inscripción para las actividades prácticas: 17 al 21 de agosto 2015 = 400.00 CUC Fecha tope de inscripción: 20 de julio de 2015.

### **CONTACTO**

Prof. María G. Guzmán, MD, PhD, DrCs.

Jefa del Departamento de Virología  
Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri" (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: Lepra.**  
**Número de casos en la semana y acumulados hasta: 28/02/15.**

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015 *
PINAR DEL RIO	-	1	-	1	0.51	0.51**
ARTEMISA	-	-	-	-	0.82	0.82**
MAYABEQUE	-	-	1	2	1.35	2.63
LA HABANA	-	1	2	7	1.21	4.30
MATANZAS	-	-	-	-	1.29	1.29**
VILLA CLARA	-	-	1	2	1.02	2.03
CIENFUEGOS	-	-	-	1	2.00	2.00**
S. SPIRITUS	-	-	-	2	0.65	0.65**
CIEGO DE AVILA	-	-	4	3	6.36	4.69
CAMAGÜEY	2	-	3	4	2.08	2.77
LAS TUNAS	1	-	1	2	1.71	3.35
HOLGUIN	-	1	1	1	1.46	1.45
GRANMA	-	-	12	10	5.30	4.38
SANTIAGO DE CUBA	-	2	-	3	2.75	2.75**
GUANTANAMO	-	1	1	3	3.75	11.05
ISLA DE LA JUVENTUD	-	-	1	-	3.56	3.56**
CUBA	3	6	27	41	2.04	3.08

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.

**Algunos tipos de brotes notificados al SID. Cuba, hasta: 25/02/15**

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Alimentos	5	5	33	36	0.30	0.32
Ciguatera *	1	-	1	4	0.01	0.04
Hepatitis viral **	1	-	1	-	0.01	-
EDA	-	-	1	1	0.01	0.01
IRA	2	2	8	8	0.07	0.07
Agua	1	-	1	1	0.01	0.01
Varicela	1	5	6	20	0.05	0.18

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: 28/02/15.**

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	-	-	-	-.**
SHIGELLOSIS	10	12	96	70	4.03	2.92
D. AMEBIANA AGUDA	2	-	13	2	0.57	0.09
TUBERCULOSIS	8	14	99	111	6.18	6.89
LEPRA	3	6	27	41	2.04	3.08
TOSFERINA	-	-	-	-	-	-.**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	9084	6966	96612	57670	5616.26	3334.56
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	1	1	0.08	0.08
MENINGOCOCCEMIA	-	-	-	-	0.04	0.04**
TÉTANOS	-	-	-	-	0.02	0.02**
MENINGITIS VIRAL	26	29	190	239	16.63	20.81
MENINGITIS BACTERIANA	5	11	26	48	2.44	4.47
VARICELA	459	882	3150	4568	144.77	208.82
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	-.**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	-.**
HEPATITIS VIRAL	12	8	71	55	4.17	3.21
PAROTIDITIS	-	-	-	-	-	-.**
PALUDISMO IMPORTADO	-	-	2	1	0.11	0.05
LEPTOSPIROSIS	1	1	9	1	2.03	0.22
SÍFILIS	63	95	351	644	29.49	53.81
BLENORRAGIA	90	94	804	691	42.49	36.32
INFECC. RESP. AGUDAS	128757	154827	911781	1110867	55090.67	66760.74

**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**

<b>DIRECTOR:</b> Dr. Manuel E. Díaz González.	<b>JEFES DE INFORMACIÓN:</b>
<b>EDITOR:</b> DrC. Denis Verdasquera Corcho.	DraC. Belkys Galindo Santana (Epidemiología)
<b>PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO:</b> 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>