



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- 2490626](#)

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

Índice

Aspergilosis pulmonar crónica.....	105
Llaman a incorporar al zika en la agenda de salud sexual y reproductiva de la región.....	108
Acerca del Boletín Epidemiológico Semanal IPK.....	109
IV Curso Taller Internacional "Espirometras Habana 2016".....	110
Tablas:.....	111

ASPERGILOSIS PULMONAR CRÓNICA

Autores: Javier L. San Juan Galán, Carlos M. Fernández Andreu, Gerardo Martínez Machín, Mayda R. Perurena Lancha, Rosario Velar Martínez.
Correspondencia del autor: jlsanjuan9@ipk.sld.cu

Introducción

El género *Aspergillus* contiene más de doscientas especies y aproximadamente una veintena de ellas están informadas como agentes patógenos al hombre, entre las que destacan *A. fumigatus*, *A. flavus*, *A. niger*, *A. terreus* y *A. nidulans*[1]. Dentro de las formas pulmonares de la infección por *Aspergillus* se encuentran los aspergilomas, la aspergilosis pulmonar crónica (APC), la aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA) y la aspergilosis pulmonar invasiva (API)[2]. Según el Fondo de Acción

Global para Infecciones Fúngicas (en inglés GAFFI), se estima que más de 450 000 personas mueren al año a causa de APC, y a nivel global, su prevalencia tras una tuberculosis pulmonar oscila en 1,74 millones de personas [3].

Epidemiología

Aspergillus se distribuye globalmente en todos los ecosistemas. Está presente, de manera significativa, en la microbiota que conforma lo que comúnmente se denomina como "polvo"[4].

El principal agente etiológico de la APC es *A. fumigatus*[5]. A diferencia de otras formas de infección por *Aspergillus*, la APC se detecta en individuos inmuno competentes o con ligero inmuno compromiso y con algún tipo de padecimiento respiratorio subyacente como enfermedades respiratorias intersticiales, bronquiectasias idiopáticas, enfisema, individuos con lesiones post-tuberculosis pulmonar, fibrosis quística, sarcoidosis, neumoconiosis y otras condiciones como alcoholismo, tabaquismo, malnutrición o diabetes mellitus[6]. Su incidencia es significativamente elevada en pacientes con EPOC[7]. Cabe señalar que en estos individuos puede ocurrir una evolución a API cuando son tratados con corticosteroides[8]. No existen diferencias epidemiológicas en cuanto a sexo, ni rasgos étnicos y la infección se reconoce mayormente en pacientes adultos y de la tercera edad[9].

Diagnóstico

El cuadro clínico de la APC es variado, por lo que el enfoque para el diagnóstico se basa en la clínica, el examen radiológico y los resultados de las pruebas de laboratorio[10]:

Exámen clínico[10]

- Pérdida de peso, dolor en el pecho, tos productiva, en algunos casos hemoptisis y disnea, fiebre. Enfermedad conal menos tres meses de duración. Se debe descartar la posible infección por *Mycobacterium tuberculosis* u otras micobacterias patógenas.

Exámen radiológico[10]

- ✓ Radiografía de tórax y tomografía computarizada de tórax

- Expansión de cavidades y/o formación de nuevas cavidades con engrosamiento variable de paredes en pacientes con antecedentes de EPOC, formación o no de aspergiloma intracavitario (manifestación tardía de la APC), engrosamiento pleural y destrucción del parénquima, puede ocurrir fibrosis y empiema. Previo al aspergiloma puede observarse una capa de crecimiento fúngico que cubre el interior de la cavidad con textura irregular.

Exámenes de laboratorio[10]

- ✓ Cuantificación de marcadores inflamatorios
 - Proteína C reactiva y velocidad de sedimentación globular aumentadas, viscosidad del plasma incrementada.
- ✓ Aislamiento de *Aspergillus* spp. de lavados bronquioalveolares.
- ✓ Histología (observación de hifas septadas en corte de cavidad con inflamación crónica asociada y observación ocasional de fibrosis o granulomas en el área inflamada)
- ✓ Serología de IgG anti-*Aspergillus* (90 % de los casos con aspergiloma).
- ✓ Detección de galactomananos en lavados broncoalveolares (especificidad: 77,0 %; sensibilidad: 77,2 %).
- ✓ PCR para *Aspergillus*.

Tratamiento

En 2008 la Asociación Americana de Enfermedades Infecciosas emitió la guía terapéutica para el tratamiento de pacientes con aspergilosis y sus diferentes manifestaciones. Se recomienda el voriconazol o itraconazol (vía intravenosa) y de manera alternativa anfotericina B liposomal o del complejo lipídico (vía intravenosa), caspofungina (vía oral) y/o posaconazol o itraconazol (vía oral)[11].

Situación en Cuba

Nuestro país, por sus características geográficas, tiene una biodiversidad micológica muy amplia y el género *Aspergillus* está entre los de mayor frecuencia de aparición en los estudios de aeromicota urbana [12-14]. Sin embargo existe escasa información sobre la incidencia de la APC. El Laboratorio Nacional de Referencia de Micología del Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí" tiene como proyecciones futuras realizar un estudio detallado sobre la incidencia de la APC y otras micosis asociadas a la infección por *Aspergillus* en colaboración con diferentes hospitales del país.

Referencias bibliográficas

- Bernal - Martínez L, Alastruey - Izquierdo A, Cuenca - Estrella M. Diagnostics and susceptibility testing in *Aspergillus*. *Future Microbiology*. 2016; 11(2): 315-28.
- Kousha M, Tadi R, Soubani AO. Pulmonary aspergillosis: a clinical review. *European Respiratory Review*. 2011; 20(121): 156-74.
- Denning DW [página en internet]. Geneva, Switzerland, 2016 [actualizado 10/01/2016; citado 19/01/2016]. Disponible en: www.gaffi.org.
- Kwon-Chung KJ, Sugui JA. *Aspergillus fumigatus* —what makes the species a ubiquitous human fungal pathogen? *Plos Pathogens*. 2013; 9(12): 1-5.
- Gonçalves SS, Souza ACR, Chowdhary A, Meis JF, Colombo AL. Epidemiology and molecular mechanisms of antifungal resistance in *Candida* and *Aspergillus*. *Mycoses*. 2016; (1-22).
- Ohara S, Tazawa Y, Tanai C, Tanaka Y, Noda H, Horiuchi H, Usui K. Clinical characteristics of patients with *Aspergillus* species isolation from respiratory samples: Comparison of chronic pulmonary aspergillosis and colonization. *Respiratory Investigation*. 2016; 54: 92-97.
- Patterson KC, Streck ME. Diagnosis and treatment of pulmonary aspergillosis syndromes *Chest* 2014; 146(5): 1358-68.
- Godet C, Philippe B, Laurent F, Cadranet J. Chronic pulmonary aspergillosis: an update on diagnosis and treatment. *Respiration*. 2014; 88: 162-74.
- Denning DW, Pleuvry A, Cole DC. Global burden of allergic bronchopulmonary aspergillosis with asthma and its complication chronic pulmonary aspergillosis in adults *Med Mycol*. 2013; 51: 361-70.
- Denning DW, Cadranet J, Beigelman-Aubry C, Ader F, Chakrabarti A, Blot S, Ullman AJ, Dimopoulos G, Lange C, ESCMID, ERS. Chronic pulmonary aspergillosis: rationale and clinical guidelines for diagnosis and management. *Eur Respir J*. 2016; 47: 45-68.
- Walsh TJ, Anaissie EJ, Denning DW, Herbrecht R, Kontoyannis DP, Marr KA, Morrison VA, Segal BH, Steinbach WJ, Stevens DA, van Burik J, Wingard JR, Patterson TF. Treatment of aspergillosis: Clinical practice guidelines of the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2008; 46: 327-60.
- Almaguer M, Rojas-Flores TI. Aeromicota viable de la atmósfera de La Habana, Cuba. *NACC*. 2013; 20: 35-45.
- Rojas TI, Llanes N, Benítez M, Aira MJ, Malagón H. El género *Aspergillus* en la atmósfera de la Habana (Cuba). *Boletín Micológico*. 2007; 22: 41-46.
- Rojas TI, Martínez E, Aira MJ, Almaguer M. Aeromicota de ambientes internos: comparación de métodos de muestreo. *Boletín Micológico*. 2008; 23: 67-73.

LLAMAN A INCORPORAR AL ZIKA EN LA AGENDA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA REGIÓN.

Así lo señalaron expertos y funcionarios durante un encuentro en Buenos Aires. Destacaron la importancia de garantizar el acceso a la información y a una anticoncepción moderna frente a este virus que afecta a buena parte de las Américas.

Buenos Aires, 5 de abril de 2016 (OPS/OMS).- El derecho a la información y el acceso a una anticoncepción moderna son dos puntos claves para ayudar en la prevención y en una mejor respuesta al zika, un virus que se expandió de manera explosiva en las Américas y que puede llegar a Argentina, coincidieron hoy expertos y funcionarios del Ministerio de Salud de la Nación que participaron de la jornada "El zika en la agenda de salud sexual y reproductiva", organizada por la asociación FUSA, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

El zika, que afecta a buena parte de la región, ha sido asociado a complicaciones neurológicas, como el Síndrome de Guillain-Barré (SGB), y a casos de microcefalia en recién nacidos. El virus es transmitido principalmente por mosquitos, pero también se registraron algunos casos en los que la transmisión ha sido sexual.

"El mayor impacto neurológico se ha registrado cuando la mujer se infecta con el virus durante el primer trimestre del embarazo. Por eso es importante que la mujer prevenga la picadura del mosquito, que rocíe las cortinas con insecticidas, que use los repelentes permitidos, use ropa de mangas largas, redes o mosquiteros para las camas", señaló el doctor Rodolfo Gómez Ponce de León, asesor regional de Salud Reproductiva del Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP) de la OPS/OMS, durante el encuentro.

En áreas de transmisión de zika se recomienda a las mujeres que usen condones durante el embarazo y se realicen los controles correspondientes, sobre la base de la mejor información disponible. "Para que haya un comportamiento seguro, la persona debe contar con la información. Cada contacto con la mujer debe ser una oportunidad en la que debemos preguntarle si tuvo síntomas compatibles con el zika",

complementó el doctor René Castro, de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FLASOG).

De la reunión también participaron la subsecretaria de Atención Primaria de Salud de la Nación, Dora Vilar de Sarachaga, quien celebró la realización de este encuentro para preparar a los equipos de salud en este tema; y la coordinadora del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Silvia Oizerovich, quien moderó la primera mesa.

Además, participaron el director de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación, Raúl Forlenza; quien brindó un panorama sobre las acciones de vigilancia y prevención que lleva adelante el país; el asesor en Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles de la OPS/OMS en Argentina, José Moya; que hizo una presentación sobre la situación regional en relación al virus; y el consultor en Salud de la Mujer y Perinatal de la Organización en el país, Ariel Karolinski, quien moderó la segunda mesa.

"Estas enfermedades son expresión inequívoca de las desigualdades e inequidades sociales. No casualmente las más afectadas son las poblaciones vulneradas, mujeres pobres y de grupos étnicos expuestos. Por ello debe abordarse el problema desde el marco teórico de los determinantes sociales, desde una perspectiva de curso de vida, y contemplando aspectos de derechos, equidad, género y etnicidad. Así, se deben focalizar acciones en la etapa inicial del proceso reproductivo, garantizando acceso a métodos anticonceptivos modernos para evitar embarazos no planificados", señaló Karolinski. De este modo, disminuiría el potencial efecto dañino de la infección por zika en las semanas previas a la concepción y en las primeras semanas de embarazo temprano, reduciendo el potencial impacto en términos de malformaciones neurológicas, añadió.

Los expositores coincidieron en que se trata de promover intervenciones beneficiosas para reducir morbilidad materna y perinatal -como la educación sexual integral, anticoncepción de emergencia- evitando el costo individual, familiar y social que determina esta enfermedad.

El zika es un nuevo virus en la región que es transmitido por mosquitos, el mismo que transmite el dengue y chikungunya. Desde que en mayo de 2015 Brasil informó los primeros casos de transmisión local, el virus se ha extendido a 33 países y territorios de las Américas, situación que se agrava ante la posible asociación con casos de SGB y de microcefalia.

En el caso de Argentina, el 29 de febrero último notificó el primer caso de transmisión sexual en una mujer de Córdoba que no había viajado fuera del país, y que tuvo contacto sexual con una pareja que viajó a Colombia, uno de los países afectados. Hasta la fecha, no se ha detectado en Argentina transmisión autóctona del virus del zika a través del mosquito.

A raíz del crecimiento de casos de microcefalia y de otras malformaciones

neurológicas en países afectados por el zika, la directora general de la OMS, Margaret Chan, declaró el 1 de febrero pasado que se trata de una emergencia de salud pública de importancia internacional, luego de reunir las recomendaciones de un comité de expertos.

La OPS ha desarrollado una estrategia para ayudar a los países a mitigar el impacto del zika, a través del fortalecimiento de sus capacidades para detectar la introducción y propagación del virus, reducir las poblaciones de mosquitos, garantizar los servicios de salud necesarios, y comunicarse de manera efectiva con el público sobre los riesgos y las medidas de prevención.

Más información sobre el zika: www.paho.org/viruszika

Contacto de Prensa: Maricel Seeger 4319-4234 / 15 44114607

!! 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.

IV CURSO TALLER INTERNACIONAL “ESPIROQUETAS HABANA 2016”

Estimados receptores:

La Sociedad Cubana de Microbiología y Parasitología, el IPK, instituciones nacionales e internacionales han iniciado la organización del IV Curso-Taller Internacional “Espiroquetas Habana 2016”, a desarrollarse del 9 al 13 de mayo de 2016. El Curso Teórico se desarrollará los días 9, 10 y 11 de mayo en el Hotel Meliá Habana, e incluye la realización de dos simposios en las temáticas de leptospirosis y sífilis. Por su parte, el Taller Práctico tendrá lugar el 12 y 13 de mayo, en las instalaciones del IPK.

En este Curso-Taller participarán especialistas cubanos y extranjeros relacionados con los temas de Leptospirosis, Borreliosis y Sífilis, para debatir los resultados científicos y proyecciones relacionadas con la epidemiología, la clínica y la microbiología de estas enfermedades, y se abordarán de forma teórico-prácticas las actualizaciones de las temáticas sobre el diagnóstico microbiológico, clínico y vigilancia epidemiológica.

Estas actividades tienen como precedente el III Congreso Internacional de Leptospirosis, Borreliosis y Sífilis y el III Taller Internacional “Espiroquetas Habana 2014”, donde participaron especialistas y profesores de Europa, Australia y América, quienes impartieron conferencias magistrales, charlas, y clases teóricas-prácticas relacionadas con la microbiología,

la epidemiología y la clínica de estas espiroquetosis.

Los costos de inscripción son los siguientes:

Delegados extranjeros:

- Curso teórico (3 días): 400.00CUC
- Taller práctico (2 días): 300.00CUC
- Curso Teórico y Taller Práctico (5 días): 600.00CUC

Delegados nacionales:

- Curso Teórico y Taller Práctico: 300 CUP
- Curso Teórico: 250 CUP
- Taller Práctico: 150 CUP

Para delegados nacionales: la selección dependerá de cuotas asignadas por el Comité Organizador a la SCMP y a las Jefas de Programas de Zoonosis y de ITS-VIH-sida del MINSAP. Los responsables de listar los delegados nacionales serán la Dra. Lourdita Sánchez (peralsan@capiro.vd.sld.cu) por la SCMP, la Dra. Yusayma (Programa Zoonosis: yusaymacg@infomed.sld.cu) y la Dra. Maria Isela (Programa VIH-sida: lantero@infomed.sld.cu). No se aceptará un delegado nacional que no tenga aprobado un trabajo para presentar durante el evento. El alojamiento deberá gestionarse de manera personal.

Alojamiento y reservación para los delegados extranjeros (Favor contactar :Sra. Elda del Pino. Esp. Comercial. SOLWAYS Cuba. E-mail: elda.delpino@solways.com).

Hotel	Precios en USD por PAX/NOCHE	Plan	HABITACIÓN			
			Sencilla	Doble	Triple	Cena
Meliá Habana *****	Standard	CP	178	103	101	17
	Standard VISTA MAR	CP	190	110	108	17
	Standard THE LEVEL	CP	207	122	120	17
	Standard VISTA MAR THE LEVEL	CP	217	127	125	17
	Junior Suite THE LEVEL	CP	237	142	140	17
Memories Miramar Havana ****	Doble Superior	CP	89	64	62	20
	Deluxe	CP	104	79	76	20
	Senior Suite	CP	154	114	109	20
	Piso ejecutivo o Club Miramar					
	Doble Superior	CP	109	84	81	20
	Deluxe	CP	124	99	95	20
	Junior Suite	CP	139	109	104	20
Senior Suite	CP	179	139	133	20	
Hotel Quinta Avenida	Standard	CP	89	64	62	20
	Superior	CP	124	99	95	20
	Suite	CP	134	109	104	20

Enfermedades de Declaración Obligatoria: Shigelosis.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 09/04/16.

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016 *
PINAR DEL RIO	-	-	-	4	0.51	0.51**
ARTEMISA	-	-	3	2	2.12	1.46
MAYABEQUE	-	-	10	19	17.14	32.49
LA HABANA	1	1	18	17	4.15	3.92
MATANZAS	-	-	10	13	7.28	9.40
VILLA CLARA	-	-	-	-	0.13	0.13**
CIENFUEGOS	-	-	6	6	9.11	9.05
S. SPIRITUS	-	-	1	1	0.21	0.21
CIEGO DE AVILA	-	-	1	2	1.16	2.32
CAMAGÜEY	-	-	10	17	10.72	18.34
LAS TUNAS	4	3	75	79	72.96	76.66
HOLGUIN	-	-	1	-	1.25	1.25**
GRANMA	-	1	-	4	0.84	0.84**
SANTIAGO DE CUBA	-	-	1	21	1.99	41.88
GUANTANAMO	-	2	5	14	13.95	39.09
ISLA DE LA JUVENTUD	-	-	1	3	2.36	7.09
CUBA	5	7	142	202	7.57	10.79

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: 06/04/16.

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Alimentos	7	7	91	63	0.81	0.56
Ciguatera *	-	-	6	3	0.05	0.03
Hepatitis viral **	-	1	-	2	-	0.02
EDA	-	-	1	4	0.01	0.04
IRA	2	-	15	8	0.13	0.07
Agua	-	-	2	1	0.02	0.01
Varicela	8	2	51	26	0.45	0.23

Fuente: Sistema de Información Directo. Tasa x 100 000 habitantes, acumulada y ajustada al período.

Cuba, Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) Seleccionadas.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 09/04/16

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	-	-	0.01	0.01**
SHIGELLOSIS	5	7	142	202	7.57	10.79
D. AMEBIANA AGUDA	-	-	3	1	0.12	0.04
TUBERCULOSIS	14	7	165	154	5.57	5.21
LEPRA	4	5	61	47	1.80	1.39
TOSFERINA	-	-	-	-	-	._**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	4825	5084	92146	89547	3434.61	3343.75
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	3	-	0.09	0.09**
MENINGOCOCCEMIA	-	-	-	-	0.01	0.01**
TÉTANOS	-	-	-	-	-	._**
MENINGITIS VIRAL	66	52	522	604	33.67	39.03
MENINGITIS BACTERIANA	5	4	91	107	3.27	3.86
VARICELA	862	539	9923	5980	171.43	103.50
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	._**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	._**
HEPATITIS VIRAL	5	7	110	101	3.67	3.38
PAROTIDITIS	-	-	-	-	-	._**
PALUDISMO IMPORTADO	-	3	3	14	0.10	0.46
LEPTOSPIROSIS	-	1	2	10	0.52	2.58
SÍFILIS	87	130	1174	1295	40.69	44.96
BLenorragia	89	65	1179	1040	35.35	31.24
INFECC. RESP. AGUDAS	120407	121113	1861089	1886034	58977.85	59876.15

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. Belkys Maria Galindo Santana.	Dr. Salome Castillo Garcia (Epidemiologia)
PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO: Téc. Irene Toledo Rodríguez	Lic. Rolando Bistel Expósito (Licenciado en Comunicación Social).

Teléfono; (53-7) 2020625 y 2020652 Fax: (53-7) 2046051 y (53-7) 2020633

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