



DIRECCIÓN NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Dirección Postal: Inst. "Pedro Kourí". Apartado Postal 601 Marianao 13. La Habana, Cuba
e-mail: ciiipk@ipk.sld.cu

[ISSN- 2490626](https://doi.org/10.11606/S1518-8789.2016055000000)

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

Índice

OMS levanta emergencia de salud por Zika.....345
OMS recomienda establecer programas de trabajo para continuar el estudio del Zika y sus consecuencias asociadas.....346
Algunas personas infectadas de Ébola no presentan síntomas.....347
Virus del Nilo Occidental puede ser más mortal de lo que se cree.....347
Una píldora de acción ultra larga ayudaría a eliminar el paludismo.....348
Fiebre Amarilla en las Américas hasta el 9 de noviembre de 2016.....348
Acerca del Boletín Epidemiológico semanal. IPK.....349
Tablas:..... 351

OMS LEVANTA EMERGENCIA DE SALUD POR ZIKA

FUENTE: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
19 NOVIEMBRE 2016

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informó este viernes que el virus del Zika, transmitido por el mosquito *Aedes aegypti*, dejó ser una “emergencia de salud pública mundial”.

El comunicado de la OMS indicó que se mantendrá “un mecanismo técnico estable a largo plazo para organizar una respuesta global”, debido a que el Zika aún es “un problema muy importante a largo plazo” por su vínculo con la microcefalia (malformación congénita que provoca un retraso en el desarrollo intelectual).

“El Comité de Emergencias considera que el virus Zika y sus consecuencias siguen siendo un desafío para la salud pública

persistente e importante, que requiere de una acción intensa, pero que ya no representa un emergencia de salud pública tal y como las definen las normas internacionales de salud”, agrega el comunicado.

Al menos 23 países anunciaron desde 2015 casos el diagnóstico de microcefalias y de síndrome de Guillain-Barré (trastorno neurológico autoinmune) vinculados al Zika.

Fifth meeting of the Emergency Committee under the International Health Regulations (2005) regarding microcephaly, other neurological disorders and Zika virus (comunicado de la OMS, en inglés)

OMS RECOMIENDA ESTABLECER PROGRAMAS DE TRABAJO PARA CONTINUAR EL ESTUDIO DEL ZIKA Y SUS CONSECUENCIAS ASOCIADAS



La quinta reunión del Comité de Emergencias convocado por la Directora General en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005) acerca de la microcefalia, otros trastornos neurológicos y el virus del Zika se celebró por teleconferencia el día 18 de noviembre del 2016.

El Comité de Emergencias recomendó originalmente que se declarase una ESPII en febrero del 2016 sobre la base de un conglomerado inusual de casos de microcefalia y otros trastornos neurológicos notificados en Brasil, en la Polinesia Francesa, y una asociación geográfica y en el tiempo con la infección por el virus del Zika que requería una investigación urgente y coordinada.

Dado que la investigación ahora ha demostrado la conexión entre la infección por el virus del Zika y la microcefalia, el Comité de Emergencias consideró que ahora se necesita un mecanismo técnico sólido a más largo plazo para gestionar la respuesta mundial.

En consecuencia, el Comité de Emergencias opinó que el virus del Zika y las consecuencias asociadas siguen siendo un reto de salud pública significativo a largo plazo que requiere de una actuación intensa, pero que ya no representa una ESPII según la definición establecida en el RSI. Todavía deben comprenderse muchos aspectos de

esta enfermedad y las consecuencias asociadas, pero esto se puede lograrse mejor mediante la investigación sostenida. **El Comité recomendó que la respuesta se convirtiera en un programa sostenido de trabajo con recursos específicos a fin de abordar la naturaleza a largo plazo de la enfermedad y sus consecuencias asociadas.**

El Comité examinó las recomendaciones formuladas en sus reuniones anteriores y estuvo de acuerdo en que la OMS y los asociados las habían abordado sistemáticamente. Además, el Comité examinó y aceptó el plan de la transición de la OMS con respecto al virus del Zika formulado para establecer el mecanismo de respuesta a más largo plazo que permita lograr los objetivos estratégicos ya establecidos en el plan estratégico de respuesta a este virus. Sobre la base de esta orientación, la **Directora General declaró el final de la emergencia de salud pública de importancia internacional.** La Directora General emitió nuevamente las recomendaciones temporales de las reuniones anteriores del Comité, que se incorporarán en el mecanismo de respuesta a más largo plazo, y agradeció a los miembros del Comité y los asesores su orientación a lo largo del último año.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud

ALGUNAS PERSONAS INFECTADAS DE ÉBOLA NO PRESENTAN SÍNTOMAS.

Catorce personas infectadas por el virus de Ébola en Sierra Leona nunca estuvieron enfermas, constataron expertos, casi un año después del fin de la epidemia más virulenta de esta fiebre hemorrágica en África occidental. Según un estudio publicado recientemente, los científicos detectaron anticuerpos que neutralizan el virus del Ébola en su sangre, indicando que habían sido infectados en el pasado. Doce de esas catorce personas dijeron no haber tenido ningún síntoma durante el periodo de transmisión activa en sus comunidades. Las otras dos recuerdan haber tenido solamente fiebre cuando el virus estalló en la región. El virus del Ébola, que causa fiebre, vómitos y diarrea severa, ha dejado más de

11 000 muertos en dos años y generó pánico alrededor del mundo debido a su peligrosidad. La Organización Mundial de la Salud anunció este año el final de la epidemia en África occidental.

El estudio confirma anteriores sospechas de que la severidad de los síntomas de una infección por el virus del Ébola varía, y que algunas personas no muestran ninguna señal de la enfermedad, subrayó el doctor Gene Richardson, de la universidad de Stanford en California, principal autor de la investigación. noviembre 16/2016 (AFP) **Tomado del Boletín de Prensa Latina: Copyright 2016"Agencia Informativa Latinoamericana Prensa Latina S.A."**

VIRUS DEL NILO OCCIDENTAL PUEDE SER MÁS MORTAL DE LO QUE SE CREE.

noviembre 16/2016 (AFP). El virus del Nilo Occidental puede ser tres veces más mortal de lo que se cree, dado que muchas personas que lo padecieron murieron años después por complicaciones de salud asociadas a esta infección, según un estudio presentado este lunes.

La investigación se basó en el estudio de 4 144 personas de Texas y fue presentado en la conferencia anual de la American Society of Tropical Medicine and Hygiene en Atlanta, Georgia.

De este grupo de personas que se enfermaron con el virus del Nilo Occidental entre 2002 y 2012, 286 murieron en los tres primeros meses.

Otras 268 personas que sobrevivieron a la infección fallecieron en los siguientes 10 años por complicaciones asociadas al virus, indicaron los investigadores.

'Aunque entendemos que el foco actual está en el virus del Zika, para muchas personas en Estados Unidos el virus del Nilo Occidental es la amenaza actual más grave transmitida por mosquitos y esa amenaza puede persistir incluso para los pacientes que parecen haber sobrevivido a la infección', dijo el investigador Kristy Murray, de la Escuela de Medicina de Baylor y el Texas Children's Hospital.

En Estados Unidos, se considera que alrededor del 4 % de las muertes asociadas al virus del Nilo Occidental se produce en la fase aguda de la enfermedad, en los

primeros tres meses, según el organismo federal de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC).

En 80 % de los casos, el virus no genera síntomas. Sin embargo, algunas personas pueden padecer fiebre, erupciones en la piel, dolores en el cuerpo, vómitos o diarrea.

En algunos casos, también se padece inflamación cerebral o infecciones neurológicas. Y según el estudio, en Texas, las muertes prematuras se dieron en personas que habían tenido problemas neurológicos significativos desde el principio de la infección.

Según este estudio, el virus del Nilo Occidental puede causar problemas de salud años después de la infección.

'Durante varios años, hemos seguido a pequeños grupos de pacientes y sentíamos que muchos habían muerto prematuramente', señaló Murray.

El estudio tiene un margen de error de 13 %.

El virus del Nilo Occidental fue aislado en 1937 en Uganda y detectado después en Medio Oriente en los años 50. Se introdujo en 1999 en América del Norte donde se propagó rápidamente y causó cientos de víctimas, generalmente fallecidas a causa de una meningitis o una encefalitis. **Tomado del Boletín de Prensa Latina: Copyright 2016"Agencia Informativa Latinoamericana Prensa Latina S.A."**

UNA PÍLDORA DE ACCIÓN ULTRA LARGA AYUDARÍA A ELIMINAR EL PALUDISMO.

noviembre 17/2016 (diariomedico.com).

Un equipo de investigadores de Estados Unidos ha desarrollado una píldora que libera lentamente ivermectina, un posible tratamiento más efectivo contra el paludismo. Investigadores del Brigham and Womens's Hospital (BWH), en Boston y colaboradores del Instituto de Tecnología de Massachusetts han creado una cápsula que se ingiere y puede permanecer en el estómago durante dos semanas o más administrando el fármaco.

El artículo sobre este trabajo se publica en *Science Translational Medicine*.

El equipo experimentó en animales grandes y observó que la cápsula se mantuvo con seguridad en el estómago, liberando lentamente el fármaco durante 14 días o más. Según el estudio, las cápsulas contenían ivermectina, un compuesto usado para tratar infecciones parasitarias y mantener controladas a las poblaciones de mosquitos portadores de paludismo. El equipo aplicó el modelo matemático de la transmisión del paludismo y concluyó que los niveles de ivermectina durante un largo periodo podrían amplificar su eficacia. *"Cuando los pacientes tienen que recordar tomar un medicamento todos los días o varias veces al día, empezamos a ver cada*

vez menos adherencia al régimen. Ser capaz de tragar una cápsula una vez a la semana o una vez al mes podría cambiar la forma en que pensamos en la dispensación de medicamentos", ha dicho Giovanni Traverso, colaborador del estudio y gastroenterólogo e ingeniero biomédico en BWH y profesor de Medicina en la Escuela de Medicina de Harvard.

Los creadores de esta píldora prevén que otras enfermedades podrían beneficiarse de la administración de fármacos de larga duración, como por ejemplo la tuberculosis, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la diabetes y la epilepsia.

No sale del estómago La cápsula ha sido diseñada para que cuando llegue al estómago se despliegue en forma de estrella haciéndose demasiado grande para pasar a través del píloro, pero no para impedir que los alimentos continúen a través del sistema digestivo.

La cápsula contiene polímeros y otros materiales mezclados con la ivermectina para permitir que el fármaco sea liberado poco a poco. El equipo está interesado en continuar desarrollando el sistema para que pueda proporcionar el medicamento durante un mes o más.

FIEBRE AMARILLA EN LAS AMÉRICAS HASTA EL 9 DE NOVIEMBRE DE 2016

En el 2015, tres países confirmaron la circulación del virus de la fiebre amarilla: Bolivia (epizootia), Brasil y Perú notificaron casos humanos.

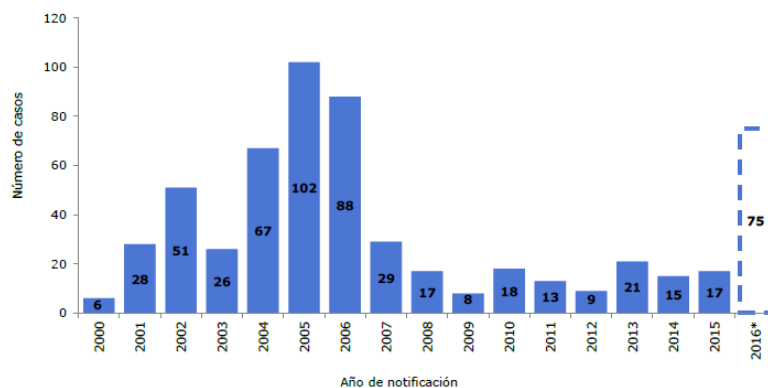
En 2016, hasta la SE 44, tres países notificaron casos de fiebre amarilla selvática: Brasil, Colombia y Perú.

Brasil: Hasta la SE 44 de 2016: mantiene dos casos autóctonos notificados y uno importado de Angola. Los casos autóctonos de fiebre amarilla selvática se notificaron en: Bady Bassit, estado de São Paulo y en el estado de Goiás. **Colombia:** Hasta la SE 43 de 2016, se notificaron 12 casos de fiebre amarilla selvática (6 confirmados por laboratorio y 6 probables). Los casos confirmados fueron notificados por los departamentos de: Antioquia, Amazonas, Meta, Vaupés y Vichada, estas tres últimas entidades territoriales, agrupan el 75% del total de casos notificados. Cinco de los seis

casos confirmados fallecieron (tasa de letalidad de 83,3 %). La confirmación de casos tanto en Vichada (frontera con Venezuela) como en Chocó (frontera con Panamá) representan un riesgo de circulación del virus hacia ambos países sobre todo en las áreas en que comparten un mismo ecosistema.

Perú, hasta la SE 42 de 2016 se notificaron 75 casos de fiebre amarilla selvática, de los cuales 62 fueron confirmados y 13 probables. Los casos fueron reportados en 9 de los 25 departamentos del país, siendo Junín el departamento que notificó el mayor número de casos confirmados y probables (50). El número de casos confirmados y probables notificados en Perú desde la SE 1 hasta la SE 42 de 2016 (75), supera al número de casos (confirmados y probables) notificados en los 9 años anteriores. **(Figura.2)**

Figura 2. Distribución de casos probables y confirmados de fiebre amarilla en Perú, 2000-2016 (hasta la SE 42)



Fuente: Datos publicados por el Centro Nacional de Epidemiología de Prevención y Control de Enfermedades del Perú y reproducidos por la OPS/OMS.

SITUACIÓN EN OTRAS REGIONES.

Como se mencionó en la alerta epidemiológica publicada el 26 de julio, fuera de Región de las Américas, Angola, la República Democrática del Congo (RDC) Uganda, notificaron la ocurrencia de brotes de fiebre amarilla durante 2016.

En Angola, el último caso confirmado tuvo inicio de síntomas el 23 de junio. Desde entonces, no se han confirmado nuevos casos. Hasta el 20 de octubre, fueron notificad dos nuevos casos probables. Sigue en curso la campaña de vacunación (fase II) en población de riesgo.

En la RDC, el último caso confirmado de fiebre amarilla urbana, tuvo inicio de síntomas el 12 de julio. Mientras que hasta el 26 de octubre de 2016, se confirmó un nuevo caso fiebre amarilla selvática y 14 casos probables permanecen en investigación.

Por otra parte, Uganda declaró el fin del brote el 6 de septiembre. Este brote no estuvo vinculado con el brote de Angola.

Adicionalmente y como consecuencia de la exposición de personas no vacunadas al virus de la fiebre amarilla en Angola, se exportaron casos de fiebre amarilla a China, y Ken con 11 y 2 casos confirmados respectivamente.

La situación generada por viajeros no vacunados a áreas donde existen brotes activos de fiebre amarilla, constituye un riesgo potencial de introducción del virus en zonas donde los factores de riesgo de fiebre amarilla (la susceptibilidad humana, la prevalencia del vector competente y los reservorios animales) están presentes.

Recomendaciones

Se mantienen las recomendaciones emitidas en la alerta epidemiológica publicada el 26 de julio.

Referencias:

1. Situação epidemiológica da Febre Amarela e recomendações para intensificar a vigilância no Brasil. Portal de salud del Ministerio de Salud de Brasil. Disponible en:

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/426-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/febre-amarela/20139-situacao-epidemiologica-da-febre-amarela-e-as-recomendacoes-para-intensificar-a-vigilancia-no-brasil>

2. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA del Ministerio de Salud de Perú; Boletín Epidemiológico del Perú. Semana epidemiológica 42. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=347

3. Boletín epidemiológico semana 43. Instituto Nacional de Colombia. Disponible

en: <http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Paginas/default.aspx>

4. Reporte de Situación de Fiebre amarilla, publicado por la OMS. Disponible en: <http://www.who.int/emergencies/yellow-fever/situation-reports/archive/en/>

5. Technical report: Recommendations for Scientific Evidence-Based Yellow Fever Risk assessment in the Americas. 2013. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=30613&lang=en

6. Control de la Fiebre amarilla. Guía Práctica. 2005. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica y Técnica No. 603.

7. Sitio de Brote epidémicos de la OMS (DON, por sus siglas en inglés). Disponible en: <http://www.who.int/csr/don/es/>

!! 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 Viral.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 05/11/16.

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016 *
PINAR DEL RIO	2	-	60	50	11.38	9.50
ARTEMISA	3	-	48	78	11.16	18.59
MAYABEQUE	-	1	64	37	17.67	10.16
LA HABANA	4	10	474	226	24.34	11.60
MATANZAS	12	6	365	903	61.78	150.96
VILLA CLARA	1	8	205	161	28.27	22.38
CIENFUEGOS	3	8	179	196	47.74	51.77
S. SPIRITUS	4	24	167	211	40.36	50.91
CIEGO DE AVILA	1	9	111	99	27.23	24.06
CAMAGÜEY	7	9	135	361	19.12	51.57
LAS TUNAS	-	3	88	53	16.98	10.18
HOLGUIN	-	1	32	44	3.56	4.90
GRANMA	2	3	545	377	70.39	48.64
SANTIAGO DE CUBA	5	8	690	363	70.76	37.32
GUANTANAMO	2	10	279	257	59.49	26.86
ISLA DE LA JUVENTUD	-	-	3	4	3.54	4.73
CUBA	46	100	3445	3420	33.67	31.92

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: 02/11/16.

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Alimentos	6	2	290	230	2.58	1.95
Ciguatera *	-	1	33	15	0.29	0.13
Hepatitis viral **	-	-	1	2	0.01	0.02
EDA	-	-	8	8	0.07	0.07
IRA	2	2	70	57	0.62	0.48
Agua	-	-	6	7	0.05	0.06
Varicela	1	1	78	42	0.69	0.36

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: 05/11/16.

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	1	-	0.01	0.01**
SHIGELLOSIS	20	13	643	470	7.57	5.28
D. AMEBIANA AGUDA	1	-	11	8	0.12	0.08
TUBERCULOSIS	10	11	525	509	5.57	5.15
LEPRA	5	5	155	153	1.80	1.69
TOSFERINA	-	-	-	-	-	._**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	9982	4759	327020	254104	3434.61	2548.73
M. MENINGOCÓCCICA.	-	1	7	6	0.09	0.07
MENINGOCOCCEMIA	1	-	1	1	0.01	0.01**
TÉTANOS	-	-	-	-	-	._**
MENINGITIS VIRAL	46	100	3445	3431	33.67	32.03
MENINGITIS BACTERIANA	7	7	306	327	3.27	3.34
VARICELA	211	165	17717	11817	171.43	109.20
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	._**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	._**
HEPATITIS VIRAL	5	5	357	312	3.67	3.07
PAROTIDITIS	-	-	-	-	-	._**
PALUDISMO IMPORTADO	-	1	9	42	0.10	0.44
LEPTOSPIROSIS	6	-	46	54	0.52	0.58
SÍFILIS	95	104	3877	4159	40.69	41.68
BLÉNORRAGIA	84	52	3435	3093	35.35	30.40
INFECC. RESP. AGUDAS	135203	141805	5620331	5571262	58977.85	55832.94

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>