



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

Consideraciones entomológicas para el control de posibles brotes de malaria en Cuba.....	41
Vigilancia de infecciones respiratorias agudas. Cuba, semana 1-4 del 2017.....	43
Tablas:.....	47

CONSIDERACIONES ENTOMOLÓGICAS PARA EL CONTROL DE POSIBLES BROTOS DE MALARIA EN CUBA.

Autores: María del Carmen Marquetti Fernández, Lic, PhD, Juan Andrés Bisset Lazcano, Lic; PhD, Maureen Leyva Silva, Lic. MSc Departamento Control de Vectores. Centro de Investigaciones Diagnóstico y Referencia, Instituto Medicina Tropical Pedro Kouri

A pesar del éxito obtenido en el control de la malaria entre las décadas de los cuarenta a los setenta del siglo XX pasado, esta entidad continúa siendo uno de los principales problemas de salud en el mundo. A nivel mundial, es la tercera enfermedad en importancia por su elevada morbilidad y mortalidad, después de las infecciones respiratorias agudas ocasionadas por neumococos y la tuberculosis. Según las estimaciones en 2014, se produjeron 198 millones de casos en el mundo (con un margen de incertidumbre que osciló entre 124 millones y 283 millones) que ocasionaron la muerte

de unas 584 000 personas (con un margen de incertidumbre que osciló entre 367 000 y 755 000). La tasa de mortalidad se redujo en más de un 47% desde el año 2000, y en un 54% en la región de África. La mayoría de las muertes se produjeron entre niños que viven en África, aunque la tasa de mortalidad se redujo desde 2000 en un porcentaje estimado del 58%.

Ante esta situación, Cuba posee un programa de control de otros culícidos donde se inserta la vigilancia de *Anopheles albimanus* paralelo al programa de control de *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus* establecido.

Están registradas 6 especies de anofelinos: *Anopheles vestitipennis*, *Anopheles crucians*, *Anopheles atropos*, *Anopheles walkeri*, *Anopheles grabhami* y *Anopheles albimanus*, ésta última considerada como el principal vector de la malaria, por su gran distribución en toda la isla. Erradicada a finales de la década de los 60 del siglo XX, debido al recrudescimiento de esta enfermedad y el aumento de la afluencia del personal cubano que proviene de áreas endémicas, ya sea por cumplimiento de misiones u otras actividades hace que nuestro país no esté exento de una reintroducción de la misma, debido a la presencia y distribución en todo el territorio del vector, independientemente del sistema de vigilancia epidemiológico de gran fortaleza que posee el país establecido con carácter nacional. Un ejemplo de lo expuesto anteriormente lo constituye Jamaica, un país vecino que también erradicó esta enfermedad unos años antes que Cuba, sin embargo, a finales del 2006 se produjo una introducción de casos procedentes de Haití que conllevó a una transmisión prolongada de la enfermedad principalmente en la capital, debiéndose esto a la carencia de recursos humanos con la capacitación necesaria para el enfrentamiento del brote (dígase entomólogos, epidemiólogos, técnicos para el diagnóstico, etc) unido a la baja percepción de riesgo en la población sobre dicha enfermedad por el tiempo transcurrido desde su eliminación y la aparición de transmisión nuevamente.

Por todas esas razones y teniendo en cuenta los resultados de estudios realizados en Cuba, el departamento de control de vectores, sugiere proponer algunas recomendaciones que contribuyan a fortalecer la vigilancia entomológica y el control efectivo de los mosquitos vectores de malaria ante cualquier situación epidemiológica que se presente donde se involucren los mismos:

- Conocer la distribución de las especies de *Anopheles* presentes en el área con presencia de casos.
- En la búsqueda de sitios de cría ante la presencia de un brote de malaria deben de tenerse en cuenta

cualquier tipo de cuerpo de agua presente en la zona ya sea de tipo permanente o temporal con aguas limpias o con grado de contaminación y expuestos al sol, así como, los posibles sitios de cría artificiales como tanques para animales, fuentes ornamentales etc.

- En los lugares donde exista presencia de extensiones de campos de arroz la vigilancia al vector de la malaria debe de incrementarse, y mantenerse de una forma sostenida porque son sitios de cría preferidos de la mayoría de las especies de *Anopheles* presentes en Cuba.
- En época de seca se ha demostrado que existen hembras con la edad suficiente (paridas) para involucrarse en la transmisión, de ahí que esos meses (noviembre-abril) se consideran de mayor riesgo de transmisión, independientemente que en la época de lluvia (mayo-octubre) se incrementa la densidad del vector por el aumento de sitios de cría temporales.
- Los mensajes a la población deben estar dirigidos a una protección mayor en los horarios desde la caída de la tarde hasta la medianoche que es el periodo de mayor actividad hematofágica de estos vectores, independientemente que su actividad de picada permanece durante toda la noche, de ahí que el uso de mosquiteros también es recomendable.
- Debe tenerse en cuenta que en estudios realizados se encontró una conducta exofílica (reposar en exteriores) de *Anopheles albimanus* y *Anopheles crucians*, aspecto a considerar en las acciones de control que se realicen.

En todas las provincias se debe incentivar el estudio de los datos recogidos por el programa de atención a otros culícidos, el cual monitorea la presencia de los *Anopheles* para tener bien establecido la distribución de los vectores de malaria a

nivel de cada municipio del país, tener conocimientos de los sitios de cría, así como, información sobre la abundancia de los mismos, para estar preparados ante cualquier evento epidemiológico que se presente.

VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS. CUBA, SEMANA 1-4 DEL 2017.

*Borroto S, Armas L. Grupo de Investigaciones y Vigilancia de IRA-TB-Lepra.
Acosta B, Valdés O y cols. del Laboratorio Nacional de Referencia de Influenza y otros Virus Respiratorios.
Instituto Pedro Kourí.*

Acorde con la información recibida de la Dirección Nacional de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública del país, relacionada con los reportes de las atenciones médicas (AM) por IRA de todas las provincias y grupos de edades, durante las primeras cuatro semanas del año 2017 se observó un comportamiento similar al de años anteriores, con una tendencia al incremento. (Gráfico 1)

Se identificó similar patrón de ocurrencia en todas las provincias y grupos de edades, pero el mayor incremento se observó en los menores de 5 años. Llama la atención que en la SE 4 el grupo de 1-4 años superó en tasa a los menores de 1 año, algo que no es habitual, pero que viene ocurriendo desde el segundo semestre de 2016. (Gráfico 2)

Las cifras de ingresos por IRAG en Unidades de Terapia Intensiva (UTI) oscilaron durante este primer mes de 2017, con el mayor incremento durante la SE 3 en que alcanzó 163 casos. Los fallecidos por IRAG en UTI incrementaron durante el periodo analizado. (Gráfico 3)

Según los datos reportados por el Laboratorio Nacional de Referencia de Influenza y otros Virus Respiratorios (LNR), el porcentaje de positividad a estos agentes disminuyó de 38,5% (15/39) en la SE 1 hasta 26,5% (13/49) en la SE 3, pero se incrementó hasta 41,8% (23855) en la SE 4. Se ha recibido un bajo número de muestras en el LNR durante las primeras cuatro semanas del año (187), un promedio

de 47 muestras semanales, cifra muy baja si se tiene en cuenta la cantidad promedio reportada semanal del 138 IRAG con 82 fallecidos en UCI.

Los virus con mayor detección en estas primeras SE del año han sido el Virus Sincitial Respiratorio (VSR) con 15,5% (29/187) de los diagnósticos, pero disminuyendo de 17,9 a 10,9% de la SE 1 a la 4, seguido de los rinovirus (11,2%) con incremento de 15,4 a 18,2%. Los virus de Influenza se han mantenido con baja circulación y se ha detectado solamente Influenza A(H1N1)pdm en 3,7% del total de muestras procesadas (7/187). También se han mantenido circulando en menor medida otros agentes virales, entre ellos los de parainfluenza y Coronavirus (1,6% cada uno).

En el Caribe Se ha reportado actividad baja de influenza y otros virus respiratorios en la mayoría de los países. En Puerto Rico, la actividad de influenza permaneció por encima del umbral estacional durante la SE 4, con predominio de influenza A(H3N2). En América Central la mayoría de los indicadores epidemiológicos se mantienen bajos o en descenso.

Se ha reportado actividad moderada de influenza en la región, excepto en Costa Rica, donde se notificó actividad ligeramente disminuida de influenza con predominio de influenza A(H3N2) y A(H1N1)pdm09.

La proporción de hospitalizaciones asociadas a IRAG disminuyó, en tanto las admisiones a UCI y fallecidos aumentaron levemente durante la SE 4. En América del Norte la actividad de influenza y de otros virus respiratorios continuó en aumento. En Canadá, la actividad de influenza disminuyó con predominio de influenza A(H3), y las consultas por ETI durante la SE 3 disminuyeron ligeramente en relación a la semana previa. En los Estados Unidos, la positividad de VSR disminuyó y la actividad de influenza continuó en aumento con predominio de influenza A(H3N2). En México, la actividad de influenza aumentó ligeramente durante la SE4. La actividad de neumonía permaneció sobre el umbral estacional. En la Sub-región Andina se ha reportado actividad baja de influenza y otros virus respiratorios, y de VSR en general. La actividad de influenza disminuyó ligeramente y la actividad de VSR permaneció elevada en Colombia. En Cono Sur los niveles de influenza y VSR reflejan una tendencia a disminuir en toda la sub-región. En Chile las detecciones de influenza disminuyeron levemente y permanecieron a niveles bajos en SE 4, con predominio de influenza A(H3N2), y las consultas por ETI continuaron en disminución. En Paraguay, la actividad de ETI aumentó sobre los niveles esperados, con baja actividad de influenza notificada en la SE 4.^{1,2}

El comportamiento de las AM por IRA en estas primeras semanas del año 2017 se corresponde con los pronósticos biometeorológicos realizados para este mes de enero, en los que se prevé un incremento de las IRA por encima de su comportamiento endémico.³⁻⁴

Referencias:

1. OPS. Actualización Regional: Influenza y otros virus respiratorios. SE 4, 2017. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=38035&lang=en
2. WHO. Influenza update number 282. 2017. Disponible en: http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/2017_2_06_surveillance_update_282.pdf
3. Ortíz P, Pérez A, Rivero A, Díaz M. Pronóstico de principales problemas de salud dada las condiciones climáticas previstas para el trimestre Enero-Marzo/2017. BolIPK 2016; 26(51):401-5..
4. Ortíz P, Pérez A, Rivero A, Díaz M. Pronóstico de principales problemas de salud dada las condiciones climáticas previstas para el mes de enero 2017. BolIPK 2016; 26(50):393-8.

Gráfico 1: Atenciones Médicas por IRA, Cuba, 2011-2017.

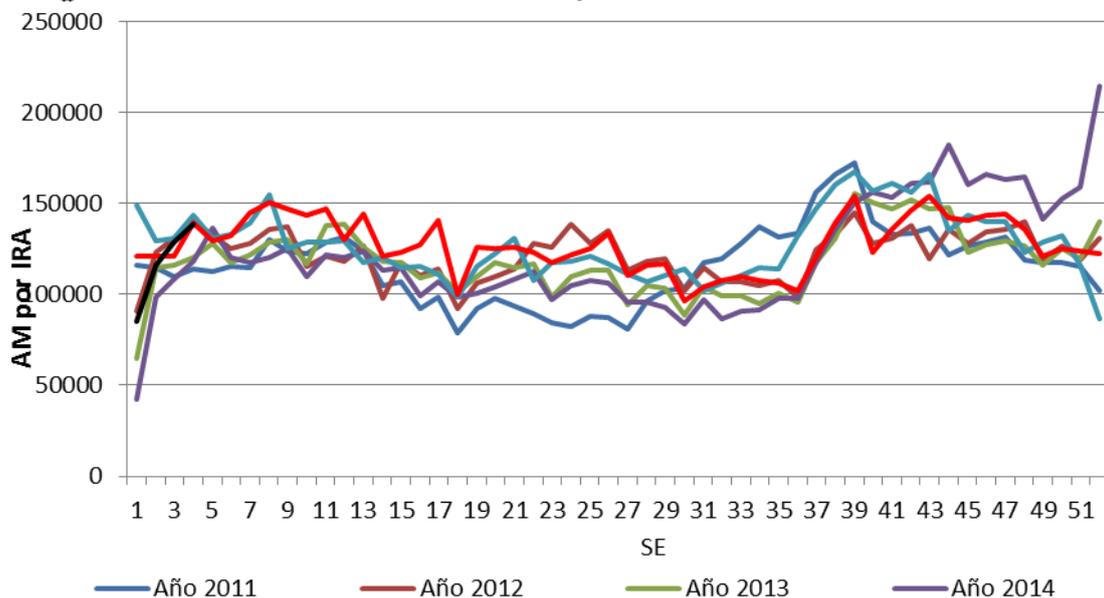


Gráfico 2: IRA. Tasas de atenciones médicas por grupos de edades. Cuba, SE 1-4 de 2017.

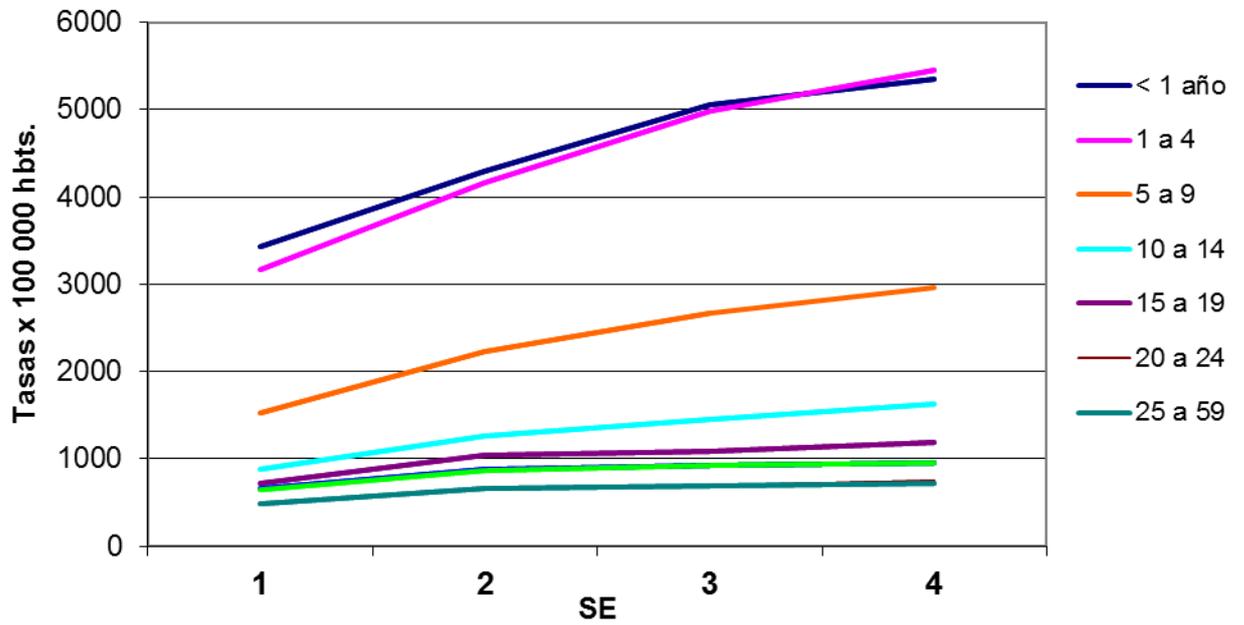


Gráfico 3: Atenciones Médicas por IRA e ingresos y fallecidos por IRAG en UTI . Cuba, SE 1-4 de 2017 .

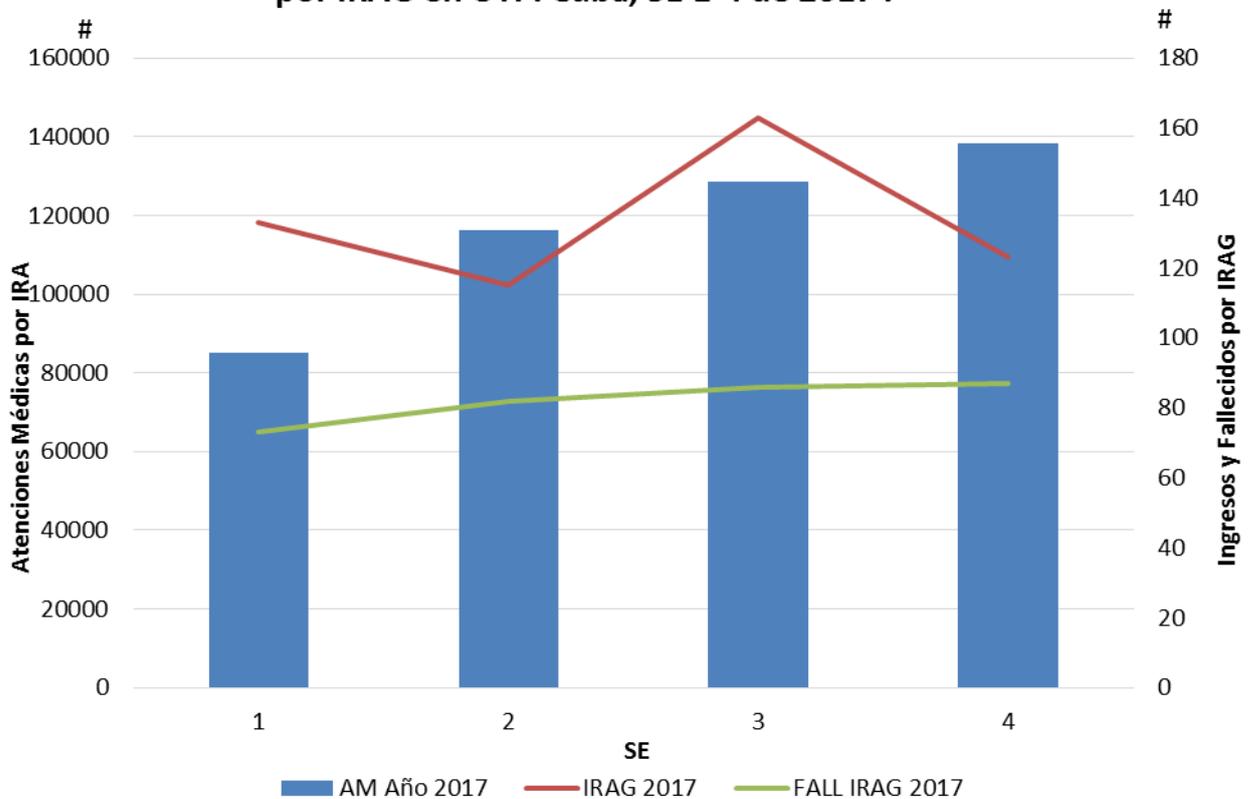


Gráfico 3: Distribución de virus influenza y otros virus respiratorios en vigilancia . Cuba, SE 1-4 de 2017.

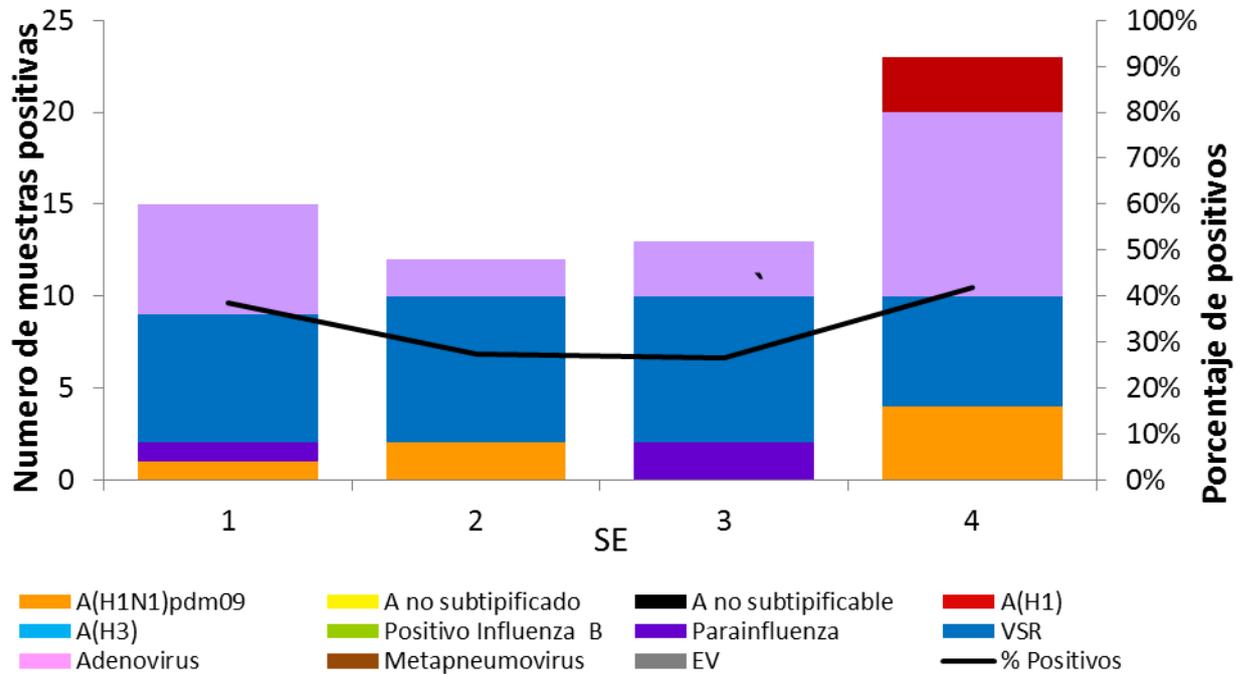
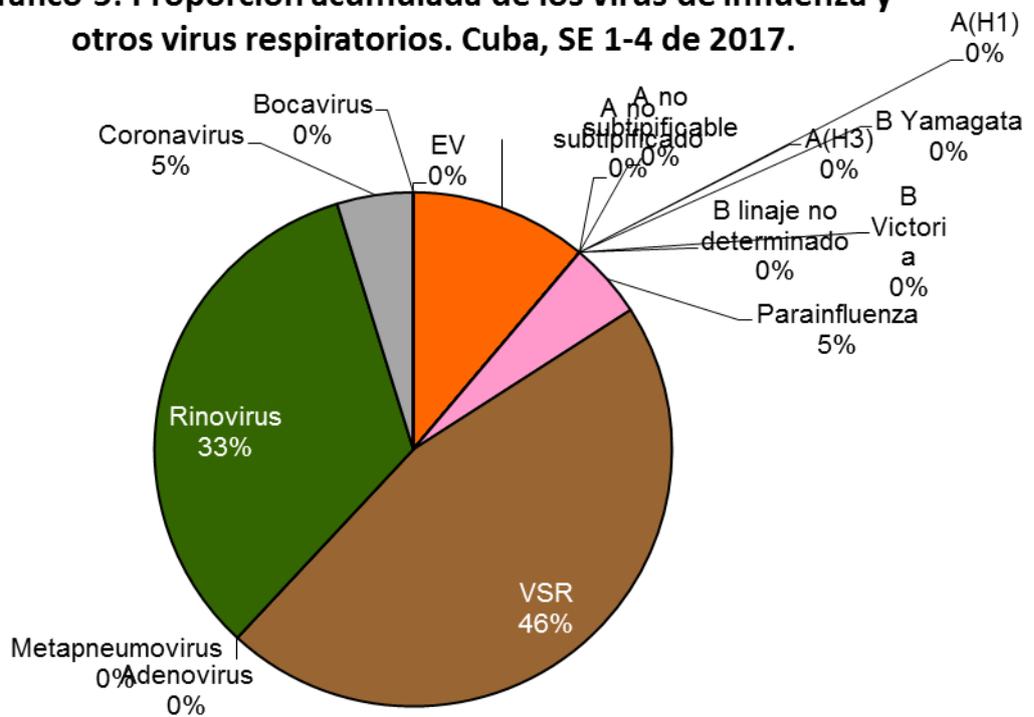


Gráfico 5: Proporción acumulada de los virus de influenza y otros virus respiratorios. Cuba, SE 1-4 de 2017.



**Enfermedades de Declaración Obligatoria: Meningitis Viral.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 11/02/17**

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017 *
PINAR DEL RIO	-	2	1	8	9.36	74.95
ARTEMISA	3	2	14	5	15.78	5.60
MAYABEQUE	-	1	3	3	10.49	10.46
LA HABANA	3	13	10	33	15.00	49.43
MATANZAS	5	4	59	31	132.32	69.13
VILLA CLARA	4	10	19	29	23.66	36.21
CIENFUEGOS	1	4	7	26	59.22	219.08
S. SPIRITUS	-	5	5	17	59.58	202.35
CIEGO DE AVILA	4	2	8	11	28.59	39.13
CAMAGÜEY	-	3	11	17	58.64	90.88
LAS TUNAS	-	-	5	3	10.58	6.34
HOLGUIN	1	1	8	2	4.63	1.16
GRANMA	3	4	35	48	63.04	86.45
SANTIAGO DE CUBA	7	20	48	106	43.30	95.67
GUANTANAMO	2	-	5	18	65.37	235.54
ISLA DE LA JUVENTUD	-	-	-	1	4.73	4.73**
CUBA	33	71	238	358	36.87	55.41

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: 15/02/17.

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Alimentos	7	3	23	13	0.20	0.12
Ciguatera *	-	1	-	2	-	0.02
Hepatitis viral **	-	-	1	-	0.01	-
EDA	-	-	1	-	0.01	-
IRA	-	-	4	4	0.04	0.04
Agua	-	-	-	1	-	0.01
Varicela	2	4	2	10	0.02	0.09

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: 11/02/17.

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	-	-	0.01	0.01
SHIGELLOSIS	11	5	99	49	4.73	2.34
D. AMEBIANA AGUDA	-	-	1	-	0.07	0.07**
TUBERCULOSIS	15	8	52	69	5.24	6.95
LEPRA	4	1	18	13	1.62	1.17
TOSFERINA	-	-	-	-	-	-.**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	6922	4790	41068	25919	2571.66	1621.60
M. MENINGOCÓCCICA.	-	1	-	1	0.04	0.04**
MENINGOCOCCEMIA	-	-	-	-	0.02	0.02**
TÉTANOS	-	-	-	-	-	-.**
MENINGITIS VIRAL	33	71	238	358	36.87	55.41
MENINGITIS BACTERIANA	6	9	47	54	3.38	3.88
VARICELA	341	426	1510	1845	121.28	148.06
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	-.**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	-.**
HEPATITIS VIRAL	8	12	52	33	3.28	2.08
PAROTIDITIS	-	-	-	-	-	-.**
PALUDISMO IMPORTADO	1	1	3	4	0.34	0.45
LEPTOSPIROSIS	1	3	4	8	0.61	1.23
SÍFILIS	100	92	484	495	44.53	45.51
BLÉNORRAGIA	71	57	406	307	31.58	23.86
INFECC. RESP. AGUDAS	132219	132481	764476	739257	58976.48	56980.55

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	

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

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