



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

Malaria en República Dominicana.....	177
Sarampión y la rubéola en Argentina.....	178
Dengue en República Dominicana.....	178
Encefalitis - India: (BIH) (03) brote, niños, muertes en aumento, ingestión de lichí.....	179
Síndrome de Guillain Barré - Perú: (04) brote, muertes, envío de muestras a CDC.....	180
Ébola- RDC (kiv/itu) (18): epidemia activa, extensión a Uganda, casos importados.....	181
Varicela - Colombia: (bog) brote en cárcel de mujeres, cuarentena.....	182
Tablas:.....	183

MALARIA EN REPÚBLICA DOMINICANA.

Esta semana se detectaron 12 casos confirmados, todos autóctonos, en dos niñas con 8 y 12 años y 10 hombres y mujeres entre 18 y 66 años (mediana= 32 años). Por municipio de procedencia, los casos corresponden a Santo Domingo Oeste (9), Bajos de Haina (2) y Santo Domingo de Guzmán (1).

En 2019, hasta la SE 21 se reportaron 202 casos confirmados, mientras que en la misma semana de 2018 se reportaban 124 casos.

Alrededor de los casos de malaria, el Ministerio de Salud Pública continúa con la búsqueda activa comunitaria de febriles, tratamiento e investigación de los casos detectados. Adicionalmente, el Ministerio exhorta a la población a acudir a los servicios de salud cuando haya visitado alguna de las localidades que tienen transmisión de malaria y presente fiebre.

Fuente: Ministerio de Salud Pública de República Dominicana

SARAMPIÓN Y LA RUBÉOLA EN ARGENTINA.

Hasta la SE 22 de 2019 se confirmaron 5 casos de sarampión (3 importados, uno relacionado a importación y 1 con fuente de infección desconocido). El caso 1, paciente masculino de 35 años, residente en la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, con antecedente de viaje a Hong Kong, se identificó el genotipo B3; caso 2, paciente masculino de 49 años, residente de CABA, que inicia exantema luego de regresar de un crucero en Brasil donde se había reportado un brote de sarampión. Se identificó el genotipo D8 linaje MVi/Delhi.IND/01.14, similar al reportado en los casos de dicho brote; caso 3, turista europeo de 39 años, durante el periodo de infectividad viajó por ferry a la ciudad de Montevideo, Uruguay y en avión a la ciudad de Puerto Iguazú. Se identificó el genotipo D8, linaje MVs/Gir Somnath.IND/42.16 (cepa con amplia distribución en Asia y Europa); caso 4, caso secundario del turista

europeo, hombre de 36 años que estuvo en el mismo vuelo que el caso 3, identificándose el mismo genotipo y linaje del caso anterior; caso 5, paciente masculino de 30 años, residente en la provincia de Buenos Aires, con antecedente de viaje, se encuentra en investigación la fuente de infección, se identificó el genotipo D8, pendiente el linaje. Hasta la corriente SE (23) se confirmaron 2 casos de rubéola (uno importado y uno con fuente de infección desconocida): caso 1, paciente masculino de 27 años, extranjero, residente hace 3 años en la provincia de Córdoba, con antecedente de viaje a Fujian, China, se identificó el genotipo 1E; y caso 2, paciente masculino de 7 años, residente de CABA, sin antecedente de vacunación, se encuentra en investigación la fuente de infección y el genotipo.

Fuente: Ministerio de Salud de Argentina

DENGUE EN REPÚBLICA DOMINICANA.

En las últimas cuatro semanas (SE 18 a la SE 21) se notificaron 646 casos probables de dengue. En este período, las regiones con mayor frecuencia de casos son: Metropolitana (309), Valdesia (83) y Enriquillo (75), representando el 72% (467) de las notificaciones. En relación a la circulación del virus del dengue, en el 76% (146/193) de las muestras analizadas en el Laboratorio Nacional de Salud Pública Dr. Defilló se detectó respuesta inmunológica al virus.

En la SE 21 reportaron 166 casos. En 2019, hasta la SE 21 se reportaron 2469 casos, mientras que en la misma semana de 2018 se reportaban 21 casos y se acumulaban 487 casos.

En 2019 no se han reportado defunciones mientras que 2018 se reportaba 1 hasta la semana 21.

Fuente: Ministerio de Salud Pública de República Dominicana

ENCEFALITIS - INDIA: (BIH) (03) BROTE, NIÑOS, MUERTES EN AUMENTO, INGESTIÓN DE LICHÍ.

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

Más de 100 niños perdieron la vida por encefalitis en India en menos de 20 días y cerca de 400 están siendo atendidos de urgencia por un virus que se cree proviene de la fruta lichí.

Pese a que el brote de enfermedad se repite en cada estación cálida, el Ministerio de Salud no ha aclarado cuál es la causa, informa Finantial Express, el 18 de junio.

En total 127 niños murieron por el Síndrome de Encefalitis Aguda (AES) en el distrito de Muzaffarpur en los últimos 17 días, según la agencia de noticias ANI 108, informó News Session. Los síntomas de la enfermedad en la mayoría de los casos son convulsiones, alteración del estado mental y muerte en más de un tercio de los casos, según la agencia AFP. Esta fotografía, tomada el 17 de junio de 2019, muestra a un niño indio que padece Síndrome de Encefalitis Aguda (AES) en el Colegio y Hospital Médico Sri Krishna en el distrito de Muzaffarpur en el estado oriental de Bihar. (STR / AFP / Getty Images)

La muerte de los niños en la India a causa de una misteriosa fiebre cerebral provocó la ira el 18 de junio con grupos de protesta por la percepción de la incapacidad de las autoridades para actuar rápidamente para controlar el brote mortal, informó AFP.

En el Centro de Salud Sri Krishna Medical College & Hospital (SKMCH), donde el domingo se acercó el ministro de Salud, Harsh Vardhan, se contaron 89 víctimas, y en el Hospital Kejriwalk, otras nueve, señala el informe de Finantial Express.

En esta foto tomada el 17 de junio de 2019, las mujeres indias lloran después de la muerte de un niño por el Síndrome de Encefalitis Aguda (AES) en el Colegio Médico y Hospital Sri Krishna en el distrito de Muzaffarpur en el estado oriental de Bihar. (STR / AFP / Getty Images)

Otros 400 niños están siendo ahora atendidos de urgencia en hospitales incluyendo en centros médicos de Champaran, Samastipur, Vaishali también.

La enfermedad ha causado muertes cada año en las regiones de Muzaffarpur y del este de Uttar Pradesh. Según la agencia AFP esto ocurre desde 1955, informó Sdp Noticias. Cuando en 2014 se cobró 355 vidas, el ministro de Salud, Harsh Vardhan, visitó el hospital en Muzaffarpur y anunció la creación de un hospital de especialidades para brindar un tratamiento de calidad a las personas de la región, además de 10 camas al actual hospital para el tratamiento exclusivo de niños. El reporte de Finantial Express indica que en cinco años “la promesa aún está incompleta” por lo que la población afectada ha estado realizando protestas.

El domingo Vardhan visitó el hospital y reiteró la misma promesa pero las madres que perdieron a sus hijos se manifestaron molestas pues no había infraestructura para atenderlos.

Madres y activistas indias sostienen pancartas y gritan consignas durante una protesta contra la muerte de más de 100 niños en Muzaffarpur en el estado indio de Bihar, en Nueva Delhi, el 18 de junio de 2019. (MONEY SHARMA / AFP / Getty Images)

Esta fotografía, tomada el 17 de junio de 2019, muestra a niños indios que padecen Síndrome de Encefalitis Aguda en el Colegio y Hospital Médico Sri Krishna en el distrito de Muzaffarpur en el estado oriental de Bihar. (STR / AFP / Getty Images)

El ministro de Desarrollo Urbano de Bihar, Suresh Sharma, dijo que “se organizó una reunión de revisión debido al brote de AES (Encefalitis), hasta el momento 200 pacientes han sido tratados y han sido dados de alta del hospital”, reportó News Session.

Los informes no oficiales señalan que la enfermedad causó estragos en la región en 2012, con 424 víctimas. Ese año el gobierno había prometido establecer un laboratorio de investigación en Muzaffarpur para comprobar por qué los niños se ven afectados por el síndrome y tampoco se hizo, según Finantian Express. Otros 222 menores murieron en 2013 y 379 en 2014. En 2015, 2016, 2017 y 2018, los enfermos fueron 90, 103, 54 y 33, respectivamente.

Cada año en la región se cultivan toneladas de lichis en Muzaffarpur y áreas vecinas y se cree que comer la fruta con el estómago vacío causa una disminución brusca de los niveles de glucosa en el cuerpo que favorece la enfermedad. El gobierno de Bihar emitió un aviso, pidiéndoles a los padres que no alimenten a sus hijos con el estómago vacío y que eviten comer lichi no maduro, reportó Finantian Express.

SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ - PERÚ: (04) BROTE, MUERTES, ENVÍO DE MUESTRAS A CDC.

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

La primera semana de junio, la número 22 del año, inició un brote inusual de casos del síndrome Guillain-Barré que causó alarma entre las autoridades y la población.

Pero no fue hasta ayer, casi tres semanas después, que el Ministerio de Salud (Minsa) envió las pruebas de los pacientes confirmados con el mal al Centro de Control de Enfermedades de Atlanta, Estados Unidos, para descubrir la causa. Los resultados podrían tardar en llegar algunas semanas. "El envío lo tenemos programado para hoy (ayer por la tarde). Coordinamos permanentemente (con Atlanta), pero se intensificó desde que aumentó la frecuencia de casos", explicó Hans Vásquez, jefe de Laboratorio del Instituto Nacional de Salud (INS), quien anunció que para este envío también cuentan con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud.

Hasta ayer, ya en la semana 24, se reportaron siete muertes y 548 afectados, de los cuales 469 fueron registrados solo en las últimas tres semanas.

¿Por qué la demora?

Pilar Mazzetti, directora del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, explicó que se ha descartado que los casos reportados de síndrome Guillain-Barré en el Perú tengan alguna relación con el virus del zika,

influenza, dengue o chikungunya; sin embargo, "para causas más sofisticadas se debe recurrir al extranjero y las coordinaciones para llevar a cabo esto se dan en alrededor de dos semanas". Indicó, también, que existe un protocolo para el envío de muestras porque pueden ser contaminantes para la salud. "Es un procedimiento complicado de las aduanas. Vamos a tener que esperar varias semanas para tener resultados", indicó la especialista, quien recordó que el año pasado se encontró, luego de tres meses, al enterovirus D-68 como causa de los brotes registrados en la región La Libertad. Para Vásquez, del INS, el diagnóstico del laboratorio de Estados Unidos no sería el único que habría que esperar, pues también se necesitan aspectos clínicos y epidemiológicos.

"Son varios casos, tenemos que caracterizarlos. Si encontramos algún virus o bacteria en alguna muestra, no significa que solo esa sea la causa", dijo.

Minsa pide no alarmarse

En conferencia de prensa, Zulema Tomás Gonzales, ministra de Salud, llamó a la calma, pues aseguró que en La Libertad y Piura la incidencia de casos ha disminuido en comparación con la semana anterior.

No obstante, la Defensoría del Pueblo recomendó que se amplíe la declaratoria de emergencia sanitaria a otras regiones "para garantizar la respuesta oportuna ante las necesidades de salud de la población".

Ello, luego de visitar varios hospitales y establecimientos de salud del interior del país. Según Pilar Mazzetti, el porcentaje de mortalidad que tenemos en Perú a causa del síndrome es de 1% a 2%, mientras que en Latinoamérica va entre 3,5% a 10%; por eso recomendó no alamar. Por su parte, la

ministra aseguró tener todos los centros de salud del país abastecidos con las medicinas necesarias para el tratamiento gratuito.

Datos

Apoyo. Las Fuerzas Armadas se pusieron a disposición de Minsa para el traslado de personal médico y medicinas destinados a la atención de pacientes del país.

Capacitación. Más de 12 mil profesionales de la salud fueron capacitados vía teleconferencia, informó Zulema Tomás.

EBOLA- RDC (KIV/ITU) (18): EPIDEMIA ACTIVA, EXTENSIÓN A UGANDA, CASOS IMPORTADOS.

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

La epidemia de ébola que afecta a la República Democrática del Congo (RDC) desde hace más de 10 meses ha saltado por primera vez la frontera. La vecina Uganda ha confirmado este martes el primer caso: se trata de un niño de cinco años que este lunes por la tarde cruzó desde Congo junto a cinco miembros de su familia, según el Ministerio de Sanidad ugandés, y que ha muerto durante la noche. Este miércoles, ha confirmado otras dos infecciones. Las autoridades sanitarias habían advertido de esta posibilidad en numerosas ocasiones dada la dimensión de un brote que está fuera de control y que ha provocado ya 2,071 casos y 1,396 muertos, el segundo peor de toda la historia de esta enfermedad.

La madre del niño, congoleza casada con un ugandés y residente en Kasese (Uganda), se desplazó a Congo el mes pasado para cuidar a su padre, enfermo de ébola que falleció el 27 de mayo. Este lunes, 14 miembros de esta familia, de los que 12 presentaban ya los síntomas de la enfermedad, llegaron a Kasindi, ciudad congoleza situada en la frontera, con la intención de entrar en Uganda. Sin embargo, las autoridades les impidieron cruzar y les enviaron al centro de aislamiento provisional instalado en el hospital de esta localidad con la intención de

transferirlos al centro de tratamiento de Beni (Congo). Entre ellos había siete niños menores de 12 años.

Sin embargo, esa misma tarde seis miembros de la familia se escaparon del hospital y cruzaron la frontera a pie por pistas secundarias para evitar los controles sanitarios. Las autoridades congoleesas alertaron a las del país vecino, que encontraron a esta familia unas horas más tarde en el hospital de Kagando, ya en suelo ugandés. Todos ellos fueron rápidamente enviados al centro de tratamiento de Bwera, donde se llevaron a cabo análisis que acabaron dando positivo para el niño de cinco años, convirtiéndose así en el primer caso y la primera muerte que cruza la frontera. Ocho ugandeses que estuvieron en contacto con él han sido puestos bajo estricta vigilancia. Las autoridades de ambos países estudian este miércoles una posible repatriación de la familia a Congo para continuar el tratamiento. "El niño dio positivo por ébola ayer (por el martes) en Kasese, y murió por la noche en la unidad de cuarentena", ha informado una fuente del Ministerio. "Como es habitual en casos de ébola que las víctimas sean enterradas inmediatamente, seguramente será inhumado hoy mismo", añadió la misma fuente, citada por France Presse.

Mientras, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha confirmado, citando al Gobierno ugandés, que otras dos muestras analizadas han dado positivo, por lo que son ya tres los casos confirmados. La ministra ugandesa de Sanidad, Ruth Aceng, instó a la población a colaborar con las autoridades para evitar “una mayor propagación del ébola a otras partes del país”, en una rueda de prensa este martes.

El Ministerio de Sanidad ugandés y la OMS han enviado un equipo de respuesta rápida a la zona para apoyar al personal médico que se encuentra sobre el terreno. En previsión de que el virus del ébola pudiera penetrar en este país, más de 4,700 ugandeses, sobre todo personal médico, habían sido vacunados en los últimos meses. La OMS ha desplazado personal a varios hospitales cerca de la frontera para colaborar en la detección precoz de posibles casos.

Era cuestión de tiempo. El brote de ébola que afecta a la República Democrática del Congo se encuentra fuera de control y alcanza ya una

tasa de letalidad del 67.4%, con más de la mitad de las muertes fuera de las estructuras del sistema sanitario. Esto implica un elevado riesgo de contagio comunitario. El rechazo de una parte de la población a declarar la enfermedad o a acudir a los centros de tratamiento, debido a la desconfianza y a las dificultades inherentes a la respuesta sanitaria en una zona golpeada por la violencia de decenas de grupos armados, han complicado la gestión de esta epidemia y hacen que siga descontrolada.

La epidemia se declaró el pasado 1 de agosto en la región de Kivu del Norte y rápidamente se extendió a Ituri, en el noreste de la RDC. La proximidad de países como Sudán del Sur, Ruanda y sobre todo Uganda había puesto en alerta a las autoridades sanitarias, pero hasta ahora no se había producido ningún caso más allá de las fronteras congoleñas. La OMS ha rechazado en varias ocasiones la declaración de esta epidemia como Emergencia de Salud Pública de Interés Internacional (PHEIC), lo que ha sido criticado por numerosos expertos.

VARICELA - COLOMBIA: (BOG) BROTE EN CÁRCEL DE MUJERES, CUARENTENA.

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

La Personería de Bogotá advirtió que en la en la cárcel de Mujeres El Buen Pastor en Bogotá, se detectó un brote asociado a casos de varicela en los patios 2, 4 y 6, que obligó a declarar en cuarentena a aproximadamente 951 personas privadas de la libertad y, adicionalmente, a restringir las visitas.

Según la denuncia, la situación se viene presentando desde el 22 de mayo, día en que se reportó el primer caso de varicela en el patio 2.

Tal ha sido la emergencia, que 2 de junio, un menor de un año también fue diagnosticado con la enfermedad en el Patio 6. Luego, en el

Patio 4, apareció otro niño, de un año y dos meses de edad, en la misma situación.

De acuerdo con la Personería, como medida inmediata de protección fueron trasladadas 17 madres gestantes internas al patio 1, por tratarse de población de alto riesgo, y se tomó medida de cuarentena de los patios 2, 4 y 6, para evitar la propagación del brote, mientras que los niños fueron enviados con sus cuidadores externos.

Ante el panorama, la Personería solicitó a las autoridades de salud mantener las inspecciones y acciones sanitarias para enfrentar la emergencia.

Enfermedades de Declaración Obligatoria: Meningitis Bacteriana.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 08/06/19

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019 *
PINAR DEL RIO	-	-	7	6	3.58	3.08
ARTEMISA	-	3	6	14	3.12	7.26
MAYABEQUE	-	-	8	4	3.13	1.57
LA HABANA	1	-	30	44	4.85	7.13
MATANZAS	-	1	7	6	1.67	1.43
VILLA CLARA	-	-	18	9	5.25	2.64
CIENFUEGOS	-	-	5	8	3.39	5.42
S. SPIRITUS	-	-	9	2	4.28	0.95
CIEGO DE AVILA	-	-	8	2	2.74	0.69
CAMAGÜEY	1	-	6	10	1.18	1.98
LAS TUNAS	-	-	3	7	2.40	5.62
HOLGUIN	-	-	5	3	0.97	0.58
GRANMA	-	3	2	11	1.43	7.90
SANTIAGO DE CUBA	1	1	25	21	4.66	3.93
GUANTANAMO	1	2	10	6	4.08	2.46
ISLA DE LA JUVENTUD	-	-	4	1	14.23	3.57
CUBA	4	10	153	154	3.35	3.38

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: 12/06/19.

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Alimentos	5	1	90	81	0.80	0.72
Ciguatera *	-	-	10	15	0.09	0.13
Hepatitis viral **	-	-	-	2	-	0.02
EDA	-	-	1	6	0.01	0.05
IRA	1	-	19	20	0.17	0.18
Agua	-	-	3	2	0.03	0.02
Varicela	1	-	44	49	0.39	0.44

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: 08/06/19.

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	-	-	0.01	0.01**
SHIGELLOSIS	6	2	165	70	2.67	1.14
D. AMEBIANA AGUDA	-	1	4	5	0.09	0.11
TUBERCULOSIS	22	9	283	293	5.62	5.84
LEPRA	8	7	107	91	1.95	1.67
TOSFERINA	-	-	-	-	-	._**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	6686	4057	101196	74281	1827.43	1344.59
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	3	3	0.08	0.08
MENINGOCOCCEMIA	-	-	-	1	0.02	0.02**
TÉTANOS	-	-	-	-	-	._**
MENINGITIS VIRAL	97	35	1328	914	35.62	24.58
MENINGITIS BACTERIANA	4	10	153	155	3.35	3.40
VARICELA	303	274	10977	10698	137.57	134.39
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	._**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	._**
HEPATITIS VIRAL	3	13	167	271	4.14	6.74
PAROTIDITIS	-	-	-	-	-	._**
PALUDISMO IMPORTADO	-	-	14	8	0.24	0.14
LEPTOSPIROSIS	1	3	39	33	1.28	1.09
SÍFILIS	91	80	2293	1895	41.81	34.63
BLENORRAGIA	58	62	1378	1228	26.26	23.46
INFECC. RESP. AGUDAS	107738	73404	3002053	2038383	51411.48	34991.41

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.

Comité Editor

DIRECTOR: Dr. Manuel E. Díaz González.	JEFES DE INFORMACIÓN:
EDITOR: DrC. Belkys Maria Galindo Santana.	
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>