



DIRECCIÓN NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

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

ISSN- 2490626

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

Índice

Dengue, virus del zika y chikungunya en Argentina.....	233
Alerta epidemiológica en Bolivia por fiebre hemorrágica por arenavirus.....	234
Brote de la enfermedad por virus del Ébola en República Democrática del Congo.....	235
Brote de Ébola en la República Democrática del Congo declarada como una emergencia de salud pública de preocupación internacional.....	236
Estudio muestra que la pastilla preventiva del SIDA reduce casi a cero el número de contagios de VIH.....	237
Curso-taller sobre los retos en el tratamiento de pacientes con VIH-SIDA.....	238
Tablas:.....	239

DENGUE, VIRUS DEL ZIKA Y CHIKUNGUNYA EN ARGENTINA.

Desde la SE 1 a la SE 29 de 2019 se registraron 2555 casos positivos para dengue (confirmados y probables) sin registro de antecedente de viaje. Se definieron áreas de circulación de virus dengue serotipo DENV-1 en las provincias de Buenos Aires, Chaco, Formosa, Jujuy, Misiones, Salta y Santa Fe y en la CABA. Los últimos casos positivos notificados en contexto de brote registrados correspondieron a la provincia de Salta en la SE 27. Además, se registraron casos confirmados de virus dengue serotipo DEN-4 en la CABA (2), en Jujuy (2) y en Misiones (22). Se registraron casos confirmados de

dengue fuera de las áreas en brote en las siguientes jurisdicciones: Buenos Aires (13), CABA (9), Chaco (6), Córdoba (2), Santiago del Estero (2) y Tucumán (2).

En la provincia de Salta se registraron 2 casos probables de infección por virus del Zika correspondiente a las SE 8 y 19. Los mismos fueron detectados en contexto de brote de dengue por lo que aguardan confirmación. Por otra parte, los casos de flavivirus sin especificar en esa provincia (12) corresponden a casos con reactividad para dengue y virus del Zika identificados también en el marco de los brotes de dengue.

Se registró un caso probable de chikungunya sin registro de antecedente de viaje en la CABA en la SE 27 que cuenta con información incompleta para definir el posible sitio de contagio. El caso probable identificado en la provincia de Salta con fecha de inicio de síntomas en la SE 5 fue clasificado como descartado. Se registraron casos importados de chikungunya en CABA

(2 confirmados y 2 probables), en la provincia de Buenos Aires (3 confirmados y un probable), en Neuquén (un confirmado) y en Santa Fe (un probable). Los casos se detectaron entre las SE 3 a 25 y presentaban antecedente de viaje a Brasil previo al inicio de los síntomas.

Fuente: Ministerio de Salud de Argentina

ALERTA EPIDEMIOLÓGICA EN BOLIVIA POR FIEBRE HEMORRÁGICA POR ARENAVIRUS.

18 de julio de 2019.

En Bolivia se encuentra en curso la investigación de un brote de fiebre hemorrágica causado por un Arenavirus, con casos reportados en personal de salud. El 28 de junio de 2019, el Ministerio de Salud recibió el reporte de 3 casos de síndrome febril hemorrágico de etiología desconocida, con sospecha de transmisión de persona a persona. Hasta el 17 de julio de 2019, se reporta un total de cinco casos, incluidas tres defunciones. Del total de casos, tres han sido confirmados por laboratorio (uno de ellos falleció) y 2 fueron clasificados como casos probables (los dos fallecieron). Los casos, iniciaron síntomas entre el 29 de abril y el 29 de mayo de 2019. Cuatro de los cinco casos son hombres, con edades entre 21 y 65 años (mediana 42 años). Tres de los casos son personal de salud y los otros dos agricultores. Con relación al lugar probable de exposición, para el personal de salud fue el ambiente hospitalario, donde tuvieron contacto directo con sangre, secreciones respiratorias y gastrointestinales durante los procedimientos invasivos realizados (intubación y endoscopia) a uno de los casos. Mientras que para los agricultores, la exposición probablemente fue la comunidad de Siliamo, municipio de Guanay, departamento de La Paz, durante la cosecha de arroz. La fiebre hemorrágica por Arenavirus es una zoonosis producida por un virus perteneciente al

género Arenavirus de la familia de Arenaviridae, asociados generalmente a enfermedades transmitidas por roedores en humanos. Entre los 21 Arenavirus del Nuevo Mundo conocidos, cinco se han vinculado con fiebres hemorrágicas en humanos y dos de ellos en Bolivia: Machupo y Chapare. La transmisión a los seres humanos se produce principalmente por inhalación de aerosoles de partículas finas provenientes de excrementos o saliva de roedores que contienen el virus. Algunos Arenavirus, están asociados con la transmisión de persona a persona en entorno comunitario y/o sanitario. Las manifestaciones clínicas de las fiebres hemorrágicas por Arenavirus de América del Sur son enfermedades febriles víricas agudas que duran de 6 a 14 días. Inicia gradualmente con malestar general, cefalea, dolor retroorbitario, hiperemia conjuntival y fiebre moderada pero sostenida, seguida de signos y síntomas del aparato digestivo. Puede haber petequias y equimosis, acompañadas de eritema en cara, cuello y parte superior del torax. En los casos graves, son características la leucopenia y la trombocitopenia progresivas. Los síntomas se resuelven de 10 a 15 días después del inicio de la enfermedad en los pacientes que sobreviven. En los casos documentados, el período de incubación en general es de 6 a 14 días, sin embargo, puede variar entre 5 a 21 días.

BROTE DE LA ENFERMEDAD POR VIRUS DEL ÉBOLA EN REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO.

El brote de la enfermedad del virus del Ébola (EVE) en las provincias Kivu del Norte e Ituri, en la República Democrática del Congo, continúa con una transmisión persistente. Desde el último el 21 de julio de 2019, se informan 81 nuevos casos confirmados con 45 muertes adicionales de 13 zonas de salud en las dos provincias afectadas. La transmisión sostenida continúa ocurriendo en la zona de salud Beni, que representa más de la mitad de los nuevos casos reportados. Hasta el 27 de julio de 2019 se reportaron 2659 casos de EVE, incluidos 2565 confirmados y 94 casos probables. En los últimos 21 días (del 7 al 27 de julio), se reportó al menos un caso confirmado en 17 zonas de salud. Hasta la fecha, se han reportado casos confirmados de 25 zonas de salud: Goma (1), Alimbongo (4), Beni (559), Biena (15), Butembo (259), Kalunguta (131), Katwa (623), Kayna (10), Kyondo (22), Lubero (31), Mabalako (354), Manguredjipa (20), Masereka (48), Musienene (71), Mutwanga (14), Oicha (50) y Vuhovi (95), en la provincia Kivu del Norte; y Mambasa (5), Ariwara (1), Bunia (4), Komanda (34), Rwampara (8), Mandima (203), Nyankunde (1) y Tchomia (2), en la provincia Ituri. Se registra un total de 1782 muertes, incluyendo 1688 entre los casos confirmados, resultando en una tasa de letalidad entre los casos confirmados de 66% (1688/2565). El número acumulado de trabajadores de la salud aumentó a 145 (5% de los casos confirmados y probables hasta la fecha). Al 27 de julio, Beni y Mandima son las principales áreas activas del brote, con 57% (144/251) y el 11% (28/251) de los nuevos casos confirmados en los últimos 21 días, respectivamente. Trece zonas de salud: Lubero, Beni, Katwa, Komanda, Mandima, Butembo, Kalunguta, Kayna, Vuhovi, Oicha, Mutwanga, Mabalako y Mambasa han reportado nuevos casos confirmados en los

últimos 7 días y siguen siendo puntos de atención. El rastreo de contactos está en curso en 21 zonas de salud. Un total de 20 072 contactos fueron registrados al 27 de julio de 2019, de los cuales 14 915 se habían visto en los últimos 24 horas (74%; varía entre el 7 y el 100%). Las alertas en las dos provincias afectadas continúan siendo elevadas e investigadas. De 1717 alertas procesadas (de las cuales 1604 eran nuevas) en las zonas sanitarias informantes al 27 de julio de 2019, se investigaron 1588 y se validaron 358 (23%) como casos sospechosos. El 17 de julio de 2019, el Director General de la OMS, Dr. Tedros Ghebreyesus, declaró el brote de EVE en la República Democrática del Congo como Emergencia salud pública de preocupación internacional (PHEIC), después de una reunión del Comité Internacional de Normas Sanitarias para la EVE. La declaración puede ser vista aquí, con la declaración completa disponible aquí. El comité citó desarrollos recientes en el brote al hacer su recomendación, incluido el primer caso confirmado en Goma, una ciudad de casi dos millones de personas que limita con Ruanda. El comité determinó que el riesgo de propagación sigue siendo muy alto a nivel nacional y regional, pero aún bajo a nivel mundial. No se recomiendan restricciones comerciales o de viaje. Leer: Acciones de Salud Pública Interpretación de la situación por la OMS Los patrones epidemiológicos fluctuantes y los puntos críticos cambiantes, con tasas sustanciales de transmisión, continúan caracterizando el brote de EVE en curso en la República Democrática del Congo.

Las estrategias de respuesta se están adaptando a las circunstancias cambiantes, en medio del resurgimiento de los ataques armados de actores no estatales, que continúan complicando los esfuerzos de respuesta.

Con compromisos renovados de donantes y socios internacionales para contribuir con los recursos que tanto necesitan, especialmente fondos, para apoyar y mantener las operaciones de respuesta en curso, se anticipa que las actividades de respuesta se fortalecerán aún más y se emplearán estrategias novedosas para abordar los desafíos enfrentados. Uganda ha declarado recientemente el brote de EVE contenido

después de más de 42 días desde la muerte del último caso confirmado. Sin embargo, Uganda y varios países vecinos siguen en peligro debido a las altas tasas de movimiento de la población desde las áreas afectadas por el brote. Las actividades de preparación y preparación operativa deben mantenerse para garantizar la detección temprana y el control de cualquier caso futuro.

Fuente: Organización Mundial de la Salud

BROTE DE ÉBOLA EN LA REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO DECLARADA COMO UNA EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA DE PREOCUPACIÓN INTERNACIONAL.

El Director General de la OMS, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, declaró hoy que el brote de la enfermedad del virus del Ébola (EVE) en la República Democrática del Congo (RDC) era una Emergencia de Salud Pública de Interés Internacional (PHEIC, por sus siglas en inglés).

“Es hora de que el mundo tome nota y redoble nuestros esfuerzos. Necesitamos trabajar juntos en solidaridad con el RDC para poner fin a este brote y construir un mejor sistema de salud”, dijo el Dr. Tedros. “Se ha realizado un trabajo extraordinario durante casi un año en las circunstancias más difíciles. Todos lo debemos a estos equipos de respuesta, provenientes no solo de la OMS sino también del gobierno, socios y comunidades, por asumir una mayor carga”.

La declaración siguió a una reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional para la EVE en la RDC. El Comité citó los últimos avances en el brote al hacer su recomendación, incluido el primer caso confirmado en Goma, una ciudad de casi dos millones de habitantes en la frontera con Ruanda, y la puerta de entrada al resto de la República Democrática del Congo y el mundo.

Esta fue la cuarta reunión del Comité de Emergencia desde que se declaró el brote el 1 de agosto de 2018.

El Comité expresó su decepción por los retrasos en la financiación que han limitado la respuesta. También reforzaron la necesidad

de proteger los medios de vida de las personas más afectadas por el brote manteniendo abiertas las rutas de transporte y las fronteras. Es esencial evitar las consecuencias económicas punitivas de los viajes y las restricciones comerciales en las comunidades afectadas.

“Es importante que el mundo siga estas recomendaciones. También es crucial que los estados no utilicen el PHEIC como excusa para imponer restricciones comerciales o de viaje, lo que tendría un impacto negativo en la respuesta y en las vidas y los medios de vida de las personas en la región”, dijo el profesor Robert Steffen, presidente del Comité de Emergencias. Desde que fue declarado hace casi un año, el brote ha sido clasificado como una emergencia de nivel 3, la más grave, por la OMS, lo que provocó el mayor nivel de movilización de la OMS. La ONU también ha reconocido la gravedad de la emergencia al activar la ampliación a escala del sistema humanitario para apoyar la respuesta del ébola. Al recomendar un PHEIC, el comité hizo recomendaciones específicas relacionadas con este brote. “Esto se trata de madres, padres e hijos, con demasiada frecuencia familias enteras son afectadas. En el corazón de esto están las comunidades y las tragedias individuales”, dijo el Dr. Tedros. “El PHEIC no debe utilizarse para estigmatizar o penalizar a las personas que más necesitan nuestra ayuda”.

Fuente: Organización Mundial de la Salud

ESTUDIO MUESTRA QUE LA PASTILLA PREVENTIVA DEL SIDA REDUCE CASI A CERO EL NÚMERO DE CONTAGIOS DE VIH.

Un estudio realizado en 2 000 hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en 22 centros sanitarios de París ha evidenciado que ofrecer diariamente, o a petición, la *profilaxis pre exposición* (PrEP), también conocida como pastilla preventiva del sida, reduce casi a cero el número de nuevos contagios de VIH.

El trabajo, presentado en la conferencia anual de la *Sociedad Internacional de Sida* (IAS 2019), celebrada recientemente en Ciudad de México, es un estudio de cohorte prospectivo en curso que incluye a individuos con alto riesgo de infección por VIH en el área de París. Se ofreció a los hombres que tienen sexo con hombres la PrEP tanto diaria como a petición.

Al inicio, al primer mes y cada 3 meses a partir de entonces, se sometieron a una prueba de diagnóstico de VIH y hepatitis C, y se les monitorearon también otras posibles infecciones de transmisión sexual (ITS). En cada visita, los participantes proporcionaron información sobre su comportamiento sexual, el régimen de dosificación y el cumplimiento mediante auto entrevistas asistidas por ordenador.

Desde el 3 de mayo de 2017 hasta el 31 de octubre de 2018, se inscribieron 2 143 hombres que tienen sexo con hombres, con una edad media de 36 años, y de los cuales el 56 por ciento ya eran usuarios de PrEP durante un tiempo medio de 10 meses. En el momento de la inscripción, la PrEP se utilizó diariamente en el 46,7 por ciento de los participantes y, a petición, en el 53,3 por ciento. El número medio de parejas en los últimos 3 meses fue de 15 en el grupo diario y 10 en el grupo bajo demanda. El número medio de relaciones sexuales sin condón en las últimas 4 semanas fue de 2 en ambos colectivos.

Tras un seguimiento extenso, la incidencia del VIH-1 entre los participantes fue estadísticamente de casi cero en ambos grupos, y los casos de hepatitis C se situaron en torno al 0,67 por ciento. En esta cohorte

con hombres con alto riesgo de contraer VIH en el área de París, hasta ahora no se ha informado ninguna infección por VIH en los participantes que eligen la PrEP diaria o a petición, lo que apoya el uso continuo de ambos regímenes de dosificación en esta población, explican los investigadores.

Otro estudio similar realizado por investigadores de la University of New South Wales - Kirby Institute de Sydney en Australia, y presentado durante la misma sesión, ha demostrado que las intervenciones con la PrEP son altamente efectivas, con una incidencia casi mínima tras una media cercana a los 2 años de seguimiento en casi 10 000 personas. En todo este periodo, solo han registrado 16 diagnósticos de VIH, y en todos ellos el culpable fue no tomar la PrEP.

Este trabajo en hombres homosexuales y bisexuales, realizado en 31 clínicas de Nueva Gales del Sur en Australia, ha apuntado una mayor incidencia en los más jóvenes, aunque la mayoría de casos se dieron en aquellos participantes que tenían una infección de transmisión sexual (ITS) o uso reciente de metanfetamina. Así, la incidencia anual del VIH fue de alrededor del 1 por ciento en aquellos que al inicio usaban metanfetamina y tenían una ITS.

Hasta el momento, los ensayos aleatorios de la PrEP oral en hombres homosexuales y bisexuales han señalado una eficacia cercana al 90 por ciento, y las infecciones por VIH, en general, solo se producen en participantes no adherentes. A pesar de estas cifras y de su implementación en muchos otros países desarrollados, las autoridades españolas todavía no se han decidido a financiar este tratamiento, aunque la ministra de Sanidad en funciones, María Luisa Carcedo, plantea que se está estudiando.

agosto 07/ 2019 (Europa Press).- Tomado del Boletín temático en Medicina. Prensa Latina. Copyright 2019. Agencia Informativa Latinoamericana Prensa Latina S.A.

CURSO-TALLER SOBRE LOS RETOS EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VIH-SIDA



IPK | 25-27/11/2019

Esta actividad, organizada por el Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí, tiene como objetivo continuar fortaleciendo las capacidades de tratamiento y seguimiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Los participantes se actualizarán en cuanto a infecciones oportunistas mayores y menores; Para mayor información, puede dirigirse a:

- Dr. Jorge Pérez Avila jorge.perez@ipk.sld.cu
- Lic. Lizette Gil del Valle, DraC. lgil@ipk.sld.cu
- Téc. Jorge Raúl Campos Díaz jcampos@ipk.sld.cu

inmunosenescencia celular en VIH y envejecimiento; desórdenes neurológicos, respiratorios, digestivos y renales. También se pondrán al día sobre los aspectos novedosos de la terapéutica con antirretrovirales y los aspectos fundamentales en la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH.

Enfermedades de Declaración Obligatoria: Hepatitis.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 27/07/19

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019 *
PINAR DEL RIO	-	-	12	8	12.11	8.10
ARTEMISA	-	-	11	3	2.73	0.74
MAYABEQUE	-	-	3	4	3.13	4.18
LA HABANA	-	1	51	59	4.05	4.69
MATANZAS	-	-	18	27	4.32	6.47
VILLA CLARA	-	1	10	18	1.92	3.47
CIENFUEGOS	-	-	1	3	0.48	1.45
S. SPIRITUS	-	-	6	1	1.71	0.29
CIEGO DE AVILA	-	-	3	4	1.60	2.13
CAMAGÜEY	-	-	4	5	1.05	1.32
LAS TUNAS	-	1	26	6	7.95	1.84
HOLGUIN	-	1	22	8	3.57	1.30
GRANMA	-	-	7	6	1.79	1.54
SANTIAGO DE CUBA	-	1	16	41	3.99	10.26
GUANTANAMO	-	8	22	128	14.58	85.04
ISLA DE LA JUVENTUD	-	-	-	-	-	..**
CUBA	-	13	212	321	4.14	6.28

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: 31/07/19.

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Alimentos	2	1	118	104	1.05	0.93
Ciguatera *	2	3	22	30	0.20	0.27
Hepatitis viral **	-	1	-	3	-	0.03
EDA	-	-	1	7	0.01	0.06
IRA	-	1	24	26	0.21	0.23
Agua	-	-	4	1	0.04	0.01
Varicela	-	-	46	49	0.41	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: 27/07/19.

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	1	-	0.01	0.01**
SHIGELLOSIS	5	4	208	90	2.67	1.16
D. AMEBIANA AGUDA	-	-	8	7	0.09	0.08
TUBERCULOSIS	10	9	356	372	5.62	5.89
LEPRA	2	3	128	111	1.95	1.70
TOSFERINA	-	-	-	-	-	._**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	3949	2787	136870	99839	1827.43	1336.19
M. MENINGOCÓCCICA.	1	-	6	5	0.08	0.07
MENINGOCOCCEMIA	-	-	-	2	0.02	0.02**
TÉTANOS	-	-	-	-	-	._**
MENINGITIS VIRAL	97	35	2252	1187	35.62	18.82
MENINGITIS BACTERIANA	10	12	218	200	3.35	3.08
VARICELA	85	101	12073	11811	137.57	134.91
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	._**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	._**
HEPATITIS VIRAL	-	13	212	333	4.14	6.52
PAROTIDITIS	-	-	-	-	-	._**
PALUDISMO IMPORTADO	-	-	15	12	0.24	0.19
LEPTOSPIROSIS	2	-	66	42	1.28	0.82
SÍFILIS	67	59	2976	2488	41.81	35.04
BLENORRAGIA	40	36	1780	1632	26.26	24.13
INFECC. RESP. AGUDAS	73896	60546	3747917	2562453	51411.48	35233.84

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>