



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL

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

Actualización semanal de la COVID-19 en Cuba.....	329
Actualización epidemiológica de las variantes SARS-COV-2. Características fenotípicas (1).....	330
Casi 60 000 menores contagiados con el coronavirus en Rusia.....	334
Tabla:.....	335

ACTUALIZACIÓN SEMANAL DE LA COVID-19 EN CUBA.

Al cierre del día de ayer, 31 de octubre, se encuentran ingresados 11 mil 425 pacientes, sospechosos 6 mil 127, en vigilancia mil 624 y confirmados activos 3 mil 674.

Para la COVID-19 se realizaron un total de 20 mil 856 muestras para la vigilancia en el día, resultando 633 positivas. El país acumula 10 millones 541 mil 921 muestras realizadas y 952 mil 634 positivas.

Del total de casos (633): 623 fueron contactos de casos confirmados; 8 con fuente de infección en el extranjero; 2 sin fuente de infección precisada. De los 633 casos

diagnosticados, fueron del sexo femenino 328 y del sexo masculino 305.

El 10,5% (66) de los 633 casos positivos fueron asintomáticos, acumulándose un total de 131 mil 105 que representa el 13,8 % de los confirmados hasta la fecha.

Los 633 casos diagnosticados pertenecen a los grupos de edad: menores de 20 años (94), de 20 a 39 años (157), de 40 a 59 años (206) y más de 60 (176).

Se acumulan 8 240 fallecidos, letalidad de 0,86% vs 2,03% en el mundo y 2,45% en Las Américas.



ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS VARIANTES SARS-COV-2. CARACTERÍSTICAS FENOTÍPICAS (1).

Elaborado por: Dra. Suset Oropesa. CIDR, Departamento de Virología. Instituto Pedro Kourí (2)

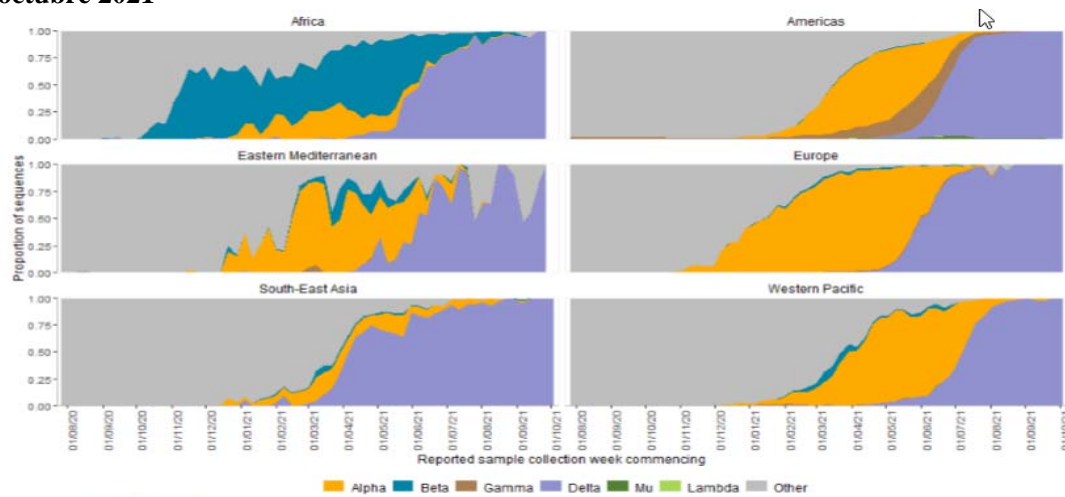
La Organización Mundial de la Salud (OMS), en colaboración con las autoridades nacionales, las instituciones y los investigadores, evalúa sistemáticamente si las variantes del SRAS-CoV-2 alteran la transmisión o las características de la enfermedad, o afectan a la eficacia de las vacunas, los tratamientos, los diagnósticos o las medidas sociales y de salud pública aplicadas por las autoridades nacionales para controlar la propagación de la enfermedad. La epidemiología mundial se caracteriza por el predominio de la variante Delta, con prevalencia decreciente de otras variantes, según las secuencias de SARS-CoV-2 disponibles públicamente. Dada su mayor transmisibilidad, Delta ha superado a otras variantes, incluidas otras VOC, en muchos países.

No obstante, se siguen observando importantes variaciones subregionales y nacionales, sobre todo en algunos países de América del Sur, donde la progresión de la variante Delta ha sido más gradual que la observada en otras regiones, y donde otras variantes (por ejemplo, Gamma y Mu) aportan gran proporción de muestras de secuencias.

La distribución mundial se debe interpretar tomando en consideración las limitaciones de la vigilancia, incluidas las diferencias en las capacidades de secuenciación, las estrategias de muestreo entre países y los retrasos en la notificación.

Por otra parte, el acceso desigual a las vacunas aumenta el riesgo de que aparezcan nuevas variantes aún más amenazantes.

Proporción global de las variantes VOC o VIC según las secuencias reportadas entre las secuencias totales enviadas a GISAID de acuerdo a las regiones de la OMS, 1 agosto 2020- 15 octubre 2021*



*Data source: GISAID Initiative

Base de las estimaciones de las prevalencias

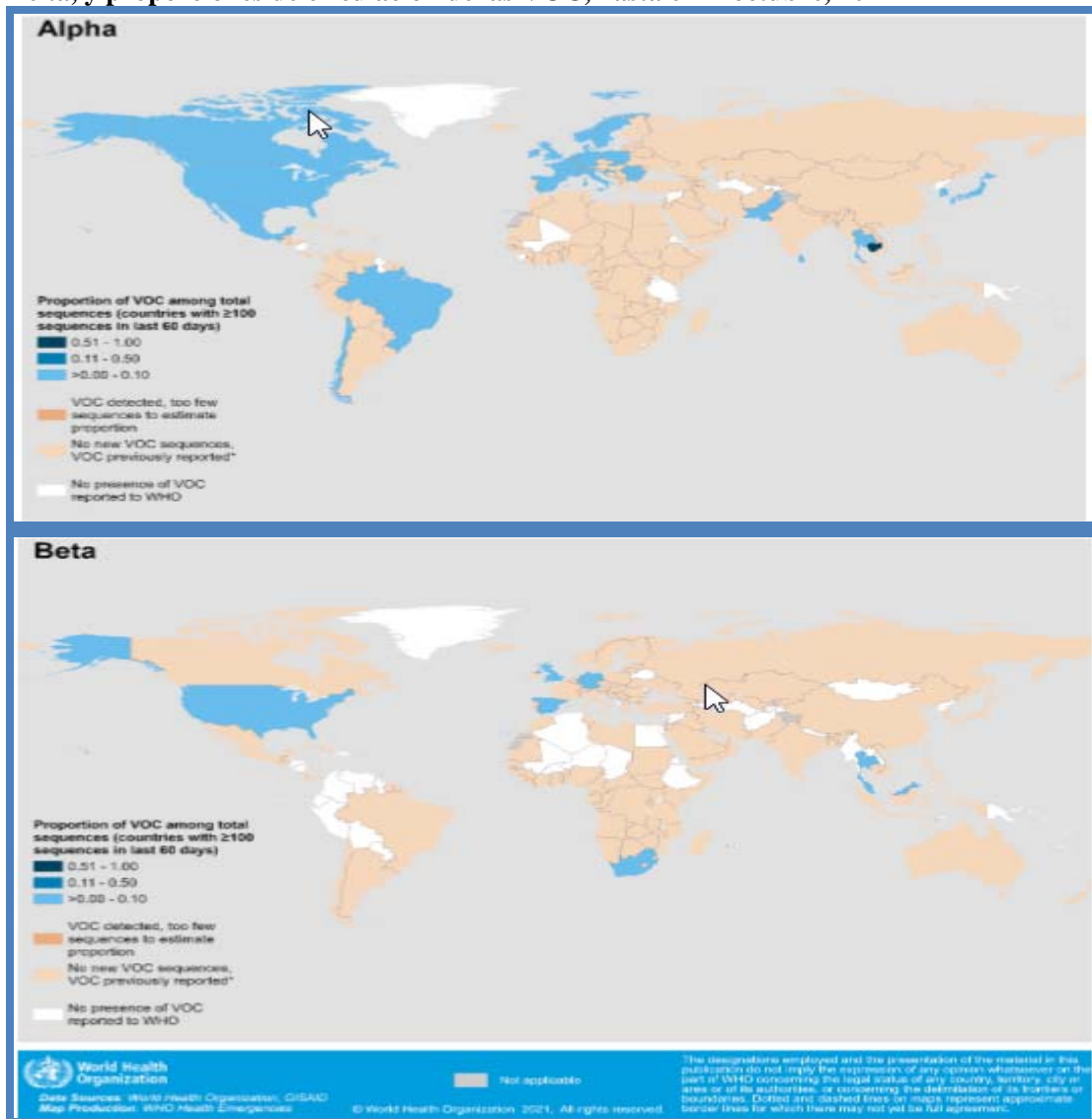
Las estimaciones de prevalencia específicas de cada país se calcularon como la proporción del total de secuencias de SARS-CoV-2 enviadas a GISAID (fecha de la muestra en los últimos 60 días), y se resumieron en tres grupos para ilustrar los lugares en los que la prevalencia de las VOC es actualmente: dominante (prevalencia >50%), moderada (prevalencia 11-50%) o baja ($\leq 10\%$). Para garantizar la solidez de las estimaciones de proporción se limitaron a los países con 100 o más secuencias enviadas durante el periodo de notificación. Para los países con menos de 100 secuencias enviadas se muestran los datos sobre la

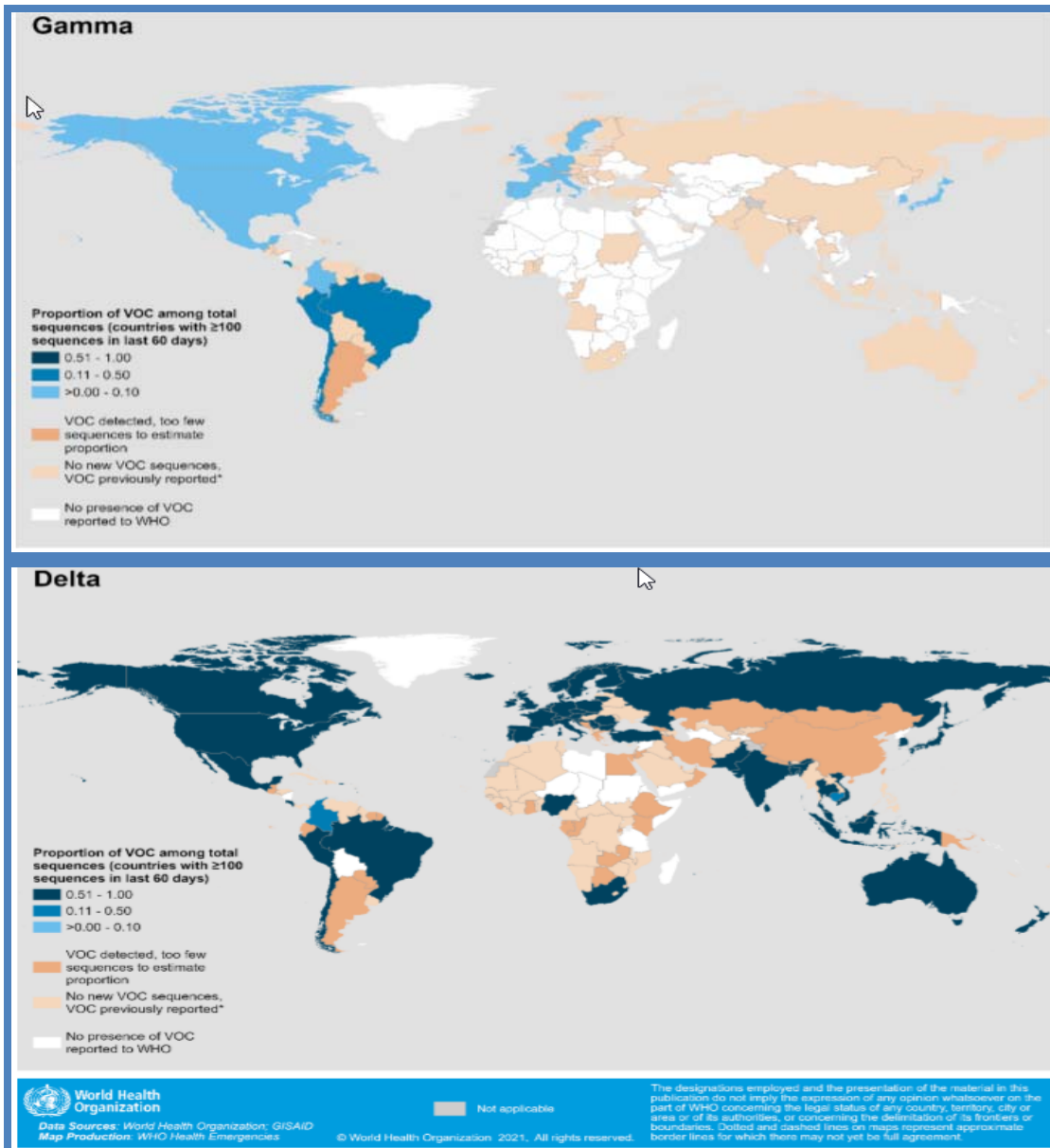
detección o ausencia de secuencias enviadas, así como los informes anteriores de detección de VOC.

En general, los siguientes mapas destacan además que Delta es la variante prevalente, con una amplia circulación mundial en los últimos meses. Otras VOC y otras variantes siguen circulando en algunos países, en gran medida a niveles bajos.

La distribución mundial de las VOC debe interpretarse teniendo en cuenta las limitaciones de la vigilancia, incluidas las diferencias en las capacidades de secuenciación, las estrategias de muestreo entre países y los retrasos en la notificación.

Distribución geográfica por países, territorios y áreas de las Variantes Alpha, Beta, Gamma y Delta, y proporciones de circulación de las VOC, hasta el 21 octubre, 2021





*Incluye informes de las detecciones de las variantes VOC oficiales y no oficiales y actualmente no distingue entre detecciones entre viajeros (por ejemplo, en los puntos de entrada) o casos de la comunidad local.

**Las estimaciones de prevalencia se calcularon como proporción del total de secuencias cargadas en GISAID con fechas de recogida de muestras con el periodo de notificación de 60 días, limitándose a los países con 100 o más secuencias totales cargadas durante este periodo. Las secuencias se asignaron a los países en función del lugar de muestreo comunicado; no se incluyeron las secuencias de COV de viajeros enviadas por otros países

Características fenotípicas de las variantes VOC.

Nuevas publicaciones reflejan aportes sobre las características fenotípicas de las variantes de preocupación. Un estudio prospectivo, aún no revisado por pares, evaluó aspectos de la enfermedad (prevalencia de los síntomas, duración y carga viral), la presentación en el hospital y la presencia de una enfermedad prolongada (≥ 28 días) entre 1400 niños sintomáticos en edad escolar en dos grupos (niños más pequeños de 5 a 11 años y niños mayores de 12 a 17 años) que dieron positivo al SARS-CoV-2. El estudio se llevó a cabo en el **Reino Unido (3)** en un momento en el que la variante Alpha (del 28 de diciembre de 2020 al 6 de mayo de 2021) o Delta (del 26 de mayo al 8 de julio de 2021) eran las variantes predominantes del SARS-CoV-2 en circulación. Los resultados del estudio sugieren que la enfermedad en niños en edad escolar debida a la variante Delta se asemeja a la enfermedad debida a la variante Alpha, con una duración corta y una carga de síntomas similar. La mediana de la duración de la enfermedad fue corta con cualquiera de las dos variantes: 5 días (IQR 2- 9,75)¹ con Alpha, y 5 días (IQR 2-9) con Delta. La mediana de la carga de síntomas (número de síntomas) durante todo el periodo de la enfermedad (28 días) fue ligeramente mayor entre los niños infectados con Delta en comparación con la infección con Alpha (en los niños más pequeños, 3 (IQR 2-5) con Alfa, 4 (IQR 2-7) con Delta; en los niños mayores, 5 (IQR 3-8) con Alfa y 6 (IQR 3-9) con la infección con Delta. Los siete síntomas prevalentes eran comunes a ambas variantes e incluían dolor de cabeza, fatiga, fiebre, disosmia (trastorno de la percepción del olor), estornudos, rinorrea y dolor de garganta; lo que sugiere que no hay diferencias clínicas significativas en la presentación de la enfermedad con ninguna de las dos variantes. Sólo un pequeño número de niños infectados con cualquiera de las dos variantes se presentó en el hospital, y la presencia de la enfermedad de larga duración (≥ 28 días) fue reportada como baja.

A partir de otra investigación realizada en **Indonesia (4)**, entre adultos, se evaluó el impacto de las infecciones por la variante Delta frente a las que no lo son en los resultados de

los pacientes con COVID-19. Este estudio incluyó 69 casos con aislamiento confirmado de la variante Delta en comparación con 92 casos de la variante no Delta.

El análisis de las variables individuales asociadas no mostró diferencias significativas en cuanto a la hospitalización o la mortalidad entre los pacientes con infecciones por la variante Delta y los que no lo son ($p=0,80$ y $0,29$, respectivamente).

Además, el análisis multivariante sugirió que la edad ≥ 65 años (OR² 11,5; IC del 95%: 1,3-102,6; $p=0,028$), la obesidad (OR 16,6; IC del 95%: 2,5-107,1; $p=0,003$), la diabetes (OR 5,5; IC del 95%: 1,3-23,7; $p=0,021$) y la hipertensión OR 5,8; IC del 95%: 1,02-32,8; $p=0,047$), fueron factores pronósticos de mortalidad en ambos grupos. Por el contrario, no se encontraron factores pronósticos asociados a la hospitalización de los pacientes del COVID-19.

En **Irlanda (5)**, un estudio retrospectivo revisado por expertos, analizó el efecto de la infección por SARS-CoV-2 durante el embarazo, y el impacto de la variante Alpha en los resultados clínicos neonatales.

El estudio incluyó a todos los neonatos nacidos vivos de madres que dieron positivo al SARS-CoV-2 en cualquier momento del embarazo y hasta 24 horas después del parto.

Esto incluyó a 133 neonatos que nacieron entre el 1 de marzo de 2020 y el 1 de marzo de 2021, de los cuales 66 (49,6%) nacieron después de la infección materna por SARS-CoV-2 después del 1 de enero de 2021, lo que corresponde a un momento en el que Alpha era la variante dominante en circulación en Irlanda.

El análisis de los resultados aportó que no hubo un aumento en la incidencia de nacimientos prematuros o ingresos en la unidad de cuidados intensivos neonatales cuando se comparó con los datos hospitalarios de los 5 años anteriores a la pandemia.

La infección materna antes y después de la circulación de la variante Alpha o el estado sintomático de la madre tampoco influyeron en los resultados neonatales.

Se necesitan más estudios para evaluar el impacto de las infecciones por VOC durante el embarazo, en particular la variante Delta.

¹ IQR, del inglés, rango intercuartil

² OR, odd radio

Referencias

1. <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---20-Oct-2021>
2. Dra. Suset Oropesa Fernández. CIDR. Informe al grupo operacional de la COVID-19. Instituto Pedro Kourí. Informes al grupo operacional de la COVID-19 del IPK.
3. Molteni E, Sudre CH, Canas LS, et al. *Illness Characteristics of COVID-19 in Children Infected with the SARS-CoV-2 Delta Variant*. Pediatrics; 2021. doi:10.1101/2021.10.06.21264467
4. Gunadi, Hakim MS, Wibawa H, et al. *Is the Infection of the SARS-CoV-2 Delta Variant Associated with the Outcomes of COVID-19 Patients?* Infectious Diseases (except HIV/AIDS); 2021. doi:10.1101/2021.10.05.21262783
5. Murphy CA, O'Reilly DP, Edebiri O, et al. *The Effect of COVID-19 Infection During Pregnancy; Evaluating Neonatal Outcomes and the Impact of the .1.1.7. Variant*. *Pediatric Infectious Disease Journal*. 2021; Publish Ahead of Print. doi:10.1097/INF.0000000000003352

CASI 60 000 MENORES CONTAGIADOS CON EL CORONAVIRUS EN RUSIA.

La cantidad de niños contagiados con el coronavirus llega a casi 60 000 en Rusia, la mitad de ellos con síntomas, informó el ministro de Sanidad, Mijaíl Murashko.

«El 50 por ciento de los pequeños pacientes tiene los síntomas característicos y en total en el país son casi 60 000 niños con tratamiento médico», dijo el titular en una reunión del Consejo que coordina la lucha contra el coronavirus.

Murashko indicó también que sube el número de contagios entre las embarazadas en la nueva ola de la enfermedad.

Al referirse en general a las hospitalizaciones por COVID-19, señaló que en total son 268

000 pacientes a nivel nacional, el 11 por ciento con síntomas graves, mientras que más de 1,33 millones están en observación.

Enfatizó que los casos más graves son de personas que no estaban vacunadas y que padecen enfermedades como hipertensión, obesidad o diabetes.

Desde el comienzo de la pandemia, Rusia registra más de 8,3 millones de casos de coronavirus, 232 775 de ellos letales.

octubre 26/2021 (Sputnik) – Tomado de la Selección Temática sobre Medicina de Prensa Latina. Copyright 2019. Agencia Informativa Latinoamericana Prensa Latina S.A.

**Enfermedades de Declaración Obligatoria: Enfermedad Respiratoria Aguda.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 16/10/21**

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021 *
PINAR DEL RIO	1319	4076	116450	90962	21653.67	16951.41
ARTEMISA	1396	3162	133010	108549	29476.57	24005.41
MAYABEQUE	1038	1126	88869	52095	26818.11	15654.88
LA HABANA	2513	17011	355783	601989	18457.72	31189.98
MATANZAS	1620	1920	188486	152699	29306.98	23699.47
VILLA CLARA	2560	2231	207762	128982	31862.68	19872.24
CIENFUEGOS	686	626	71217	55409	19952.60	15606.40
S. SPIRITUS	961	1604	107906	71555	24089.17	16081.86
CIEGO DE AVILA	1290	1003	81150	176168	25403.72	55561.28
CAMAGÜEY	2512	2718	176739	144869	28724.47	23633.20
LAS TUNAS	1380	1981	101897	118693	23121.41	27025.47
HOLGUIN	1563	1636	134027	118876	16566.49	14734.91
GRANMA	1648	4083	165954	152005	23794.73	21797.93
SANTIAGO DE CUBA	2621	2552	126663	203058	16431.88	26350.25
GUANTANAMO	1396	1558	92896	122986	23036.70	30473.68
ISLA DE LA JUVENTUD	90	97	14592	8151	20624.87	11502.57
CUBA	24593	47384	2163401	2307046	22778.89	24325.08

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: 19/10/21

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Alimentos	1	1	98	43	0.87	0.38
Ciguatera *	1	-	17	6	0.15	0.05
Hepatitis viral **	-	-	15	7	0.13	0.06
EDA	-	-	2	-	0.02	-
IRA	2	-	100	10	0.89	0.09
Agua	-	-	8	1	0.07	0.01
Varicela	-	-	32	7	0.29	0.06

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: 16/10/21**

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	-	-	-	._**
SHIGELLOSIS	4	-	82	26	0.86	0.27
D. AMEBIANA AGUDA	-	-	3	1	0.04	0.01
TUBERCULOSIS	11	4	379	346	4.25	3.88
LEPRA	9	-	85	63	1.03	0.76
TOSFERINA	-	-	-	-	-	._**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	1556	1582	85815	85577	928.91	927.62
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	5	1	0.04	0.01
MENINGOCOCCEMIA	-	-	-	-	-	._**
TÉTANOS	-	-	-	-	-	._**
MENINGITIS VIRAL	34	14	988	463	11.25	5.28
MENINGITIS BACTERIANA	6	1	176	83	2.04	0.96
VARICELA	82	26	10175	3083	101.96	30.94
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	._**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	._**
HEPATITIS VIRAL	25	18	989	1124	13.55	15.42
PAROTIDITIS	-	-	-	-	-	._**
PALUDISMO IMPORTADO	-	-	2	8	0.03	0.11
LEPTOSPIROSIS	2	-	35	21	0.52	0.31
SÍFILIS	88	54	3395	2689	40.45	32.08
BLENORRAGIA	41	21	2197	1430	24.75	16.13
INFECC. RESP. AGUDAS	24593	47384	2163401	2304867	22778.89	24302.11

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 María 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>