



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.....	25
Actualización epidemiológica de las variantes SARS-COV-2 (1).....	26
La COVID-19 causó el segundo mayor exceso de mortalidad por infección desde 1918.....	29
Timor Oriental sufre epidemia de Dengue.....	30
Tablas:.....	31

ACTUALIZACIÓN SEMANAL DE LA COVID-19 EN CUBA.

Al cierre del día de ayer, 6 de febrero, se encuentran ingresados un total de 17 mil 740 pacientes, sospechosos 10 mil 354 en vigilancia 118 y confirmados activos 7 mil 268. Para la COVID-19 se realizaron un total de 14 mil 703 muestras para la vigilancia en el día, resultando positivas mil 349 para 9,2% de positividad. El país acumula 12 millones 801 mil 333 muestras realizadas y 1 millón 054 mil 909 positivas (8,2%).

Del total de casos (mil 349): mil 308 fueron contactos de casos confirmados, 20 con fuente de infección en el extranjero y 21 sin fuente de infección precisada.

El 9,04% (122) de los mil 349 casos positivos fueron asintomáticos, acumulándose un total de 143 mil 896 que representa el 13,6 % de los confirmados hasta la fecha. Se acumulan

8 mil 443 fallecidos, letalidad de 0,80% vs 1,46% en el mundo y 1,81% en Las Américas; dos evacuados y 57 retornados a sus países. Hasta el 06 febrero se reportan 191 países y 32 territorios con casos de COVID-19, asciende a 395 millones 68 mil 884 los casos confirmados (+ 2 millones 557 mil 878) con 75 millones 451 mil 165 casos activos y 5 millones 755 mil 183 fallecidos (+ 8 mil 219) para una letalidad de 1,46% (-0,01).

En la región de las Américas se reportan 141 millones 748 mil 423 casos confirmados (+ 783 mil 893), el 35,88% del total de casos reportados en el mundo, con 35 millones 241 mil 46 casos activos y 2 millones 566 mil 152 fallecidos (+ 3 mil 470) para una letalidad de 1,81% (-0,01).



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

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

A nivel mundial la epidemiología del SARS-COV-2 se caracteriza por la rápida diseminación de la variante Omicron, y la continua disminución de las variantes Delta, y un nivel muy bajo de circulación de las variantes Alfa, Beta y Gamma en las seis regiones de la OMS.

Varios linajes de la Variante Omicron han sido identificados, esto incluye los linajes Pango B.1.1.529, BA.1, BA.2 y BA.3. La constelación de mutaciones que define a la variante Omicron incluye la coloca en el linaje Pango BA.1 (incluyendo linaje BA.1.1), y el recuento de secuencias fue de un 96.4 % de las estudiadas por GISAID a partir de 31 enero de 2022.

Un incremento relativo en la variante del BA.2, que difiere de BA.1 en algunas de las mutaciones, incluyendo en la proteína S, ha

sido observado en múltiples países. Las secuencias del linaje BA.2 han sido enviadas a GISAID de 57 países, con una proporción semanal elevada de BA.2 relativo a otras secuencias de Omicron, por encima del 50 % durante las últimas seis semanas en varios países. Las investigaciones en las características de BA.2, la transmisibilidad, las propiedades de escape a la inmunidad y la virulencia, deben ser priorizadas y compararlas con la BA.1.

Al linaje BA.1, BA.1.1, BA.2 and BA.3 corresponden > 99 % de las secuencias enviadas a GISAID a partir de 18 enero de 2022. Todas monitoreadas por la OMS.

Es importante considerar las proporciones relativas de las secuencias de BA.1 y BA.2 en el contexto de la incidencia de casos al interpretar los datos.

Propagación geográfica y prevalencia de las VOCs

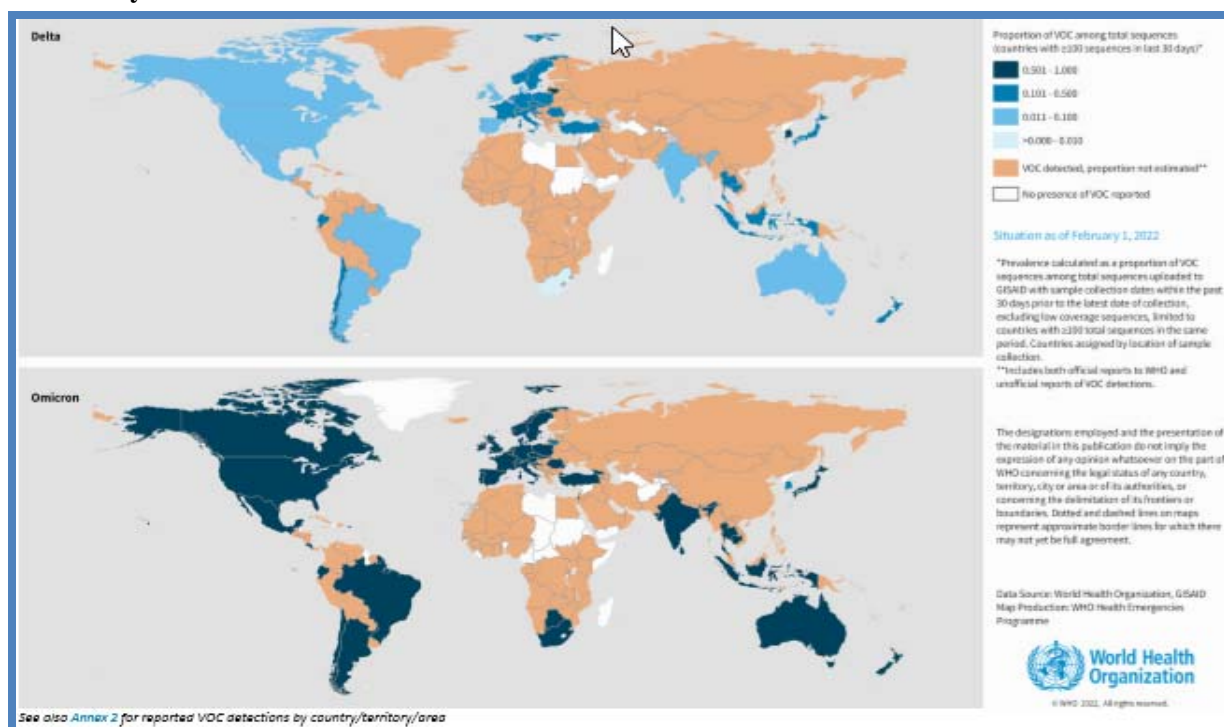
Omicrón mantiene la más alta prevalencia entre las variantes secuenciadas e informadas.

VARIANTES VOCs	01/02/2022	18/01/2022
Total (Secuencias GISAID)	433 223	405 739
Ómicron	403 991 (93.3%)	291 600 (71.9%)
Delta	29 004 (6.7%)	113 652 (28%)
Gamma	4 (<0.1%)	47 (<0.1%)
Alfa	3 (<0.1%)	10 (<0.1%)
Beta	1 (<0.1%)	----
VOI, Mu. Y Lambda	2 (<0.1%)	3 (<0.1%)

La distribución global de las variantes VOCs deben ser interpretadas tomando en consideración las limitaciones de la vigilancia

incluyendo las diferencias de capacidades para la secuenciación del SARS- CoV-2 entre los países.

Prevalencia de las variantes de preocupación (VOCs) Delta y Omicrón en los últimos 30 días, 1 February 2022



Estudios realizados sobre la VOC Omicron.

<https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---01-Feb-2022>.

El riesgo global relacionado con Omicrón sigue siendo muy alto. Esta variante tiene una ventaja de crecimiento sustancial y está sustituyendo rápidamente a las otras variantes VOCs. Se ha demostrado que tiene un tiempo de duplicación más corto en comparación con las variantes anteriores, y que la transmisión se produce incluso entre las personas vacunadas o con antecedentes de infección previa por el SARS-CoV-2; cada vez se reportan más estudios de que esta variante es capaz de evadir la inmunidad (3-6).

Dinamarca, el primer caso de infección con la variante Omicron se detectó el 22 de noviembre de 2021, y la transmisión en la comunidad se estableció a finales de noviembre de 2021. Una preimpresión no revisada por pares utilizó los registros daneses para estimar la tasa de ataque secundario (SAR, de las siglas en inglés) entre los hogares daneses durante diciembre

de 2021. El SAR fue del 31% frente al 21% en los hogares con la variante Omicrón (total de casos primarios: 2 225) y Delta (total de casos primarios: 9 712), respectivamente, y el SAR estimado siguió siendo mayor para la variante Omicrón que para la variante Delta en todos los grupos (3). Además, los hogares no vacunados tuvieron un SAR 1,17 (I.C. del 95%: 0,99-1,38) veces mayor cuando se infectaron con la variante Omicrón en comparación con la variante Delta, mientras que los individuos vacunados y los individuos que habían recibieron una dosis de refuerzo tuvieron un SAR 2,61 veces (I.C.95%: 2,34-2,90) y 3,66 veces (I.C.95%: 2,65-5,05) mayor, respectivamente. Los resultados demuestran la capacidad de la variante Omicrón para evadir la inmunidad (nótese que el riesgo absoluto de infección siguió siendo menor en los individuos vacunados que en los no vacunados) (7).

En cuanto a la severidad o gravedad de la enfermedad, cada vez hay más información que la variante Omicrón es menos grave en comparación con otras variantes (8-11).

Un estudio preimpreso no revisado por pares de la provincia de Gauteng, Sudáfrica, documentó los primeros incrementos acelerados de la incidencia de casos debidos a la variante Omicrón, y comparó la gravedad clínica de los pacientes hospitalizados con infección por SARS-CoV-2 desde el 14 de noviembre hasta el 11 de diciembre de 2021 (un periodo durante el cual Omicrón se convirtió en la variante circulante dominante), con periodos en los que las variantes Beta y Delta eran las dominantes (del 29 de noviembre al 26 de diciembre de 2020 y del 2-29 de mayo de 2021, respectivamente) (12).

A pesar del mayor número de casos durante el periodo "dominante Omicrón", las tasas de ingreso hospitalario fueron menores, con un 4,9% de casos ingresados en comparación con el 18,9% ingresado durante el periodo "dominante Beta" y el 13,7% durante el periodo "dominante Delta".

De igual forma, un menor número de pacientes desarrolló una enfermedad grave durante este último periodo (28,8%; 1.276/4.438) en comparación con los periodos Beta (60,1%; 4.672/7.774) y Delta (66,8%; 3.058/4.574).

En este estudio, la enfermedad grave se definió:: desarrollo de síndrome de dificultad respiratoria aguda, oxígeno suplementario o ventilación mecánica invasiva, tratamiento en cuidados intensivos o en la unidad de cuidados intensivos, o muerte. Además, los pacientes ingresados durante el "periodo de predominio Omicrón" tenían un 73% menos de probabilidades de padecer una enfermedad grave que los pacientes ingresados durante el "periodo de predominio de la variante delta" (Odds Ratio ajustada de 0,27; I.C. del 95%: 0,25-0,31).

Referencias

1. <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---01-Feb-2022>
2. Dra. Suset Oropesa Fernández. CIDR. Informe al grupo operacional de la COVID-19. Instituto Pedro Kourí (IPK).
3. SARS-CoV-2 variants of concern and variants under investigation - https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1040076/Technical_Briefing_31.pdf:42.
4. CDCMMWR. SARS-CoV-2 B.1.1.529 (Omicron) Variant — United States, December 1–8, 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2021;70. doi:10.15585/mmwr.mm7050e1
5. Published. Preliminary findings from study after Christmas party in Oslo. Norwegian Institute of Public Health. Accessed December 14, 2021. <https://www.fhi.no/en/news/2021/preliminary-findings-from-outbreak-investigation-after-christmas-party-in-o/>
6. Kuhlmann C, Mayer CK, Claassen M, et al. Breakthrough Infections with SARS-CoV-2 Omicron Variant Despite Booster Dose of mRNA Vaccine. Social Science Research Network; 2021. doi:10.2139/ssrn.3981711
7. Published. Preliminary findings from study after Christmas party in Oslo. Norwegian Institute of Public Health. Accessed December 14, 2021. <https://www.fhi.no/en/news/2021/preliminary-findings-from-outbreak-investigation-after-christmas-party-in-o/>
8. Cele S, Jackson L, Khan K, et al. SARS-CoV-2 Omicron Has Extensive but Incomplete Escape of Pfizer BNT162b2 Elicited Neutralization and Requires ACE2 for Infection.; 2021:2021.12.08.21267417. doi:10.1101/2021.12.08.21267417

9. Roessler A, Riepler L, Bante D, Laer D von, Kimpel J. SARS-CoV-2 B.1.1.529 Variant (Omicron) Evades Neutralization by Sera from Vaccinated and Convalescent Individuals.; 2021:2021.12.08.21267491. doi:10.1101/2021.12.08.21267491

10. Sheward et al. Preliminary Report - Early release, subject to modification - Quantification of the neutralization resistance of the Omicron Variant of Concern. Google Docs. Accessed December 14, 2021. https://drive.google.com/file/d/1CuxmNYj5cpluxWXhjiVmuDqntxXwlfXQ/view?usp=embed_facebook

11. Redd AD, Nardin A, Kared H, et al. Minimal Cross-over between Mutations Associated with Omicron Variant of SARS-CoV-2 and CD8+ T Cell Epitopes Identified in COVID-19 Convalescent Individuals. Immunology; 2021.

doi:10.1101/2021.12.06.471446

12. Kim P, Gordon SM, Sheehan MM, Rothberg MB. Duration of SARS-CoV-2 Natural Immunity and Protection against the Delta Variant: A Retrospective Cohort Study. Clinical Infectious Diseases. Published online December 3, 2021:ciab999. doi:10.1093/cid/ciab999

LA COVID-19 CAUSÓ EL SEGUNDO MAYOR EXCESO DE MORTALIDAD POR INFECCIÓN DESDE 1918.

Febrero 5/2022 (SINC). El exceso de muertes asociado a la pandemia del coronavirus en España, Suecia y Suiza en 2020 fue el mayor desde la pandemia de la gripe española, según los datos de un estudio europeo. Los autores han elegido estos tres países porque fueron militarmente neutrales durante las dos guerras mundiales y disponen de datos continuos y fiables.

La pandemia del coronavirus es el evento que más muertes ha causado en España desde la pandemia de la gripe española en 1918. Así lo revela un estudio que analiza el exceso de mortalidad —la diferencia entre las cifras de muertos registradas y las estimadas para un mismo periodo de tiempo—, asociado a la covid-19 en tres países: España, Suecia y Suiza. Los resultados se publican en la revista de *Annals of Internal Medicine*.

La investigación se centra en estos tres países porque fueron militarmente neutrales durante las dos guerras mundiales y, además, disponen de datos continuos y fiables sobre el recuento de muertes. Según los investigadores de las *Universidades de Zúrich, Berna y Oslo*, los datos históricos pueden ayudar a planificar y preparar las pandemias actuales y futuras. Se calcula que en la pandemia de la gripe española de 1918

el exceso de muertes fue entre seis y siete veces mayor que en la del coronavirus en 2020. En colaboración con la *Oficina Federal de Estadística de Suiza*, los autores calcularon el exceso de muertes mensuales para todas las causas, específicas por edad, en Suiza, Suecia y España de 2020 a 2021, así como en otros periodos pandémicos desde finales del siglo XIX en orden cronológico. Para ello, recopilaron datos de la oficina de estadística de cada país sobre las muertes mensuales por todas las causas y utilizaron datos anuales sobre el tamaño de la población y la estructura por edades para tener en cuenta los cambios demográficos a lo largo del tiempo.

Tras realizar un análisis estadístico, los investigadores descubrieron que en los tres países el año 2020 marcó el mayor exceso de muertes desde 1918. Sin embargo, se calcula que en 1918 este fue entre seis y siete veces mayor.

“Aunque la covid-19 es la pandemia más fuerte desde 1918, la gripe española fue un caso excepcional, ya que costó la vida a muchos adultos jóvenes”, indica a SINC Kaspar Staub, investigador de la Universidad de Zúrich y primer firmante del estudio.

Impacto inicial

El exceso relativo de muertes en 2020 fue del 17,3 % en España, del 12,5 % en Suiza y del 8,5 % en Suecia. “Nos sorprendió encontrar que en España, en comparación con los otros dos países observados, el exceso de mortalidad fue particularmente alto tanto en 1918 como en 2020”, señala el experto.

El exceso relativo de muertes en 2020 fue del 17,3 % en España, del 12,5 % en Suiza y del 8,5 % en Suecia

“No hemos investigado en detalle por qué ocurre esto, pero probablemente hay varios

factores en juego, entre ellos el hecho de que España se vio afectada relativamente pronto en ambas pandemias”, añade el experto.

Los autores concluyen que el exceso de mortalidad en 2020 podría haber sido incluso mayor si no fuera por las intervenciones de salud pública en todo el mundo.

Referencia:

Staub et al. “Historically High Excess Mortality During the covid-19 Pandemic in Switzerland, Sweden, and Spain”. Ann Intern Med.

TIMOR ORIENTAL SUFRE EPIDEMIA DE DENGUE.

Febrero 02/2022. El sistema de salud en Timor Oriental se encuentra al límite por un brote alarmante de dengue que ha matado a 20 niños desde principios de año, destaca la prensa nacional. Los casos en enero ya superan el número registrado en todo 2021, y el aumento de nuevos pacientes admitidos en el hospital principal de esta capital fue tan grande que muchos han tenido que compartir camas. El Ministerio de Salud del país informó que hubo mil 198 casos de dengue solo en enero, la mayoría en la capital, con casi el 80 por ciento de los niños infectados entre las edades de uno y 14 años. Las cifras de infecciones y mortalidad de las últimas cuatro semanas ya supera las 901 infecciones por dengue y las 11 muertes registradas en 2021, por lo que las próximas semanas se perfilan como un momento crítico para la infraestructura nacional de salud. La directora de los Servicios Municipales de Salud de Dili, Agostinha Segurado, dijo a través de un

mensaje de texto que las 20 muertes por dengue en el último mes habían sido niños, 12 de ellos en la capital. Por otra parte, los primeros casos detectados de la variante Ómicron de la COVID-19 podrían complicar la situación. Los enfermos registrados la semana pasada con la contagiosa enfermedad podrían llevar a la pequeña nación del sudeste asiático a enfrentar una preocupante epidemia dual. Históricamente, la transmisión del dengue en Timor alcanza su punto máximo durante la temporada de lluvias entre diciembre y febrero, pero el brote actual ya es mucho peor que los de los últimos años. Sin embargo, los funcionarios de salud tienen la esperanza de que la tasa de vacunación pueda mitigar con éxito el impacto de una ola de Ómicron, pues más del 70 por ciento de la población adulta recibió dos dosis (Prensa Latina) – Tomado de la Selección Temática sobre Medicina de Prensa Latina. Copyright 2019.

Enfermedades de Declaración Obligatoria: Sífilis.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 22/01/22

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022 *
PINAR DEL RIO	2	5	3	10	13.70	45.77
ARTEMISA	3	-	8	11	33.02	45.38
MAYABEQUE	2	2	6	6	21.32	21.23
LA HABANA	15	33	51	82	67.77	108.82
MATANZAS	4	9	8	17	19.03	40.37
VILLA CLARA	6	6	10	16	28.94	46.52
CIENFUEGOS	2	-	5	-	23.08	23.08**
S. SPIRITUS	-	4	7	8	21.25	24.45
CIEGO DE AVILA	5	5	7	7	18.30	18.44
CAMAGÜEY	8	5	15	16	33.74	36.16
LAS TUNAS	7	1	18	11	34.03	20.87
HOLGUIN	7	8	12	17	12.40	17.62
GRANMA	2	5	4	17	13.33	56.64
SANTIAGO DE CUBA	7	20	11	29	48.39	127.61
GUANTANAMO	2	4	9	11	33.85	41.33
ISLA DE LA JUVENTUD	-	-	1	1	33.59	33.54
CUBA	72	107	175	259	33.88	50.21

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: 19/01/22

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Alimentos	2	-	4	3	0.04	0.03
Ciguatera *	-	-	-	1	-	0.01
Hepatitis viral **	-	-	-	-	-	-
EDA	-	-	-	-	-	-
IRA	1	2	3	2	0.03	0.02
Agua	-	-	-	-	-	-
Varicela	1	-	1	-	0.01	-

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: 22/01/22

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	-	-	-	._**
SHIGELLOSIS	-	2	8	2	0.32	0.08
D. AMEBIANA AGUDA	-	-	-	-	0.01	0.01**
TUBERCULOSIS	10	6	20	25	3.77	4.72
LEPRA	2	2	3	4	0.72	0.97
TOSFERINA	-	-	-	-	-	._**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	1516	2288	4979	6379	936.07	1200.94
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	-	-	0.04	0.04**
MENINGOCOCCEMIA	-	-	-	-	-	._**
TÉTANOS	-	-	-	-	-	._**
MENINGITIS VIRAL	11	13	50	37	5.54	4.11
MENINGITIS BACTERIANA	1	6	3	11	0.95	3.47
VARICELA	192	122	615	383	34.98	21.81
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	._**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	._**
HEPATITIS VIRAL	17	12	93	36	11.62	4.51
PAROTIDITIS	-	-	-	-	-	._**
PALUDISMO IMPORTADO	2	-	2	-	0.08	0.08**
LEPTOSPIROSIS	3	-	3	-	0.13	0.13**
SÍFILIS	72	107	175	259	33.88	50.21
BLENORRAGIA	58	26	151	78	15.79	8.17
INFECC. RESP. AGUDAS	45161	117520	128503	324030	25529.79	64464.65

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) 2807625 y 2020652 Fax: (53-7) 2046051 y (53-7) 2020633

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