Situación Epidemiológica Internacional

Vigilancia en Salud

ISSN 1028-4346

No. 448 *28 de diciembre de 2012*

Edición especial

En este número:

Editorial **2**

Enfermedades Tipo Influenza **3**

Influenza estacional 3
Influenza A (H3N2), nueva variante, de origen porcino 4
Influenza aviar A (H5N1) 5
Infección respiratoria grave por nuevo coronavirus 6

Enfermedades de transmisión vectorial **7**

Dengue 7
Chikungunya 9
Fiebre amarilla 10
Paludismo 11
Virus del Nilo Occidental 12

Enfermedades transmitidas por alimentos **14**

Cólera y Diarrea Acuosa Aguda 14
Norovirus 16

Enfermedades prevenibles por vacunas **17**

Sarampión 17
Poliomielitis 18
Tosferina 19

Síndromes Neurológicos Infecciosos **21**

Meningitis meningocócica 21

Fiebres Hemorrágicas Virales **22**

Fiebre Hemorrágica Ébola 22
Fiebre Hemorrágica de Marburgo 23

Lista de Figuras **24**

Editorial

A principios del 2012 se publicó por primera vez un número especial del boletín semanal Situación Epidemiológica Internacional que resumió la información epidemiológica más relevante del año 2011 relacionada con enfermedades transmisibles que fueron seleccionadas por su impacto en el mundo y su posible repercusión en Cuba. La favorable acogida que tuvo este resumen anual y su utilidad para posteriores análisis, nos motivó a intentar un nuevo resumen para el año 2012. (Ver http://files.sld.cu/vigilancia/files/2012/01/sei301211resumenanual.pdf)

Para la elaboración del resumen anual del 2012, al igual que se hizo para el número especial del 2011, se procedió primero a realizar un levantamiento temático y geográfico de los eventos de salud reflejados en los números publicados, se seleccionaron los eventos más relevantes y a partir de esta selección se compiló y analizó la información oficial que sobre estos publicaron la Organización Panamericana y Mundial de la Salud y otras fuentes oficiales.

Entre los eventos de salud con mayor cobertura en los boletines semanales del 2012, y que por tanto han sido incluidos en este resumen anual, estuvieron el Cólera, tanto en África como en el Caribe; el Sarampión y la Tosferina, con efectos importantes en países europeos y africanos, y el Dengue, fundamentalmente en Las Américas y Sudeste asiático. Otros eventos con marcada estacionalidad que se siguieron durante su temporada fueron el virus del Nilo Occidental (en Estados Unidos, Canadá y Europa), las gastroenteritis por Norovirus (en Reino Unido y otros países europeos) y las infecciones por el nuevo virus de Influenza A (H3N2) de origen porcino en Estados Unidos. Además, se han reflejado brotes causados por virus como el de la Fiebre amarilla, la Fiebre de Lassa, la Fiebre Hemorrágica de Ébola, la Fiebre Hemorrágica de Marburgo, en países africanos, entre otros eventos.

Como complemento de la información compilada en este resumen anual se utilizaron las referencias bibliográficas, colocadas a pie de página y gráficos, mapas y tablas; la mayoría de las figuras fueron obtenidas de las propias fuentes oficiales consultadas. Siempre que no se consigne la fuente de la figura, es la misma de la referencia bibliográfica utilizada.

La editora

Enfermedades Tipo Influenza

Influenza estacional

Durante la primera mitad del 2012[1] los países de la zona tropical que reportaron actividad de influenza notable fueron Brasil, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Honduras, Nicaragua Panamá, Perú y el Estado Plurinacional de Bolivia. En Las Américas predominó la detección de Influenza A (H1N1) pandémica, la Influenza A (H3N2) y la Influenza B; en África, en Ghana y Madagascar predominó la Influenza A (H3N2) y tipo B; en Bhután, Camboya, sur de China, Hong Kong (China), India, Laos, Singapur, Sri Lanka y Viet Nam predominaron la Influenza A (H3N2) y tipo B.

Los virus de Influenza A (H3N2) fueron los subtipos más comúnmente reportados por la mayoría de los países de la región templada del hemisferio sur incluyendo Chile, Sudáfrica y Australia. Sin embargo, en América Central los reportes anteriores de Influenza A (H1N1) pandémica cedieron al reporte de Influenza tipo B. En Asia tropical, sur de China y sudeste de Asia se estuvo informando principalmente Influenza A (H3N2), mientras que en Bhután, la India y Sri Lanka ha estado circulando la Influenza A (H1N1) pandémica y la Influenza B.

Para finales de año 2012[2], sin embargo, la actividad de la influenza continuó aumentando en el hemisferio norte, mientras que la actividad esporádica se informó desde el hemisferio sur. Los virus de Influenza A (H3N2) sigue siendo el subtipo predominante a nivel mundial, seguido por influenza B e Influenza A (H1N1) pandémica.

En América del Norte, la actividad gripal aumentó y varió de localizada en generalizada, tanto en Canadá como en los Estados Unidos de América, con influenza A (H3N2) como el subtipo predominante. En contraste, el virus de la influenza B fue el subtipo predominante en la ciudad de México.

En Europa, la actividad gripal siguió aumentando en toda la región. En las últimas semanas del 2012, se informó de aumento de la actividad en Dinamarca y Francia. La Influenza A (H1N1) pandémica, la Influenza A (H3N2) y el virus B circularon simultáneamente en la región. En China y en Japón se reportó actividad incrementada de Influenza A (H3N2). En la región del Mediterráneo Oriental, aumentó la detección del virus de Influenza A (H1N1) pandémica, así como de Influenza A (H3N2) e

---

[1] *World Health Organisation (WHO). Surveillance & Monitoring, Updates. 2012, agosto 31. Disponible en:* http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/2012_08_31_surveillance_update_167.pdf

[2] *World Health Organisation (WHO). Surveillance & Monitoring, Updates. 2012. diciembre 21. Disponible en:* *http://www.who.int/entity/influenza/surveillance_monitoring/updates/2012_12_21_surveillance_update_175.pdf*

influenza B. Los informes de resistencia de la neuraminidasa fueron muy poco comunes durante todo el año.

Influenza A (H3N2), nueva variante, de origen porcino

En julio de 2012 el estado de Indiana, Estados Unidos, informó el primer brote de virus de nueva influenza A (H3N2) de esta temporada asociado con una feria agropecuaria. El virus de Influenza A (H3N2v) contiene el gen M de la Influenza humana (H1N1) pandémica, al igual que en los 17 casos anteriormente detectados desde julio de 2011[3]. A partir de entonces 10 estados notificaron casos. Hasta el 28 de septiembre de 2012 se acumularon 306 casos: Indiana (138), Ohio (107), Wisconsin (20), Maryland (12), Pennsylvania (11), Michigan (6), Minnesota (4), Illinois (4), West Virginia (3) y Hawai (1).[4] En la mayoría de los casos la enfermedad tuvo un curso leve y casi todos habían tenido exposición a cerdos antes de la aparición de los síntomas.

El sistema de vigilancia de Influenza porcina en Estados Unidos ha detectado cerdos con el virus H3N2 con el gen m de la influenza pandémica en varios estados del país. Sin embargo, el virus de la influenza no ha demostrado ser transmisible a las personas a través del consumo de carme y otros derivados de cerdo cocinados o manipulados adecuadamente. Es posible que el virus H3N2v sea más transmisible de los cerdos a las personas y de persona a persona desde que se le ha incorporado el gen M de la Influenza A (H1N1) pandémica. Finales del verano es la temporada de ferias en los Estados Unidos por lo que hay muchas oportunidades de exposiciones entre cerdos y personas.

La investigación de uno de los primeros casos de Influenza A (H3N2v) de origen porcina detectados en los Estados Unidos en 2011 sugiere que por cada caso confirmado, puede haber muchos más que no son detectados. Los investigadores también encontraron señales de que una mayor exposición a los cerdos aumenta el riesgo de tener un caso sospechoso, aunque este hallazgo no fue estadísticamente significativo. No encontraron ninguna evidencia clara de transmisión eficiente del virus de humano a humano[5].

---

[3] *Para más información sobre los casos detectados en el 2011, consulte el resumen anual de Situación Epidemiológica Internacional* http://files.sld.cu/vigilancia/files/2012/01/sei301211resumenanual.pdf

[4] *Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos. Information on Influenza A (H3N2)* Variant Viruses ("H3N2v"). *Disponible en:* http://www.cdc.gov/flu/swineflu/h3n2v-case-count.htm

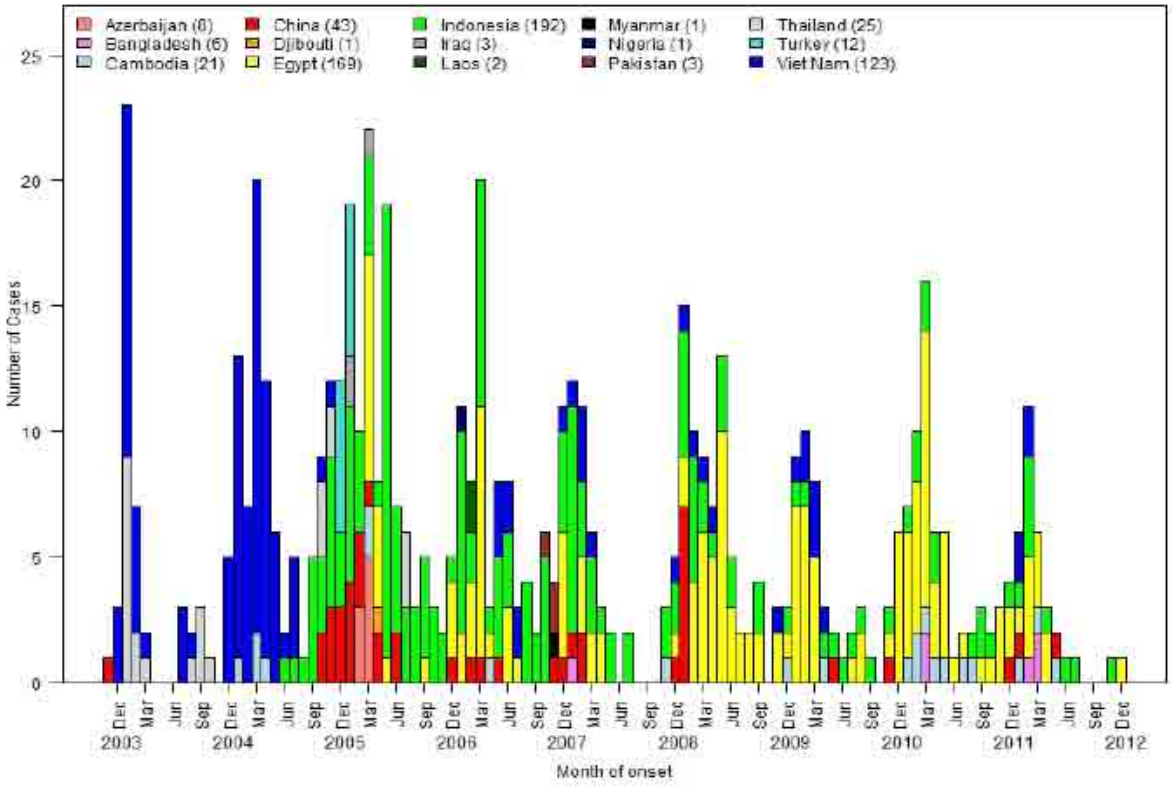
[5] *CIDRAP News. 2012, septiembre 21. Disponible en:* *http://www.cidrap.umn.edu/cidrap/content/influenza/swineflu/news/sep2112swine.html*

Influenza aviar A (H5N1)

Desde el 2003 y hasta el 17 de diciembre de 2012 se han reportado a la Organización Mundial de la Salud 610 casos confirmados por laboratorio de infección en humanos por el virus de la Influenza aviar A (H5N1) en 15 países; de ellos, 360 fallecieron (Figura 1).

Durante el año 2012 se reportaron 32 casos confirmados por laboratorio, incluyendo 20 fallecidos (tasa de letalidad 62,5%) de los siguientes países: Egipto (11 casos, 5 fallecidos), Indonesia (9 casos, todos fallecidos), Viet Nam (4 casos, 2 fallecidos), Cambodia (3 casos, todos fallecidos), Bangladesh (2 casos sin fallecidos) y China (2 casos, 1 fallecido) (Figuras 2 y 3). Todos los casos tenían historia de exposición a aves de corral y no hay evidencias de transmisión sostenida de persona a persona[6].

Figura 1. Curva epidemiológica de casos confirmados de Influenza aviar A (H5N1) en humanos por mes de primeros síntomas, desde el 2003 hasta el 2012.



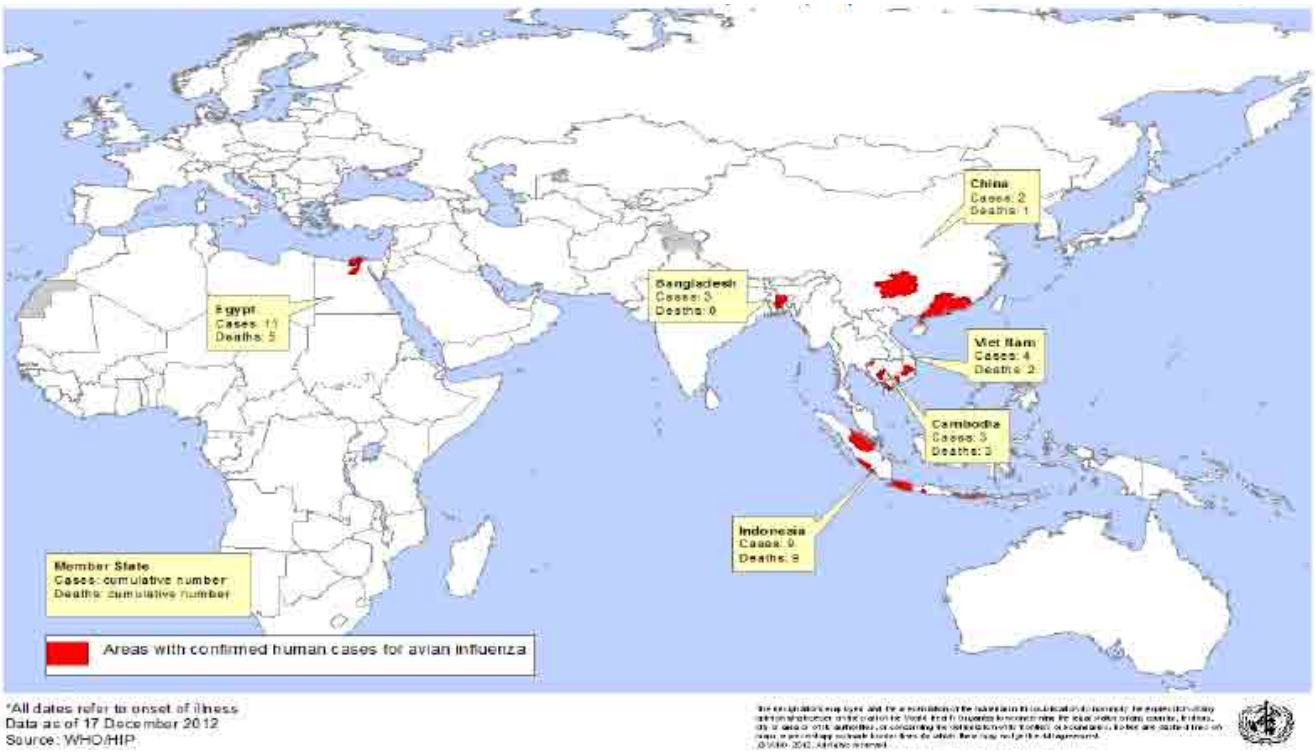
[6] *World Health Organization. Influenza aviar A (H5N1). Summary and assessment as of 17 December 2012. Disponible en: http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/Influenza_Summary_IRA_HA_interface_17Dec12updated.pdf*

Figura 2. Acumulado de casos humanos confirmados de Influenza A H5N1 hasta el 17 de diciembre de 2012

Country	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		Total	
	cases	deaths	cases	deaths	cases	deaths	cases	deaths	cases	deaths	cases	deaths	cases	deaths	cases	deaths	cases	deaths	cases	deaths	cases	deaths
Azerbaijan	0	0	0	0	0	0	8	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	5
Bangladesh	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	3	0	6	0
Cambodia	0	0	0	0	4	4	2	2	1	1	1	0	1	0	1	1	8	8	3	3	21	19
China	1	1	0	0	8	5	13	8	5	3	4	4	7	4	2	1	1	1	2	1	43	28
Djibouti	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Egypt	0	0	0	0	0	0	18	10	25	9	8	4	39	4	29	13	39	15	11	5	169	60
Indonesia	0	0	0	0	20	13	55	45	42	37	24	20	21	19	9	7	12	10	9	9	192	160
Iraq	0	0	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2
Lao People's Democratic Republic	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Myanmar	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Nigeria	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Pakistan	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1
Thailand	0	0	17	12	5	2	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	17
Turkey	0	0	0	0	0	0	12	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	4
Viet Nam	3	3	29	20	61	19	0	0	8	5	6	5	5	5	7	2	0	0	4	2	123	61
Total	4	4	46	32	98	43	115	79	88	59	44	33	73	32	48	24	62	34	32	20	610	360

Total number of cases includes number of deaths
WHO reports only laboratory cases
All dates refer to onset of illness

Figura 3. Áreas con casos confirmados de Influenza aviar A (H5N1) reportados durante el 2012



Infección respiratoria grave por nuevo coronavirus

Los coronavirus son una amplia familia de virus que pueden causar una variedad de enfermedades en los seres humanos, desde el resfriado común hasta el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS, siglas en inglés). El 22 de septiembre de 2012, la Agencia de Protección de Salud del Reino Unido detectó el primer caso de infección respiratoria grave causada por un nuevo coronavirus en un

viajero procedente de Qatar. Esta cepa no había sido identificada previamente en los seres humanos. Ha sido denominada provisionalmente como *London1_novel CoV 2012*.

Hasta el 21 de diciembre de 2012 se habían confirmado por laboratorio 9 casos: 2 de Qatar, 5 de Arabia Saudita y 2 de Jordania. Todos los pacientes estaban gravemente enfermos y 5 han muerto.[7]

Hasta el momento, con sólo un pequeño número de casos reportados, hay información muy limitada sobre la transmisión, gravedad y repercusión clínica. El conocimiento actual es que la enfermedad se presenta como una infección respiratoria aguda grave, neumonía, pero que en algunos casos confirmados ha estado acompañada de fallo renal y en otros de pericarditis y coagulación intravascular diseminada. A diferencia del SARS, esta infección no parece transmitirse fácilmente de persona a persona.

Enfermedades de transmisión vectorial

Dengue

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la incidencia de la enfermedad de dengue ha aumentado en las últimas décadas, con entre 50 y 100 millones casos anuales que hacen que hasta 2.500 millones de personas, más del 40 % de la población mundial, esté en riesgo de padecer esta infección viral.

Actualmente ya es endémico en más de cien países de África, América y Asia (el Sureste y el Pacífico Occidental, las zonas más afectadas), unos datos que contrastan con los de la década de los 70, cuando sólo nueve países habían sufrido una epidemia severa de la enfermedad[8].

El dengue y dengue grave continúan siendo un problema de salud pública en la región de las Américas. A pesar de los esfuerzos realizados por parte de los Estados Miembros para contener y mitigar el impacto de las epidemias, durante los dos últimos años, el número total de casos y muertes ha sobrepasado los datos históricos en algunos países de la Región. En efecto, el 2010 fue el año con el registro más alto de casos de dengue en la historia del continente; con 1,69 millones de casos y 1.185 defunciones. Durante el 2011 se reportaron un total de 1,04 millones de casos y 719 defunciones por dengue.

---

[7] *World Health Organization. Background and summary of novel coronavirus infection – as of 21 December 2012. Disponible en: http://www.who.int/entity/csr/disease/coronavirus_infections/update_20121221/en/index.html*

[8] *World Health Organization. Dengue y severe dengue. Fact Sheet N. 117. 2012, nov. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/en/*

Durante el 2012 varios países y territorios de la Región notificaron la ocurrencia de brotes de dengue, entre ellos, Bolivia, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, Puerto Rico y República Dominicana. En el caso de Bolivia y Suriname, el aumento de casos se registró desde finales de 2011[9]. En algunos de estos brotes se constató la circulación de varios serotipos simultáneamente tal como ocurrió en El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico y República Dominicana. Esta situación aumentó el riesgo de aparición de dengue grave y significó una carga adicional para los servicios de salud.

En la mayoría de los países los brotes de dengue se registraron en zonas que fueron afectadas previamente por intensas lluvias, lo cual representó un desafío adicional para la implementación de las acciones de prevención y control del dengue, sobre todo aquellas relacionadas con el control del vector[10].

Hasta la semana 51 del 2012 se reportaron en Las Américas 1 millón 103 904 casos de dengue, incluyendo 31 606 casos graves y 675 fallecidos[11].

Figura 4. Número de casos de dengue reportados en las Américas, hasta la semana 51 del 2012.

Sub-regiones	Dengue*	Tasa incidencia x 100.000 habitantes	Dengue grave**	Muertes	Tasa de letalidad
Norteamérica, Centroamérica y México	281.555	191,6	21.171	90	0,03
Andina	182.799	178,4	5.550	149	0,08
Cono Sur	606.205	250,0	4.473	342	0,06
Caribe Hispano	20.327	85,8	164	74	0,36
Caribe inglés y francés	13.018	163,9	248	20	0,15
TOTAL	1.103.904	210,9	31.606	675	0,06

***Suma de Dengue + Dengue grave**
****Incluye Sindrome de choque por dengue y/o todas las formas de dengue grave**

[9] *Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica: Dengue. 2012, marzo 28. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1239&Itemid=2291&lang=es*
[10] *Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica. 2012, noviembre 13. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1239&Itemid=2291&lang=es*
[11] *Organización Panamericana de la Salud. Información Regional Dengue: Número de Casos. Hasta semana 51. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=19720&Itemid=270&lang=es*

El 3 de octubre de 2012 se reportó la primera transmisión sostenida de dengue en Europa desde 1920, en la isla de Madeira (Región Autónoma de Madeira), Portugal. El mosquito *Aedes aegypti,* el vector más efectivo para el virus del dengue, ha estado presente en Madeira desde al menos el 2005. Aunque la introducción del virus a la isla no un evento inesperado, dada la dramática expansión de la transmisión de dengue a nivel mundial durante los últimos 30 años y el elevado número de visitantes a Madeira, el brote es grande y constituye un acontecimiento significativo para la salud pública[12].

Desde el 3 de octubre de 2012 y hasta el 9 de diciembre de 2012 se habían reportado 2050 casos de dengue en la isla de Madeira (Región Autónoma de Madeira), Portugal. Según el último informe oficial del 19 de diciembre de 2012, los casos nuevos tenían una tendencia decreciente. En la semana del 10 al 16 de diciembre se reportaron 53 casos lo que representaba una disminución del 7% con respecto a la semana anterior. Además, se reportaron 58 casos de Dengue asociados con viajes a Madeira en Portugal continental y 11 en otros países europeos: Reino Unido (20), Alemania (14), Finlandia (4), Francia (3), Croacia, Dinamarca, Noruega, Eslovenia, España, Suecia y Suiza. Además, 10 personas fueron diagnosticadas con dengue luego de retornar de Portugal continental. Todos evolucionaron satisfactoriamente[13].

Chikungunya

En los últimos cinco años, cientos de personas que han viajado desde las Américas hacia Asia y África se infectaron con el virus chikungunya. Aunque en la actualidad no existe una transmisión autóctona de este virus en las Américas, los expertos estiman que hay un riesgo claro de que se introduzca en las poblaciones locales de mosquitos vectores.

Entre 2006 y 2010 se detectaron 106 casos confirmados por laboratorio o probables de chikungunya en viajeros que regresaban a Estados Unidos, frente a sólo tres casos reportados entre 1995 y 2005. Desde 2004, el virus de chikungunya ha causado brotes masivos y sostenidos en Asia y África, donde más de 2 millones de personas han sido infectadas, con tasas de hasta 68% en ciertas áreas. Debido al movimiento de viajeros, se registraron transmisiones a nivel local en áreas donde antes no se había encontrado el virus, como en el norte de Italia y el sur de Francia. Desde el 2006 se han reportado nueve casos en los territorios franceses de las Américas (3 en Martinica, 3 en Guadalupe y 3 en Guayana Francesa). Hasta el momento, ninguno de los casos relacionados con viajes ocasionó

---

[12] *European Centre for Disease Prevention and Control. Risk assessment: Update on autochthonous dengue cases in Madeira, Portugal 20 November 2012. Disponible en: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/dengue-madeira-risk-assessment-update.pdf*

[13] *Direção-Geral da Saúde. Comunicado do Diretor-Geral da Saúde sobre casos de dengue na Região Autónoma da Madeira. 2012, diciembre 19. Disponible en: http://www.dgs.pt/*

una transmisión local, pero estos casos documentan un riesgo continuo de introducción y posible transmisión sostenida del virus en las Américas[14].

Durante el 2012, los principales brotes se reportaron en la India y otros países del sudeste asiático como Bhután, Cambodia, Malasia, Filipinas, Yemen y Papúa-Nueva Guinea. También se reportaron 2 casos importados en Francia, procedentes de República Democrática del Congo.

Fiebre amarilla

La Fiebre amarilla es endémica en 33 países de África y 11 países de América del Sur. Según datos estimados de la Organización Mundial de la Salud en el 2011 se produjeron 2 597 casos. Durante el 2012 se reportaron brotes importantes en Camerún, Ghana y Sudán. También se notificaron casos sospechosos y confirmados aislados en Sierra Leona (julio), República Democrática del Congo (octubre) y Uganda (octubre).

En Camerún el brote comenzó desde octubre del 2011. Hasta febrero del 2012 se notificaron 23 casos, incluyendo 7 fallecidos en los distritos Guider, Bibemi, Gaschiga, Lagdo, Mayo Oulo y Golombe, en el norte del país. Al menos 13 casos de 6 distritos fueron confirmados en el Instituto Pasteur de Camerún. A finales de enero se llevó a cabo una campaña masiva de vacunación para vacunar a 1,2 millones de personas en 8 distritos de alto riesgo[15].

En Ghana el brote también comenzó desde diciembre del 2011 y hasta febrero del 2012 afectaba los distritos Builsa y Kassena-Nankana-West en la región Upper East y Kitampo-South en la región Brong Ahafo localizadas en la parte medio oeste del país. Se confirmaron por laboratorio 3 casos, incluyendo 2 fallecidos. Se planificó una campaña de reactivación para febrero del 2012 donde se previó vacunar a 25 000 personas en los distritos afectados. Esta actividad complementaba la campaña de vacunación masiva que se llevó a cabo en el país desde noviembre del 2011.[16]

En Sudán, la Organización Mundial de la Salud (OMS) confirmó el 7 de noviembre de 2012 un brote de fiebre amarilla en la región sudanesa de Darfur. Hasta el 6 de enero de 2013, un total de 849 casos sospechosos de fiebre amarilla, incluyendo 171 muertes se han reportado en 35 de 64

---

[14] *Organización Panamericana de la Salud. OPS y CDC presentan guía de preparación y respuesta ante la eventual introducción del virus chikungunya. 2012, febrero 29. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=6464&Itemid=1926&lang=es*

[15] *World Health Organization. Yellow fever in Cameroon. 2012, feb. 3. Disponible en: http://www.who.int/csr/don/2012_02_03/en/index.html*

[16] *World Health Organization. Yellow fever in Ghana. 2012, feb. 3. Disponible en: http://www.who.int/csr/don/2012_02_03b/en/index.html*

localidades en Darfur Central, Norte, Este y Oeste (tasa de letalidad 20,1%).[17]Los resultados de laboratorio han confirmado la fiebre amarilla por la prueba ELISA IgM y PCR en 40 muestras clínicas. Actualmente, el Ministerio Federal de salud está organizando una campaña de vacunación masiva de urgencia contra la fiebre amarilla. Las primeras dos fases se desarrollaron en noviembre y diciembre de 2012 y se está planificando una tercera fase. En total se cubrirían unos 5 millones de personas en riesgo.

Paludismo

El Informe Mundial de Paludismo 2012[18] indica que se reportaron 216 millones de casos de paludismo mundialmente, 81% de ellos ocurrieron en la región de África. Igualmente, de 655 000 muertes por paludismo, 91% ocurrieron en África; los niños menores de 5 años fueron los más afectados. Seis países, incluyendo Nigeria, república Democrática del Congo, Burquina Faso, Mozambique, Costa de Marfil y Mali acumularon 390 000 (60%) fallecidos.

En las Américas los casos de paludismo se redujeron casi el 60% y las muertes bajaron un 70% en el pasado decenio. Mientras en 2000 el número de casos reportados por la región de las Américas superó el millón, en el 2011 fue inferior a 490 mil, y el número de muertes pasó de 439 a 113 en el mismo periodo[19].

Alrededor del 30 % de la población de los 21 países endémicos de esta Región está en riesgo de contagiarse, mientras que se estima un 8% está en "alto riesgo". En la región, de los 21 países donde la malaria o paludismo es endémica, se estima que 18 de ellos alcanzarán la meta del Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) de reducir en un 75 por ciento la cantidad de casos para 2015 en comparación con los reportados para el 2000. Trece países ya han alcanzado ese objetivo. Se trata de Argentina, Belice, Bolivia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guayana Francesa, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay y Surinam. Además, seis de ellos (Argentina, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México y Paraguay) se consideran en la fase de pre-eliminación.

Los países que enfrentan mayores desafíos para alcanzar la reducción del 75% en el número de casos para 2015 son Guyana, República Dominicana, Venezuela y Haití (para este último no fue

---

[17] *World Health Organization. Sudan. Yellow fever update. 2013, enero 10. Disponible en: http://www.emro.who.int/sdn/sudan-news/yellowfever-sudan-january2013.htm*

[18] *World Health Organization. World Malaria Report 2012. Disponible en: http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2012/en/index.html*

[19] *Organización Panamericana de la Salud. Casos de malaria en las Américas bajaron casi 60% en la última década, según nuevo informe de la OMS. 2012, diciembre 20. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7908%3Ain-the-americas-malaria-cases-have-declined-nearly-60-since-2000&catid=740%3Anews-press-releases&Itemid=1926&lang=es*

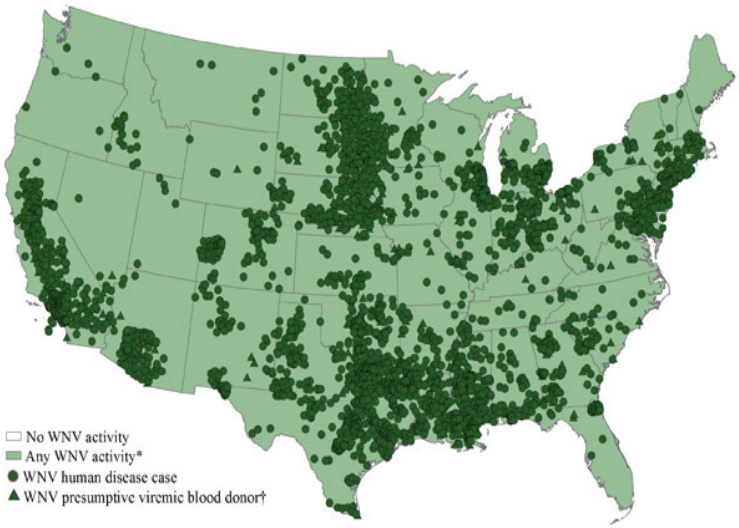
posible acceder a las tendencias en debido a inconsistencias en la información a través del tiempo). Entre 2005 y 2011, República Dominicana logró una reducción de casos muy significativa al pasar de 3,837 a 1616, sin embargo debido a los casos importados de Haití como consecuencia del terremoto de 2010, la cifra no fue menor a la reportada en 2000. Según datos oficiales de República Dominicana, 577 de los 1616 casos registrados en 2011 fueron importados. En Guyana los casos detectados disminuyeron entre 2000 y 2010, pero en 2011 se registró un aumento. Mientras que en Venezuela, los datos reportados también dan cuenta de un incremento.

Virus del Nilo Occidental

El Virus del Nilo Occidental, transmitido al hombre fundamentalmente a través de mosquitos de género *Culex,* tiene actualmente una amplia distribución en mundo. En los países de clima templado la temporada típica se presenta entre los meses de junio a octubre.

En Estados Unidos, hasta el 11 de diciembre de 2012 (fecha del último reportado publicado), 48 estados habían reportado infecciones de virus del Nilo Occidental en mosquitos, aves o personas. Se reportaron un total de 5 387 casos de enfermedad en humanos por el virus del Nilo Occidental, incluyendo 243 muertes. De estos, 2 734 (51%) fueron clasificados como enfermedad neuroinvasiva (como meningitis o encefalitis) y 2 653 (49%) fueron clasificados como enfermedad no neuroinvasiva.

Figura 5. Actividad de virus del Nilo Occidental en Estados Unidos, por estados (hasta el 11 de diciembre de 2012



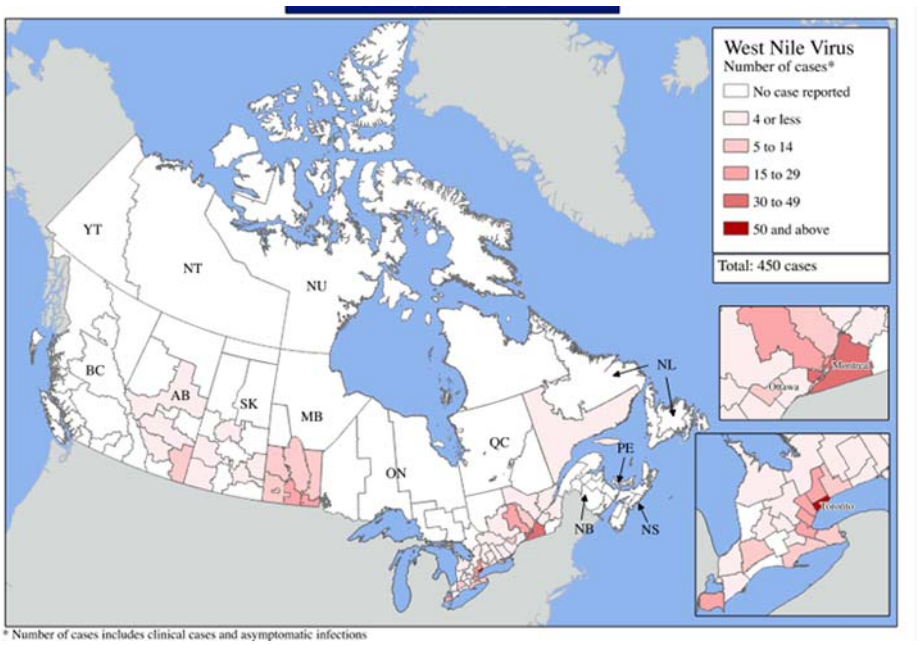
Los 5 387 casos reportados en el 2012 son la mayor cifra de casos de virus del Nilo Occidental reportados al CDC hasta la segunda semana de diciembre desde el 2003. El 80% de los casos fueron reportados en 13 estados (Texas, California, Louisiana, Illinois, Mississippi, Michigan South Dakota, Oklahoma. Nebraska, Colorado, Arizona, Ohio y New York) y casi la tercera parte de los casos se reportaron en Texas[20].

[20] *Centro para el Control y Prevención de Enfermedades. West Nile Virus (WNV) Human Infections Reported to ArboNET, by State, United States, 2012 (as of december 11, 2012). Disponible en:* *http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/westnile/surv&controlCaseCount12_detailed.htm*

En Estados Unidos, en los últimos años, el patrón general ha sido la diseminación por todo el país con epicentros recurrentes que incluyen el sureste de Louisiana, California sur y central, áreas alrededor de Dallas, Houston, Chicago y Phoenix. Esas áreas parecen tener una combinación de factores que incluyen el tipo de mosquitos y aves portadores de virus, junto con gran número de personas que pueden estar infectados.

En Canadá, el último reporte tiene fecha de 27 de octubre de 2012[21]. Hasta esa fecha se reportaron 450 casos clínicos e infecciones asintomáticas. No se han reportado casos en Columbia Británica, Yukon Territory, Northwest Territory, Nunavut, New Brunswick, Nova Scotia, or Newfoundland and Labrador (Figura 6).

Figura 6. Casos clinicos y asintomáticos de virus del Nilo Occidental en humanos. Canadá, hasta el 27 octubre, 2012



En Europa, la temporada de vigilancia cerró el 23 de noviembre de 2012[22]. En total se reportaron 237 casos en los países de la Unión Europea y 670 en el resto de los países europeos. Los países con mayor reporte de casos en el año fueron: Rusia (447), Grecia (161), Serbia (70), Túnez (63), Israel (59) e Italia (50) (Figura 7).

[21] *Public Health Agency of Canada. West Nile Virus, National Surveillance map. Disponible en: http://www.phac-aspc.gc.ca/wnv-vwn/map-carte/map-carte-surv2012-eng.php*

[22] *European Centre for Disease Prevention and Control. West Nile fever. 2012, november 30. Disponible en: http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/west_nile_fever/West-Nile-fever-maps/Pages/index.aspx*

Figura 7. Casos de virus del Nilo Occidental en humanos. Unión Europea y países vecinos, hasta el 23 noviembre, 2012

Enfermedades transmitidas por alimentos

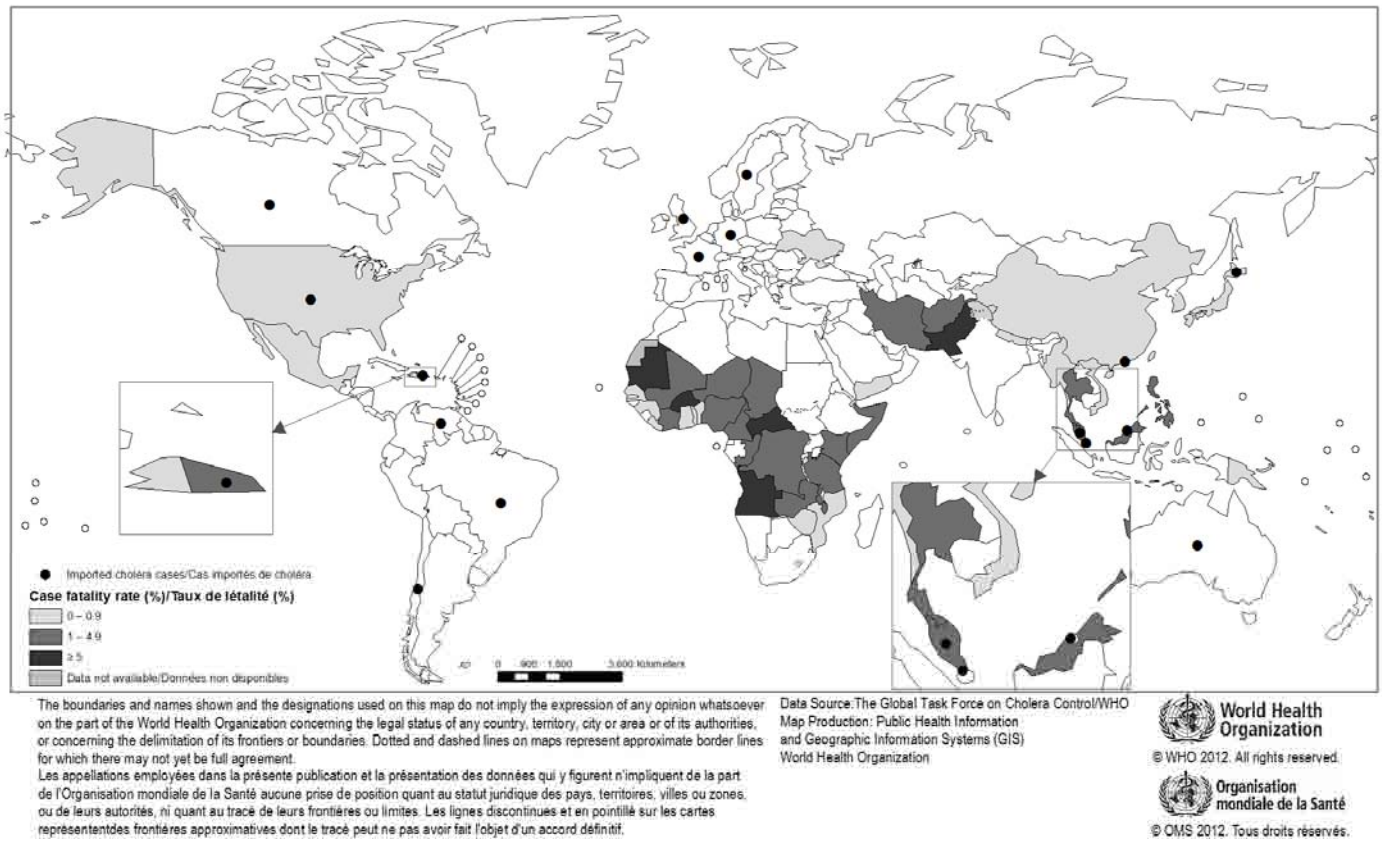
Cólera y Diarrea Acuosa Aguda

Cerca de 1.400 millones de personas viven en lugares altamente vulnerables a la infección de cólera, unos tres millones contraen la enfermedad y 100.000 mueren cada año a causa del padecimiento. Esas cifras son diez veces superiores a las que se reportan oficialmente, advirtió la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS indicó que la mitad de los casos, al igual que de los decesos, son niños menores de cinco años.[23] (Figura 8)

En Haití, desde el comienzo de la epidemia (octubre de 2010) y hasta el 31 de diciembre de 2012, el número total de casos de cólera llegó a 635 980, de los cuales 350.679 (55%) fueron hospitalizados y 7.912 murieron. La tasa de letalidad general es 1,2% desde noviembre de 2011, sin embargo, con variaciones significativas por ejemplo, en Grand Anse (4.0%) y Port - au-Prince (0,6%). En general, la comparación de datos por mes y por semana epidemiológica entre 2012 y 2011 reflejan que un mayor número de casos y muertes se registraron en 2011 que en 2012. Sin embargo, la distribución de casos y muertes ha seguido tendencias similares en los dos años con picos coincidiendo períodos de lluvia alrededor de los meses de mayo-junio-julio y septiembre-octubre.

[23] *World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization. 2012, marzo. Disponible en:* *http://www.who.int/entity/bulletin/volumes/90/3/11-093427.pdf*

Figura 8. Países que reportaron casos autóctonos o importados de Cólera en el 2011



En la Republica Dominicana, desde el comienzo de la epidemia y hasta la semana 51 de 2012 el número total de casos sospechosos de cólera reportados fue 29.433 y 422 fallecidos. La tasa de letalidad es de 0,8%. El número de casos registrados en 2012 muestra una disminución en comparación con los casos registrados en 2011. Sin embargo, se registraron aumentos durante los meses de la temporada de lluvias, principalmente afectando los municipios Tamboril y Moca.

En septiembre de 2012 la Organización Mundial de la Salud y Unicef advirtieron que una epidemia de cólera amenazaba a varios países de África occidental. Las Autoridades sanitarias detectaron 55.289 casos y 1.100 fallecidos en Guinea, Liberia, Sierra Leona, la República del Congo, la República Democrática del Congo y Níger hasta la fecha. [24] Las Agencias alertaron de que el número de casos de esta enfermedad había aumentado en algunos países que sufrían lluvias torrenciales. El número de casos detectados este año en África occidental y central estaba en 34% por encima del mismo periodo de 2011.

[24] *Unicef. UN Agencies warn that cholera epidemic is spreading in West Africa. 2012, septiembre 5. Disponible en:* *http://www.unicef.org/media/media_65731.html*

En resumen, en el continente africano durante el 2012 se han notificado brotes y casos esporádicos en Angola, Benin, Burundi, Costa de Marfil, Guinea Bissau, Guinea Conakry, Ghana, Mali, Malawi, Mozambique, Níger, Nigeria, República Democrática del Congo, República del Congo, Rwanda, Sierra Leona, Somalia, Uganda, Zambia y Zimbabwe. También se han reportado casos de cólera en Asia y Pacífico en China, India, Irak, Nepal y Taipei

Norovirus

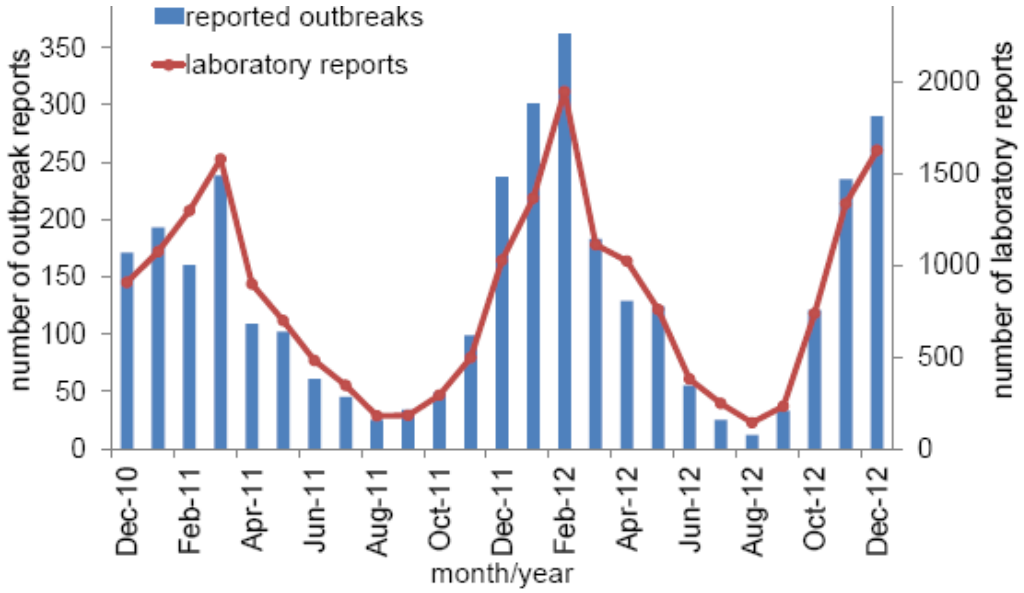
La gastroenteritis por norovirus es una enfermedad común a nivel mundial que afecta a todos los grupos de edad y que a menudo causa brotes. En la región de Las Américas se han documentado brotes por norovirus en servicios de salud, comunidades cerradas (como internados, guarderías, geriátricos, prisiones, campamentos militares), en restaurantes, eventos sociales, en cruceros y otros medios de transporte masivos[25].

El sistema de vigilancia epidemiológica y de laboratorio de norovirus en Reino Unido, Holanda y Japón detectó un incremento del nivel de actividad a finales de 2012. Un incremento similar se detectó en Australia, Francia y Nueva Zelanda. Con los datos disponibles en el momento actual, no se puede concluir si este incremento observado en estos países representa un inicio temprano del periodo estacional en el hemisferio norte o si podría tratarse de un real incremento el cual podría estar relacionado a la aparición de una nueva variante.

En el Reino Unido los datos de la Agencia de Protección de la Salud indican que durante la temporada 2012-2013 (desde la semana 27 del 2012 hasta la semana 1 del 2013) se reportaron 762 brotes de norovirus en instituciones hospitalarias, de los cuales 675 (89%) llevaron a clausuras o restricciones de acceso. De ellos, 488 (64%) fueron reportados como brotes confirmados por laboratorio. En la temporada anterior 2011-2012 hubo mayor cantidad de brotes (1653), un 78% llevaron a clausuras y un 65% fueron confirmados por laboratorio[26] (Figura 9).

[25] *Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica: Brote de norovirus en servicios de atención de salud y comunidades cerradas. 2012, enero 8. Disponible en: http://www.paho.org*
[26] *Health Protection Agency. Weekly update of norovirus activity. 2013, enenero 17. Disponible en: http://www.hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/HPAweb_C/1287143931777*

Figura 9. Norovirus. Reportes de brotes y de laboratorios por mes de ocurrencia. Reino Unido, 2011-2012



Enfermedades prevenibles por vacunas

Sarampión

Durante el 2012, hasta el 10 de diciembre, se reportaron 84 114 casos de sarampión en todo el mundo, estas cifras representan 71 530 casos menos que en el 2011 cuando se reportaron 155 644 casos[27] (Figura 10).

A pesar de que desde el 2003 se había realizado un gran progreso en la eliminación del sarampión en Europa, desde finales del 2009 comenzó una amplia transmisión en esta región. Desde el 1 de enero hasta el 31 de agosto de 2012 se reportaron 5360 casos de sarampión en los 29 países de la Unión Europea. Francia, Italia, Rumania, España y el Reino Unido acumularon el 92% de los casos reportados.

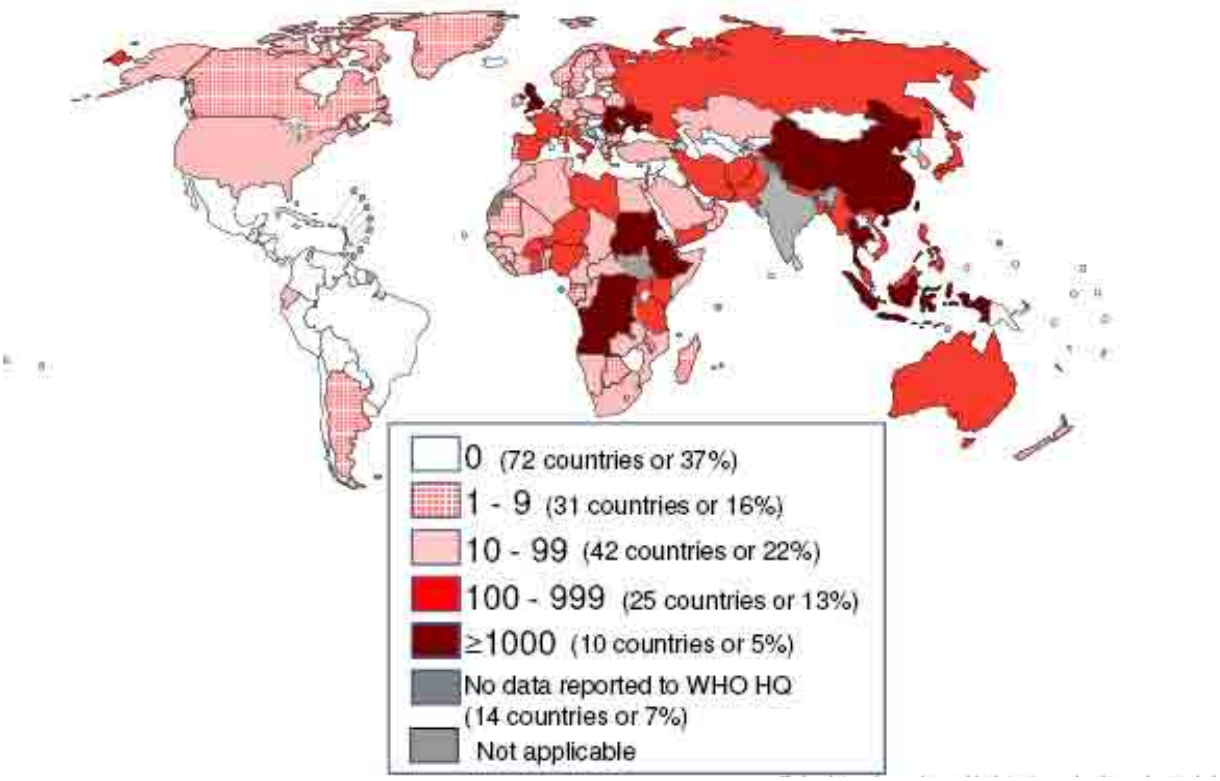
El número de casos reportados en Europa fue sustancialmente menor en el 2012 que en igual período del 2011, no obstante la tasa de notificación en el período excede el objetivo de eliminación. Durante los últimos 12 meses solo 9 países reportaron menos de un caso de sarampión por millón de habitantes. De los casos reportados en los últimos 12 meses, el 83% no estaban vacunados. El 12% (1054) de los casos estaban por debajo de un año y de ellos, el 99% no estaban vacunados. No hubo fallecidos asociados al sarampión en los últimos 12 meses, pero se reportaron 10 casos con

[27] *World health Organization. Measles. Disponible en:* *http://www.who.int/immunization_monitoring/data/data_subject/en/index.html*

complicaciones por encefalitis aguda. La transmisión de sarampión continua a todo el nivel de Europa, pero no ha habido nuevos brotes grandes[28].

En África se han recopilado reportes informales de brotes de sarampión en Angola, Guinea Ecuatorial, Kenia, Nigeria, Somalia, Sudán y Uganda. En Asia, en la India, Paquistaní, China y Yemen.

Figura 10. Casos reportados de sarampión entre mayo y noviembre de 2012



Poliomielitis

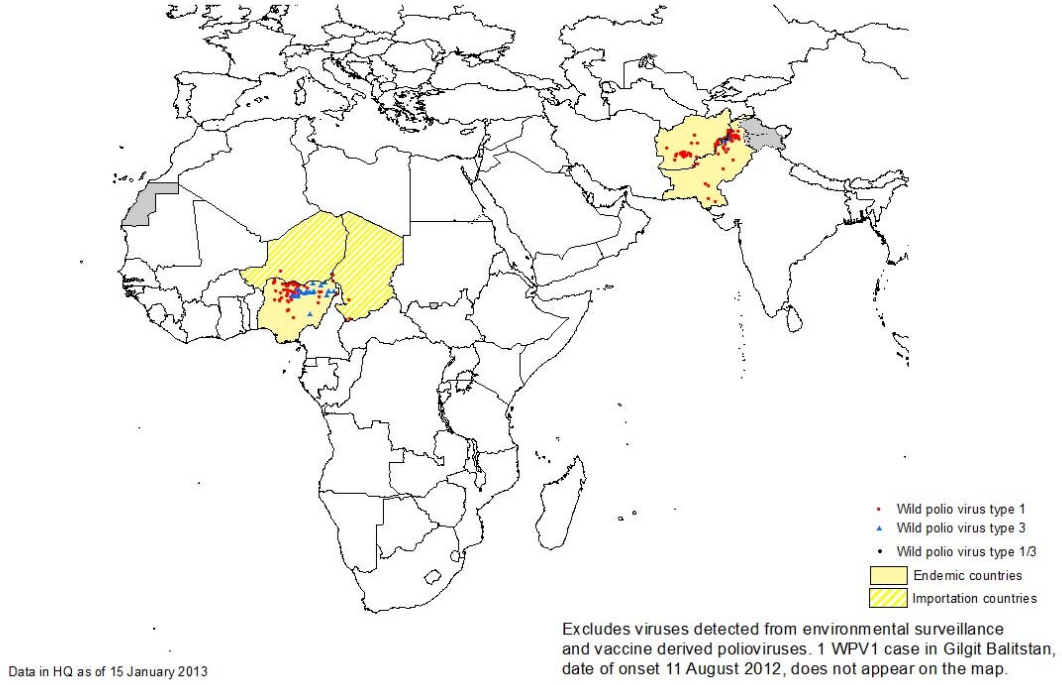
Durante el 2012, la Iniciativa Global para la Erradicación de la Poliomielitis registró a nivel mundial 223 casos de poliomielitis causados por el virus salvaje, de los cuales 217 (97%) se registraron en países endémicos (Afganistán, Pakistán y Nigeria). Estas cifran representan una disminución de 417 casos con respecto al 2011 cuando se reportaron 650 casos, solo la mitad de ellos en países endémicos (Figura 11).

.

[28] *European Centre for Disease Control (ECDC) Measles and Rubella Monitoring, October 2012. Disponible en: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/measles-rubellamonitoring-oct-2012.pdf*

Del total de casos registrados en el 2012, el 90% fueron debidos al virus salvaje tipo 1 (WPV1). La Región de las Américas ha permanecido libre de la circulación del virus salvaje de la poliomielitis desde 1991.

Figura 11. Distribución de casos de Poliovirus salvaje en el 2012



Tosferina

La tosferina es una causa importante de morbilidad y mortalidad infantil con un estimado de 50 millones de casos y 300.000 defunciones anuales registradas a nivel global. La tasa de letalidad en países en desarrollo puede llegar hasta un 4% en los lactantes menores de 12 meses.

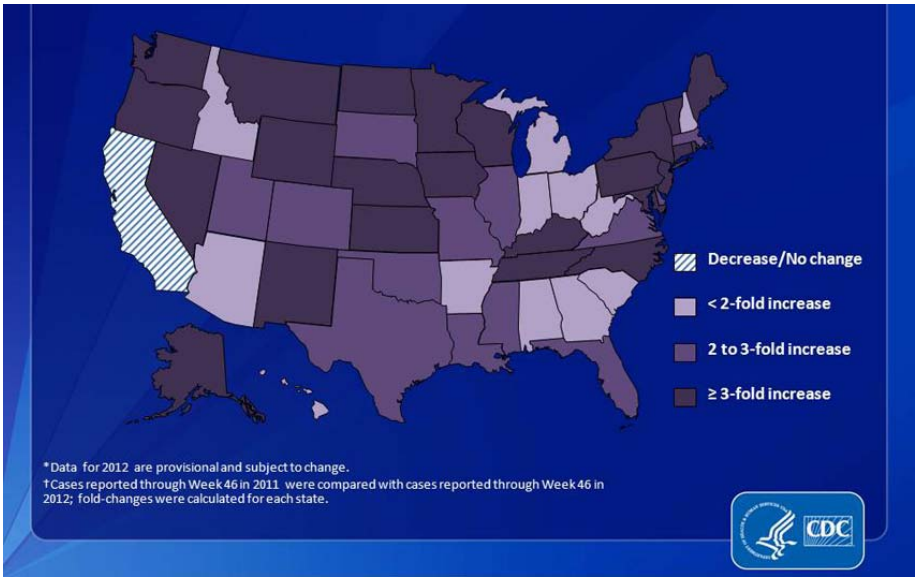
En la región de las Américas, aún es un problema de salud pública en varios países. El número total de casos anuales registrados oscila entre 15.000 y 34.000 en los últimos diez años. Pese a que en la Región las coberturas de vacunación con DPT3 son mayores al 90%2, todavía se registran brotes en varios países[29].

En el 2012, se registró un aumento en el número de casos de tosferina en Argentina, Brasil, Colombia, Chile, Guatemala, México, Paraguay, Venezuela y los Estados Unidos de América.

[29] *Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica Tos Ferina (Coqueluche). 2012, noviembre 16. Disponible en: http://www.paho.org*

En Estados Unidos, durante el primer semestre de 2012, la mayoría de los estados reportaron brotes o aumento de la actividad de la tosferina (Figura 12); el estado de Washington declaró una epidemia en abril[30], con más de 4000 casos. Hasta el 21 de noviembre de 2012, 49 Estados y Washington DC, habían reportado aumentos en la incidencia de la enfermedad en comparación con el mismo período de tiempo en 2011. Datos provisionales del sistema de vigilancia del país indican más de 41 000 casos notificados, incluyendo 18 fallecidos[31].

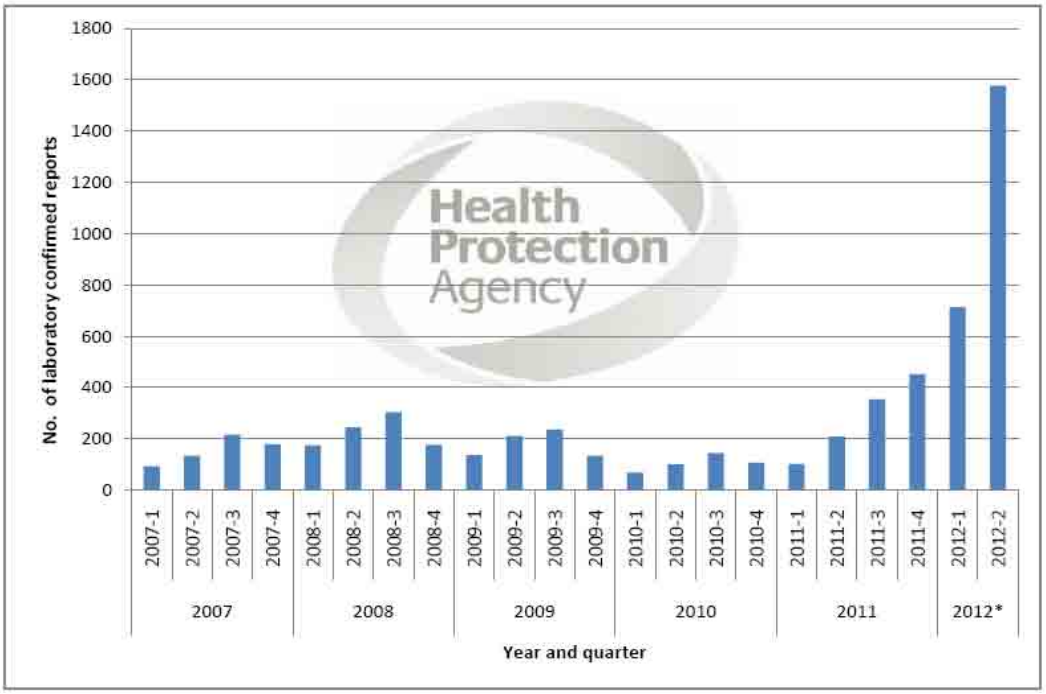
Figura 12. Cambios en la notificación de casos de Tosferina por Estados del 2011 al 2012, Estados Unidos



En el Reino Unido hasta noviembre del 2012 se habían reportado 8,819 casos de tosferina (Figura 13). En este mes, se observó por primera vez una disminución en el número de casos reportados desde que comenzó el brote a mediados del 2011. Sin embargo, la Agencia de Protección de la Salud advirtió que esta disminución no significaba que el brote estuviera llegando a su fin, sino que respondía a un patrón estacional.[32] Entre las estrategias adoptadas por las autoridades sanitarias británicas para controlar el brote ha estado la promoción de la vacunación en las mujeres embarazadas en su tercer trimestre con el fin de proteger a los recién nacidos.

[30] *Pertussis Epidemic — Washington, 2012.* MMWR *July 20, 2012; 61(28):517-22. Disponible en: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6128a1.htm*
[31] *Centres for Disease Prevention and Control. Pertussis (Whooping Cough). 2012. Disponible en: http://www.cdc.gov/pertussis/outbreaks.html#activit*
[32] *Health Protection Agency. Whooping cough cases remain high. 2012, diciembre 21. Disponible en: http://www.hpa.org.uk/NewsCentre/NationalPressReleases/2012PressReleases/121221Whoopingcoughcasesremainhigh/*

Figura 13. Casos de Tosferina confirmados por laboratorio en Inglaterra y Gales, por año y trimestre del 2007 al 2012.



Síndromes Neurológicos Infecciosos

Meningitis meningocócica

La meningitis meningocócica es una proporción variable de la meningitis bacteriana endémica y se suele presentar en pequeños conglomerados con variaciones estacionales en el número de casos registrados. En las regiones templadas, el número de casos aumenta en invierno y primavera.

En las Américas, durante 2011 y 2012, Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Estados Unidos, México, Uruguay y Venezuela reportaron casos de meningitis meningocócica, la mayoría de ellos como pequeños conglomerados que pudieron ser controlados[33]. Según la Organización Panamericana de la Salud, en algunas situaciones, como la de Bolivia, llamó la atención que se detectara en un área donde no se registraban casos hacia 10 años. La mayor proporción de estos casos fueron causados por los serogrupos B y C aunque la proporción originada por los segrupos Y y W-135 va en aumento. En Brasil, la vacunación contra el serogrupo C fue incluida en el sistema de vacunación rutinaria, luego de un brote por este serogrupo en 2009.

[33] *Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica. Meningitis meningocócica (Fiebre cerebroespinal). 2012, abril 25. Disponible en: http://www.paho.org*

El cinturón de la meningitis del Africa subsahariana, que se extiende desde Senegal en el oeste hasta Etiopía en el este, tiene las tasas más altas de la enfermedad. Del 1 de enero al 17 de abril de 2012 (la semana epidemiológica 17), se notificaron brotes epidémicos de enfermedad menigocócica en 42 distritos de 10 de los 14 países del cinturón africano de la meningitis[34]. Los brotes se detectaron en el marco de las actividades de vigilancia reforzada. Diez países (Benin, Burkina Faso, Chad, Côte d'Ivoire, Gambia, Ghana, Malí, Nigeria, República Centroafricana y Sudán) notificaron un total de 11 647 casos de meningitis, 960 de ellos mortales, lo que supone una tasa de letalidad del 8,2%. El brote epidémico se debió principalmente al serogrupo W135 de la bacteria Neisseria meningitidis (Nm).

Fiebres Hemorrágicas Virales

Durante el año 2012, se informaron varios eventos relacionados con Fiebres Hemorrágicas Virales, tanto a través de fuentes oficiales como a través de medios de prensa. Los eventos más relevantes fueron los brotes de Fiebre Hemorrágica Ébola en Uganda y República Democrática del Congo, así como el de Fiebre Hemorrágica de Marburgo en Uganda. Además, se produjeron otros eventos asociados a Fiebre de Lassa en Nigeria (marzo), Fiebre Hemorrágica Congo-Crimea en Paquistán (junio) y Fiebre del Valle del Rift en Mauritania (noviembre). En las Américas se produjeron durante todo el año varios eventos asociados con la Fiebre Hemorrágica Venezolana, la Fiebre Hemorrágica Boliviana y la Fiebre Hemorrágica Argentina.

Fiebre Hemorrágica Ébola

Tres brotes importantes se produjeron en el 2012 provocados por el virus Ébola. El primero se reportó el 27 de julio en el distrito Kibaale de Uganda (Figura 14). Este brote cerró el 4 de octubre con 24 casos, 11 de ellos confirmados por laboratorio. Del total de casos, 17 fallecieron[35] (tasa de letalidad 78%). Fue causado por el subtipo Sudán.

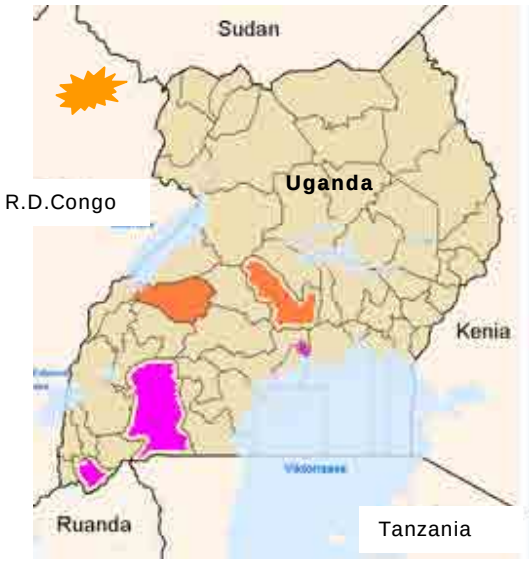
El 17 de agosto de 2012, el Ministerio de Salud de la República Democrática del Congo (RDC) notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un brote de Fiebre Hemorrágica Ébola en las zonas sanitarias de Isiro, Videira y Dungu, distrito Haut-Uelé de la provincia Orientale (Figura 14). Hasta el 24 de octubre de 2012, en la República Democrática del Congo (RDC) se habían notificado 52 casos de fiebre hemorrágica del Ebola (35 confirmados mediante pruebas de laboratorio y 17 probables), 25 de ellos mortales (12 confirmados y 13 probables). Se descartó que tuvieran nexos

[34] *Organización Mundial de la Salud. Enfermedad meningocócica: situación en el cinturón africano de la meningitis. 2012, mayo 24. Disponible en: http://www.who.int/csr/don/2012_05_24/es/index.html*
[35] *Organización Mundial de la Salud. Fin del brote de fiebre hemorrágica del Ebola en Uganda. 2012, octubre 4. Disponible en: http://www.who.int/csr/don/2012_10_04/es/index.html*

epidemiológicos con el brote de Uganda pues se identificó como agente etiológico a otro subtipo de virus Ébola, el Bundibugyo[36].

En noviembre de 2012 se notificó un nuevo brote en Uganda, esta vez en los distritos Luwero y Kampala (Figura 14). Hasta el 28 de noviembre de 2012, el Ministerio de Salud de Uganda había notificado 7 casos (6 confirmados y 1 probable). Cuatro de ellos han fallecido[37].

Figura 14. Brotes de Fiebre Hemorrágica Ébola y Marburgo en distritos de Uganda y República Democrática del Congo, 2012



Elaboración propia

Leyenda:

Brotes de Fiebre Hemorrágica Ébola

Brotes de Fiebre Hemorrágica de Marburgo

Fiebre Hemorrágica de Marburgo

En octubre del 2012 el Ministerio de Salud de Uganda notificó un brote de Fiebre Hemorrágica de Marburgo en el subcondado de Kitumba, distrito de Kabale, en el suroeste del país. Hasta el 23 de noviembre de 2012, un total de 20 casos (probables o confirmados), incluyendo 9 muertes habían sido reportados de cuatro distritos de Uganda (Kabale, Ibanda, Mbarara y Kampala). El último caso confirmado fue hospitalizado el 31 de octubre de 2012[38].

---

[36] *World Health Organization. Ebola outbreak in Democratic Republic of Congo – update 2012, October 26. Disponible: http://www.who.int/csr/don/2012_10_26/en/index.html*

[37] *World Health Organization. Ebola in Uganda – update. 2012, November 30. Disponible en: http://www.who.int/csr/don/2012_11_30_ebola/en/index.htm*

[38] *World Health Organization. Marburg haemorrhagic fever in Uganda – update. 2012, noviembre 23. Disponible en: http://www.who.int/csr/don/2012_11_23_update/en/index.html*

Lista de Figuras

Figura 1. Curva epidemiológica de casos confirmados de Influenza aviar A (H5N1) en humanos por mes de primeros síntomas, desde el 2003 hasta el 2012.

Figura 2. Acumulado de casos humanos confirmados de Influenza A H5N1 hasta el 17 de diciembre de 2012

Figura 3. Áreas con casos confirmados de Influenza aviar A (H5N1) reportados durante el 2012

Figura 4. Número de casos de dengue reportados en las Américas, hasta la semana 51 del 2012.

Figura 5. Actividad de virus del Nilo Occidental en Estados Unidos, por estados (hasta el 11 de diciembre de 2012

Figura 6. Casos clinicos y asintomáticos de virus del Nilo Occidental en humanos. Canadá, hasta el 27 octubre, 2012

Figura 7. Casos de virus del Nilo Occidental en humanos. Unión Europea y países vecinos, hasta el 23 noviembre, 2012

Figura 8. Países que reportaron casos autóctonos o importados de Cólera en el 2011

Figura 9. Norovirus. Reportes de brotes y de laboratorios por mes de ocurrencia. Reino Unido, 2011-2012

Figura 10. Casos reportados de sarampión entre mayo y noviembre de 2012

Figura 11. Distribución de casos de Poliovirus salvaje en el 2012

Figura 12. Cambios en la notificación de casos de Tosferina por Estados del 2011 al 2012, Estados Unidos

Figura 13. Casos de Tosferina confirmados por laboratorio en Inglaterra y Gales, por año y trimestre del 2007 al 2012.

Figura 14. Brotes de Fiebre Hemorrágica Ébola y Marburgo en distritos de Uganda y República Democrática del Congo, 2012

Situación Epidemiológica Internacional es una publicación oficial de la Dirección Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública de Cuba. Su frecuencia es semanal en formato electrónico.

Director: Dr. Manuel Santín Peña
Edición, compilación, redacción y traducción: Dr.C. Nancy Sánchez Tarragó
Asesor: Dr. Waldo Jorrín Ibáñez

Dirección Postal: Calle 23 Esq. N. Edificio Soto, Plaza de la Revolución, Ciudad de La Habana. CP 10400.
Telf: (537) 8383351.
Correo electrónico: vigilanciaensalud@infomed.sld.cu
Sitio web institucional: http://www.vigilanciaensalud.sld.cu
Publicaciones disponibles en: http://www.vigilanciaensalud.sld.cu/