



**Biblioteca Virtual
de Vigilancia en Salud**

**Acerca del RTV
Números
disponibles
Publicaciones
electrónicas
Artículos e
informes**

Reporte Técnico de Vigilancia



Este número

Vol. 2, No. 4 Marzo 27, 1997 ISSN 1028-4338

En este número:

Enfermedades emergentes: Factores causales y comportamiento por regiones

- *Conceptualización*
- *Factores causales*
- *Principales grupos de riesgo ante las enfermedades emergentes y reemergentes*
- *Enfermedades emergentes y re-emergentes en América Latina*
- *Enfermedades emergentes en los Estados Unidos*
- *Enfermedades emergentes en Africa*
- *Enfermedades emergentes y reemergentes en Europa*

Las enfermedades nuevas, emergentes y reemergentes en Cuba: Riesgos y recomendaciones

- *Riesgos para Cuba*
- *Recomendaciones*

Enfermedades emergentes: Factores causales y situación epidemiológica por regiones

Lic. Nancy Sánchez Tarragó. Unidad de Análisis y Tendencias en Salud

Este artículo tiene como propósito exponer algunos de los factores causales de la aparición y diseminación de las enfermedades nuevas, emergentes y reemergentes, así como presentar brevemente el comportamiento de las enfermedades seleccionadas por regiones.

Conceptualización

En 1992 el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM) definió como **enfermedades emergentes** aquellas cuya incidencia se ha incrementado desde las pasadas dos décadas o amenaza incrementarse en un futuro (1). Las **enfermedades reemergentes** se refieren al resurgimiento de enfermedades que ya habían sido aparentemente erradicadas o su incidencia disminuida (1, 2). Las **enfermedades nuevas** se definen como aquellas que no existían antes de 1900 (3), aunque respecto a esta última denominación existen variados puntos de vista y el período de tiempo para considerarla 'nueva' también fluctúa según diferentes autores.

Es por esto que algunos señalan que en aras de evitar malinterpretaciones se debe sustituir el ambiguo concepto de "enfermedad nueva" por el de "enfermedad emergente". Una enfermedad puede clasificarse como emergente en, al menos, cinco situaciones históricas: 1) Si ya había sido identificada, pero desde un punto de vista médico se le había pasado por alto debido a la imposibilidad de conceptualizarla como entidad

noseológica; 2) Si ya existía, pero no se reparó en ella hasta que hubo cambios cualitativos o cuantitativos en sus manifestaciones; 3) Si no existía en una región en particular antes de que se introdujera en ella procedente de otras regiones; 4) Si hasta entonces sólo existía en la población animal y no en la población humana; 5) Si es completamente nuevo el agente desencadenante de la enfermedad o no existían las condiciones ambientales antes de que aparecieran las primeras manifestaciones clínicas (4).

[Retorno a la Tabla de contenido](#)

Factores causales

Los factores relacionados con la emergencia de las infecciones pueden clasificarse en: demográficos y de comportamiento, tecnología e industria, desarrollo económico y utilización de la tierra, comercio internacional, adaptación y cambio de los microbios, y ruptura en las medidas de salud pública (5).

A continuación se comentan algunos de estos factores:

Demográficos y de comportamiento

El crecimiento demográfico ocasiona una mayor interacción humana, con el consiguiente aumento en el contagio. Otro factor que hay que tomar en cuenta es la urbanización mundial. En la actualidad 200 millones de personas viven en ciudades que exceden los 10 millones de habitantes, y esa cifra aumentará a 400 millones en los próximos 20 años; el principal aumento se llevará también en los países menos desarrollados con los consiguientes problemas de agua potable, alimentación, hacinamiento y enfermedad (3).

El comportamiento humano, sus hábitos, también influyen en la introducción y diseminación de infecciones. (6). Por ejemplo, los hábitos alimenticios de la población influyen en la contaminación de los alimentos con bacterias como la *Salmonella enteritidis*, *Campylobacter jejuni* y *E.coli*, causantes de varias enfermedades infecciosas.

Tecnología e Industria

Entre los muchos factores que pueden estar englobados bajo este acápite pueden citarse las nuevas prácticas de cosecha de cultivos, los cambios en el procesamiento y empaquetamiento de los alimentos, y las técnicas médicas de trasplante, injertos y transfusiones. Un ejemplo es la aparición de la Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, variante humana de la Encefalopatía Espongiforme Bovina, debido en algunos casos a la administración de hormonas de crecimiento humano contaminadas.

Económico y de utilización de la tierra

Las presiones comerciales y poblacionales han conducido a la invasión de los bosques y selvas, exponiendo a la gente a agentes exóticos y enfermedades enzoóticas como la Fiebre Amarilla, la Rabia transmitida por murciélagos, los Arenavirus, entre otras (6).

Los Arenavirus sudamericanos constituyen un ejemplo destacado de cómo la explotación de nuevas zonas para abrirlas a los asentamientos humanos y la agricultura aumentará las probabilidades de que surjan nuevas enfermedades infecciosas (7).

Políticas de salud

Factores claves en el resurgimiento de estas enfermedades son el debilitamiento general de las actividades de salud pública, especialmente la vigilancia, y el deterioro de las condiciones de los laboratorios encargados de identificar rápidamente los problemas emergentes (3,8). En las Américas este es un factor fundamental puesto que las inversiones en salud pública se han visto cada vez más disminuidas debido a la recesión económica y a los recortes presupuestarios en este sector (6).

Migración y comercio internacional

El impacto de la migración y el comercio internacional en la diseminación de las enfermedades infecciosas aumenta conforme un número mayor de gente se mueven en el mundo, ya sean inmigrantes, comerciantes, turistas o empresarios, que llevan padecimientos de un país a otro (3).

El comercio de productos alimenticios de países en desarrollo a naciones industrializadas, también aumenta el riesgo de transmisión de enfermedades. Por ejemplo, las importaciones por temporadas de frutas frescas y vegetales de México a los Estados Unidos, tales como tomates y melones cantalupo, se han implicado en brotes de enfermedades diarreicas ocasionadas por serotipos inusuales de *Salmonella*. Es necesario tener en cuenta también que no toda la importación de alimentos es comercial --muchos casos severos de Cólera adquirida en los Estados Unidos han sido provocados por el consumo de productos alimenticios introducidos por visitantes o por residentes que han retornado procedentes de Centro y Suramérica (5).

Cambios ecológicos

Los cambios ecológicos, que ciertamente modifican el comportamiento de los microorganismos, también nos afectan. Esto puede ejemplificarse con el crecimiento del fito y zooplancton que permitieron que el bacilo del Cólera encontrara un ambiente propicio para sobrevivir. Tal hecho contribuyó a la pandemia del Cólera que se presentó a partir de 1991 en Latinoamérica (3).

Otro hecho que causa esta morbilidad es la aparición, a partir de los años 70, del calentamiento de la tierra acompañado de cambios ambientales que llevan a los insectos vectores de enfermedades como el de Paludismo, la Fiebre Amarilla, el Dengue, y otras a cambiar su distribución geográfica como resultado de la deforestación, la industrialización y el comercio (3).

Las fuertes lluvias que afectaron de forma inusual a algunos países de América Latina durante 1994 y 1995 también contribuyeron a la emergencia de varias enfermedades infecciosas como la Leptospirosis, la Encefalitis Equina Venezolana y la Fiebre Amarilla (6).

Mutaciones de los microbios y resistencia a los antibióticos

Aún cuando la resistencia a los antimicrobianos no es nueva, esta ha crecido alarmantemente en los últimos años, tanto que su incremento sobrepasa a los nuevos medicamentos, los cuales, cuando tienen éxito, seleccionan biológicamente a las cepas resistentes y multirresistentes (3). En años recientes, nueva o creciente resistencia a medicamentos se ha descubierto en organismos que causan Malaria, Tuberculosis, Blenorragia, Meningitis, Neumonía e Infecciones en los oídos (7), tales como el *enterococcus*, *estafilococcus*, *estreptococcus*, *neumococcus*, *hemophilus influenzae*, *neisseria gonorrhoea*, *shigella dysenteriae*, *salmonella typhi*, *mycobacterium tuberculosis*, *plasmodium falciparum*, *escherichia coli*, y otros más (3).

La resistencia también se está propagando entre cepas latinoamericanas de *Shigella*, y se prevé que un futuro próximo *Salmonella typhi* presentará también un alto grado de resistencia. La Malaria farmacorresistente por *Plasmodium falciparum* está presente en todas las regiones sudamericanas donde este cuadro infeccioso es endémico.

Las condiciones que propician la aparición de la resistencia a los antimicrobianos están presentes en toda América Latina: la venta de antibióticos sin receta y la automedicación frecuente; el hacinamiento y las prácticas deficientes de control de infecciones en muchos hospitales; la escasa reglamentación del uso de antibióticos dentro y fuera de los hospitales; la escasa documentación de los resultados de los ensayos clínicos de los antibióticos más nuevos; y la vigilancia y la notificación casi inexistentes de las modalidades de resistencia a los antimicrobianos (8).

[Retorno a la Tabla de contenido](#)

PRINCIPALES GRUPOS DE RIESGO ANTE LAS ENFERMEDADES EMERGENTES Y REEMERGENTES

- Personas con bajos niveles de inmunidad, debido a infecciones por el VIH, tratamiento con medicamentos para el cáncer o trasplantes de órganos, entre otras.
- Personas afectadas por varias enfermedades.
- Personas ancianas.
- Personas en clínicas de reposo.
- Personas con dificultades para acceder a servicios de salud.
- Viajeros internacionales (7).

A continuación se comentan algunas enfermedades seleccionadas por regiones geográficas, haciendo énfasis en la región de las Américas.

ENFERMEDADES EMERGENTES Y RE-EMERGENTES EN AMÉRICA LATINA

Dengue

Si bien el Dengue y el Dengue Hemorrágico tienen alcance mundial, su surgimiento como importante problema de salud pública ha sido sumamente notable en las Américas. El Dengue se ha tornado hiperendémico (tipos 1, 2 y 4) en muchos países de las zonas tropicales del continente americano (8).

En 1995, la actividad del Dengue y el Dengue Hemorrágico en la región fue más alta que en cualquier otro año, excepto 1981. Hasta Noviembre de 1995 se habían reportado más de 200,000 casos de Dengue y 6,000 casos de Dengue Hemorrágico, con aproximadamente 90 fallecidos. Brasil fue el país con mayor número de casos de Dengue, pero más del 80% de los casos de Dengue Hemorrágico ocurrieron en Venezuela (6).

Cólera

Regresó al continente americano en proporciones epidémicas en 1991, introduciéndose por Perú, después de una ausencia de 90 años. Hasta la fecha se han reportado más de 1 millón de casos y 9.000 defunciones en 20 países de la región. Aunque el total de casos anuales reportados ha decrecido desde 1991, la enfermedad es persistente y problemática en muchos países latinoamericanos (6,8).

Peste

En el Perú, a lo largo de los últimos 40 ó 50 años se han notificado casos esporádicos de Peste humana. Sin embargo, en octubre de 1992 surgió una epidemia de Peste asociada con la expansión de las poblaciones de roedores ante la creciente disponibilidad de granos de cereales. Para fines de 1995 se habían diagnosticado un total de 1.299 casos, con 62 defunciones y una tasa de letalidad de 4,8% . Todos los casos humanos se asociaron con epidemias de Peste en ratas salvajes y conejillos de Indias domésticos --estos últimos son fuente de alimentación en regiones andinas de Sudamérica (5).

SIDA

La Organización Panamericana de la Salud calcula que más de 1,5 millones de personas en América Latina y el Caribe están infectadas por el VIH. La extraordinaria repercusión de la infección por el VIH/SIDA en la salud pública se debe en gran parte a las infecciones oportunistas múltiples que se presentan en el curso de esta enfermedad. Datos del Brasil, Honduras, la Argentina y México indican que la Tuberculosis es la infección oportunista más común en la región, pues en 1992 afectó a más de 330.000 personas. La coinfección por VIH y *M. tuberculosis* aumenta sustancialmente el número de individuos con enfermedad pulmonar activa, y como consecuencia, acrecienta el riesgo de contagio a otras personas, inmunodeprimidas o no. Además, es frecuente que dichos pacientes alberguen cepas de *M.tuberculosis* con farmacorresistencia múltiple.

Por otra parte, la infección por VIH/SIDA está interactuando de otras formas con enfermedades infecciosas nuevas y emergentes. Las enfermedades tropicales comunes en América Latina, como la enfermedad de Chagas, producen manifestaciones clínicas variadas y extrañas en personas con infección por el VIH/SIDA

(8).

Fiebre Amarilla

Esta enfermedad ocurre esporádicamente o causa brotes epidémicos relativamente pequeños entre las personas expuestas a la infección en los bosques donde es enzoótica. La enfermedad reapareció con fuerza notable en el Perú en 1995, y causó el brote más grande en la historia del país. Se notificaron casi 400 casos, con una tasa de letalidad de aproximadamente 50% (8). Durante 1996, brotes de Fiebre Amarilla ocurrieron en zonas rurales de los departamentos de Cochabamba y La Paz, Bolivia, totalizando 30 casos y 21 fallecidos. A finales de ese año comenzó un brote que se extendió hasta febrero de este año, afectando a los departamentos de Cochabamba (12 casos, 10 fallecidos), Beni (4 casos, 2 fallecidos) y Santa Cruz (1 caso bajo estudio) (10).

Tuberculosis

Desde 1980, en las Américas se reportan entre 200,000 y 250,000 casos de Tuberculosis cada año (5). Un estudio reciente estimó que entre 1990 y 1994 se notificaron 264, 221 casos. Los problemas más severos los enfrentan Perú, Bolivia, Haití, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay con una incidencia aproximada de más de 100 por 100,000 hab.(11). Existen cuatro factores que contribuyen a la reemergencia de esta enfermedad: la epidemia de VIH/SIDA, la farmacorresistencia, el incremento de poblaciones marginales y la negligencia de las infraestructuras de salud pública, específicamente las relacionadas con el control de la Tuberculosis (5).

Encefalitis Equina Venezolana

Un brote de infección humana con el virus de la Encefalitis Equina Venezolana asociada a un gran número de casos y fallecimientos en equinos, se detectó en el noroeste de Venezuela en abril de 1995. La enfermedad se expandió al estado colombiano adyacente La Guajira en septiembre. Inusuales lluvias en 1994 y 1995 contribuyeron al incremento de criaderos de los mosquitos vectores *Ae. taeniorrhynchus* y *Psorophora confinnis*. A la epidemia contribuyó además la deficiente campaña de inmunización de la población equina salvaje y doméstica. Hasta mediados de octubre de 1995, en Venezuela se habían reportado un total de 25,500 casos humanos y 22,300 en Colombia, con 24 fallecidos en este último país (6).

Leptospirosis

Esta enfermedad es un problema persistente y al que la comunidad internacional ha prestado poca atención. A finales de octubre de 1995, en Nicaragua se reportaron cientos de casos de enfermedad febril hemorrágica, cerca de la comunidad de Achuapa, aproximadamente a 110 km al noreste de Managua; 8 pacientes murieron. Como agente causal fue identificada la *leptospira*. A mediados de noviembre, el Ministerio de Salud reportó que 2,480 personas habían enfermado, 750 estaban hospitalizadas y al menos 16 fallecieron. Las cifras exactas del número de afectados se encuentran aún en investigación (6).

Síndrome Pulmonar Hantavirus

También en América del Sur se ha incrementado la identificación del Síndrome Pulmonar Hantavirus (SPH). En Brasil se han confirmado 3 casos, con 2 fallecidos; en 1995 un foco de SPH fue reconocido en la región de Chaco en Paraguay, mientras que en Argentina datos recientemente publicados sugieren que entre 1991 y 1995 ocurrieron tres focos de la enfermedad (5).

Actualmente se encuentra activo un brote de la enfermedad en las regiones de El Bolson y San Carlos de Bariloche, provincia Río Negro, Argentina, con 17 casos confirmados y 9 fallecidos. Se reportó por primera vez el 17 de Noviembre de 1996 y la fuente de contagio parecen ser las heces contaminadas de roedores (12).

Fiebres hemorrágicas causadas por arenavirus

- Fiebre hemorrágica argentina (Virus Junín)

Fue descrita por primera vez en las zonas agrícolas de las pampas en 1958. Hoy día afecta 10 veces el área inicial e infecta a cientos de personas todos los años (5).

- **Fiebre hemorrágica boliviana (Virus Machupo)**

Este virus emergió a inicios de los años 60 en los asentamientos humanos de las planicies de la zona Este de los Andes, al parecer debido a la entrada de roedores infectados en las casas. El virus y la Fiebre hemorrágica reemergieron en 1994, afectando a varios miembros de una familia que residía cerca de la ciudad de Magdalena, en el remoto y despoblado departamento boliviano de Beni (5).

- **Fiebre hemorrágica venezolana (Virus Guanarito)**

Fue descubierto por primera vez en 1990 en una zona donde se había talado un bosque tropical para el establecimiento de pequeñas granjas y ranchos. Al parecer especies locales de roedores llevaron el virus a las casas de los pobladores (5). Entre enero y noviembre de 1996, ocurrieron 22 casos probables con 11 defunciones, incidencia que supera años anteriores. La tasa de letalidad es del 50%, cifra que se ubica por encima inclusive de la del primer brote (41,87%) (13).

[Retorno a la Tabla de contenido](#)

ENFERMEDADES EMERGENTES EN LOS ESTADOS UNIDOS

Coccidioidomicosis

De un promedio anual de 428 casos que se reportaban en California durante el período 1981--1990, aumentó a 1,200 casos en 1991; 4,516 en 1992, y 4,137 en 1993, el 70% de los cuales se reportaron desde Kern County hasta California Central. Factores claves que pueden estar asociados a la aparición de brotes incluyen condiciones ambientales (largas sequías seguidas de fuertes lluvias), actividades que levanten arena y faciliten la transmisión por vía aérea del *Coccidioides immitis* y el incremento de personas susceptibles al microorganismo debido a que proceden de áreas donde la enfermedad no es endémica (14).

Criptosporidiosis

En 1993, Estados Unidos experimentó el mayor brote de enfermedades transmitidas por el agua de que se tenga noticias. La fuente fue un abastecimiento de agua municipal urbano en Milwaukee, Wisconsin, contaminado con *Cryptosporidium*, parásito intestinal que causa enfermedad diarreica prolongada en las personas inmunocompetentes y afección grave, a menudo potencialmente mortal, en las inmunodeprimidas(5). Más de 400,000 personas enfermaron y de ellas, 4,400 requirieron hospitalización (14).

Escherichia coli O157:H7

En 1993, un brote de *E. coli* O157:H7 afectó a más de 500 personas en cuatro estados del oeste del país, causando 56 casos de Colitis Hemorrágica y Síndrome Urémico Hemolítico, y 4 fallecidos entre niños infectados (14).

Síndrome Pulmonar Hantavirus

En la región donde colindan los estados de Arizona, Colorado, Nuevo México y Utah se identificó un nuevo virus (Virus Sin Nombre) como el agente causal del Síndrome Pulmonar Hantavirus. Esta infección, vinculada a la exposición a roedores infectados, ha afectado fundamentalmente a adultos jóvenes, por lo demás sanos, y ha tenido una tasa de letalidad de casi el 50% (8). Hasta Enero de 1997 se había identificado 155 casos en 26 estados de los Estados Unidos (15).

Pneumococcus fármacorresistentes

El incremento en la incidencia de cepas fármacorresistentes del *Streptococcus pneumoniae* ha creado un problema emergente de salud en los Estados Unidos. Datos de 1992 del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades indican que la prevalencia de cepas de Pneumococcus resistentes a la penicilina se incrementó 60 veces (de un 0.02% a un 1.3%) en comparación con datos de 1979 a 1987 (14).

Enterococcus resistente a la Vancomicina

De 1989 a 1993, el porcentaje de infecciones enterocócicas intrahospitalarias resistentes a la Vancomicina (ERV) que reportaron hospitales miembros del National Nosocomial Infections Surveillance System de los Estados Unidos, se incrementó de un 0.3% a un 7.9%. Durante este período se reportaron numerosos brotes de ERV (principalmente entre pacientes inmunodeprimidos) (14).

Otras enfermedades aparentemente nuevas que han desafiado el Sistema de Salud Pública de los Estados Unidos son el Síndrome de choque tóxico, la Enfermedad de los Legionarios y la Enfermedad de Lyme (7).

[Retorno a la Tabla de contenido](#)

ENFERMEDADES EMERGENTES Y REEMERGENTES EN AFRICA

Fiebre Hemorrágica Ebola

El virus Ebola, un miembro de la familia *Filoviridae*, emergió en 1976 con un gran brote de una severa fiebre hemorrágica. Los primeros brotes en Zaire y Sudán afectaron a 318 y 250 personas, respectivamente, con una tasa de letalidad de aproximadamente 90%. Estudios serológicos posteriores permitieron comprobar que infecciones por el virus Ebola prevalece entre los macacos de Filipinas y el Sudeste de Asia (16). El último brote de Ebola comenzó en Gabón, el 13 de julio de 1996 afectando a personas de Booue, Libreville. El brote fue cerrado el 2 de marzo de 1997, cuando se cumplió el doble del período máximo de incubación. Hasta esa fecha se habían confirmado 60 casos, con 45 fallecidos, mientras que se mantienen bajo vigilancia 20 casos sospechosos. La fuente de infección aún se mantiene desconocida (10).

[Retorno a la Tabla de contenido](#)

ENFERMEDADES EMERGENTES Y REEMERGENTES EN EUROPA

Diarrea y Síndrome Urémico Hemolítico por *Escherichia coli* O157

Desde mediados de Noviembre de 1996 se reportó una enfermedad transmitida por alimentos causada por la contaminación de fiambres y bistec con la bacteria *Escherichia coli* O157 en una carnicería de la localidad de Wishaw, Lanarkshire, en Escocia, Reino Unido. Hasta la fecha se han confirmado 167 afectados, 7 fallecidos y 140 casos sospechosos (10).

Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob

Esta enfermedad, considerada la variante humana de la la Encefalopatía Espongiforme Bovina, ha afectado fundamentalmente a residentes del Reino Unido. El 85 % de los casos registrados en este país ocurren sin causa identificable, mientras que en otros casos se han asociado factores familiares, como resultado del tratamiento con hormonas de crecimiento, o a través de instrumentos de neurocirugía contaminados. En 1996 se descubrió una nueva variante de la enfermedad que se caracteriza por un desorden neuropsiquiátrico progresivo que conduce a ataxia, demencia y mioclonos, sin las manifestaciones típicas de EEG. De los 41 casos reportados en 1996, 26 tenían causa desconocida y 10 eran de la nueva variante (17).

Fiebre Tifoidea

El 13 de Febrero de 1997 fue reportado a la OMS de un nuevo brote de Fiebre Tifoidea en Tadjikistan. Se estima que al menos 3,000 casos han ocurrido en la capital Dushanbé. Otros reportes indican que la

enfermedad se está extendiendo a otras regiones fuera de la capital. La tasa de letalidad es de aproximadamente un 1%. La *Salmonella typhi* se ha confirmado en estudios de laboratorio (10).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Institute of Medicine. Emerging infections: microbial threats to health in the United States. Washington, DC: National Academy Press, 1992.
2. OMS. Emerging and re-emerging infectious diseases: who responds to a global threat. Press Release WHO/37 - 26 April 1994
3. Ortiz Quesada F, Méndez Galván JF. Enfermedades infecciosas emergentes, re-emergentes y nuevas. Secretaria de Salud de México. Dirección General de Asuntos Internacionales.
4. Grmek-MD. The concept of emerging disease. *Pubbl-Stn-Zool-Napoli-II* 1993; 15 (3): 281-96
5. PAHO. Regional plan of action for combating new, emerging, and re-emerging infectious diseases in the Américas. Workshop on combatting emerging infectious diseases: challenges for the Americas. Washington, DC: USA, Jun 14-15, 1995
6. Brandling-Bennett AD, Pinheiro F. Infectious Diseases in Latin America and the Caribbean: Are They Really Emerging and Increasing? *Emerging Infectious Diseases* 2(1):59-61, 1996
7. Satcher D. Emerging Infectious Disease Threats. CDC's Plan for Addressing
8. OPS. Programa de Enfermedades Transmisibles. Enfermedades infecciosas nuevas, emergentes y reemergentes. *Boletín Epidemiológico* 1995, sept; 16 (3): 1-7
9. OMS. Fact Sheet N 97. Nov. 95
10. WHO. Emerging and other communicable diseases. *WWW Outbreak Page* 1997; Marzo 3
11. OMS. Tuberculosis-A Global emergency: case notification update 1996
12. Hantavirus outbreak. *WWW Outbreak Page* 1997; Marzo 28
13. Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Venezuela. Fiebre Hemorrágica Venezolana. Situación de Alerta. *Boletín Epidemiológico Semanal* 1996; 49 (49): 532-536
14. *MMWR Summary of Notifiable Diseases --- Preview. Summary of Notifiable Diseases, United States, 1993*
15. Young J. CDC. *ProMed* 1997; Enero 7
16. Manson-Bahr D.E.C. and D.R. Bell. 1989. *Manson's Tropical Diseases*. 19th edn. Bailliere Tindall. Citado por Jacobson A. Emerging and reemerging viruses: an essay. *WWW Outbreak Page* 1997; Marzo 3
17. Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. Estadísticas de 1985-1996. *ProMed* 1997; Feb. 9

[Retorno a la Tabla de contenido](#)

Enfermedades emergentes, reemergentes y nuevas en Cuba

Dr. Jorge Delgado Bustillo. Dirección Nacional de Epidemiología

Se denominan enfermedades emergentes aquellas que, teniendo un comportamiento endémico, presentan situaciones epidémicas o morbilidad por encima de lo esperado. En nuestro país se incluyen en este caso la Tuberculosis, la Leptospirosis, la Hepatitis, la Meningitis viral y las Infecciones Respiratorias Agudas, por citar algunas. Estas enfermedades endémicas en Cuba en los dos últimos años presentaron un comportamiento epidémico, favorecido en algunos casos por factores de emergencia de carácter sociodemográfico, de migración, ambientales, climatológico, comercio internacional, entre otros.

Hasta el momento no han aparecido en nuestro país enfermedades que puedan considerarse reemergentes, o sea, enfermedades que nunca existieron o que tras su eliminación pueden resurgir nuevamente de forma explosiva y epidémica, cuyos ejemplos más típicos en América Latina son el Cólera, la Peste, la Fiebre Amarilla, la Malaria, el Dengue y las Fiebres Hemorrágicas por Arenavirus.

Aunque el concepto de enfermedad nueva varía según diferentes autores, en Cuba se considera bajo esta clasificación a la Neuropatía Epidémica, pues las manifestaciones de la misma no eran conocidas hasta el

momento de su aparición en el país.

[Retorno a la Tabla de contenido](#)

Riesgos para Cuba

En los últimos cinco años se ha incrementado la posibilidad de la introducción de enfermedades en nuestro país. Los factores asociados a esto están dados por la calidad sanitaria del ambiente y el agua, el auge del intercambio comercial y turístico con países de América Latina y el Caribe, así como el arribo de un número creciente de viajeros internacionales, aeronaves y buques, los que además de trasladar posibles reservorios humanos de enfermedades, transportan contenedores y carga general de todo tipo, y con ellos muchas veces, vectores y reservorios animales.

Algunos ejemplos prácticos y reales están dados por el diagnóstico precoz de casos de Malaria importada en ciudadanos europeos que adquirieron la enfermedad en países endémicos de Asia, Africa y América.

En los últimos cuatro años se han detectado, muchas veces en el momento del arribo o poco después del inicio de los síntomas, casos importados de Dengue procedentes de Venezuela, Puerto Rico, Jamaica y República Dominicana, y de haber existido el vector en los lugares donde residieron se hubiera favorecido la reintroducción de esta enfermedad, eliminada del país en 1981.

La infestación por *Aedes aegypti* y *albopictus* en el continente americano cada día es mayor. Prácticamente está presente en todos los países de Centroamérica, el Caribe y la mayoría de los estados de Estados Unidos de Norteamérica. En nuestro país esta situación se ha hecho presente cuando se han detectado focos de *A. albopictus* en neumáticos importados de países del área, demostrando con esto el permanente riesgo de la reintroducción del Dengue y otras Fiebres Hemorrágicas, pues estos virus se perpetúan por transmisión ovárica.

Recientemente se identificó al arribar al Aeropuerto José Martí un caso de Conjuntivitis Hemorrágica en un turista argentino, sin que ocurrieran casos secundarios entre sus compañeros de viaje y el personal cubano que se vinculó al mismo. Como se sabe esta enfermedad es altamente transmisible y los brotes ocurridos en Cuba a finales de la década de los 80 y primeros años de los 90 estuvieron vinculados a becarios africanos que introdujeron la enfermedad, sin que se pudiera detener su transmisión.

Los anteriores son ejemplos que se pueden repetir con éstas u otras enfermedades que no conocemos y que pudieran ser nuevas para los médicos cubanos, dificultándose su diagnóstico y la aplicación de medidas de control oportunas.

Sin embargo, no sólo debemos esperar en nuestro país el impacto de la situación sanitaria adversa que existe en los países con los cuales cada día nos relacionamos más. Debemos pensar que en Cuba, dada la situación sanitaria actual, pudieran ocurrir brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos, entre las cuales las hídricas posiblemente sean las más frecuentes, teniendo en cuenta la conocida circulación de enterobacterias como las *Shiguellas*, *Salmonellas* y *E.coli*. No se debe olvidar el constante riesgo de introducción del Cólera, cuyo comportamiento clínico sería muy similar al que se observa en los frecuentes casos o brotes de EDA.

[Retorno a la Tabla de contenido](#)

Recomendaciones generales para prevenir y controlar posibles enfermedades emergentes y reemergentes.

Las presentes indicaciones están dirigidas a todo el personal médico del Sistema Nacional de Salud que presta servicios en los CPHE, CMHE, UMHE, en la APS, los PPU, hospitales, clínicas internacionales, villas turísticas y hoteles, centros de trabajo, escuelas, círculos infantiles, aeropuertos, puertos, marinas, servicios médicos en la Industria Básica, la Pesca y Empresa Consignataria Mambisa.

- Control sanitario al arribo en puertos y aeropuertos de países endémicos de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica (Paludismo, Dengue y Cólera).
- Vigilancia epidemiológica en la APS y hospitalaria de viajeros internacionales cubanos o extranjeros con cuadros clínicos sospechosos de enfermedades exóticas o no presentes en Cuba.
- Vigilancia epidemiológica universal de todas las personas, de todas las edades, en todas las unidades de salud del país, con cuadro clínico sospechoso.
- Remisión de cuadros sospechosos a las unidades hospitalarias seleccionadas en cada provincia para brindarles atención médica especializada.
- Vigilancia clínica epidemiológica de síndromes clínicos, más que de enfermedades. Tener siempre presente ante síndromes febriles asociados a manifestaciones hemorrágicas, daño renal, pulmonar, neurológico, hepático y lesiones dermatológicas, entre otras, la vigilancia de Dengue, Fiebre Amarilla, Enfermedad de Ebola e infecciones por Arenavirus.
- Estricta vigilancia de cuadros diarreicos agudos, con o sin fiebre, que causan deshidratación grave o la muerte, o brotes de EDA, como parte de la vigilancia del Cólera y otras enterobacterias (*E.coli* O157: H7, *V. cólera* O139 y *Salmonella enteritidis* PT4). Mantener la vigilancia ambiental y en alimentos.
- Cumplimiento de la toma de gota gruesa para la vigilancia de Malaria, y de monosueros al quinto día febril para Dengue y otras arbovirosis, según indicadores establecidos.
- Control sanitario integral de las instalaciones de puerto y aeropuertos del país, con tráfico internacional o nacional. Esta tarea debe ser jerarquizada por parte de los CPHE.
- Control sanitario de las aeronaves y embarcaciones procedentes del extranjero, independientemente de su tamaño y calado. Hacer énfasis en el control de residuales líquidos, residuales sólidos, alimentos, vectores y agua para consumo humano.
- Garantizar y exigir el funcionamiento de los incineradores en puertos y aeropuertos con tráfico internacional para la destrucción de los residuales sólidos, así como la adecuada disposición de los residuales líquidos, y el estricto funcionamiento y control de las larvitampas.
- Exigir el cumplimiento de la desinsectación de las aeronaves antes del aterrizaje según países de procedencia, y de mosquitos y roedores en buques, yates, etc.

Unidad de Análisis y Tendencias en Salud.

Ministerio de Salud Pública

Calle 23 Esq. N. Plaza de la Revolución

La Habana. Cuba. CP 10 400

Teléf. (537)-553350/55 3405

Fax. (537)-662312

E-mail: uats@hesp.sld.cu

Edición: Lic. Nancy Sánchez Tarragó

Consejo Asesor:

Dr. Daniel Rodríguez Millord

Dr. Ricardo Batista Moliner

Dr. Pablo Feal Cañizares

Copyright ©Unidad de Análisis y Tendencias en Salud. MINSAP. 1997

webmaster@hesp.sld.cu
