

ISSN 1028-4346

SEI

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA
INTERNACIONAL

SEI No. 44, 2018

6 de noviembre

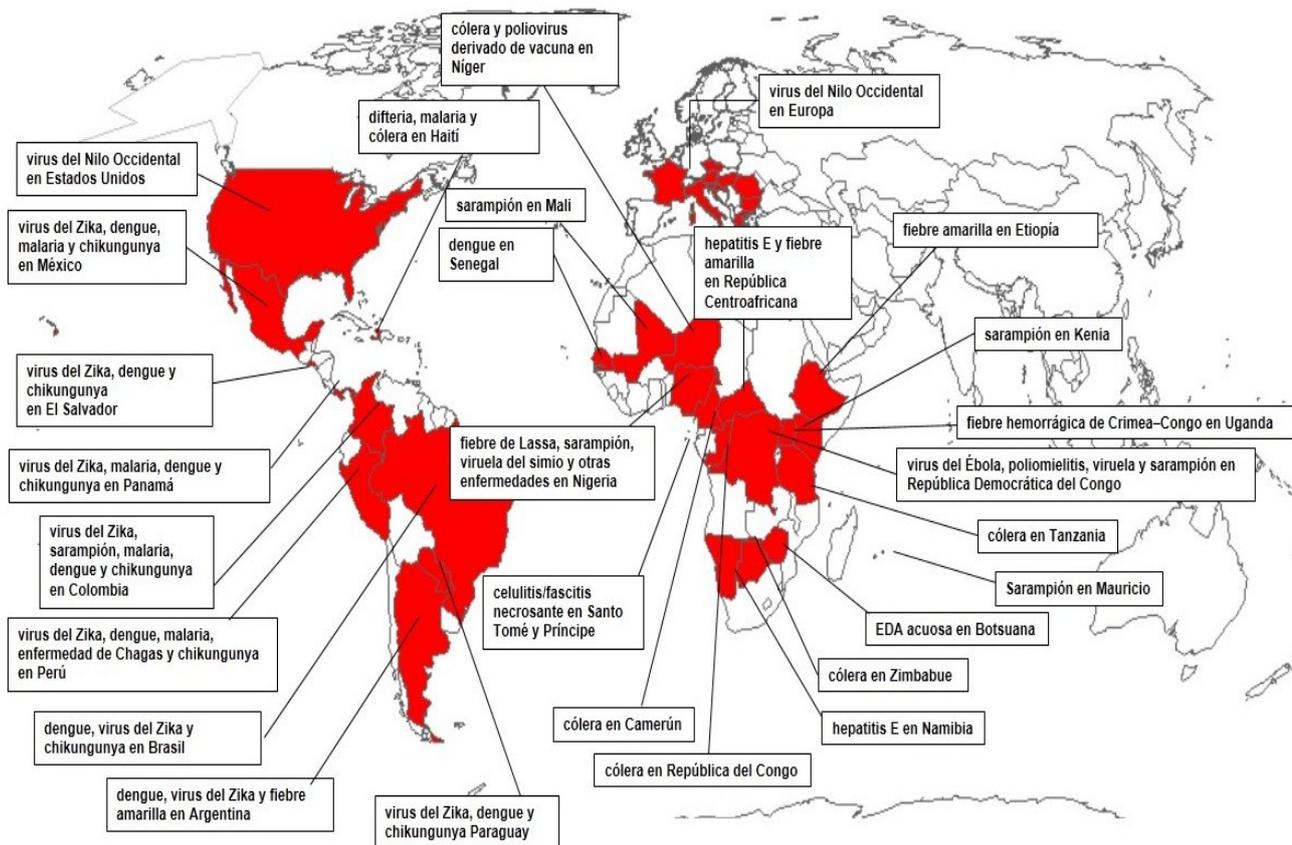


CENTRO DE DIRECCIÓN MINISTERIAL MINSAP

DIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Dirección Postal: Calle 23 No. 201 entre M y N, Plaza, La Habana, Cuba.
Código Postal: 10 400.

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

Esta semana:



BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

En este número:

América (La OPS no ha actualizado datos de zika, chikungunya ni fiebre amarilla):

- ⇒ **Zika:** hasta el 21 de diciembre de 2017 se reportaron 583 451 casos sospechosos en la región, confirmados 223 477 y 3720 casos de microcefalia, 20 fallecidos y 6329 importados.
- ⇒ **Chikungunya:** hasta el 22 de diciembre de 2017 se reportaron 61 613 casos sospechosos, 123 087 confirmados, 101 fallecidos y 107 casos importados.
- ⇒ **Dengue:** La Organización Panamericana de la Salud reporta 434 761 casos de dengue en las Américas hasta el 5 de noviembre de 2018. Sobresale Brasil con 215 585 casos, seguido de México con 58 685, Nicaragua con 44 890, Colombia con 30 768 y Paraguay con 30 658.
- ⇒ **Fiebre amarilla:** Entre el 1 de julio de 2017 y el 16 de mayo de 2018 se confirmaron 1266 casos en Brasil, incluidos 415 fallecidos, mientras que 1232 casos permanecen en investigación.

El mundo

- ⇒ Situación del ébola en la República Democrática del Congo
- ⇒ Actualización de difteria en las Américas por la OPS/OMS
- ⇒ Influenza en las Américas
- ⇒ Dengue, virus del Zika y fiebre amarilla en Argentina
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Brasil
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Colombia
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en El Salvador
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en México
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Panamá
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Paraguay
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Perú
- ⇒ Dengue en Mauritania y Senegal
- ⇒ Fiebre amarilla en Etiopía y República Centroafricana
- ⇒ Cerrado brote de fiebre amarilla en Liberia
- ⇒ Malaria en Colombia, Haití, México, Panamá y Perú
- ⇒ Virus del Nilo Occidental en Estados Unidos y Europa
- ⇒ Enfermedades en Ecuador
- ⇒ Sarampión en Colombia, Kenia, Mali, Nigeria, Mauricio y República Democrática del Congo
- ⇒ Difteria en Haití
- ⇒ Diarrea acuosa aguda en Botsuana
- ⇒ Cólera en Camerún, Haití, Níger, Nigeria, República del Congo, Tanzania y Zimbabue
- ⇒ Cerrado brote de Cólera en Sudáfrica
- ⇒ Enfermedad de Chagas en Perú
- ⇒ Fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en Uganda
- ⇒ Fiebre de Lassa en Nigeria
- ⇒ Hepatitis E en Namibia y República Centroafricana
- ⇒ Viruela del simio en Nigeria y República Democrática del Congo
- ⇒ Poliovirus derivado de la vacuna circulante en Nigeria, Níger
- ⇒ Poliomiélitis en República Democrática del Congo
- ⇒ Celulitis/fascitis necrosante en Santo Tomé y Príncipe

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

♦ Virus del Zika en las Américas/ Organización Panamericana de la Salud

RESUMEN SEMANAL

Los casos acumulados de Zika están actualizados desde 2015-2017 con cierre 4 de enero de 2018. Se reportaron **583 451 casos sospechosos** en la región, **confirmados 223 477** y **3720 casos de microcefalia asociado al virus, 20 fallecidos y 6329 casos importados**.

Brasil se mantenía con el 39,7% (231 725) de los sospechosos reportados en la región, el 61.4% (137 288) de los confirmados, el 55% (11) de los fallecidos y el 79,3% (2952) de los Síndromes Congénitos confirmados asociados al virus del Zika.

Por otra parte, México reportó 11 805 casos confirmados.

En general, la evaluación del riesgo global no ha cambiado por lo que la vigilancia debe mantenerse elevada.

Fuente: [Organización Panamericana de la Salud/ Zika](#)

RESUMEN GLOBAL

⇒ Se mantienen **84 países y territorios han reportado evidencia de transmisión del virus del Zika** transmitida por mosquitos en el mundo desde el año 2007.

Las Américas:

Se mantiene en **48 el número de países y territorios de las Américas que confirmaron casos autóctonos por transmisión vectorial de Zika** y en cinco el número de países que notificaron casos de Zika transmitidos sexualmente. Desde la semana epidemiológica 44 de 2016 ningún nuevo país/territorio de las Américas confirmó transmisión autóctona vectorial de Zika.

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

Tabla.1 Países y territorios que han notificado microcefalia y/o casos de malformación del SNC potencialmente asociados con la infección por el virus del Zika en las Américas hasta el 4 de enero de 2018, última actualización OPS.



Países/Territorios	Número de casos confirmados	Países o territorios	Número de casos confirmados
Canadá	1	Colombia	248
Estados Unidos	102	Ecuador	14
México	20	Brasil	2.952
Costa Rica	19	Argentina	5
El Salvador	4	Paraguay	2
Guatemala	140	Barbados	1
Honduras	8	Granada	2
Nicaragua	2	Guyana	3
Panamá	17	Surinam	4
República Dominicana	85	Trinidad y Tobago	17
Guyana Francesa	1		
Guadalupe	5		
Haití	1		
Martinica	5		
Puerto Rico	47		
Saint Martin	1		
Bolivia	14		
3 720			

De los 34 países y territorios con Síndrome Congénito asociado a virus Zika, 79,4% (27) pertenecen a la región de las Américas.

Fuente: [Actualización epidemiológica de la OPS, casos acumulados del 4 de enero de 2018](#)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

◆ Resumen mensual de Chikungunya en las Américas/ Organización Panamericana de la Salud

Los casos acumulados de Chikungunya corresponden al año 2017, actualizados hasta el 22 de diciembre, última actualización de la OPS.

El mayor reporte de casos continúa en la subregión del Cono Sur a expensas de Brasil con el 98,9% de los **confirmados** del total de 121 734 y el 81,5% de los **sospechosos** de la región para un total de 50 196 casos.

En diciembre incrementó Área Andina con (+924) casos sospechosos de un total de 6419 y (+12) confirmados del total de 1002. Le sigue Caribe Latino con (+75) casos confirmados de un total de 170. También incrementa Istmo Centroamericano con (+129) casos sospechosos de un total de 4016.

En resumen se reportaron en la región un total de 61 613 casos sospechosos, 123 087 confirmados, 101 fallecidos y 107 casos importados.

Fuente: [Organización Panamericana de la Salud/ Chikungunya](#)

Figura 1. Chikungunya en el Caribe y la región de las Américas. Países y territorios con transmisión autóctona/importados.



Fuente de la imagen: [Organización Panamericana de la Salud/ Chikungunya/SE 51-2017](#)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

◆ Resumen semanal de dengue

La Organización Panamericana de la Salud reporta **434 761 casos de dengue en las Américas** hasta el 5 de noviembre de 2018. Sobresale **Brasil con 215 585 casos**, seguido de México con 58 685, Nicaragua con 44 890, Colombia con 30 768 y Paraguay con 30 658.

Países	Casos	Países	Casos
Brasil	215585	Guyana Francesa	115
México	58685	Trinidad y Tobago	74
Nicaragua	44890	Martinica	73
Colombia	30768	Santa Lucía	69
Paraguay	30658	Barbados	56
Venezuela	11136	Haití	51
El Salvador	6635	Dominica	35
Perú	6411	San Martín	29
Honduras	5953	Aruba	29
Panamá	5437	Chile	18
Bolivia	4663	Islas Caimán	17
Guatemala	3881	Isla Vírgenes (UK)	15
Ecuador	2556	Bahamas	9
Costa Rica	1835	Guadalupe	8
Argentina	1805	Antigua y Barbuda	8
Belice	1344	San Cristóbal y Nieves	5
Rep. Dominicana	960	San Vicente y las Granadinas	2
Jamaica	282	Puerto Rico	2
Granada	263	Anguila	1
Estados Unidos	211	Montserrat	1
Guyana	186		
Total			434 761



Figura 1. Distribución geográfica del dengue en las Américas el 5 de noviembre de 2018.

Se han reportado **239 fallecidos en 2018** (Brasil 128, México 28, Colombia 20, Paraguay 15, Perú 13, Venezuela 11, Guatemala 14, Panamá y Honduras 3 cada uno, Nicaragua 2, El Salvador y República Dominicana 1 cada uno).

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

◆ Actualización epidemiológica de fiebre amarilla en las Américas

Entre enero de 2016 y el 13 de marzo de 2018, siete países y territorios de la región de las Américas notificaron casos confirmados de fiebre amarilla: El Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana Francesa, Perú y Suriname. Durante este periodo se notificó el mayor número de casos humanos y epizootias registradas en la Región de las Américas en varias décadas.

Desde la [Actualización Epidemiológica del 16 de febrero de 2018](#), **Brasil y Perú** notificaron casos nuevos de fiebre amarilla:

En **Perú**, entre las SE 1 y 9 de 2018, se notificaron 22 casos de fiebre amarilla, 8 de los cuales fueron confirmados por laboratorio y los 14 restantes se encuentran en investigación. Esta cifra es superior a la registrada en el mismo periodo de 2017 cuando se notificaron 5 casos confirmados de fiebre amarilla en 2 departamentos (2 en Amazonas y 3 en Ayacucho). En 2018, la mayoría de los casos corresponden a residentes del Distrito Callería, provincia Coronel Portillo en el departamento de Ucayali, área considerada de riesgo para fiebre amarilla.

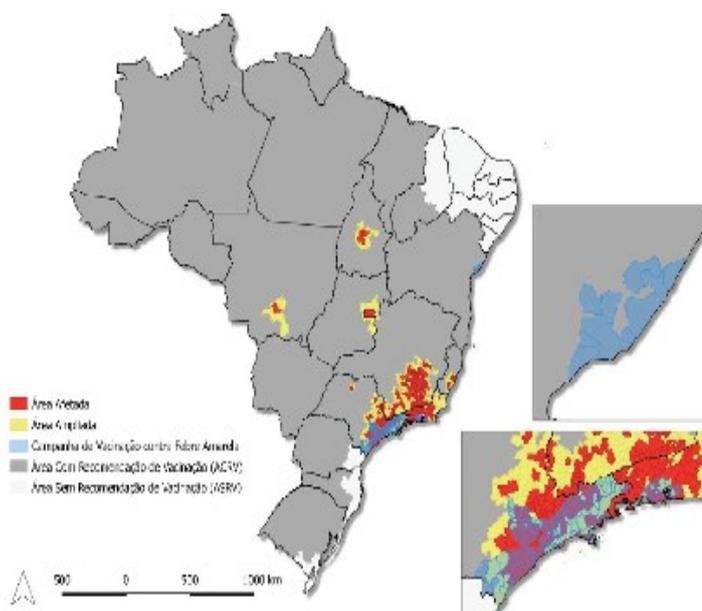
Fuente: [Organización Panamericana de la Salud](#)

El Ministerio de Salud de **Brasil no actualiza los datos desde el 16 de mayo**, se mantienen la información. En el período de monitoreo (julio de 2017 a junio de 2018), hasta el 16 de mayo, Semana Epidemiológica (SE) 19, fueron notificados 6589 casos humanos sospechosos de fiebre amarilla, de los cuales 4091 fueron descartados, permanecen en investigación 1232 y se han confirmado 1266. Del total de casos confirmados, 415 han fallecido (letalidad del 32,8% [415 / 1266]).

La mayoría de los casos confirmados fueron notificados en la región Sudeste (99,9% [1265 / 1266]), principalmente de **Minas Gerais, São Paulo y Río de Janeiro**.

En el período de monitoreo 2016/2017 hasta la SE 19, se confirmaron 771 casos de fiebre amarilla silvestre, mientras que en el período actual (2017/2018) se confirmaron 1266. En una comparación preliminar entre el período de monitoreo 2016/2017 y el período más reciente (2017/2018), se observó que, aunque el número absoluto de casos confirmados sea mayor en el período actual (771 contra 1266), la incidencia fiebre amarilla por cien habitantes en los municipios con registro de casos humanos confirmados fue menor (6,15 contra 3,59).

Fuente: [Ministerio de Salud de Brasil](#)



BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL**◆ OPS: Alerta Epidemiológica de sarampión en las Américas, 24 de octubre de 2018**

Desde el inicio del año y hasta el 23 de octubre de 2018 se notificaron 8091 casos confirmados de sarampión, incluidas 85 defunciones, en 11 países de la Región de las Américas: Antigua y Barbuda (1 caso), Argentina (14 casos), Brasil (2192 casos, incluidas 12 defunciones), Canadá (25 casos), Colombia (129 casos), Ecuador (19 casos), Estados Unidos de América (142 casos), Guatemala (1 caso), México (5 casos), Perú (38 casos) y la República Bolivariana de Venezuela (5525 casos, incluidas 73 defunciones).

Desde la Actualización Epidemiológica publicada el 21 de septiembre de 2018 se notificaron 1462 casos confirmados de sarampión y 13 defunciones adicionales en 7 países de la Región (Argentina 3 casos, Brasil 457 casos y 2 defunciones, Canadá 3 casos, Colombia 44 casos, Estados Unidos 18 casos, Perú 17 casos y Venezuela 920 casos y 11 defunciones).

El genotipo D8, linaje MVi/HuluLangat.MYS/26.11, que inicialmente fuera identificado en los casos de Venezuela posteriormente ha sido reportado en los casos confirmados por Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador y Perú (los países están ordenados alfabéticamente y no por fecha de inicio del brote).

[Leer situación detallada por países en la OPS](#)

Orientaciones para las autoridades nacionales

Ante las continuas importaciones del virus desde otras regiones del mundo y los brotes en curso en las Américas, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) insta a todos los Estados Miembros a:

- Vacunar para **mantener coberturas homogéneas del 95%** con la primera y segunda dosis de la vacuna contra el sarampión, la rubéola y las paperas, en todos los municipios.
- **Vacunar a poblaciones en riesgo**, sin prueba de vacunación o inmunidad contra el sarampión y la rubeola, tales como personal de salud, personas que trabajan en turismo y transporte (hotelería, aeropuerto, taxis y otros) y viajeros internacionales.
- **Mantener una reserva de vacuna** sarampión-rubeola (SR) y/o sarampión-rubeola-paperas (SRP) y **jeringas** para acciones de control de casos importados en cada país de la Región.
- **Fortalecer la vigilancia epidemiológica** del sarampión para lograr la detección oportuna de todos los casos sospechosos en los servicios de salud públicos y privados, y asegurar de que las muestras se reciban en el laboratorio en el plazo de 5 días después de haberse tomado y que los resultados de laboratorio estén disponibles en un periodo de no más de 4 días.
- Brindar una **respuesta rápida** frente a los casos importados de sarampión para evitar el restablecimiento de la transmisión endémica, a través de la activación de los grupos de respuesta rápida entrenados con este fin e implementando protocolos nacionales de respuesta rápida frente a los casos importados. Una vez que se active el equipo de respuesta rápida, se deberá asegurar una coordinación permanente entre el nivel nacional y local con canales de comunicación permanentes y fluidos entre todos los niveles (nacional, subnacional y local).
- **Identificar** los flujos migratorios externos (llegada de personas extranjeras) e internos (desplazamientos de grupos poblacionales) en cada país, incluyendo las poblaciones indígenas, para facilitar el acceso a los servicios de vacunación, según el esquema nacional.
- **Incrementar las coberturas vacunales** y fortalecer la vigilancia epidemiológica en áreas de fronteras a fin incrementar la inmunidad poblacional y detectar/responder rápidamente frente a casos altamente sospechosos de sarampión.
- En situación de brote, se debe **establecer el adecuado manejo intrahospitalario de casos** para evitar la transmisión nosocomial, con un adecuado flujo de referencia de pacientes a salas de aislamiento (en cualquier nivel de atención) evitando el contacto con otros pacientes en salas de espera y/o salas de hospitalización por otras causas.

Adicionalmente, la OPS/OMS recomienda a los Estados Miembros que se aconseje a todo viajero de 6 meses de edad en adelante que no pueda mostrar prueba de vacunación o inmunidad, que **reciba la vacuna contra el sarampión y la rubéola**, preferiblemente la vacuna triple viral (sarampión, rubéola y parotiditis - SRP), **al menos dos semanas antes de viajar a áreas donde se ha documentado la transmisión de sarampión**. Las recomendaciones de la OPS/OMS con relación a consejos para los viajeros, se encuentra disponible en la Actualización Epidemiológica del 27 de octubre de 2017.

Fuente: [Actualización Epidemiológica de Sarampión en las Américas](#)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

◆ OPS: Actualización epidemiológica de difteria en las Américas, 29 de octubre

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la 41 de 2018, tres países de la Región de las Américas (Colombia, Haití y la República Bolivariana de Venezuela) notificaron casos confirmados de difteria. En Haití y en Venezuela el brote continúa activo.

A continuación, un resumen de la situación en esos países:

En Colombia, se notificaron 8 casos confirmados, incluidas 3 defunciones. No se reportaron casos adicionales desde julio de este año.

En Haití, entre las SE 51 de 2014 y la SE 41 de 2018 se notificaron 712 casos probables, incluidas 105 defunciones, de las cuales 249 fueron confirmados (242 por laboratorio y 7 por nexo epidemiológico). El número de casos probables notificados en 2018 es superior al total de casos notificados en 2016 y 2017, incremento que se atribuye a una mayor sensibilidad del sistema de nacional de vigilancia.

Las tasas de letalidad entre los casos confirmados por laboratorio fueron de 23% en 2015, 37% en 2016, 8% en 2017 y 9% en 2018. En 2018, se notificaron 319 casos probables (entre la SE 1 y la 41), de los cuales 80 fueron confirmados (75 por laboratorio y 5 por nexo epidemiológico). Durante el mismo periodo, se notificaron 25 defunciones (12 confirmadas por laboratorio o nexo epidemiológico, 8 con muestras de laboratorio no viables, 4 permanecen en investigación y una fue descartada).

Con relación a las características de los casos confirmados en 2018 (80 casos en el rango de 2 a 33 años), el 91% corresponde a menores de 15 años y 49% son del sexo femenino.

En Venezuela, el brote de difteria que se inició en julio de 2016 sigue activo. Desde entonces y hasta la SE 41 de 2018 se notificaron 2170 casos sospechosos (324 casos en 2016, 1040 en 2017 y 800 en 2018), de los cuales 1249 fueron confirmados. Se reportan 287 fallecidos (17 en 2016, 103 en 2017 y 167 en 2018). La tasa de letalidad acumulada entre los casos confirmados es de 23%.

En 2016, se notificaron casos en 5 estados (Anzoátegui, Bolívar, Delta Amacuro, Monagas y Sucre), en tanto en 2017 los casos se registraron en 22 estados y el Distrito Capital. En el 2018, son 22 las entidades federales que reportaron casos confirmados. Los casos se registraron en todas las edades, pero la población más afectada es la del grupo de 1 a 39 años, donde la mayor incidencia corresponde al grupo de 10 a 14 años, seguido del grupo de 5 a 9 años.

Orientaciones para los Estados Miembros

La Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recomienda a los Estados Miembros que continúen con sus esfuerzos para garantizar coberturas de vacunación superiores al 95% con la serie primaria (3 dosis) y refuerzos (3 dosis). Este esquema de vacunación brindará protección a lo largo de toda la adolescencia y la edad adulta (hasta los 39 años y posiblemente más). Las dosis de refuerzo de la vacuna contra la difteria deben administrarse en combinación con el toxoide tetánico, utilizando el mismo calendario y las fórmulas de vacunas apropiadas para la edad, a saber, DPT (difteria, tétanos y tos ferina) para niños de 1 a 7 años y Td (toxoides diftérico) para los niños de más de 7 años, adolescentes y adultos.

La OPS/OMS recuerda que los grupos de la población en mayor riesgo son los niños menores de 5 años no vacunados, escolares, los trabajadores de salud, el personal del servicio militar, integrantes de las comunidades penitenciarias y las personas que por la naturaleza de su trabajo u oficio están en contacto permanente y diario con un elevado número de personas.

Si bien los viajeros no tienen un riesgo especial de contraer difteria, se recomienda a las autoridades nacionales que recuerden a los viajeros que se dirigen a áreas con brotes de difteria que antes del viaje estén debidamente vacunados de acuerdo con el calendario nacional de vacunación establecido en cada país. Si han transcurrido más de 5 años desde la última dosis, es recomendable una dosis refuerzo.

Se recomienda fortalecer los sistemas de vigilancia para la detección precoz de casos sospechosos, a fin de iniciar el tratamiento oportuno en los afectados y el seguimiento de sus contactos.

La OPS/OMS recomienda mantener una provisión de antitoxina diftérica.

La vacunación, es clave para prevenir casos y brotes; y el manejo clínico adecuado, disminuye las complicaciones y la letalidad.

Fuente: [Organización Panamericana de la Salud](#)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL**◆ Brote de la enfermedad por virus del Ébola en República Democrática del Congo**

El brote de la enfermedad del virus del Ébola (EVE) en las provincias Kivu del Norte e Ituri, en la República Democrática del Congo, continúa. Desde el informe del 26 de octubre de 2018, se confirmaron 31 nuevos casos de EVE y 16 nuevas muertes se han producido. El 30 de octubre de 2018, la zona de salud Vuhovi, ubicada entre Butembo y Beni, informó un caso confirmado por primera vez.

Desde el inicio del brote hasta el 3 de noviembre de 2018, se registraron 296 casos de EVE, incluidos 263 casos confirmados y 35 probables. Hasta la fecha, los casos confirmados fueron informados de 10 zonas de salud: Beni (139), Mabalako (73), Butembo (30), Masereka (4), Oicha (2), Kalunguta (2), Komanda (1) y Vuhovi (1) en la provincia Kivu del Norte; y Mandima (9) y Tchomia (2) en la provincia Ituri. Se registró un total de 186 muertes, incluyendo 151 muertes entre casos confirmados, resultando en una tasa de letalidad entre los casos confirmados del 57,4% (151/263). Desde el último informe, se han reportado tres nuevos casos confirmados en trabajadores de salud en Beni, aumentando el número de trabajadores de salud afectados a 27, incluyendo 26 confirmados y tres muertes.

El 3 de noviembre de 2018, treinta y un nuevos pacientes fueron hospitalizados, incluyendo 29 en Beni y 2 en Butembo, con lo que el número total de pacientes admitidos se eleva a 107 (70 casos sospechosos y 37 casos confirmados). Hasta el 3 de noviembre de 2018, el número de pacientes curados y dados de alta en la comunidad es de 81, incluyendo 11 nuevos pacientes dados de alta desde el último informe.

Beni y Mabalako siguen siendo las zonas de salud más afectadas, con el 49,3% (147/298) y 31,5% (94/298) de casos, respectivamente. Beni es el actual punto de acceso del brote. También hay cadenas activas de transmisión en Butembo.

El rastreo de contactos sigue siendo preocupante debido a la inseguridad y la resistencia persistente de la comunidad. El 3 de noviembre de 2018, la proporción de contactos seguidos fue 92,3% (4599/5036).

Acciones de salud pública

Todas las actividades de vigilancia continúan, incluyendo investigaciones de los últimos casos confirmados no conocidos como contactos, la búsqueda activa de casos en establecimientos de salud y zonas de salud afectadas, así como investigación y listado de contactos en las comunidades en torno a los últimos casos confirmados.

En Mabalako, equipos multidisciplinarios de epidemiólogos, expertos en comunicación y atención psicosocial y clínicos, visitaron el pueblo de Kaukobo con relación al caso confirmado que escapó del Centro de Tratamiento de Ébola (CTE) en Beni y fue encontrado en Mabalako. Los casos fueron transferidos al CTE de Mangina, fueron listados los contactos, la clínica de Kaukobo fue descontaminada y se sensibilizó a la comunidad de los alrededores del pueblo.

Continúa el monitoreo en los puntos de entrada (POE) y puntos de control sanitarios (POS), con un total de 67 puntos funcionales el 2 de noviembre de 2018, con 187 809 viajeros registrados, el número total de viajeros registrados desde el inicio del brote fue de 12.4 millones. Quince vehículos de transporte fueron descontaminados el mismo día, lo que elevó el total de vehículos descontaminados a 17 530.

La vacunación continúa en nueve anillos en Beni, uno en Kalunguta, uno en Katwa y otro en Oicha (abierto entre el 31 de octubre de 2018 y el 2 de noviembre de 2018) con un total de 275 personas vacunadas el 2 de noviembre de 2018, con lo que el número total de personas vacunadas desde el 8 de agosto de 2018 es de 25 845.

Se llevaron a cabo varias actividades para aumentar la conciencia pública sobre la EVE y para combatir los rumores sobre la enfermedad y la resistencia de la comunidad a las medidas de respuesta a la epidemia. Las sesiones de divulgación de puerta a puerta se llevaron a cabo en Beni (n = 410), Oicha (n = 661), Mabalako (n = 1 076), Butembo (n = 756) y Masereka (n = 76).

Se llevaron a cabo sesiones de psicoeducación en las zonas de salud de Beni, Mabalako, Butembo, Mandima y Masereka, que alcanzaron a 920 personas. Veintisiete pacientes fueron dados de alta de CTE y reintegrados en sus comunidades.

Continuaron las actividades de prevención y control de infecciones (IPC) y de saneamiento e higiene del agua (WASH): se realizaron 11 sesiones de capacitación en centros de salud, incluidas cinco en Mabalako y seis en Tchomia; se estableció un comité de higiene en el Hospital General de Referencia de Beni; 130 trabajadores de salud fueron capacitados en Beni (12), Butembo (54), Mabalako (15), Komanda (33) y Tchomia (16); los kits de IPC se distribuyeron en dos establecimientos de salud, uno en Beni y otro en Butembo; cuatro establecimientos de salud y dos hogares en Beni fueron descontaminados.

Situación de interpretación por la OMS

El brote de EVE sigue siendo motivo de gran preocupación, en particular por la propagación geográfica de la enfermedad a una nueva área, así como por el creciente número de casos confirmados y contactos a seguir en Beni. La situación actual requiere medidas intensivas e innovadoras para abordar los desafíos en el terreno. Vigilancia intensificada, incluyendo la búsqueda activa de casos, las investigaciones de casos, y la identificación y monitoreo de todos los contactos, es fundamental para que los nuevos casos sospechosos sean aislados rápidamente. Los insumos médicos y la capacidad de recepción de pacientes en los CTE también requieren expansión, dado el número creciente de casos confirmados. Los esfuerzos para reforzar las capacidades de la IPC a todos los niveles son supremos. Todos los actores nacionales e internacionales deben continuar ofreciendo su mayor apoyo a la respuesta continua de EVE.

Fuente: [Organización Mundial de la Salud](#)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

OTROS EVENTOS DE LA SEMANA

- ⇒ [Situación del ébola en la República Democrática del Congo](#)
- ⇒ [Actualización de difteria en las Américas por la OPS/OMS](#)
- ⇒ [Influenza en las Américas](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y fiebre amarilla en Argentina](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en Brasil](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en Colombia](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en El Salvador](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en México](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en Panamá](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en Paraguay](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en Perú](#)
- ⇒ [Dengue en Mauritania](#)
- ⇒ [Dengue en Senegal](#)
- ⇒ [Fiebre amarilla en Etiopía](#)
- ⇒ [Fiebre amarilla en República Centroafricana](#)
- ⇒ [Cerrado brote de fiebre amarilla en Liberia](#)
- ⇒ [Malaria en Colombia, Haití, México, Panamá y Perú](#)
- ⇒ [Virus del Nilo Occidental en Estados Unidos](#)
- ⇒ [Virus del Nilo en Europa](#)
- ⇒ [Enfermedades en Ecuador](#)
- ⇒ [Sarampión en Colombia, Kenia, Mali, Nigeria, Mauricio y República Democrática del Congo](#)
- ⇒ [Difteria en Haití](#)
- ⇒ [Diarrea acuosa aguda en Botsuana](#)
- ⇒ [Cólera en Camerún](#)
- ⇒ [Cólera en Haití](#)
- ⇒ [Cólera en Níger](#)
- ⇒ [Cólera en Nigeria](#)
- ⇒ [Cólera en República del Congo](#)
- ⇒ [Cólera en Tanzania](#)
- ⇒ [Cólera en Zimbabue](#)
- ⇒ [Cerrado brote de Cólera en Sudáfrica](#)
- ⇒ [Enfermedad de Chagas en Perú](#)
- ⇒ [Fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en Uganda](#)
- ⇒ [Fiebre de Lassa en Nigeria](#)
- ⇒ [Hepatitis E en Namibia](#)
- ⇒ [Hepatitis E en República Centroafricana](#)
- ⇒ [Viruela del simio en Nigeria](#)
- ⇒ [Viruela del simio en República Democrática del Congo](#)
- ⇒ [Poliovirus derivado de la vacuna circulante en Nigeria](#)
- ⇒ [Poliovirus derivado de la vacuna circulante tipo 2 \(cVDPV2\) en Níger](#)
- ⇒ [Poliomielitis en República Democrática del Congo](#)
- ⇒ [Celulitis/fascitis necrosante en Santo Tomé y Príncipe](#)

Recomendamos leer



ÉBOLA

Tres vacunas experimentales contra el ébola protegen del virus más de dos años. La investigación podría tener un "gran impacto" en la lucha contra el ébola

Tres vacunas experimentales contra el ébola, una de ellas ya utilizada en el actual brote en República Democrática del Congo, han conseguido proteger frente al virus durante dos años y medio después de la inmunización, según se desprende de un estudio de investigadores de la [Universidad de Oxford](#) (Inglaterra) y la [Universidad de Glasgow](#) (Escocia). "Estos resultados serán inestimables a la hora de decidir qué estrategia usar para inducir una protección duradera, por ejemplo, en los profesionales de la salud en áreas en riesgo continuo de brotes", explica una investigadora. [Leer más...](#)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

ARTE Y MEDICINA

Las enfermedades y su impacto en la obra de genios de las bellas artes

En el [boletín 43](#) le ofrecimos la primera parte, que en este concluimos, de un artículo confeccionado por la Dra. Isis Betancourt Torres y publicado en EDUMECENTRO, vol.9, no.2, de Santa Clara en 2017, que nos pareció muy interesante por tratar el tema **arte y medicina**.

Enfermedades crónicas no transmisibles. Su impacto en la creación artística

A lo largo de la historia han existido hombres célebres que han padecido de epilepsia, como los grandes guerreros Napoleón, Alejandro Magno y Julio Cesar, el profeta Mahoma y el gran matemático Pitágoras. Entre la muestra estudiada, la sufrieron el escritor ruso Dostoiévsky y el pintor Vincent Van Gogh. Dostoiévsky definió la epilepsia como "enfermedad sagrada" y llegó a escribir: "Vosotros los hombres sanos, no tenéis idea del placer que experimenta un epiléptico un segundo antes de la crisis". El genial escritor ruso incluiría un epiléptico prácticamente en cada una de sus novelas, y así surgieron Nelly, en *Ofendidos* y Humillados, y el célebre Smirdiakov, en *Los Hermanos Karamazov*.

Las enfermedades neoplásicas no fueron frecuentes en la muestra, pues solo aparece Rossini con diagnóstico de cáncer. Se atribuye a que estos artistas vivieron épocas donde las enfermedades infecciosas ponían fin a la vida en edades tempranas y el cáncer era infrecuente. Lo mismo se puede decir de la cardiopatía isquémica y su forma clínica más temida, el infarto agudo de miocardio, que, aunque ya estaba descrita en el Papiro de Evers y era tratada por los médicos de Asiria y Babilonia, no constituía una pandemia de proporciones enormes, como ocurre en la actualidad; solo presentaron problemas coronarios Liszt, Puccini y Lecuona, los cuales tuvieron una larga vida.

La sordera afectó a un pintor: Goya ([Boletín No. 19](#)), y atormentó la vida de un genio: Beethoven ([Boletín No. 38](#)), a quien la hipoacusia progresiva, que lo convirtió en un hombre totalmente sordo en 1820, no impidió que, en trece años de intenso trabajo, creara sus más importantes obras, incluidas sus magistrales sinfonías, aunque tuvo que dejar de interpretar sus conciertos de piano y nunca más pudo disfrutar oyendo su propia música. Sobre la causa de su sordera han existido múltiples hipótesis: se habla de infecciones como la sífilis o la fiebre tifoidea, otros la atribuyen a causas autoinmunes, por una panarteritis nudosa o una enfermedad del tejido conectivo y algunos más invocan causas vasculares, traumáticas o tumorales, incluida la enfermedad de Paget. La mayoría de estas hipótesis no tienen una base científica. La sífilis se descarta por la ausencia de otros estigmas de la enfermedad, además en la necropsia no se encontraron otros síntomas para sustentarla. Tampoco existen elementos que permitan plantear una otosclerosis no comprobada en la necropsia. La hipoacusia selectiva para los tonos altos en una fase inicial, los acúfenos persistentes, la hipersensibilidad dolorosa a los tonos bajos y a los ruidos, y el importante dato de que la transmisión ósea fuera normal, hablan a favor de una sordera neurosensorial por una inflamación crónica del octavo par craneal, causada posiblemente por una fiebre tifoidea.

La ceguera fue un padecimiento de Bach y Handel producto de una iatrogenia en la vida adulta, e influyó en la vida de Joaquín Rodrigo desde los tres años de edad, según él: "... gracias a la ceguera, fui a parar a la música".

En este trabajo no se han analizado las causas de muerte de los cincuenta artistas estudiados, sino las enfermedades que perturbaron y limitaron sus vidas, las que indudablemente influyeron en su obra artística ya que la casi totalidad presentó alguna enfermedad que se acompañó de sufrimiento físico o mental, que en la mayoría de los casos coincidió con períodos de intensa creación.

Dolor físico y sufrimiento moral. Su relación con la creación.

Un tema controversial es el referente a la relación entre el dolor físico y el sufrimiento moral con la creación artística. En opinión de esta autora, es una relación real y objetiva. Para abordar este tema es conveniente hacer mención de algunas reflexiones del profesor Cansino Anssen, de la unidad básica de la historia de la medicina de la Universidad Complutense de Madrid, expresados en un tema monográfico sobre dolor en la literatura. En su trabajo plantea algunas consideraciones sobre el dolor, evocando a Dostoiévski en su obra *Apuntes del Subsuelo* escrita en 1864, cuando el autor siente que la tierra se abre bajo sus pies. Ni el simulacro de su fusilamiento en 1849, ni los cuatro años de trabajo en Siberia con los que se le conmutó la pena capital cuando ya le apuntaba el pelotón de fusilamiento, habían minado sus fuerzas como ahora después de perder sus últimos rublos en la ruleta, su primera mujer sufre una lenta agonía tuberculosa y las crisis epilépticas de él se hacen más frecuentes e intensas. Además, padece unas prosaicas hemorroides que no lo dejan "estar de pie ni sentado". En estas penosas circunstancias, el autor redacta la mencionada obra. Esta descripción es realizada por Cansino Anssen para argumentar que los quejidos y sufrimientos del hombre del subsuelo no son otra cosa que la expresión del dolor del propio Dostoiévski.

Tal vez la más patética descripción del dolor moral producto del pecado, aparece en *Doctor Fausto*, la gran novela de Thomas Mann. En esta obra cumbre de la literatura universal, el autor se introduce en el tema de una creencia muy antigua sobre la relación de la sífilis con la creación artística, y en ella el protagonista realiza un pacto con Satanás para adquirir voluntariamente la sífilis, y con el sufrimiento de la enfermedad, estimular su creación y salir del estanque en que se encontraba su producción musical. Este pacto lo lleva a sufrir no solo su enfermedad sino también a perder a su inocente sobrino de cinco años en medio de patéticas narraciones de dolor. Aquí se expresa una creencia de que los pecadores no solo sufren, también hacen sufrir a quienes aman. Este mensaje puede servir para la reflexión sobre hasta dónde pueden haber sufrido por sus enfermedades relacionadas con el pecado, los genios estudiados en este trabajo.

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

ARTE Y MEDICINA

Otro ejemplo del impacto del dolor en la creación literaria es la obra *Bajo el Signo de Marte*, escrita con el seudónimo de Fritz Zorn, por un joven de 32 años que realiza un relato autobiográfico cuando se encontraba moribundo, víctima de un linfoma. La utilización del seudónimo Zorn, que en alemán significa "cólera o ira" habla por sí del sentimiento despertado en el artista al notarse un tumor en el cuello que él calificó como: "... un tumor de lágrimas tragadas", y hace mención del sufrimiento de toda su vida donde no pudo derramar lágrimas, que finalmente rompieron los diques internos y habían brotado al exterior como un tumor.

Otro ejemplo de la repercusión del dolor y el sufrimiento moral se expresa en Paul Valéry, uno de los más importantes poetas de la lengua francesa que tuvo una intensa creación literaria en 1940, cuando tenía dos hijos y un yerno combatiendo en la segunda guerra mundial. En esta época escribía incesantemente de día y de noche y llegó a enunciar: "... si no hiciera esto constantemente ya estaría muerto de rabia y dolor".

En la música también se podrían mencionar otros ejemplos como los casos del réquiem de Mozart ([Boletín No. 36](#)) cuando pensaba que había sido envenenado, y el patetismo del aria de su *Flauta Mágica* cuando su salud estaba quebrantada. Es imposible olvidar a Schubert y su *Sinfonía incompleta* compuesta cuando la sífilis lo llevaba al triste fin de su vida. Además, es necesario recordar a Rossini con su *Estudio Asmático* y su *Preludio Convulsivo*.

Pobreza y creación artística

En la introducción de este trabajo se planteó una reflexión sobre el mito de las penurias y la ebullición creativa. Esto es real ya que existen múltiples ejemplos de artistas que han vivido en la opulencia y han sido grandes creadores. Sobre esto es necesario hacer mención de un interesante estudio del profesor Rab Harfield de la Universidad de Siracusa, quien llega a la conclusión de que Miguel Angel Buonaroti ha sido el artista más adinerado de todos los tiempos y calcula su fortuna en varias decenas de millones de dólares actuales, pero sufría una mezquindad que lo obligaba a ocultar su riqueza. En este estudio se plantea que el célebre genio florentino le cobró al Papa Julio II el equivalente a diez millones de dólares por el complejo escultural de su tumba y es imposible definir la cuantía de sus emolumentos por la decoración de la capilla Sixtina.

Existen evidencias de que Leonardo Da Vinci recibió protección de algunos mecenas, entre ellos el rey Francisco I de Francia. Otro rey, Carlos IV le brindó toda la protección económica necesaria a Goya. Por otra parte, Víctor Hugo recibía una pensión del rey Luis XVIII. No es un secreto el apoyo económico brindado por la iglesia a lo largo de la historia a los grandes artistas y no se puede ignorar el papel de príncipes, reyes y el propio Estado en la solvencia económica de los genios que han dedicado su vida al arte.

Si se recuerda que el pintor y grabador que más obras ha creado en la historia de la humanidad, el célebre español Pablo Picasso, era dueño de una incalculable fortuna en efectivo y en propiedades que incluía varios palacios, no parecen existir dudas de que la pobreza no ha constituido una fuente de creación artística como sí han sido las enfermedades, tal como ha quedado evidenciado en este estudio.

Conclusiones

Este trabajo evidenció que la mayoría de las personalidades estudiadas presentaron algún trastorno físico o mental, y se argumentó la estrecha relación entre sus enfermedades y la creación artística. Las afecciones más frecuentes fueron las enfermedades infecciosas y los trastornos mentales. Por la composición de la muestra, la amplia revisión realizada y el enfoque patobiográfico de los artistas seleccionados, esta investigación contribuye a aumentar el acervo cultural de profesores y estudiantes en general, despierta el interés por profundizar en los diferentes temas.

Situación Epidemiológica Internacional es una publicación oficial de la Dirección de Vigilancia del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

Su frecuencia es semanal en formato electrónico.

Director: Dr. Lorenzo Somarriba López.

Asesor: Dr. Germán Carrera Cánova.

Edición: MSc. Sania Cisneros Velázquez.

Compilación: MSc. Sania Cisneros Velázquez.

Mapas: MSc. Roberto Yaniel Romero Carrazana.

Dirección Postal: Calle 23 No. 201 entre M y N, Vedado, Plaza,
La Habana, Cuba. CP: 10 400.

Teléfono: (537) 8396273.



Dirección de Vigilancia en Salud
Cuba-MINSAP