

ISSN 1028-4346

SEI

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA
INTERNACIONAL

SEI No. 45, 2018

13 de noviembre

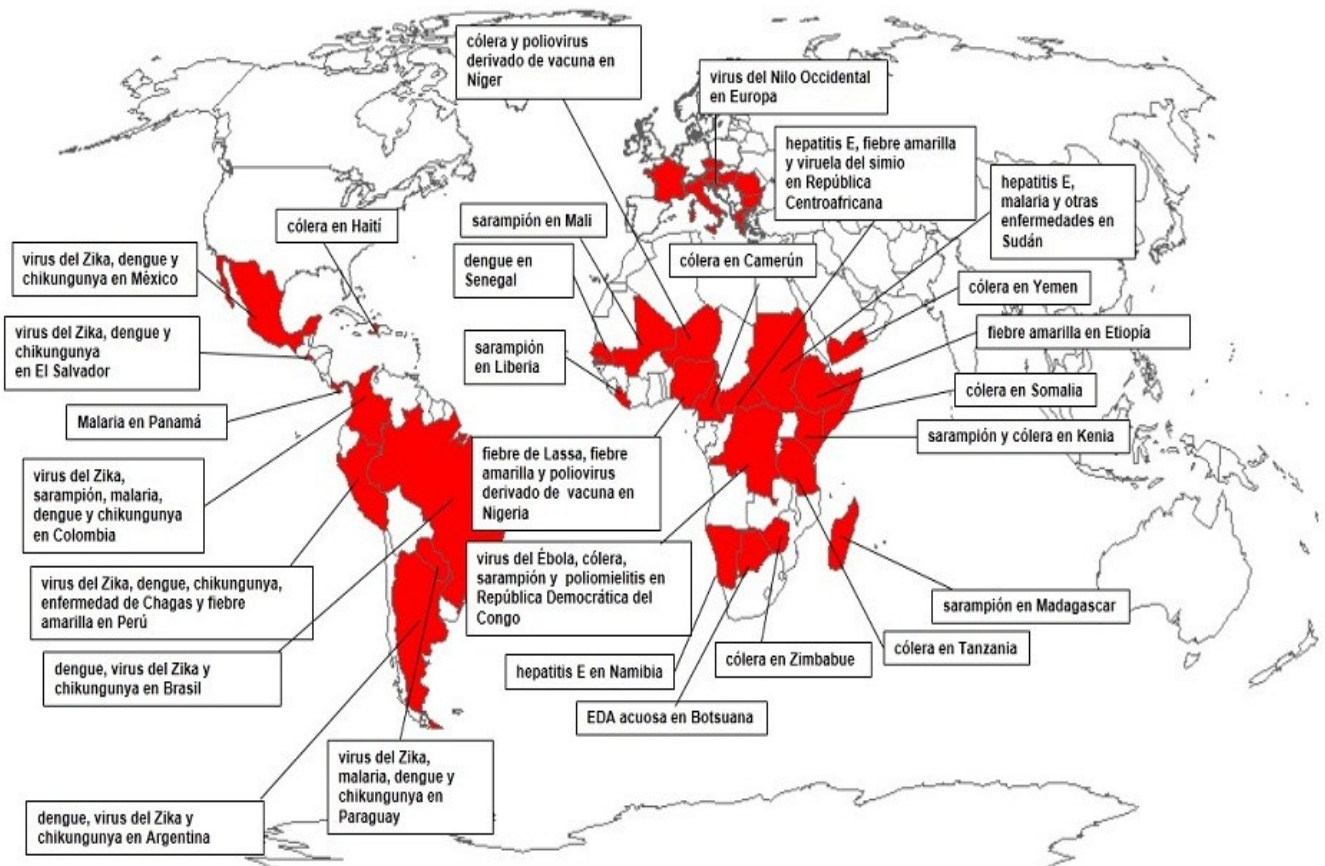


CENTRO DE DIRECCIÓN MINISTERIAL MINSAP

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 445 602 casos de dengue en las Américas hasta el 11 de noviembre de 2018. Sobresale Brasil con 218 337 casos, seguido de México con 62 404, Nicaragua con 46 685, Colombia con 31 932 y Paraguay con 30 679 .
- ⇒ **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
- ⇒ Influenza en Américas
- ⇒ Dengue y virus del Zika 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 Paraguay
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Perú
- ⇒ Dengue en Senegal
- ⇒ Fiebre amarilla en Perú, Etiopía, Nigeria y República Centroafricana
- ⇒ Malaria en Colombia, Panamá, Paraguay y Perú
- ⇒ Virus del Nilo en Europa
- ⇒ Sarampión en Colombia, Kenia, Liberia, Madagascar y Mali
- ⇒ Diarrea Acuosa Aguda en Botsuana
- ⇒ Cólera en Camerún, Haití, Kenia, Níger y República Democrática del Congo
- ⇒ Cólera en Somalia, Tanzania, Yemen y Zimbabue
- ⇒ Peste en Madagascar
- ⇒ Enfermedad de Chagas en Perú
- ⇒ Fiebre de Lassa en Nigeria
- ⇒ Hepatitis E en Namibia, República Centroafricana y Sudán del Sur
- ⇒ Viruela del simio en República Centroafricana
- ⇒ Poliovirus derivado de la vacuna circulante en Nigeria y Níger
- ⇒ Poliomielititis en República Democrática del Congo
- ⇒ Enfermedades en República Democrática del Congo
- ⇒ Enfermedades en Sudán del Sur

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 **445 602 casos de dengue en las Américas** hasta el 11 de noviembre de 2018. Sobresale **Brasil con 218 337 casos**, seguido de México con 62 404, Nicaragua con 46 685, Colombia con 31 932 y Paraguay con 30 679.

Países	Casos	Países	Casos
Brasil	218337	Guyana Francesa	115
México	62404	Trinidad y Tobago	89
Nicaragua	46685	Martinica	73
Colombia	31932	Santa Lucía	69
Paraguay	30679	Aruba	67
Venezuela	11136	Barbados	56
El Salvador	6900	Haití	51
Perú	6336	Dominica	35
Honduras	5953	San Martín	29
Bolivia	5638	Isla Vírgenes (UK)	25
Panamá	5437	Islas Caimán	22
Guatemala	3881	Chile	18
Ecuador	2556	Bahamas	10
Costa Rica	1835	Guadalupe	8
Argentina	1805	Antigua y Barbuda	8
Belice	1344	San Cristóbal y Nieves	6
Rep. Dominicana	960	San Vicente y las Granadinas	2
Granada	393	Puerto Rico	2
Jamaica	296	Anguila	1
Estados Unidos	222	Montserrat	1
Guyana	186		
Total			434 761

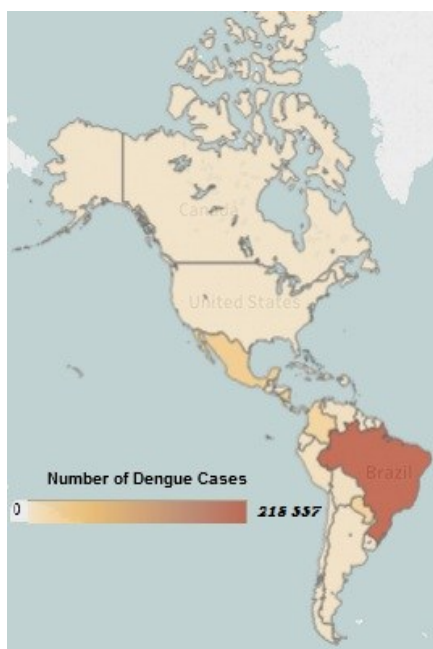


Figura 1. Distribución geográfica del dengue en las Américas el 11 de noviembre de 2018.

Se han reportado **240 fallecidos en 2018** (Brasil 128, México 28, Colombia 20, Paraguay 15, Guatemala y Perú 14 cada uno, Venezuela 11, Panamá y Honduras 3 cada uno, Nicaragua 2, El Salvador y República Dominicana 1 cada uno).

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

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.

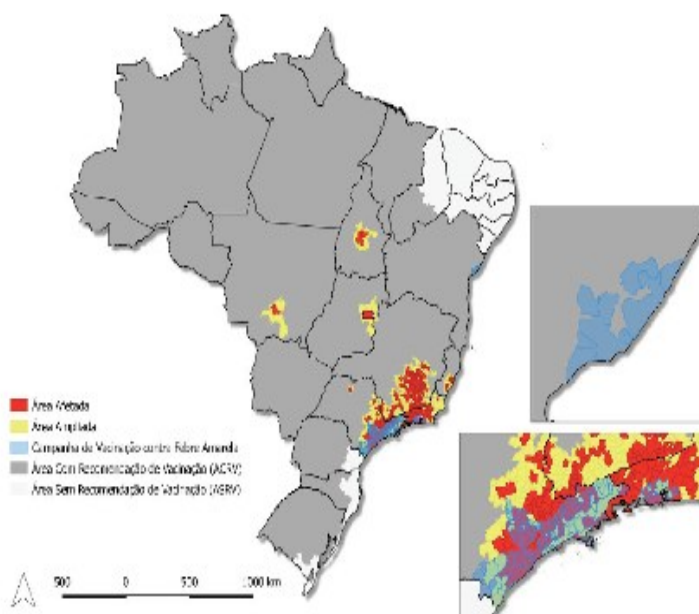
Fuente: [Organización Panamericana de la Salud](#)

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, sigue evolucionando. Desde el informe del 2 de noviembre de 2018, se confirmaron 31 nuevos casos de EVE y 19 nuevas muertes han ocurrido. En 3 nuevas zonas de salud se confirmaron casos de EVE durante la semana de este informe: la zona de salud Mutwanga, cerca de la frontera con Uganda, confirmó un nuevo caso el 7 de noviembre de 2018, mientras que la zona de salud Kyondo, cercana a Butembo, reportó un caso confirmado el 8 de noviembre de 2018 y la zona de salud Musienena (que tenía un caso probable anteriormente) informó un caso confirmado el 9 de noviembre de 2018. La inseguridad persiste, con un ataque a un equipo de entierro seguro y digno por Mai-Mai en el pueblo Mutembo, en la carretera entre Beni y Butembo.

Hasta el 10 de noviembre de 2018, se reportó un total de 329 casos de EVE, incluidos 294 casos confirmados y 35 probables. Hasta la fecha, los casos confirmados han sido informados de 14 zonas de salud: Beni (153), Mabalako (73), Butembo (34), Kalunguta (9), Masereka (4), Vuhovi (3), Oicha (2), Kyondo (2), Komanda (1), Musienene (1) y Mutwanga (1), en la provincia Kivu del Norte; y mandima (9) y Tchomia (2), en la provincia de Ituri. Se registraron un total de 205 muertes, incluyendo 170 entre los casos confirmados, para una tasa de letalidad entre casos confirmados del 57% (170/294). Otros dos trabajadores de salud se vieron afectados el 9 de noviembre de 2018, con lo que el número total de trabajadores de salud afectados es de 30, incluyendo 29 confirmados y tres muertes.

El 10 de noviembre de 2018, veintiocho nuevos pacientes fueron hospitalizados, con lo que el número total de pacientes ingresados subió a 97, incluyendo 37 casos confirmados. Hasta el 9 de noviembre de 2018, el número de pacientes curados y dados de alta en la comunidad es 98.

Beni y Butembo siguen siendo los puntos más afectados de la epidemia, con el 65% y el 20% de los 99 casos confirmados reportados en los últimos 21 días, respectivamente. El rastreo de contactos sigue siendo preocupante debido a la inseguridad y resistencia persistente de la comunidad. El 10 de noviembre de 2018, la proporción de contactos seguidos fue del 94% (4476/4779), con una proporción que varía entre 90% y 100%.

Acciones de salud pública

- El 6 de noviembre de 2018, una delegación integrada por el Ministro de Salud, el Gobernador de la provincia Kivu del Norte, el Subsecretario General de las Naciones Unidas del Departamento de Operaciones de Mantenimiento de la Paz, el Director General Adjunto de la OMS a cargo de la preparación y respuesta y el Director de Emergencias del Comité Regional de la OMS visitaron Beni para evaluar las actividades de respuesta.
- Todas las actividades de vigilancia continúan, incluidas las investigaciones de casos confirmados, la búsqueda activa de casos en instalaciones de salud y en las comunidades cercanas a las zonas de salud afectadas, la identificación y listado de contactos en torno a los últimos casos confirmados. Se intensifica la búsqueda de contactos perdidos durante el seguimiento.
- El 6 de noviembre de 2018, los 67 puntos de entrada eran funcionales y se revisaron 223 404 viajeros, lo que elevó el número total a 13,3 millones.
- El 6 de noviembre de 2018, un total de 333 personas fueron vacunadas, incluyendo 100 en Mutwanga, 30 en Kalunguta y 203 en Beni, con lo que el número total de personas vacunadas subió a 27 058. El stock actual de vacunas en Beni es de 1950 dosis.
- Se brindó apoyo psicológico y asistencia alimentaria a 557 contactos de los últimos casos confirmados en Beni y Butembo; se ofreció apoyo psicosocial a 114 personas (cuidadores y pacientes) en los Centros de Tratamiento del Ébola (CTE), junto con la educación a 23 pacientes dados de alta de CTE en Beni, Mandima y Mabalako.
- Se brindó sesiones de psicoeducación a 979 participantes de la comunidad en Beni, Mandima, Mabalako, Butembo y Masereka; y 27 cuidadores recibieron atención psicológica.
- Continúan las actividades de prevención y control de infecciones (IPC, por sus siglas en inglés) y de agua, saneamiento e higiene (WASH), con dos hogares y dos establecimientos de salud vinculados con casos confirmados en Beni y Butembo descontaminados; ocho kits de protección personal emitidos en Beni; así como reunión informativa de IPC a 175 proveedores de servicios en Beni y Butembo; distribución de 12 kits de higiene en las escuelas, incluidos 9 en Beni; y supervisión formativa de IPC en 18 establecimientos de salud.
- Se realizaron siete enterramientos seguros y dignos en Beni (4), Butembo (2) y Mandima (1).
- Las sesiones de sensibilización y movilización de la comunidad continúan, con 44 sesiones de concientización masiva realizadas; 4232 hogares recibieron servicios de puerta a puerta; 772 líderes de la comunidad participaron en la respuesta y hubo 47 transmisiones por medios locales, inserciones de revistas de la respuesta de EVE.

Situación de interpretación de la OMS

El brote de EVE sigue siendo motivo de gran preocupación, especialmente por la propagación geográfica de la enfermedad a nuevas áreas, así como por el creciente número de casos confirmados y contactos a seguir. El plan para fortalecer la prevención y el control de la infección en Beni y otras áreas de salud debe implementarse, junto con la continua colaboración con los grupos Mai-Mai, en Kalunguta, para facilitar las investigaciones de muertes en la comunidad y en los hospitales, y el seguimiento y vacunación de los contactos. Los actores nacionales e internacionales deben continuar ofreciendo su mayor apoyo a la respuesta continua de EVE. Los ataques de grupos armados en Beni y zonas aledañas continúan siendo un gran desafío de seguridad.

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

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

OTROS EVENTOS DE LA SEMANA

- ⇒ [Situación del ébola en la República Democrática del Congo](#)
- ⇒ [Influenza en Américas](#)
- ⇒ [Dengue y virus del Zika 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 Paraguay](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en Perú](#)
- ⇒ [Dengue en Senegal](#)
- ⇒ [Fiebre amarilla en Perú](#)
- ⇒ [Fiebre amarilla en Etiopía](#)
- ⇒ [Fiebre amarilla en Nigeria](#)
- ⇒ [Fiebre amarilla en República Centroafricana](#)
- ⇒ [Malaria en Colombia](#)
- ⇒ [Malaria en Panamá](#)
- ⇒ [Malaria en Paraguay](#)
- ⇒ [Malaria en Perú](#)
- ⇒ [Virus del Nilo en Europa](#)
- ⇒ [Sarampión en Colombia, Kenia, Liberia, Madagascar y Mali](#)
- ⇒ [Diarrea Acuosa Aguda en Botsuana](#)
- ⇒ [Cólera en Camerún](#)
- ⇒ [Cólera en Haití](#)
- ⇒ [Cólera en Kenia](#)
- ⇒ [Cólera en Níger](#)
- ⇒ [Cólera en República Democrática del Congo](#)
- ⇒ [Cólera en Somalia](#)
- ⇒ [Cólera en Tanzania](#)
- ⇒ [Cólera en Yemen](#)
- ⇒ [Cólera en Zimbabue](#)
- ⇒ [Peste en Madagascar](#)
- ⇒ [Enfermedad de Chagas en Perú](#)
- ⇒ [Fiebre de Lassa en Nigeria](#)
- ⇒ [Hepatitis E en Namibia](#)
- ⇒ [Hepatitis E en República Centroafricana](#)
- ⇒ [Hepatitis E en Sudán del Sur](#)
- ⇒ [Viruela del simio en República Centroafricana](#)
- ⇒ [Poliovirus derivado de la vacuna circulante en Nigeria](#)
- ⇒ [Poliovirus derivado de la vacuna circulante en Níger](#)
- ⇒ [Poliomielitis en República Democrática del Congo](#)
- ⇒ [Enfermedades en República Democrática del Congo](#)
- ⇒ [Enfermedades en Sudán del Sur](#)



Recomendamos leer

Científicos demostraron que los perros son capaces de diagnosticar la malaria: gracias a su desarrollado olfato, se anticipan a los resultados de laboratorio

Partiendo de que los síntomas del paludismo suelen aparecer de 10 a 15 días después de la picadura del mosquito, un grupo de científicos británicos y gambianos realizó un estudio en el que demostraron que los perros son capaces de diagnosticar la malaria. Apoyados en la organización Medical Detection Dogs, los investigadores desarrollaron algunas pruebas. Los resultados se conocieron la pasada semana en Nueva Orleans, durante la convención anual de la Sociedad Americana de Medicina Tropical e Higiene. [Leer más...](#)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

ARTE Y MEDICINA

La vacuna, la mayor conquista de la medicina

Hoy en día resulta difícil comprender el azote que significaban las epidemias. La muerte se extendía en oleadas, como un incendio en una pradera reseca, pero nadie sabía cómo o por qué. Una de las más terribles de esas plagas era la viruela, y por eso la vacuna que Edward Jenner desarrolló contra ella a finales del siglo XVIII supuso un indiscutible punto de inflexión en la historia humana.

En realidad, la lucha de los europeos contra la viruela había empezado décadas antes. En 1716 llegó a Estambul el nuevo embajador británico, lord Montagu. Su esposa, lady Mary Wortley, había sufrido la viruela dos años antes. Ella sobrevivió, desfigurada, pero su hermano murió. En Estambul, lady Montagu aprendió el idioma y descubrió que sus nuevas amigas turcas se infectaban deliberadamente a sí mismas y a sus hijos con pus de enfermos de viruela; al momento sufrían un acceso muy leve de la enfermedad, pero luego quedaban inmunizadas. Esto impresionó mucho a lady Montagu, una mujer de carácter independiente, que había aprendido por su cuenta griego, latín y francés, y que se había casado contra la voluntad expresa de sus padres. Sin dudarle un momento, inoculó a sus propios hijos y declaró: «Soy lo bastante patriota como para tomarme la molestia de llevar esta útil invención a Inglaterra y tratar de imponerla».

En realidad, lady Montagu no era la primera en plantear en Europa esta vía para prevenir la viruela, pero ella le dio gran publicidad y la defendió enérgicamente frente a la dura oposición de médicos y eclesiásticos. Durante el resto del siglo fueron inoculados personajes de alto rango, como los reyes de Dinamarca y de Suecia, los duques de Parma y de Toscana o la zarina Catalina II. Sin embargo, el método turco, denominado variolización, tenía un serio inconveniente: entre un 1% y un 3% de los inoculados enfermaban gravemente y fallecían. Por lo tanto, la variolización nunca llegó a imponerse. Lady Montagu falleció en 1762, ignorando que un chico de entonces trece años, llamado Edward Jenner, iba a dar el paso decisivo contra la viruela.

Un médico filántropo



Edward Jenner nació en 1749 en el condado Gloucester, hijo del vicario del pueblo. Edward sufrió la viruela en su infancia, lo que le dejó secuelas duraderas. Fue aprendiz de un cirujano, estudió y practicó en un hospital, se unió a la asociación médica local, y publicó estudios detallados sobre varias enfermedades y campos muy diversos como los globos aerostáticos o la ornitología. En 1788, se le abrieron las puertas de la Royal Society.

Durante la década de 1790, Jenner buscó sistemáticamente el modo de proteger a la humanidad de la enfermedad que había estado a punto de matarlo en su infancia. Conocía la variolización, pero buscaba algo más eficaz, sin riesgos para el paciente. Científicos anteriores habían planteado que la viruela de las vacas podía ser la

solución, pero sin concretar de qué manera. La mayoría ni siquiera hicieron experimentos. Como médico rural, Jenner investigó muy a fondo la viruela de las vacas y a las personas que las ordeñaban. Observó así que los ganaderos, sobre todo las lecheras, que rozaban con sus manos las pústulas en las ubres de las vacas enfermas, contraían la viruela bovina, que les provocaba ampollas en las manos; sin embargo, cuando llegaban epidemias de viruela humana sus familias se contagiaban, pero ellos no.

El 14 de mayo de 1796, Jenner dio el paso decisivo: extrajo pus de las ampollas de viruela bovina de Sarah Nelme, una campesina, y se lo inoculó a un niño llamado James Phipps, el hijo de su jardinero (Imagen 1). Al cabo de una semana, el niño cayó levemente enfermo durante un par de días, pero luego se recuperó. Seis semanas después, Jenner le infectó deliberadamente con viruela humana, sin que se produjera efecto visible alguno. Luego repitió estos experimentos –que hoy en día le llevarían directamente a la cárcel por imprudencia temeraria– con otras 22 personas, ninguna de las cuales sufrió enfermedades graves ni murió. La eficacia de la vacunación, como empezó a denominarse su método, quedó demostrada.

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

ARTE Y MEDICINA

Estalla la polémica

El descubrimiento de Jenner fue recibido con entusiasmo, pero también halló una dura oposición tanto científica como ideológica. Obispos reaccionarios y filósofos ilustrados como Kant se opusieron a la vacunación. Surgieron imitadores que desconocían los detalles del nuevo método, de tal manera que en vez de curar la enfermedad la provocaban. Jenner esperaba que pasaran siete días desde que aparecían las pústulas de viruela bovina para tomar sus muestras, con lo que la enfermedad resultaba menos virulenta. De esta forma abrió, sin darse cuenta, la puerta al desarrollo de otras vacunas contra enfermedades humanas sin un equivalente animal relativamente benigno, usando microorganismos atenuados o debilitados de algún modo. El propio Jenner no pudo dar ese paso porque durante su vida no se habían descubierto aún los gérmenes patógenos. Por eso algunas de sus conjeturas demostraron ser incorrectas, pero lo que importa es que su método funcionaba

Poco a poco, la nueva práctica se fue imponiendo en toda Europa. En 1803 se creó en Gran Bretaña una Real Sociedad Jenneriana, para ofrecer de manera gratuita la vacunación contra una enfermedad que seguía matando a unos 80 000 británicos cada año. En 1800, la vacunación llegó a España y tres años después el Gobierno organizó una «Expedición filantrópica» dirigida por el doctor Balmis, que durante tres años llevó la vacuna a todo el imperio español de América, las Filipinas, y después a Macao, China e, incluso, a la isla de Santa Helena, colonia británica. El propio Jenner escribió sobre esta expedición: «No puedo imaginar que los anales de la historia nos proporcionen un ejemplo de filantropía tan noble y tan amplio como este». En 1806, Napoleón ordenó la vacunación de todo su ejército.

La herencia de Jenner

Edward Jenner recibió títulos y honores por doquier. El Parlamento le recompensó con 10 000 libras, una suma colosal, y en 1806 le entregaron 20 000 adicionales, pero siempre fue un hombre modesto. Regresó a su pueblo natal ayudó a sus vecinos en sus problemas de salud. Su esposa y uno de sus hijos fallecieron de tuberculosis. El propio Jenner sufrió una apoplejía que le dejó paralizado el 25 de enero de 1823, y falleció al día siguiente, con 73 años.

En 1840, el Gobierno británico prohibió la técnica de variolización y promulgó leyes para que toda la población fuese vacunada gratis. Sin embargo, aún no se comprendía la causa de la enfermedad. Para eso fue preciso esperar al descubrimiento de los gérmenes, gracias a Robert Koch y Louis Pasteur. Únicamente entonces fue posible crear vacunas contra enfermedades como la diarrea crónica intestinal grave (1879), el ántrax (1881), la rabia (1882), el tétanos (1890), la difteria (1890) o la peste (1897). El último caso conocido de viruela tuvo lugar en Somalia en 1977. Todo ello es el legado de un modesto médico rural inglés llamado Edward Jenner.



Para saber más:

Jenner: El vencedor de la viruela. Juan José Fernández y Teijeiro. Nivola, Madrid, 2012.

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