

ISSN 1028-4346

SEI

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA
INTERNACIONAL

SEI 46, 2018

20 de noviembre

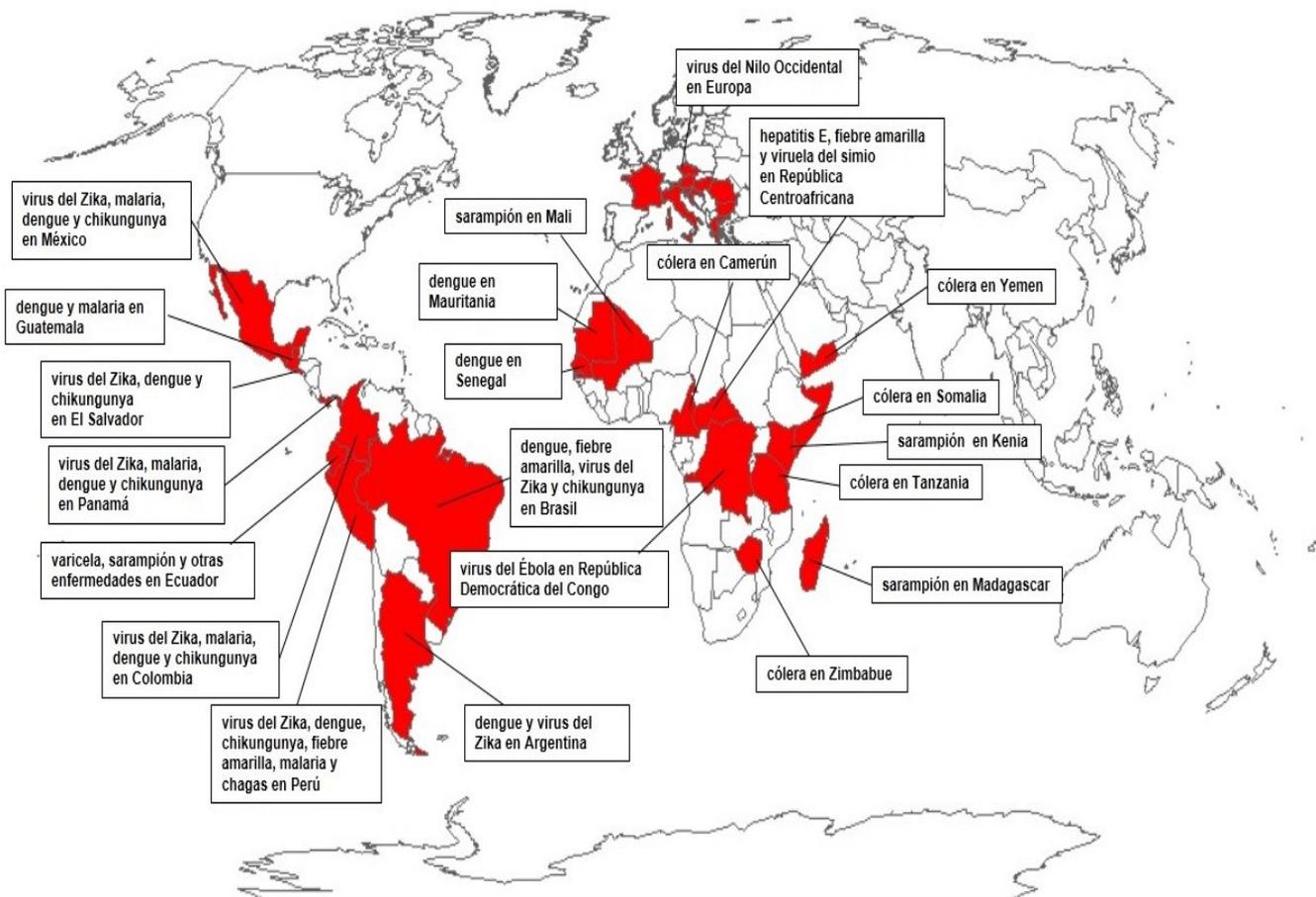


CENTRO DE DIRECCIÓN MINISTERIAL MINSAP

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 dengue, 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
- ⇒ Situación de Influenza
- ⇒ 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 Panamá
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Perú
- ⇒ Dengue en Guatemala, Mauritania y Senegal
- ⇒ Fiebre amarilla en Brasil
- ⇒ Fiebre amarilla en Perú
- ⇒ Fiebre amarilla en República Centroafricana
- ⇒ Malaria en Colombia, Guatemala, México, Panamá y Perú
- ⇒ Enfermedades en Ecuador
- ⇒ Virus del Nilo en Europa
- ⇒ Sarampión en Kenia
- ⇒ Sarampión en Madagascar
- ⇒ Sarampión en Mali
- ⇒ Cólera en Camerún
- ⇒ Cólera en Kenia
- ⇒ Cólera en Somalia
- ⇒ Cólera en Tanzania
- ⇒ Cólera en Yemen
- ⇒ Cólera en Zimbabue
- ⇒ Enfermedad de Chagas en Perú
- ⇒ Hepatitis E en República Centroafricana
- ⇒ Viruela del simio en República Centroafricana

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

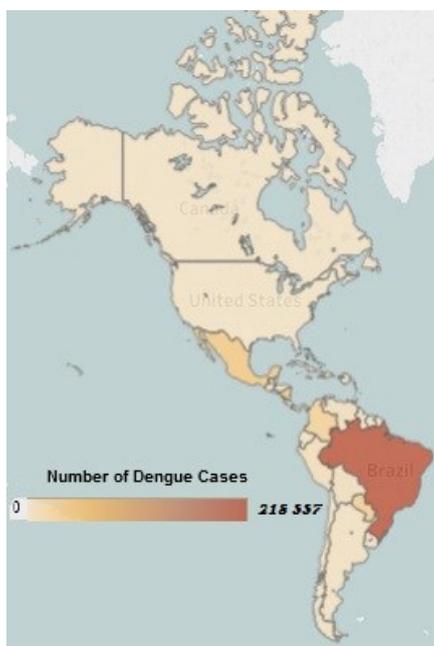


Figura 1. Distribución geográfica del dengue en las Américas el 11 de noviembre de 2018.

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 informa que del 1 de julio al 8 de noviembre de 2018, se notificaron 271 casos humanos sospechosos de fiebre amarilla, de los cuales 150 fueron descartados, 120 permanecen en investigación y uno fue confirmado. También en este período, se notificaron 1079 epizootias en primates no humanos. El nuevo período de monitoreo es del 1 de julio de 2018 al 30 de junio de 2019. Los datos evidencian el mantenimiento de la circulación viral en el período de baja ocurrencia (junio a septiembre), cuando las bajas temperaturas y pluviosidad generalmente implican en condiciones menos favorables a la transmisión.

Se confirma el primer fallecido por fiebre amarilla en el segundo semestre de este año. El caso se registró en São Paulo, con un lugar probable de infección en el municipio de Caraguatatuba, donde casos en monos (epizootias) habían sido detectados meses antes de la ocurrencia del caso. En este nuevo período de monitoreo también se registraron epizootias en monos en los estados de São Paulo, Río de Janeiro, Minas Gerais y Mato Grosso, donde acciones de vigilancia están en curso.

En el período de monitoreo anterior (del 1 de julio de 2017 a 30 de junio de 2018), se confirmaron 1376 casos de fiebre amarilla en el país y 483 muertes. En total, se notificaron 7518 casos sospechosos, mientras que 5364 fueron descartados y 778 continúan en investigación. Desde el inicio del año (del 1 de enero al 8 de noviembre), se han confirmado 1311 casos de fiebre amarilla en el país y 450 muertes. En el mismo período del año pasado, se notificaron 795 casos y 262 muertes.

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 siendo vigilado de cerca. Desde el último informe el 9 de noviembre de 2018, se confirmaron 37 nuevos casos de EVE y se han producido nueve nuevas muertes.

Hasta el 17 de noviembre de 2018, se registró un total de 366 casos de EVE, incluidos 319 casos confirmados y 47 probables. Hasta la fecha, los casos confirmados fueron informados desde 14 zonas de salud: Beni (163), Mabalako (67), Kalunguta (25), Katwa (20), Butembo (10), Masereka (6), Kyondo (2), Musienene (2), Oicha (2), Vuhovi (2) y Mutwanga (1) en la provincia Kivu del Norte; y Mandima (16), Tchomia (2) y Komanda (1) en la provincia Ituri. Un total de 214 muertes fueron registradas, incluyendo 167 entre los casos confirmados, lo que resulta en una tasa de letalidad entre los casos confirmados del 52% (167/319). Un total de 39 trabajadores de la salud han sido infectados hasta la fecha, incluyendo 11 muertes.

El 17 de noviembre de 2018, fueron hospitalizados 49 nuevos pacientes sospechosos, elevando el número total de pacientes ingresados a 124, incluyendo 35 casos confirmados.

Hasta el 17 de noviembre de 2018, el número de pacientes curados y dados de alta en la comunidad fue de 107. La ocupación de camas en el Centro de Tratamiento de Ébola (CTE) de Beni es 100%.

Beni, Kalunguta y Katwa siguen siendo los más afectados del brote, con 46% (n = 45), 31% (n = 30) y 11% (n = 11), respectivamente, de los 97 confirmados y casos probables reportados en los últimos 21 días (del 28 de octubre al 17 de noviembre de 2018).

El rastreo de contactos sigue siendo preocupante debido a la inseguridad y a la resistencia persistente de la comunidad. De los 4430 contactos enumerados para seguimiento, 4182 (94%) fueron vistos el 17 de noviembre de 2018. La proporción de contactos vistos en las 24 horas anteriores varía de 80% a 100%.

Acciones de salud pública

- Todas las actividades de vigilancia continúan, incluidas las investigaciones de casos, la búsqueda activa de casos en establecimientos de salud y en las comunidades, y la identificación y listado de contactos en torno a los últimos casos confirmados. Se ha intensificado la búsqueda de contactos perdidos durante el seguimiento. La reclasificación de casos confirmados y probables por zonas de salud y la validación de muertes sospechosas en la comunidad también están en curso.
- El 13 de noviembre de 2018, un total de 60 de los 67 puntos de entrada (PoE) reportaron funcionamiento; se revisaron 209 071 viajeros, con lo que el número total de viajeros se eleva a 14,5 millones. Se informó de un caso sospechoso de alerta desde el PoE de Beni. Adicionalmente, se descontaminaron 15 vehículos, para un total de 17 684 hasta la fecha.
- El 13 de noviembre de 2018, un total de 515 personas fueron vacunadas en 15 anillos, lo que elevó las cifras acumuladas a 30 072. El stock actual de vacunas en Beni es de 6220 dosis después de recibir 2180 dosis adicionales. La vacunación dirigida continúa en Kanyihunga, zona de salud de Kalunguta. Se han abierto nuevos anillos de vacunación en las zonas de salud de Kyondo y Musienene y existe una vacunación en curso en las zonas de salud de Beni, Katwa, Kalunguta y Mutwanga.
- Se realizó la reintegración comunitaria de 27 pacientes dados de alta de CTE, con 18 sesiones de psicoeducación en Beni (12), Butembo (5), Masereka (1) y Tchomia (1), con 686 participantes.
- Las actividades de prevención y control de infecciones (IPC) y de saneamiento e higiene de agua (WASH) continúan, con la descontaminación de nueve hogares y cinco instalaciones de salud en Beni y Butembo y la capacitación en IPC en 14 establecimientos de salud en Beni y Mabalako.
- De las 537 solicitudes de enterramientos seguros y dignos desde el inicio del brote, 459 (85%) se han completado con éxito.
- Las sesiones de sensibilización y movilización de la comunidad continúan, con reuniones de trabajo con líderes de vecindarios en Beni y participación de líderes religiosos en Butembo, para fortalecer la participación de la comunidad en la vigilancia; folletos y carteles fueron distribuidos por relevos comunitarios en Tchomia, Nyamavi y Kasenyi.

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

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

OTROS EVENTOS DE LA SEMANA

- ⇒ [Situación del ébola en la República Democrática del Congo](#)
- ⇒ [Situación de Influenza](#)
- ⇒ [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 Panamá](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en Perú](#)
- ⇒ [Dengue en Guatemala](#)
- ⇒ [Dengue en Mauritania](#)
- ⇒ [Dengue en Senegal](#)
- ⇒ [Fiebre amarilla en Brasil](#)
- ⇒ [Fiebre amarilla en Perú](#)
- ⇒ [Fiebre amarilla en República Centroafricana](#)
- ⇒ [Malaria en Colombia](#)
- ⇒ [Malaria en Guatemala](#)
- ⇒ [Malaria en México](#)
- ⇒ [Malaria en Panamá](#)
- ⇒ [Malaria en Perú](#)
- ⇒ [Enfermedades en Ecuador](#)
- ⇒ [Virus del Nilo en Europa](#)
- ⇒ [Sarampión en Kenia](#)
- ⇒ [Sarampión en Madagascar](#)
- ⇒ [Sarampión en Mali](#)
- ⇒ [Cólera en Camerún](#)
- ⇒ [Cólera en Kenia](#)
- ⇒ [Cólera en Somalia](#)
- ⇒ [Cólera en Tanzania](#)
- ⇒ [Cólera en Yemen](#)
- ⇒ [Cólera en Zimbabue](#)
- ⇒ [Enfermedad de Chagas en Perú](#)
- ⇒ [Hepatitis E en República Centroafricana](#)
- ⇒ [Viruela del simio en República Centroafricana](#)

Recomendamos leer

Diseñan pequeñas moléculas que inhiben las enzimas en procesos infecciosos



Un estudio multidisciplinar del Grupo de Investigación en Bioquímica Computacional de la Universitat Jaume I (UJI), en colaboración con grupos de universidades de Canadá y Reino Unido, ha diseñado pequeñas moléculas que son capaces de enlazarse e inhibir la actividad de las enzimas en procesos infecciosos. El estudio, publicado en la revista [Nature Communications](#), demuestra cómo nuevas moléculas, similares a los carbohidratos, pero de pequeñas dimensiones, se enlazan a las enzimas responsables de la degradación de estos, las glucosidasas, y expone la capacidad de estas nuevas moléculas para inhibir la actividad de este tipo concreto de enzimas glicosidasas . [Leer más...](#)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

ARTE Y MEDICINA

Cuando el arte se hizo ciencia

En la sala **C ARTE C** de la universidad complutense se exhiben modelos anatómicos de cera del siglo XVIII, utilizados por médicos y artistas a través de los siglos y que forman parte de los fondos científicos didácticos de la universidad. La muestra se titula *Arte y carne*.

En un punto de la historia de España, **la medicina y el arte se dieron la mano**. Fue bajo el reinado de Carlos III, un rey ilustrado que quiso impulsar la educación en su país, consciente de que sería un motor de regeneración y riqueza. Una de las instituciones que potenció fue el Real Colegio de Cirugía de San Carlos, situado en el edificio que hoy ocupa el Museo Reina Sofía. El Colegio de Cirugía nació con la intención de ser una entidad independiente, pero terminó convirtiéndose en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense.

En esta época, la cirugía se consideraba una práctica mal vista, un trabajo para personas de clase media-baja, la alta burguesía no estaba interesada en la práctica médica hasta que Carlos III apoyó la creación de este Real Colegio. A partir de este momento, y paradójicamente, la medicina se convirtió en una de las principales ocupaciones de las clases altas.

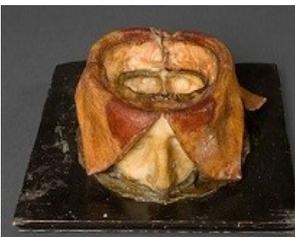
Para la enseñanza de los jóvenes cirujanos se recopilaron numerosos manuales de anatomía y cirugía, y algunos médicos comenzaron a investigar y a escribir sobre sus descubrimientos, como es el caso de Diego de Argumosa, Catedrático en el Colegio de Cirugía de San Carlos y un cirujano excepcional que revolucionó el panorama quirúrgico con novedades como cambiar la posición de los pacientes que iban a ser operados, de sentados a tumbados.



Una de las técnicas más didácticas, y que hoy en día se sigue utilizando, era la disección de cadáveres. Sin embargo, debido a la falta de medios para conservar los cuerpos no podían evitar su descomposición, así que prácticamente a la vez que se fundaba el Colegio de Cirugía, Carlos III encargó la creación de unos modelos anatómicos en cera que reprodujeran disecciones, cortes y situaciones clínicas con carácter científico-didáctico. Los encargados de realizar estas ceras fueron dos escultores de la corte, que ya tenían experiencia en este tipo de ceras y que provenían de la escuela italiana, coordinados y asesorados por un Catedrático en Anatomía del Colegio de Cirugía.

Cien años después de su creación, estas ceras ya se consideraron obras de arte únicas, por lo que se puso en marcha el Museo Anatómico del Colegio, donde se restauraron las ceras y la colección se amplió con otro tipo de piezas. Después, el Museo fue pasando por diferentes etapas hasta caer en un peligroso olvido en los últimos años del siglo XX. El profesor Javier Puerta, Catedrático de Anatomía y Embriología Humana, dirigió el Museo de Anatomía de la Universidad Complutense, que alberga estos valiosos fondos, y gracias a su trabajo volvió a ponerse de manifiesto la importancia de sus piezas, restaurándose las ceras anatómicas con un espectacular resultado que podemos ver en *Arte y carne*.

La exposición se articula en ocho salas que narran el origen, utilidades y desarrollo de los estudios anatómicos, no solo en la medicina, sino también en las Bellas Artes. A través de los diferentes espacios se pueden ver modelos de cera junto con dibujos y manuales ilustrados minuciosamente, material quirúrgico de la época o la recreación de una sala de disección. Se le dedica un intenso capítulo a los estudios cerebrales,



donde se muestra una serie de ceras que muestran diversas perspectivas del cerebro y del cráneo, junto a publicaciones de investigaciones que han ayudado al conocimiento de nuestro sistema nervioso.

Pero si hay un tema en el cual se avanzó especialmente, gracias a la fundación del Colegio de Cirugía, fue en la obstetricia. Una ciencia muy poco investigada hasta ese momento y que contenía multitud de lagunas, incluso para los profesionales. Por esto se insistió especialmente en la investigación sobre el embarazo, parto y recién nacidos: las complicaciones posibles, las posiciones del bebé y las reacciones del cuerpo de la madre a estos movimientos.

Uno de los modelos anatómicos más impresionantes está precisamente relacionado con este tema. Conocido como *La parturienta*, el modelo muestra a una mujer, casi a tamaño natural, justo en el momento del parto. Esta cera estaba bastante deteriorada y ha sufrido un arduo proceso de restauración.



BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

ARTE Y MEDICINA



Como si fuera el ciclo de la vida, en la siguiente sala se muestran modelos en los que se pueden apreciar la musculatura responsable del acto de andar, de hablar y escuchar.

La muestra cierra con una sala en la que arte y ciencia dialogan, ya que los modelos anatómicos eran usados por los cirujanos para conocer el cuerpo humano, pero estos mismos médicos también acudían a las escuelas de Bellas Artes para impartir anatomía, una rama de la práctica artística muy valorada y exigente. De tal forma que los modelos de cera no solo fueron útiles para su estudio médico, sino también para la formación de artistas y para que estos mismos artistas ilustraran manuales de cirugía, cerrando un círculo perfecto.

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