

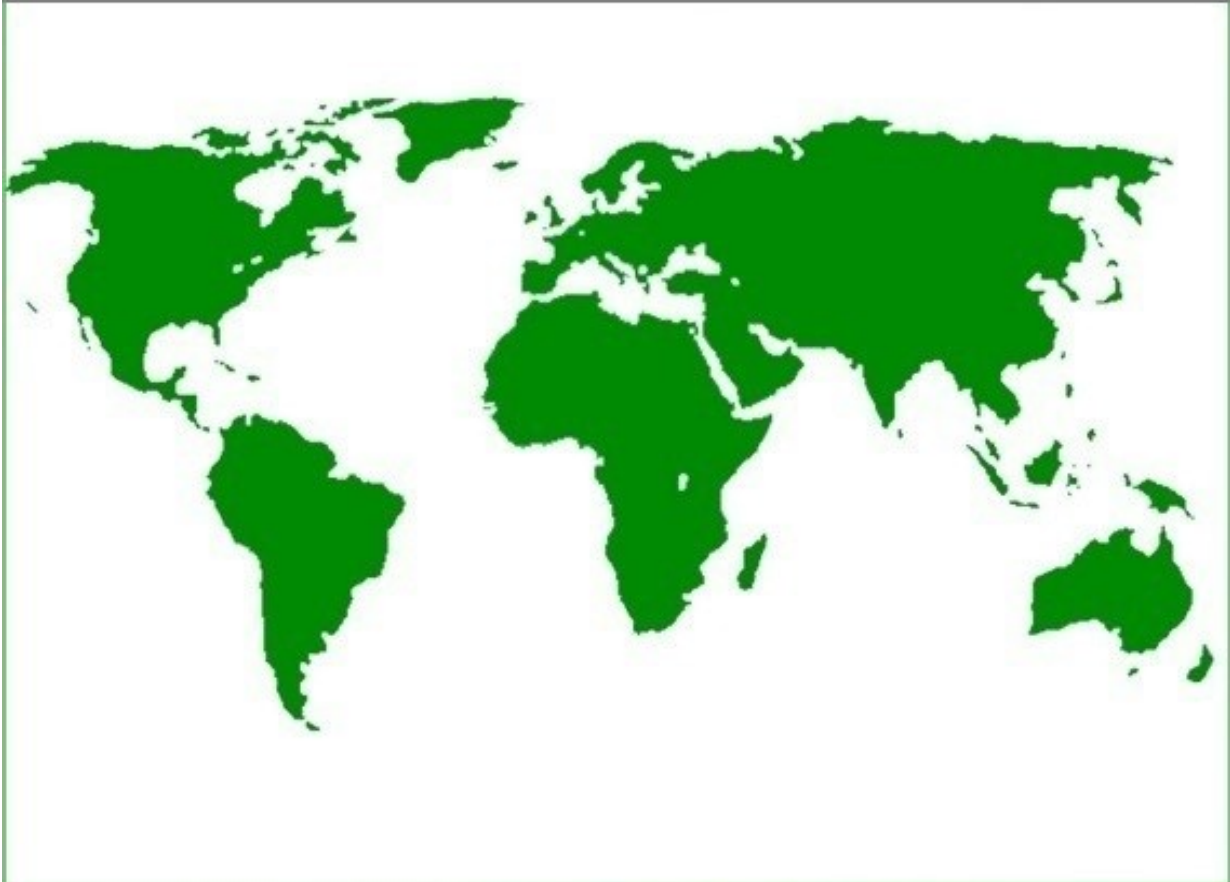
ISSN 1028-4346

SEI

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA
INTERNACIONAL

SEI No. 51, 2018

25 de diciembre



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

En este número:

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

- ⇒ **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 486 045 casos de dengue en las Américas hasta el 24 de noviembre de 2018. Sobresale Brasil con 228 042 casos, seguido de México con 72 197, Nicaragua con 49 907, Colombia con 37 257 y Paraguay con 31 278.
- ⇒ **Fiebre amarilla:** Entre enero de 2017 y noviembre de 2018, seis países y territorios de la región de las Américas notificaron casos confirmados de fiebre amarilla: Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guayana Francesa y Perú.

El mundo

Situación del ébola en la República Democrática del Congo

Situación de la influenza

Actualización de difteria en las Américas

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

Fiebre amarilla en Brasil y Guinea

Fiebre amarilla en Nigeria

Fiebre amarilla en Sudán del Sur

Malaria en Colombia, México y Paraguay

Sarampión en Colombia, Madagascar y Mauricio

Cólera en Zimbabue

Fiebre de Lassa en Benin

Poliomielitis en República Democrática del Congo

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		
3720			

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](#)

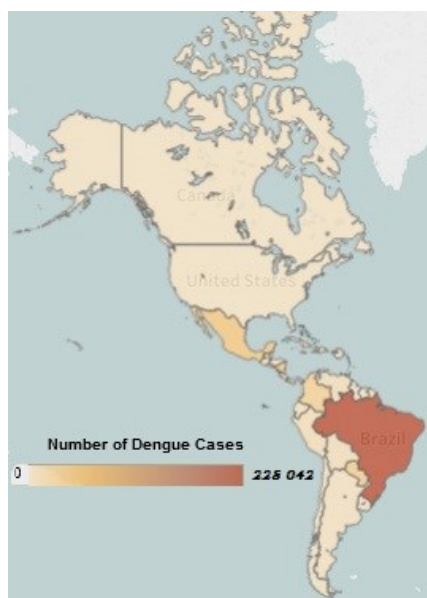
BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

◆ Resumen semanal de dengue

La Organización Panamericana de la Salud reporta **483 563 (+37 961) casos de dengue en las Américas** hasta el 14 de noviembre de 2018. Sobresale **Brasil con 228 042 casos**, seguido de México con 72 197, Nicaragua con 49 907, Colombia con 37 257 y Paraguay con 31 278.

Países	Casos	Países	Casos
Brasil	228042	Guyana Francesa	115
México	72197	Trinidad y Tobago	89
Nicaragua	49907	Santa Lucía	79
Colombia	37257	Martinica	73
Paraguay	31278	Aruba	67
Venezuela	16996	Barbados	56
El Salvador	7840	Haití	51
Honduras	7345	Dominica	35
Perú	6602	San Martín	29
Panamá	6186	Isla Vírgenes (UK)	25
Guatemala	6051	Islas Caimán	22
Bolivia	5238	Chile	18
Ecuador	2556	Bahamas	10
Costa Rica	2036	Guadalupe	8
Belize	1881	Antigua y Barbuda	8
Argentina	1805	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	296	Montserrat	1
Guyana	186		
Total			486045

Figura 1. Distribución geográfica del dengue en las Américas el 24 de diciembre de 2018.



Se han reportado **271 (+4) fallecidos** en 2018 (Brasil 136, México 40, Colombia 21, Venezuela 16, Paraguay y Perú 15 cada uno, Guatemala 18, 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, 7 de diciembre de 2018

Entre enero de 2017 y noviembre de 2018, seis países y territorios de la región de las Américas notificaron casos confirmados de fiebre amarilla: Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guayana Francesa y Perú. 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 última Actualización Epidemiológica de Fiebre Amarilla [publicada](#) por la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) el 20 de marzo de 2018, **Bolivia, Brasil, Colombia, Guayana Francesa y Perú** han notificado casos nuevos de fiebre amarilla.

A continuación, se presenta un resumen de la situación en estos países y territorios:

En **Bolivia**, entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 47 de 2018, se notificaron 34 casos sospechosos de fiebre amarilla en los departamentos Beni, Cochabamba, La Paz y Santa Cruz. De estos, un caso fue confirmado por laboratorio, sin antecedente de vacunación contra fiebre amarilla y corresponde a una persona de sexo masculino de 15 años de edad, residente del municipio de San Ramón, en el departamento de Beni, área considerada de riesgo para fiebre amarilla. El caso tiene antecedente de viaje a la ciudad de Costa Marques, Brasil, antes del inicio de los síntomas en la SE 12 de 2018. Fue dado de alta del hospital y confirmado por laboratorio mediante ELISA IgM y la prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa (RT-PCR, por sus siglas en inglés). Durante 2017 se reportaron 5 casos confirmados.

En **Colombia**, entre la SE 1 y la SE 36 de 2018, se notificó un caso de fiebre amarilla confirmado por laboratorio. El caso corresponde a una persona de sexo masculino de 21 años de edad, perteneciente a la comunidad indígena de Desano, procedente del municipio de Mitú, departamento de Vaupés. El caso inició síntomas en la SE 35 y falleció en la SE 36; fue confirmado para fiebre amarilla con las técnicas ELISA IgM e Inmunohistoquímica en muestras de hígado. El último caso de fiebre amarilla reportado en este departamento fue en 2016 en el municipio de Carurú. La cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla para niños menores de 18 meses de edad es de 81,2% en el departamento de Vaupés y de 89,9% en el municipio de Mitú.

En la **Guayana Francesa**, en la SE 32 de 2018, se notificó un caso confirmado de fiebre amarilla que inició síntomas en la SE 31. El caso corresponde a un hombre de 47 años de edad, con antecedente de estadía en el bosque en Roura, Guayana Francesa. Fue hospitalizado en la ciudad de Cayenne, Guayana Francesa y en la SE 32 presentó hepatitis fulminante, siendo referido a la ciudad de París, Francia, para un trasplante de hígado. El caso fue confirmado para fiebre amarilla con la técnica de PCR.

En **Perú**, entre la SE 1 y la SE 45 de 2018, se notificaron 15 casos de fiebre amarilla, de los cuales 9 fueron confirmados por laboratorio y los 6 restantes están bajo investigación. Esta cifra es superior a la reportada en el mismo periodo de 2017, cuando se notificaron 6 casos de fiebre amarilla.

En 2018, los casos confirmados proceden de los departamentos de la selva del país: Loreto, San Martín, Ucayali y Madre de Dios.

En Brasil: (en la página siguiente)

Recomendaciones para las autoridades de salud

La continua ocurrencia de epizootias en Brasil en los meses donde las condiciones climáticas son menos favorables para la circulación del virus (junio a noviembre) es causa de preocupación e indica que el riesgo de transmisión a humanos no vacunados persiste; por lo que la OPS/OMS insta a los Estados Miembros con áreas de riesgo para fiebre amarilla a que continúen con los esfuerzos para inmunizar a la población a riesgo y para que realicen las acciones necesarias para mantener informados y vacunados a los viajeros que se dirigen a zonas donde se recomienda la vacunación contra la fiebre amarilla.

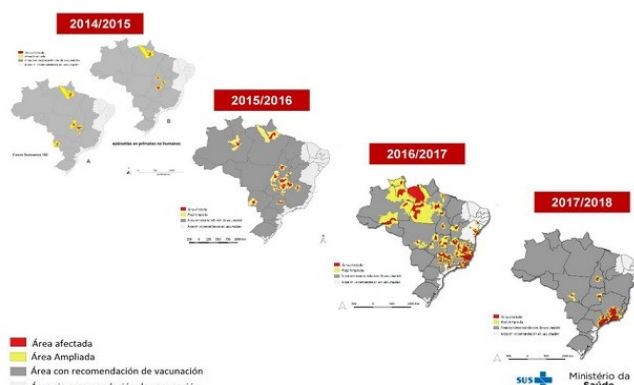
El 16 de enero de 2018 se publicaron nuevas recomendaciones para los viajeros internacionales sobre la vacunación contra fiebre amarilla, la cual se encuentra disponible en: <https://bit.ly/2B8LT1T>

Leer [orientaciones actualizadas relacionadas al diagnóstico por laboratorio y vacunación](#)

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

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL◆ **Alerta Epidemiológica de fiebre amarilla en Brasil, 10 de diciembre de 2018****Antecedentes**

En las últimas décadas, la fiebre amarilla (FA) ha sido registrada más allá de los límites del área considerada endémica (región amazónica). Al mismo tiempo, la observación de un patrón estacional de ocurrencia de casos humanos, a partir del análisis de la serie histórica, dio soporte a la adopción de la vigilancia basada en la estacionalidad. Así, el período de monitoreo de la FA comienza en julio y concluye en junio del año siguiente. Casos humanos y epizootias en primates no humanos (PNH) fueron recientemente registrados en una amplia área del territorio nacional. Inicialmente, entre 2014/2015, la transmisión se dio en la región Norte, con posterior expansión en el sentido este y sur del país, donde afectó prioritariamente a la región Centro Oeste entre 2015/2016.



Más recientemente, entre 2017/2018, se registró el brote más expresivo en Brasil, que afectó principalmente a los estados de la región Sudeste, cuando se registraron 1376 casos humanos y 483 muertes, además de 864 epizootias por FA en Brasil.

Vigilancia de epizootias en Primates no Humanos - PNH (monos)

En el período de monitoreo 2018/2019 (julio/2018 a junio/2019), entre las semanas epidemiológicas (SE) 27 y 49, se notificaron al Ministerio de Salud 1509 epizootias en PNH, de las cuales 371 fueron descartadas, 714 fueron indeterminadas (s/colecta de muestras), 405 permanecen en investigación y 19 fueron confirmadas por FA (por laboratorio). Se han registrado epizootias de PNH confirmadas en São Paulo (9); en Río de Janeiro (8), Minas Gerais (1) y Mato Grosso (1) con el mayor número de enfermedades de los animales confirmados en el Sudeste (94,7%; 18/19).

La curva epidémica evidencia 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.

Vigilancia de casos humanos

En el período de monitoreo 2018/2019 (julio/2018 a junio/2019), entre las semanas epidemiológicas (SE) 27 y 49, se notificaron 382 casos humanos sospechosos de FA, de los cuales 232 fueron descartados, 149 permanecen en investigación y 1 fue confirmado.

El primer caso de fiebre amarilla en el período 2018/2019 fue registrado en octubre/2018, con un fallecido confirmado en el estado São Paulo, con un lugar probable de infección en el municipio Caraguatatuba, donde epizootias en PNH habían sido detectadas meses antes de la ocurrencia del caso.

Lugares de transmisión (zonas afectadas)

Las epizootias confirmadas en PNH registradas en el período de monitoreo 2018/2019 ocurrieron en los estados São Paulo, Río de Janeiro, Minas Gerais y Mato Grosso, donde las acciones de vigilancia están en curso. Hasta la fecha, un solo caso humano ha sido confirmado, ocurrió en el estado São Paulo, en un área donde fueron documentadas epizootias en PNH por FA previamente.

Vacunación contra la fiebre amarilla

Desde diciembre de 2017 se registró el mayor brote de fiebre amarilla (FA) observado en las últimas décadas. En virtud de este brote, se observó la expansión del área de circulación del virus en municipios que no se consideraban áreas de riesgo, principalmente en las cercas de las grandes capitales metropolitanas de las regiones Sudeste y Sur de Brasil.

A partir de la evidencia de la circulación viral en nuevos municipios, estos municipios pasaron a ser las áreas con recomendación de vacunación (ACRV), a 3529 municipios fueron añadidos 940 municipios más, totalizando 4469 municipios.

La mayor parte de esta ampliación está ubicada en la región Sur y Sudeste del país, donde desde 2017, el Ministerio de Salud, en conjunto con las Secretarías Estaduales y Municipales de Salud, desencadenaron acciones de vacunación en esas regiones con el objetivo de alcanzar la cobertura vacunal (CV) de al menos el 95%.

Después del análisis de las CV, incluso con los esfuerzos conjuntos para la vacunación de la población objetivo, la proporción de municipios con cubiertas vacunales bajas prevalece, aunque todavía existe importante desfase en la alimentación del Sistema de Información del Programa Nacional de Inmunizaciones (SIPNI), lo que demuestra la baja adhesión de la población a la vacunación, y mantiene a la población expuesta al virus, cuya mortalidad es de aproximadamente el 40%.

Ante este escenario, considerando que la vacunación contra FA, reconocidamente la medida más eficaz de prevención y control de la enfermedad en estos municipios pues reduce la morbimortalidad de la enfermedad en la población, es fundamental que los municipios de riesgo hagan esfuerzos para alcanzar la meta de CV de, por lo menos, el 95%, para garantizar la protección de la población contra la enfermedad, considerando la proximidad del período estacional.

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

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL◆ **Alerta Epidemiológica de sarampión en las Américas, 30 de noviembre de 2018**

Desde el inicio del año y hasta el 30 de noviembre de 2018 se han notificado 16 766 casos confirmados de sarampión, incluidas 86 defunciones, en 12 países de la Región de las Américas: Antigua y Barbuda, Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Ecuador, Estados Unidos de América, Guatemala, México, Perú y la República Bolivariana de Venezuela. Chile se ha sumado al listado de países que notificaron casos confirmados de sarampión durante 2018.

Desde la [Actualización Epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 24 de octubre de 2018](#) se notificaron 7948 casos confirmados adicionales de sarampión y una defunción adicional, en 6 países de la Región (Brasil 7706 casos y 1 defunción, Canadá 2 casos, Chile 2 casos, Colombia 42 casos, Estados Unidos 78 casos y Venezuela 118 casos).

Se presenta a continuación la situación en los países con brotes en curso:

En **Argentina**, desde la Actualización Epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 24 de octubre de 2018 no se han confirmado nuevos casos de sarampión y se mantiene en 14 el total de casos confirmados entre la SE 11 y la SE 38 de 2018.

En **Brasil**, el brote se inició en la SE 6 de 2018 en el estado de Roraima y tres semanas después se extendió a Amazonas. Posteriormente se notificaron casos en 8 Unidades Federales, Distrito Federal, Pará, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Rondônia, São Paulo y Sergipe. Entre la SE 6 y la SE 46 de 2018, se registraron 9898 casos confirmados incluidas 13 defunciones, en las Unidades Federales de Amazonas (9447 casos, 6 defunciones), Distrito Federal (1 caso), Pará (26 casos, 3 defunciones), Pernambuco (4 casos), Rio Grande do Sul (45 casos), Rio de Janeiro (19 casos), Rondônia (2 casos), Roraima (347 casos, 4 defunciones), São Paulo (3 casos), Sergipe (4 casos).

En **Chile**, entre la SE 45 y SE 48 de 2018, el Instituto de Salud Pública de Chile (ISP) confirmó dos casos de sarampión importados. El último brote asociado a importación en Chile fue en 2015, con 9 casos confirmados y dos meses de duración.

En **Colombia**, entre la SE 11 y la SE 47 de 2018 se notificaron 171 casos confirmados de sarampión, de ellos 50 son importados, 101 relacionados con la importación y 20 casos de fuente de infección en investigación. No se registraron fallecidos.

En **Ecuador**, desde la Actualización Epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 24 de octubre de 2018 no se han confirmado nuevos casos de sarampión y se mantiene en 19 el total de casos confirmados entre la SE 13 y la SE 33 de 2018.

En **Estados Unidos**, entre el 1 de enero y el 3 de noviembre se confirmaron 220 casos de sarampión en 26 estados y el Distrito de Columbia.

En **Perú**, desde la Actualización Epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 24 de octubre de 2018 no se han confirmado nuevos casos de sarampión y se mantiene en 38 el total de casos confirmados entre la SE 8 y la SE 41 de 2018.

En **Venezuela**, desde la confirmación del primer caso de sarampión en la SE 26 de 2017 y hasta la SE 46 de 2018, se notificaron 8943 casos sospechosos de los cuales 6370 fueron confirmados (727 en 2017 y 5643 en 2018). Las autoridades de salud de Venezuela han implementado una serie de estrategias de vacunación orientadas a interrumpir la circulación del virus, entre ellas, la vacunación indiscriminada de niños de 6 meses a 15 años con vacuna sarampión-rubéola (SR) y a los contactos de los casos sospechosos y confirmados en forma selectiva hasta los 39 años.

Sarampión en comunidades indígenas

En **Brasil**, se notificaron 183 casos sospechosos en indígenas de los cuales 145 fueron confirmados en el Estado de Roraima.

En **Venezuela**, entre la SE 1 y la SE 46 de 2018, se confirmaron 535 casos de sarampión en poblaciones indígenas.

[Orientaciones para las autoridades nacionales](#)

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

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

◆ Brote de la enfermedad por virus del Ébola en República Democrática del Congo

La respuesta al brote de la enfermedad del virus del ébola (EVE) en la República Democrática del Congo sigue siendo un desafío complejo. Los focos de renuencia de la comunidad y la configuración del conflicto continúan obstruyendo las actividades en algunas áreas afectadas. También se pueden anticipar desafíos adicionales durante el período de elecciones en curso, lo que puede llevar a una mayor tensión política, un deterioro de la situación general de seguridad y violentos disturbios civiles; Presentar una amenaza indirecta a las operaciones de respuesta al ébola.

A pesar de estas dificultades, se han logrado avances significativos en las áreas afectadas por el brote, especialmente en Beni, donde ha habido una disminución general en la incidencia de casos en las últimas semanas. El control del brote allí, y anteriormente en la ciudad de Mangina, demuestra cómo se puede controlar el brote cuando las actividades de respuesta se pueden escalar e implementar con la participación de las comunidades locales. Si bien el Ministerio de Salud (MoH), la OMS y sus socios trabajan para lograr un progreso similar en Katwa, Butembo y otros grupos emergentes, debemos reconocer los desafíos únicos que surgen en cada área geográfica. La introducción, aceptación y el impacto resultante de las intervenciones en la epidemiología del brote llevará tiempo. Los equipos de respuesta continúan adaptando y ampliando la aplicación de medidas de salud pública basadas en evidencia y herramientas innovadoras.

Actualmente, el brote sigue activo en un área geográficamente dispersa que abarca catorce zonas de salud en las provincias de Kivu del Norte y Ituri. En los últimos 21 días (27 de noviembre – 18 de diciembre de 2018), se han notificado 114 nuevos casos confirmados, de: Katwa (31), Beni (18), Komanda (17), Butembo (14), Mabalako (14), Kalunguta (5), Oicha (4), Vuhovi (3), Kyondo (3), Biena (1), Mandima (1), Masereka (1), Musienene (1) y Mutawanga (1). Solo la zona de salud de Tchomia no ha confirmado ningún caso nuevo desde que se detectó mediados de agosto. La amplificación del brote en estas áreas ha sido impulsada por una combinación de transmisión social / comunitaria y dentro de centros de salud públicos y privados. En la última semana, se han notificado dos nuevas infecciones de trabajadores de la salud: 55 (53 confirmados y dos probables) han sido infectados hasta la fecha, de los cuales 19 han muerto.

En forma acumulada al 18 de diciembre, se han notificado 549 casos de EVE (501 confirmados y 48 probables), incluidas 326 muertes (59%), en 12 zonas de salud en la provincia de Kivu del Norte y en tres zonas de salud en la provincia de Ituri. Las tendencias generales en la incidencia de casos reflejan la continuación del brote en estas áreas, con un promedio de 35 casos nuevos informados cada semana desde mediados de octubre.

Se siguen obteniendo victorias pequeñas pero significativas con el despido de los sobrevivientes de los Centros de Tratamiento del ébola (ETC); ayudado por las admisiones más oportunas a la ETC y el uso de terapias contra el ébola junto con medidas de atención de apoyo. En la última semana, 18 pacientes adicionales fueron dados de alta de ETC. En total, 193 pacientes se han recuperado hasta la fecha.

Si bien todas las alertas creíbles fuera de las áreas afectadas mencionadas anteriormente han dado negativo a la EVE hasta la fecha, sigue existiendo un riesgo muy alto de mayor propagación geográfica dentro de Kivu del Norte e Ituri, a otras provincias de la República Democrática del Congo y a los países vecinos. Las actividades de preparación y preparación operativa en estas áreas deben continuar ampliándose para mitigar este riesgo, y detectar y responder rápidamente a cualquier caso potencial.

Respuesta de Salud Pública

El Ministerio de Salud sigue fortaleciendo las medidas de respuesta, con el apoyo de la OMS y sus asociados. Las prioridades incluyen coordinación, vigilancia, rastreo de contactos, capacidad de laboratorio, prevención y control de infecciones (IPC), manejo clínico de pacientes, vacunación, comunicación de riesgos y participación de la comunidad, apoyo psicosocial, enterramientos seguros y dignos (SDB), vigilancia transfronteriza y Actividades de preparación en provincias y países vecinos. Las prácticas de prevención y control de infecciones en los centros de atención médica, especialmente las clínicas prenatales, deben fortalecerse aún más.

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 la influenza](#)
- ⇒ [Actualización de difteria en las Américas](#)
- ⇒ [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](#)
- ⇒ [Fiebre amarilla en Brasil](#)
- ⇒ [Fiebre amarilla en Guinea](#)
- ⇒ [Fiebre amarilla en Nigeria](#)
- ⇒ [Fiebre amarilla en Sudán del Sur](#)
- ⇒ [Malaria en Colombia](#)
- ⇒ [Malaria en México](#)
- ⇒ [Malaria en Paraguay](#)
- ⇒ [Sarampión en Colombia](#)
- ⇒ [Sarampión en Madagascar](#)
- ⇒ [Sarampión en Mauricio](#)
- ⇒ [Cólera en Zimbabue](#)
- ⇒ [Fiebre de Lassa en Benin](#)
- ⇒ [Poliomielitis en República Democrática del Congo](#)

Recomendamos leer

Nuevo aspecto del ciclo de vida del parásito del paludismo: la conversión sexual



Un [estudio](#) liderado por el Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal), centro impulsado por la Fundación Bancaria “la Caixa”, revela un nuevo mecanismo por el cual el parásito del paludismo, *Plasmodium falciparum*, pasa de la fase asexual a la fase sexual, que es transmitida por el mosquito. Los resultados, publicados en [Nature Microbiology](#), proporcionan información importante sobre el ciclo de vida del parásito y eventualmente contribuirán a diseñar estrategias para frenar su contagio. [Leer más...](#)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

ARTE Y MEDICINA

La primera epidemia documentada

En el año 428 a.C. -dos años después de que se iniciara la enfermedad- el historiador Tucídides narraba en *La Guerra del Peloponeso*, una de las epidemias más terribles de la antigüedad y probablemente una de las primeras que fueron descritas:

...en el principio del verano, los peloponesos y sus aliados invadieron el territorio de Ática (...), Pocos días después, sobrevino a los atenienses una terrible epidemia (...). Jamás en parte alguna se vio un azote semejante y víctimas tan numerosas; los médicos nada podían hacer pues de principio desconocían la naturaleza de la enfermedad además fueron los primeros en tener contacto con los pacientes y morían en primer lugar. La ciencia humana se mostró incapaz: en vano se elevaban oraciones en los templos. Finalmente, todo fue renunciado ante la fuerza de la epidemia (...). En general, el individuo se veía preso de los siguientes síntomas: sentía en primer lugar violento dolor de cabeza; los ojos se vivían rojos e inflamados; la lengua y la faringe asumían aspecto sanguinolento; la respiración se tornaba irregular y el aliento fétido. Se seguían espiros y ronquidos. Poco después el dolor se localizaba en el pecho, acompañándose de tos violenta; cuando atacaba al estómago, provocaba náuseas y vómitos con regurgitación de bilis. La mayor parte moría al cabo de siete a nueve días consumidos por el fuego interior...

Según Tucídides, la epidemia acabó con un tercio de la población de Atenas (300 000 personas) en un momento en que se batía en guerra con Esparta. Una de las víctimas fue el gran estadista Pericles. Probablemente este hecho fue decisivo en el transcurrir de la contienda.

Hasta hace poco tiempo se había propuesto hasta 28 hipótesis diferentes sobre la causa de esa epidemia mortal suponiendo a la peste como la más probable. La aglomeración de la ciudad, el calor y la guerra, fueron un caldo de cultivo propicio para su propagación desde El Pireo, el único puerto de la ciudad y entrada de suministros a la misma.

...pero la causante no era la peste:

Con la intención de resolver uno de los enigmas médicos más discutidos se inició un estudio en 1994 -con el profesor Manolis Papagrigorakis al frente- de los cuerpos encontrados en el cementerio de Kerameikos de Atenas, datados en esa época y cuyos resultados se publicaron en la revista *International Journal of Infectious Diseases*. Los investigadores determinaron que los sujetos fallecieron a causa de la **fiebre tifoidea** al encontrarse la bacteria *Salmonella entérica Serovar Tiphyl* en la pulpa dental de tres dientes examinados.

No todo el mundo coincide con este diagnóstico basándose en el hecho de que la descripción de la enfermedad que hace Tucídides no coincide plenamente con la fiebre tifoidea, aunque también podría explicarse por la posible evolución de la bacteria a lo largo de los siglos.

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

ARTE Y MEDICINA



Encontramos una Atenas sumida en el caos. La población desorientada, enferma, aturdida y lamentándose. La mayor parte yace en el suelo. Los que aún pueden sostenerse en pie intentan protegerse de ser contagiados mientras que los más valientes ayudan a los desahuciados. Mirando el cuadro podemos hacernos una idea de la confusión y el desorden que vivió la ciudad.

El autor del cuadro:

Michael Sweerts (1618-1664), originario de Bruselas, fue un pintor barroco del que no se conoce nada de su formación. Lo poco que se sabe lo sitúa en la ciudad de Roma donde residió en la parroquia de Sta. María del Poppolo y su actividad profesional siempre estuvo ligada a la enseñanza de la pintura. Sus obras muestran la vida cotidiana con realismo, pero también con un cierto tenebrismo que ilustra con luces y sombras. Ferviente católico, en 1659 se incorporó como hermano de la *Société des Missions Étrangères de Paris*, marchando dos años después en una expedición por el sureste asiático. Durante la misma su carácter indisciplinado motivó que fuera expulsado, y murió en 1664 en la misión jesuita de Goa (India).

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/Dra. Liane Castro Benítez.

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