

ISSN 1028-4346

SEI

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA
INTERNACIONAL

SEI No. 1, 2019

8 de enero



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 514 601 casos de dengue en las Américas hasta el 28 de noviembre de 2018. Sobresale Brasil con 241 664 casos, seguido de México con 77 159, Nicaragua con 55 258, Colombia con 40 121 y Paraguay con 31 635.
- ⇒ **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 **514 601 (+31 038) casos de dengue en las Américas** hasta el 28 de noviembre de 2018. Sobresale **Brasil con 241 664 casos**, seguido de México con 77 159, Nicaragua con 55 258, Colombia con 40 121 y Paraguay con 31 635.

Países	Casos	Países	Casos
Brasil	241664	Guyana Francesa	240
México	77159	Guyana	186
Nicaragua	55258	Santa Lucía	90
Colombia	40121	Trinidad y Tobago	89
Paraguay	31635	Martinica	73
Venezuela	16996	Aruba	67
El Salvador	8148	Barbados	56
Honduras	7345	Haití	51
Perú	6602	Dominica	35
Panamá	6186	San Martín	29
Guatemala	6051	Islas Vírgenes	25
Bolivia	5238	Islas Caimán	22
Ecuador	2556	Chile	18
Costa Rica	2036	Bahamas	10
Belice	1881	Antigua y Barbuda	8
Argentina	1808	San Cristóbal y Nieves	6
Rep. Dominicana	1251	Puerto Rico	2
Jamaica	597	San Vicente y las Granadinas	2
Granada	393	Anguila	1
Guadalupe	352	Montserrat	1
Estados Unidos	313		
Total			514601

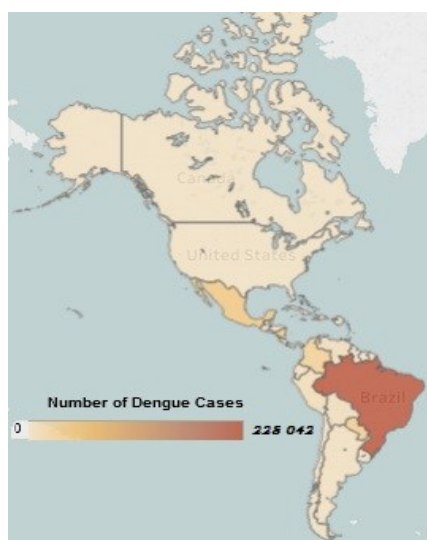


Figura 1. Distribución geográfica del dengue en las Américas el 24 de diciembre de 2018.

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).

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](#)

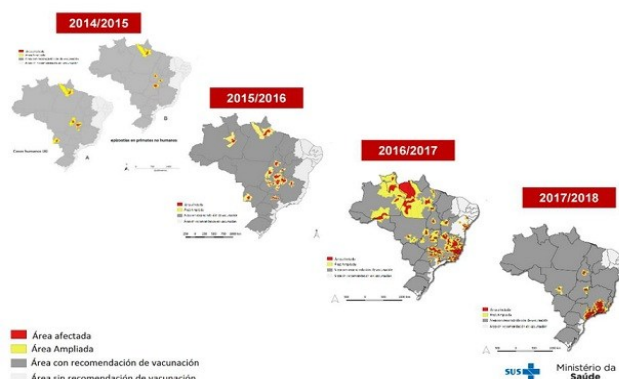
Fuente: [Actualización Epidemiológica de fiebre amarilla en las Américas](#)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

♦ Alerta Epidemiológica de fiebre amarilla en Brasil, 7 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](#)

RE- BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

RESUMEN DE OTROS EVENTOS DE LA SEMANA

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

El Ministerio de Salud de la República Democrática del Congo, la OMS y sus socios continúan respondiendo al brote de la enfermedad por el virus del Ébola (EVE) en la República Democrática del Congo, a pesar de los problemas de seguridad que han interrumpido las actividades de respuesta clave en algunas áreas afectadas, especialmente Beni y Butembo. Estas actividades de respuesta se están reanudando progresivamente. El 1 de enero de 2019 se reportaron seis nuevos casos confirmados de Beni (2), Butembo (2) y Katwa (2). Solo un caso fue un contacto conocido; se están llevando a cabo investigaciones para establecer la vínculos epidemiológicos de los demás casos.

Durante el periodo del informe (del 26 de diciembre de 2018 al 1 de enero de 2019), se notificaron 23 casos recientemente confirmados de las zonas sanitarias Beni (4), Butembo (4), Kalunguta (2), Katwa (4), Komanda (2), Mabalako (1) y Oicha (6).

Hasta el 1 de enero de 2019, un total de 608 casos de EVE, incluyendo 560 casos confirmados y 48 casos probables, fueron informado de 16 zonas de salud en las provincias Kivu del Norte e Ituri, de las cuales 10 zonas de salud informaron al menos un caso confirmado en los últimos 21 días (del 12 de diciembre de 2018 al 1 de enero de 2019). Durante este periodo, se notificaron 103 casos confirmados en 10 zonas de salud, la mayoría de los cuales fueron concentrados en los principales centros urbanos y ciudades de Beni (12), Butembo (13), Mabalako (13), Katwa (22), Komanda (21) y Oicha (10), que siguen siendo los principales puntos calientes de este brote. Hasta el 1 de enero de 2019, no se notificaron casos entre los trabajadores de la salud y el número de trabajadores de la salud afectados fue de 54, incluyendo 18 muertes.

Las tendencias en la incidencia de casos reflejan la continuación del brote a través de estos puntos geográficos. El número reportado de casos en la semana epidemiológica 52 (del 24 al 30 de diciembre de 2018) ha disminuido en comparación con la semana 51 (del 17 al 23 de diciembre de 2018), con 19 nuevos casos confirmados en la semana 52 en comparación con 35 nuevos casos confirmados en la semana 51, sin embargo, la búsqueda activa de casos, el diagnóstico de laboratorio y los datos los informes se interrumpieron durante la semana 52, lo que dio lugar a un informe insuficiente de los casos, en particular en Beni y Butembo. Durante la semana 52, el número de muertes reportadas entre los casos confirmados fue de 11 de los cuales siete (64%) fueron muertes comunitarias. Se reportaron muertes en la comunidad en Beni (1), Butembo (1), Katwa (1), Komanda (1), Mabalako (1) y Oicha (2). Hasta el 1 de enero de 2018, un total acumulado de 368 muertes se informaron, incluyendo 320 defunciones entre casos confirmados. La letalidad entre los casos confirmados es del 57% (320/560).

El Ministerio de Salud, la OMS y sus socios continúan monitoreando e investigando todas las alertas en las áreas afectadas, en otras provincias en la República Democrática del Congo y en los países vecinos. Desde el último informe publicado se investigaron alertas en varias provincias de la República Democrática del Congo. Hasta la fecha, la EVE se ha descartado en todas las alertas fuera de las áreas afectadas por el brote antes mencionadas.

La OMS recomienda la implementación de estrategias para la prevención y control de brotes de EVE, que incluyen:

- Fortalecimiento de la coordinación multisectorial de la respuesta
- Mejora de la vigilancia, incluido el caso activo, investigación de casos, confirmación de casos mediante pruebas de laboratorio, rastreo de contactos y vigilancia en puntos de entrada (PoE)
- Fortalecimiento de las capacidades de diagnóstico
- Mejora de la efectividad de caso
- Ampliación de la prevención de infecciones y control de apoyo a los establecimientos de salud y comunidades
- Adaptar el enfoque de los entierros seguros y dignos al contexto con el apoyo de los antropólogos
- Adaptar y mejorar la comunicación de riesgos, la movilización social y las estrategias de participación de la comunidad
- Mejorar apoyo psicosocial a la población afectada
- mejora de la cobertura de los grupos de riesgo por el anillo vacunación adaptada de estrategias al contexto de inseguridad y altas resistencias comunitarias.

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

Diez grandes artistas que sufrieron problemas mentales (1)

Algunos de ellos dedicaron toda su vida a la pintura. Otros, representantes de la corriente artística del «art brut o arte marginal», comenzaron a pintar en centros psiquiátricos, a raíz de su enfermedad mental.

El psiquiatra e historiador del arte alemán Hans Prinzhorn (1886-1933) fue el primero en valorar el arte de los desconocidos enfermos mentales. En 1919 encargó a Karl Wilmanns, director de la Clínica Psiquiátrica de Heidelberg, crear un «Museo de arte patológico». Se recogieron 5000 obras procedentes de 450 internos de distintos centros de Alemania y de otros países. A Prinzhorn también se le conoce por publicar el libro «El arte de los enfermos mentales» en el que intenta analizar los dibujos de los internos tanto a nivel psicológico como estético. Si visitas Alemania, puedes ver su colección en el Museo Prinzhorn, en Heidelberg.



1. Adolf Wölfli (1864-1930)

Este pintor, escritor, poeta y compositor suizo está considerado como uno de los máximos exponentes del «arte marginal» o «art brut», corriente artística en la que las obras están realizadas por enfermos mentales ingresados en hospitales psiquiátricos que nunca han recibido ninguna noción artística. Este concepto es acuñado por el famoso escultor y pintor francés del siglo XX, Jean Dubuffet (1901-1985), que comenzó a coleccionar este tipo de obras y a divulgarlas.

Wölfli tuvo una infancia traumática, fue víctima de abusos sexuales, y a los diez años se quedó huérfano. Pasó un año en la cárcel por estar acusado de abusar de menores. Y tras su liberación, por su psicosis y sus alucinaciones fue internado en un psiquiátrico hasta su muerte. Desde ese momento comenzó a pintar. Sus obras son geométricas, cercanas al arte tribal y recargadas de detalles hasta un horror vacui («miedo al vacío»).



2. Josef Förster

Como emblema de la Colección de Prinzhorn, se eligió la única obra de Josef Förster, enfermo mental, nacido en 1878, que vivió en un centro psiquiátrico en Ratisbona. Su única obra (1916) es modernista con estilo expresionista. Está compuesta de una figura masculina suspendida en el aire mientras sujeta con las manos unos largos zancos con el rostro cubierto. Representa a un hombre que ha perdido su propio peso y su comunicación con el mundo debido a la enfermedad, y, por ello, tiene que proveerse de gravedad artificial. En la

parte derecha de la imagen, Förster explica su obra: «Esto debe representar que cuando uno no tiene ningún peso corporal que tenga que cargar, puede ir, entonces, a gran velocidad por el aire».



3. Josef Grebing (1879-1940)

Este hombre de negocios de Magdeburgo, en Alemania, se vio sorprendido por su enfermedad mental. En sus libros antiguos de contabilidad expresaba sus dibujos, tablas con extraños elementos, calendario y enigmáticos listados con números. Sus obras –también recogidas en la Colección de Prinzhorn– buscaban el orden y la armonía. Su lógica ordenada conduce al absurdo.

Los nacionalsocialistas alemanes denominaron a estas obras, que fueron expuestas entre 1937 y 1941, como «arte degenerado». Incluso, los nazis quemaron en 1939 más de 4000 obras de la Colección Prinzhorn y exterminaron a multitud de enfermos mentales de centros psiquiátricos.

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

ARTE Y MEDICINA

Sin embargo, para los surrealistas, que incluso visitaban los centros psiquiátricos, fue una gran fuente de inspiración en sus obras; eran como la «Biblia». Tanto es así, que la colección de Prinzhorn influyó en máximos exponentes del arte como Salvador Dalí, Pablo Picasso o Max Ernst.

El escritor y teórico surrealista francés André Bretón quería descubrir los sentimientos más profundos de estos seres humanos. Para ello, junto con Jean Paulhan, creó en 1948 la compañía del Arte Bruto en París; lo que hizo fue adaptar la técnica de Sigmund Freud, «la interpretación de los sueños».



4. Aloïse Corbaz (1886-1964)

La suiza Aloïse Corbaz emigró a Alemania con 25 años para trabajar como institutriz particular. Pronto fue contratada como educadora infantil por Guillermo II, el último emperador alemán con el que viviría en el castillo de Postdam. Esta artista marginal se enamoró locamente del káiser, tanto es así, que le escribía poemas. En 1914, cuando se produjo la declaración de guerra, volvió a Lausanne con su familia. En 1918 le diagnosticaron esquizofrenia; desde ese año estuvo en un centro psiquiátrico donde comenzó a pintar hasta el último día de su muerte.

Los soportes en los que pintaba eran muy variados y aprovechables, desde papeles que recogía en el baño, hasta tela, páginas de revistas o cajas de cartón. Su obra es erótica, colorida, recargada y extravagante. En ella se recogen multitud de figuras humanas sobre todo, de mujeres con curvas y pelucas flotantes.



5. Martín Ramírez (1895-1963)

Este pintor autodidacta mexicano pasó las últimas tres décadas de su vida recluido, en silencio, en un centro psiquiátrico en el norte de California. En 1930 le diagnosticaron esquizofrenia, depresión aguda, catatonía y psicosis. Fue entonces cuando comenzó a pintar de manera habitual.

Sus dibujos se caracterizan por la inventiva gráfica, la manipulación espacial (obsesionado por las puertas, arcos, los espacios vacíos) y la mezcla de la cultura popular mexicana con la experiencia del artista. Está considerado, por su originalidad, como uno de los mejores pintores autodidactas del siglo XX.

Continuará en el próximo número

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