

ISSN 1028-4346

SEI

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA
INTERNACIONAL

SEI No. 2, 2019

15 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 533 646 (+19 045) casos de dengue en las Américas hasta el 15 de enero de 2018. Sobresale Brasil con 247 393 casos, seguido de México con 78 621, Nicaragua con 57 041, Colombia con 44 825 y Paraguay con 32 008.
- ⇒ **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. Brasil reporta 382 casos humanos sospechosos, de ellos uno confirmado que falleció.

El mundo

Situación del ébola en la República Democrática del Congo

Situación de la influenza

Dengue, virus del Zika y chikungunya en Bolivia

Dengue, virus del Zika y chikungunya en México

Virus del Zika en Estados Unidos

Fiebre amarilla en Brasil

Fiebre amarilla en Nigeria

Fiebre amarilla en República Centroafricana

Malaria en Colombia

Sarampión en Colombia

Sarampión en Estados Unidos

Sarampión en Kenia

Sarampión en Madagascar

Sarampión en Sierra Leona

Cólera en Burundi, Camerún, Haití y Yemen

Fiebre de Lassa en Benin

Fiebre de Lassa en Liberia

Fiebre de Lassa en Togo

Fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en Uganda

Poliovirus derivado de la vacuna circulante en Níger

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](#)

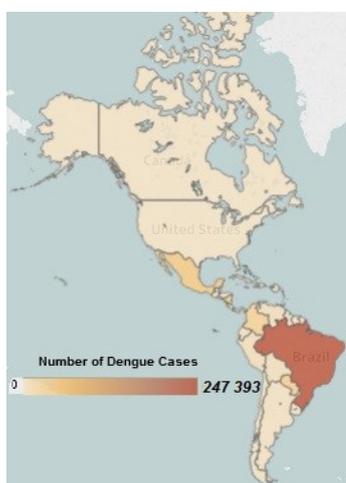
BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

◆ Resumen semanal de dengue

La Organización Panamericana de la Salud reporta **533 646 (+19 045) casos de dengue en las Américas** hasta el 15 de enero de 2018. Sobresale **Brasil con 247 393 casos**, seguido de México con 78 621, Nicaragua con 57 041, Colombia con 44 825 y Paraguay con 32 008.

Países	Casos	Países	Casos
Brasil	247393	Guyana Francesa	240
México	78621	Guyana	186
Nicaragua	57041	Santa Lucía	90
Colombia	44825	Trinidad y Tobago	89
Paraguay	32008	Martinica	73
Venezuela	18966	Aruba	67
El Salvador	8257	Barbados	56
Honduras	7942	Haití	51
Perú	6565	Dominica	35
Panamá	6186	San Martín	29
Guatemala	6051	Isla Vírgenes (UK)	25
Bolivia	5238	Islas Caimán	22
Ecuador	2556	Chile	18
Costa Rica	2036	Bahamas	10
Belice	1881	Antigua y Barbuda	8
Argentina	1809	San Cristóbal y Nieves	6
Rep. Dominicana	1459	San Vicente y las Granadinas	2
Jamaica	597	Puerto Rico	2
Granada	393	Anguila	1
Guadalupe	352	Montserrat	1
Estados Unidos	331		
Total			533646

Figura 1. Distribución geográfica del dengue en las Américas el 15 de enero de 2018.



Se reportaron **296 fallecidos** en 2018 (Brasil 141, México 45, Colombia 23, Venezuela 24, Perú 16, Paraguay 15, Guatemala 18, Nicaragua 6, Panamá y Honduras 3 cada uno, 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

♦ 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)

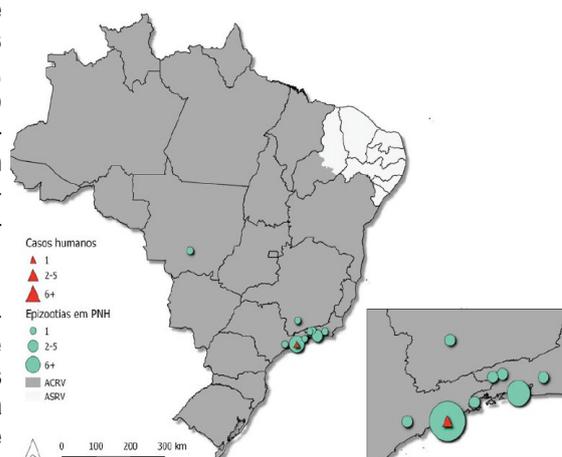
En el período de monitoreo (julio/2018 a junio/2019), entre las semanas epidemiológicas (SE) 27 y 49 de 2018, se notificaron al Ministerio de Salud 1509 epizootias en Primates no humanos (PNH), de las cuales 371 fueron descartadas, 714 fueron indeterminadas (s / colecta de muestras), 405 permanecen en 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. El caso confirmado falleció en el estado de São Paulo, con un lugar probable de infección en el municipio de 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, entre las SE 27 y 49 ocurrieron en los estados de São Paulo, Río de Janeiro, Minas Gerais y Mato Grosso; las acciones de vigilancia están en curso. Hasta la fecha, un solo caso humano ha sido confirmado, ocurrió en el estado de São Paulo, en 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 brote de la enfermedad del virus del Ébola (EVE) en las provincias Kivu del Norte e Ituri, en la República Democrática del Congo, persiste y sigue siendo estrechamente monitoreado. Desde el último informe del 4 de enero de 2019, se han reportado 20 nuevos casos confirmados y uno probable de EVE. Durante este período también han ocurrido 16 muertes adicionales.

El 12 de enero de 2019 se confirmaron 9 nuevos casos de Butembo (1) y Katwa (8), uno de los cuales era un contacto conocido de un caso confirmado. Un caso probable se informó en Kalunguta; se trata de un niño de 8 años que murió el 2 de enero de 2019 y había estado en contacto con un caso confirmado antes de su muerte. El 12 de enero de 2019 se reportaron 5 muertes entre los casos confirmados en el Centro de Tratamiento de Ébola (CTE) de Beni (1), en la comunidad de Butembo (1) y en Katwa (3). Un trabajador de la salud adicional ha sido infectado desde el último informe semanal, el número de trabajadores sanitarios infectados asciende a 56, con 18 muertes.

Hasta el 12 de enero de 2019 se ha registrado un total de 644 casos de EVE, incluidos 595 casos confirmados y 49 probables. Hasta la fecha, los casos confirmados han sido reportados en 16 zonas de salud: Beni (218), Biena (2), Butembo (47), Kalunguta (40), Katwa (98), Kyondo (8), Mabalako (89), Masereka (7), Musienene (4), Mutwanga (3), Oicha (25) y Vuhovi (9) en la provincia Kivu del Norte; y Komanda (24), Mandima (17), Nyankunde (1) y Tchomia (2) en la provincia Ituri. Nueve de las 16 zonas de salud afectadas reportaron al menos un nuevo caso confirmado en los 21 días anteriores (23 de diciembre de 2018 al 12 de enero de 2019). Se registraron un total de 390 muertes, incluyendo 343 entre los casos confirmados, lo que resulta en una tasa de letalidad entre los casos confirmados del 58% (343/595).

Butembo, Katwa y Oicha son los puntos calientes del brote, informando respectivamente 20% (n = 13), 36% (n = 23) y 17% (n = 11) de los 64 casos confirmados notificados en los 21 días anteriores (del 23 de diciembre de 2018 al 12 de enero de 2019). Beni no ha notificado ningún caso adicional desde el 31 de diciembre de 2018.

El rastreo de contactos está en curso en 13 zonas de salud; sin embargo, sigue siendo difícil debido a la inseguridad y a los continuos focos de resistencia de la comunidad. El número de contactos seguidos hasta el 12 de enero de 2019 fue 4937, de los cuales 4318 (87%) se vieron en las 24 horas anteriores. La proporción de contactos observados en las zonas de salud varió entre el 32% (en Biena) y el 100%. Se registraron 156 nuevos contactos adicionales el 12 de enero 2019.

Acciones de Salud Pública

- Las actividades de vigilancia continúan y se fortalecen cuando es necesario, incluyendo investigaciones de casos, búsqueda activa de casos en establecimientos de salud y en comunidades, e identificación y listado de contactos en torno a los últimos casos confirmados.
- El 12 de enero de 2019, fueron vacunadas 497 personas elevando el número acumulado de personas vacunadas desde el inicio del brote a 59 453.
- Continúan las actividades de reintegración comunitaria para los pacientes dados de alta de CTE, junto con sesiones de psicoeducación para fortalecer el compromiso y la colaboración comunitaria en la respuesta.
- Continúan las actividades Prevención y control de infecciones (IPC), y de agua, saneamiento e higiene (WASH); los proveedores de salud e higienistas han sido entrenados en Bwanasura, Katabey y Luna, y se realizó una sesión de concientización sobre el lavado de manos para estudiantes en escuelas de Butembo.
- Continúan las sesiones de sensibilización y movilización comunitaria, con sensibilización de los miembros de la iglesia en la participación comunitaria. En la parroquia de Mabolio se mostró un video sobre prevención, respuesta y el papel de los CTE.

Situación de interpretación

El brote de ébola en la RDC continúa evolucionando en un entorno complejo y desafiante. Siguen surgiendo nuevos casos de áreas geográficas muy dispersas y la persistencia de la inseguridad y la resistencia de la comunidad obstaculizan la implementación medidas de prevención y control. La OMS y sus socios, bajo el liderazgo del gobierno, continúan realizando actividades de respuesta y están comprometidos a poner fin a este brote.

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](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en Bolivia](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en México](#)
- ⇒ [Virus del Zika en Estados Unidos](#)
- ⇒ [Fiebre amarilla en Brasil](#)
- ⇒ [Fiebre amarilla en Nigeria](#)
- ⇒ [Fiebre amarilla en República Centroafricana](#)
- ⇒ [Malaria en Colombia](#)
- ⇒ [Sarampión en Colombia](#)
- ⇒ [Sarampión en Estados Unidos](#)
- ⇒ [Sarampión en Kenia](#)
- ⇒ [Sarampión en Madagascar](#)
- ⇒ [Sarampión en Sierra Leona](#)
- ⇒ [Cólera en Burundi](#)
- ⇒ [Cólera en Camerún](#)
- ⇒ [Cólera en Haití](#)
- ⇒ [Cólera en Yemen](#)
- ⇒ [Fiebre de Lassa en Benin](#)
- ⇒ [Fiebre de Lassa en Liberia](#)
- ⇒ [Fiebre de Lassa en Togo](#)
- ⇒ [Fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en Uganda](#)
- ⇒ [Poliovirus derivado de la vacuna circulante en Níger](#)
- ⇒ [Poliomielitis en República Democrática del Congo](#)



Recomendamos leer

Descubren un nuevo virus en murciélagos de China que podría ser letal para los humanos

Un grupo de científicos de la Escuela de Medicina Duke-NUS de Singapur y de la Academia de Ciencias de China ha descubierto un nuevo virus denominado Mengla, presente en una especie de murciélagos del país asiático, cuyos efectos guardan características similares a los ocasionados por el virus del Ébola y el virus de Marburgo, conocidos por causar **fiebre hemorrágica** en humanos, con un **alto índice de mortalidad**, señala un estudio publicado en la revista [Nature](#). [Leer más...](#)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

ARTE Y MEDICINA

Diez grandes artistas que sufrieron problemas mentales (2da parte). Leer 1era parte en [Boletín 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.



6. Vincent Van Gogh (1853-1890)

El artista holandés, uno de los más cotizados a nivel mundial, no vendió ni un solo cuadro durante su vida; ya que, además de ser un desconocido, estuvo rechazado por la sociedad de su tiempo. «Yo no tengo la culpa de que mis cuadros no se vendan, pero llegará el día en que la gente se dará cuenta de que tienen más valor de lo que cuestan las pinturas», expresó Van Gogh.

La esquizofrenia puede repercutir en los pintores aficionados o profesionales, de dos formas: anulando o estimulando la expresión artística. Durante parte de su vida sufrió una enfermedad maniaco-depresiva. Este trastorno bipolar iba acompañado de alucinaciones, tanto de voces como de visiones; y de una epilepsia psicomotora caracterizada por un estado de confusión y amnesia. Pero durante la irrupción de la psicosis, su capacidad creadora se desarrolló tanto cuantitativamente como cualitativamente. De hecho, algunos de sus cuadros más famosos los pintó cuando estaba en la fase más aguda de su enfermedad, cuando estuvo internado en el manicomio de Saint-Rémy.

Recomendación cinematográfica sobre Vincent Van Gogh: *El loco el pelo rojo*, de Vicente Minelli (1956).

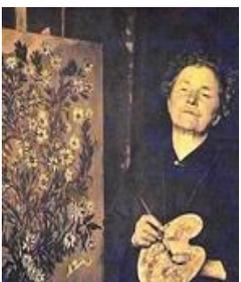


7. Louis Wain (1860-1939)

No todos los enfermos mentales proceden del «arte bruto» hay algunos que tienen formación artística y durante la enfermedad, en sus obras, se ha visto un proceso.

Es el caso de Louis Wain, más conocido como el pintor de los gatos. A lo largo de su vida los pintó antropomórficos, de todas las formas, expresiones, tamaños y colores.

A los 57 años, le detectaron esquizofrenia progresiva y autismo. Los últimos 15 años de su vida los pasó ingresado en un centro psiquiátrico. No dejó de dibujar, pero, con el paso de los años, sus gatos cada vez iban deformándose con expresión de alarma y con colores más llamativos, síntoma del progreso de su enfermedad.



8. Séraphine Louis (1864-1942)

También conocida como Séraphine de Senlis. Fue huérfana desde los 7 años. Algunos de sus rasgos característicos eran su discreción y timidez; no hablaba con nadie. Dedicó su vida al trabajo, primero como pastora, después a servir, tanto en casas de la burguesía como en un convento de monjas. Esta francesa comenzó a pintar a los 42 años, aunque nadie sabe ni cómo ni por qué; ya que no tenía ninguna formación académica. Su obra se compara con la de Vincent Van Gogh, pero no parece que haya recibido ninguna influencia de ningún pintor, por lo que se muestra única en su género.

En 1912, el coleccionista alemán Wilhelm Uhde –descubridor de Picasso, Braque y Rosseau– se fijó en Séraphine durante su estancia en Senlis. Durante unos años, Séraphine se convirtió en la artista naíf del momento, sus obras se dieron a conocer en la capital francesa y en los círculos vanguardistas. Pero Uhde fue perseguido por la Gestapo y, debido a la Gran Depresión, dejó de comprar sus pinturas. Séraphine cayó en la miseria y en el olvido. En 1932 le invadió la locura, y pasó los últimos diez años de su vida en un hospital psiquiátrico de Francia por psicosis. Desde entonces, su obra se sumió en la oscuridad, dejó de pintar. En 1942 murió de hambre en el psiquiátrico de Clermont, en la zona ocupada por los alemanes durante la II Guerra Mundial. Fue enterrada entre los anónimos, en una fosa común.

Recomendación cinematográfica: *Séraphine*, de Martin Provost (2008), ganadora de 7 premios César.

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

ARTE Y MEDICINA



9. Edvard Munch (1863-1944)

Se ha dicho que este pintor expresionista noruego padecía esquizofrenia, pero al parecer no la tuvo, sino que le diagnosticaron depresión caracterizada por su introversión; por los excesos alcohólicos, y por la continua relación con la enfermedad y la muerte, ya que su hermana Sophie y su madre se murieron de tuberculosis, y su hermana Laura estuvo ingresada y murió en un centro psiquiátrico porque tenía esquizofrenia. «Enfermedad, muerte y locura fueron los ángeles negros que velaron mi cuna y, desde entonces, me han perseguido durante toda mi vida», expresó Munch a lo largo de su vida.

La obra más célebre del pintor noruego es *El grito*. Edvard Munch explicó cómo la creó: «Estaba caminando por un camino con ambos amigos. Se puso el sol. Sentí un ataque de melancolía. De pronto el cielo se puso rojo como la sangre. Me detuve y me apoyé en una barandilla muerto de cansancio y miré las nubes llameantes que colgaban como sangre, como una espada sobre el fiordo azul-negro y la ciudad. Mis amigos continuaban caminando. Me quedé allí temblando de miedo y sentí que un grito agudo interminable penetraba la naturaleza».

Recomendación cinematográfica: *Edvard Munch*, del director inglés, Peter Watkins (1974).



10. William Kurelek

Este artista canadiense vivió con sus padres, inmigrantes ucranianos, en una granja, pero durante la Gran Depresión la perdieron. A pesar de que su familia se dedicaba a la tierra, Kurelek siempre se sintió atraído por la expresión artística. Tanto es así que estudió en dos escuelas de arte en Toronto y en México, y también escribió varios artículos.

Cuando vivía en Inglaterra, con 25 años, le detectaron esquizofrenia, y desde ese momento ingresó en un hospital psiquiátrico en Londres, en el que pintó su obra más famosa, «The maze» («El laberinto»), donde nos

enseña sus problemas psíquicos y tristes pensamientos.

El presidente del departamento de Psiquiatría de la Universidad de Heidelberg (1933-1945), Carles Scheneider, explicó que en las producciones creadoras de los esquizofrénicos puede reconocerse «que la unidad inferior de la conciencia no es abolida durante el curso de la enfermedad esquizofrénica, sino que solo es transformada» porque «si fuese de otro modo, en la esquizofrenia sería imposible cualquier tipo de creación artística», cita recogida en el libro «Esquizofrenia y Arte» de Leo Navratil.

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.

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