

ISSN 1028-4346

SEI

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA
INTERNACIONAL

SEI No 3, 2019

22 de enero

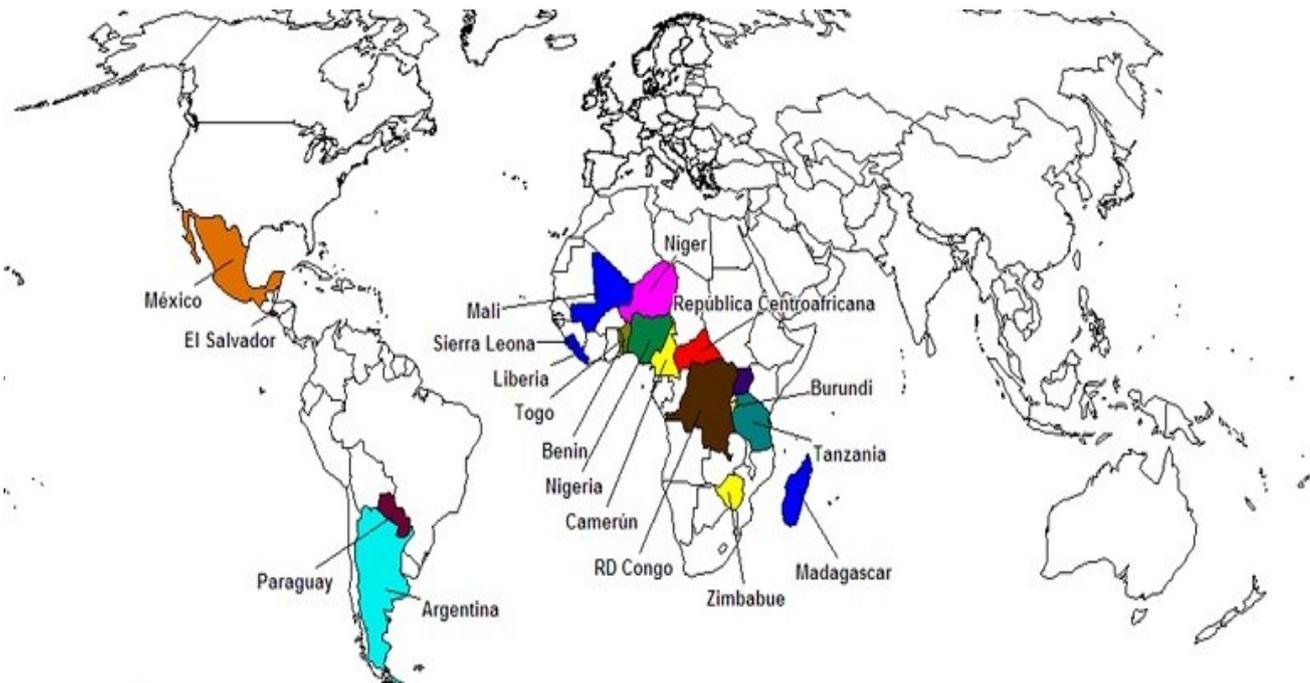


CENTRO DE DIRECCIÓN MINISTERIAL MINSAP

DIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Dirección Postal: Calle 23 No. 201 entre M y N, Plaza, La Habana, Cuba.

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

En este número:



Leyenda

■ virus del Ébola y poliomielitis	■ dengue, virus del Zika y chikungunya	■ fiebre de Lassa
■ ántrax y cólera	■ dengue	■ brote de hantavirus
■ cólera y fiebre hemorrágica de Crimea-Congo	■ sarampión	■ poliovirus derivado de vacuna circulante
■ fiebre de Lassa y poliomielitis	■ cólera	■ viruela del simio, fiebre amarilla y hepatitis E

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

En este número:

América (La OPS no ha actualizado datos de dengue, Zika, chikungunya ni fiebre amarilla):

- ⇒ **Zika:** hasta 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 22 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.
- ⇒ Actualización de **sarampión** en las Américas (18 de enero de 2019).

El mundo

Situación del ébola en la República Democrática del Congo
Situación de la influenza
Dengue, virus del Zika y chikungunya en El Salvador
Dengue, virus del Zika y chikungunya en Paraguay
Dengue en México
Campaña de vacunación contra sarampión en Costa Rica
Venezuela alcanza coberturas de vacunación sobre 95% para sarampión y difteria
Sarampión en Liberia, Madagascar, Mali y Sierra Leona
Cólera en Burundi, Camerún, Tanzania, Uganda y Zimbabue
Ántrax en República Unida de Tanzania
Fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en Uganda
Fiebre de Lassa en Benin
Fiebre de Lassa en Nigeria
Fiebre de Lassa en Togo
Hepatitis E en República Centroafricana
Poliovirus derivado de la vacuna circulante en Níger
Poliomielitis derivado de la vacuna circulante en Nigeria
Poliomielitis en República Democrática del Congo
Brote de hantavirus de Epuayén, Argentina
Dos brotes de gripe aviar en República Dominicana
Viruela del simio fiebre amarilla y hepatitis E en República Centroafricana

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

♦ Virus del Zika en las Américas/ Organización Panamericana de la Salud

RESUMEN SEMANAL

Los casos acumulados de Zika están actualizados desde 2015-2017 con cierre 4 de enero de 2018. Se reportaron **583 451 casos sospechosos** en la región, **confirmados 223 477** y **3720 casos de microcefalia asociado al virus, 20 fallecidos y 6329 casos importados**.

Brasil se mantenía con el 39,7% (231 725) de los sospechosos reportados en la región, el 61.4% (137 288) de los confirmados, el 55% (11) de los fallecidos y el 79,3% (2952) de los Síndromes Congénitos confirmados asociados al virus del Zika.

Por otra parte, México reportó 11 805 casos confirmados.

En general, la evaluación del riesgo global no ha cambiado por lo que la vigilancia debe mantenerse elevada.

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

RESUMEN GLOBAL

⇒ Se mantienen **84 países y territorios han reportado evidencia de transmisión del virus del Zika** transmitida por mosquitos en el mundo desde el año 2007.

Las Américas:

Se mantiene en **48 el número de países y territorios de las Américas que confirmaron casos autóctonos por transmisión vectorial de Zika** y en cinco el número de países que notificaron casos de Zika transmitidos sexualmente. Desde la semana epidemiológica 44 de 2016 ningún nuevo país/territorio de las Américas confirmó transmisión autóctona vectorial de Zika.

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

Tabla.1 Países y territorios que han notificado microcefalia y/o casos de malformación del SNC potencialmente asociados con la infección por el virus del Zika en las Américas hasta el 4 de enero de 2018, última actualización OPS.



Países/Territorios	Número de casos confirmados	Países o territorios	Número de casos confirmados
Canadá	1	Colombia	248
Estados Unidos	102	Ecuador	14
México	20	Brasil	2.952
Costa Rica	19	Argentina	5
El Salvador	4	Paraguay	2
Guatemala	140	Barbados	1
Honduras	8	Granada	2
Nicaragua	2	Guyana	3
Panamá	17	Surinam	4
República Dominicana	85	Trinidad y Tobago	17
Guyana Francesa	1		
Guadalupe	5		
Haití	1		
Martinica	5		
Puerto Rico	47		
Saint Martin	1		
Bolivia	14		
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](#)

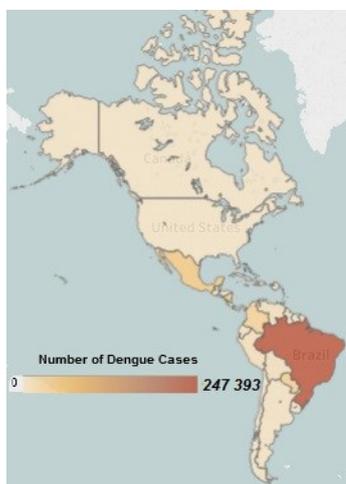
BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

◆ Resumen semanal de dengue

La Organización Panamericana de la Salud reporta **533 646 (+19 045) casos de dengue en las Américas** hasta el 22 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 22 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 sarampión en las Américas, 18 de enero de 2019

En 2018 doce países de la Región de las Américas notificaron casos confirmados de sarampión y solo 2 de ellos reportaron defunciones: Brasil y la República Bolivariana de Venezuela.

Hasta la semana epidemiológica (SE) 2 de 2019, seis países notificaron casos confirmados que ocurrieron entre diciembre de 2018 y enero de 2019: Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Estados Unidos de América y Venezuela.

Se presenta a continuación la situación epidemiológica en 5 países de la región:

En **Brasil**, son 11 las Unidades Federales que notificaron casos confirmados de sarampión: Amazonas (9778 casos y 6 defunciones), Bahía (2 casos), Distrito Federal (1 caso), Pará (61 casos y dos defunciones), Pernambuco (4 casos), Rio Grande do Sul (45), Rio de Janeiro (19 casos), Rondônia (2 casos), Roraima (355 casos y 4 defunciones), São Paulo (3 casos), y Sergipe (4 casos). En todas las Unidades Federales, con excepción de un caso en Rio Grande do Sul y uno en São Paulo, el genotipo identificado fue el D8, linaje MVi/HuluLangat.MYS/26.11 similar al que estaba circulando en Venezuela. Entre la SE 6 de 2018 y la SE 2 de 2019 se notificaron 10 274 casos confirmados de sarampión incluido 12 defunciones. Desde lo informado en la Actualización Epidemiológica del 30 de noviembre de 2018, se notificaron 376 casos adicionales y Bahía se ha sumado a las Unidades Federales que reportaron casos.

En **Chile**, entre la SE 45 de 2018 y la SE 2 de 2019, se confirmaron 24 casos de sarampión; 7 importados y 17 relacionados a importación. De ellos, 11 casos requirieron hospitalización. No se registraron fallecidos. El genotipo identificado fue el D8, linaje MVi/HuluLangat.MYS/26.11 similar al que está circulando en otros países de la región. El 50% de los casos son del sexo femenino y el 58,4% son menores de 1 año. Los casos se registraron en las regiones Metropolitana (22 casos) y Biobío (2 casos).

En **Colombia**, entre la SE 10 de 2018 y la SE 2 de 2019 se notificaron 212 casos confirmados de sarampión, de los cuales 103 requirieron hospitalización. No se registraron fallecidos. La genotipificación realizada en muestras de 43 casos indicó que se trata del genotipo D8, linaje MVi/HuluLangat.MYS/26.11 similar al que está circulando en otros países de la región. El 68% del total de casos confirmados fueron notificados en los distritos de Cartagena, Barranquilla y el Departamento Norte de Santander. La tasa de incidencia acumulada en el país es de 0,22 por 100 000 habitantes.

En **Estados Unidos**, entre el 1 de enero y el 29 de diciembre de 2018 se confirmaron 349 casos de sarampión en 26 estados y el Distrito de Columbia, que corresponden a 17 brotes reportados.

En **Venezuela**, entre la SE 26 de 2017 y hasta la SE 52 de 2018, se notificaron 9101 casos sospechosos de los cuales 6395 fueron confirmados (727 en 2017 y 5668 en 2018). Los casos de 2018 fueron confirmados por los siguientes criterios: de laboratorio (2038), clínico (3137) y nexos epidemiológicos (493). Se registraron 76 defunciones, 2 en 2017 y 74 en 2018 (37 en Delta Amacuro, 27 en Amazonas, 6 en Miranda, 3 en Distrito Capital y 1 en Bolívar). La tasa de incidencia acumulada en el país es de 17,8 por 100 000 habitantes. Las autoridades de salud de Venezuela han implementado una serie de estrategias de vacunación orientadas a interrumpir la circulación del virus. Además de campañas de vacunación, entre otras acciones tomadas figuran: la intensificación de la vigilancia de las enfermedades febriles eruptivas y la vacunación por bloqueo 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. La mayor parte de los casos corresponden al Distrito Indígena de Salud de Auaris.

En **Venezuela**, entre la SE 1 y la SE 52 de 2018, se confirmaron 499 casos de sarampión en poblaciones indígenas de los estados. Adicionalmente, se registraron 64 defunciones de las cuales 37 son de Delta Amacuro (todas de la etnia Warao) y 27 son de Amazonas (16 de la etnia Sanema). Actualmente se encuentran en investigación otras muertes pertenecientes a estas comunidades indígenas.

En la SE 52 de 2018 no se notificaron casos de sarampión, sin embargo, se mantiene la vigilancia activa y la vacunación por bloqueo ante la aparición de casos sospechosos. La fecha de inicio de exantema del último caso confirmado en población indígena corresponde a la SE 50 y procede del estado de Zulia.

Leer [orientaciones para las autoridades nacionales](#)

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

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)

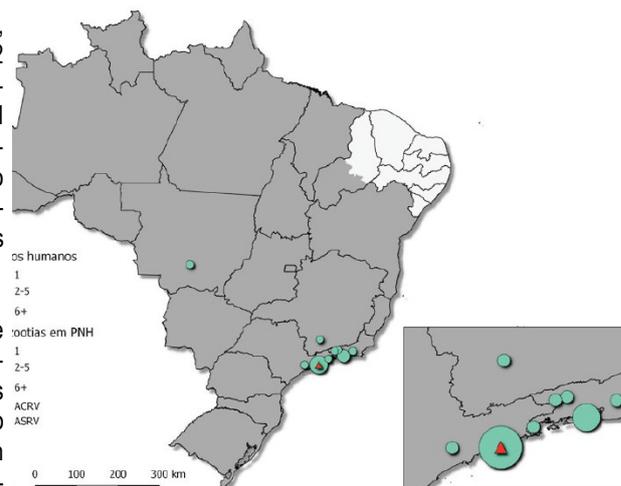
En el período de monitoreo (julio/2018 a junio/2019), entre las semanas epidemiológicas (SE) 27 y 49 de 2018, se notificaron al Ministerio de Salud 1509 epizootias en Primates no humanos (PNH), de las cuales 371 fueron descartadas, 714 fueron indeterminadas (s / colecta de muestras), 405 permanecen en 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 Caraguatuba, 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 cercanías 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](http://www.sa.gov.br)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

RESUMEN DE OTROS EVENTOS DE LA SEMANA

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

Continúa el brote de la enfermedad del virus del Ébola (EVE) en las provincias Kivu del Norte e Ituri, en República Democrática del Congo. Desde el último informe de 11 de enero de 2019, se informaron 41 nuevos casos confirmados con 29 muertes adicionales.

Hasta el 19 de enero de 2019, hubo un total de 685 casos de EVE, incluidos 636 casos confirmados y probables. Hasta la fecha, los casos confirmados se han informado de 18 zonas de salud: Beni (218), Biena (2), Butembo (52), Kalunguta (40), Katwa (122), Kyondo (10), Mabalako (89), Masereka (7), Musienene (6), Mutwanga (3), Oicha (25), Vuhovi (9), Mangurujipa (2) y Kayna (4) en la provincia Kivu del Norte; y Komanda (27), Mandima (17), Nyankunde (1) y Tchomia (2) en la provincia Ituri. Trece de las 18 zonas sanitarias afectadas reportaron al menos un nuevo caso confirmado en los 21 días anteriores. Se registraron un total de 419 muertes, incluyendo 370 entre los casos confirmados, resultando en una tasa de letalidad entre los casos confirmados del 58% (370/636). El número de trabajadores sanitarios infectados se mantiene en 56, con 18 muertes.

Los puntos calientes del brote son Katwa y Butembo. Oicha es el tercer punto de acceso, donde la resistencia a la respuesta y la inseguridad representan un significativo reto. La nueva zona de salud afectada de Kanya está situada en la carretera nacional a Goma. Han pasado 18 días desde que la última confirmación se informó en Beni.

El rastreo de contactos está en curso en 12 zonas de salud; sin embargo, sigue siendo difícil debido a la inseguridad y a los continuos focos de renuencia de la comunidad. El número de contactos seguidos al 18 de enero de 2019 fue 4971, de los cuales 4113 (83%) se habían visto en las 24 horas anteriores.

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 comunidades, y la identificación y lista de contactos en torno a los últimos casos confirmados. En la zona de salud Aloya se está logrando una vigilancia activa con relevos comunitarios, mientras se ha establecido un informe de vigilancia del circuito con proveedores de servicios capacitados en Oicha.
- El 16 de enero de 2019, fueron vacunadas 486 personas en seis zonas de salud, elevando el número acumulado de personas vacunadas desde el inicio del brote a 61 201. La vacunación en anillos continúa en Beni y Komanda en torno a los casos confirmados, y en las zonas salud Goma y Karisimbi para trabajadores de primera línea.
- El control de puntos de entrada / puntos de control (PoE / PoC) continúa, con 76 de ellos activos.
- 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. En el CTE de Beni un nutricionista está supervisando la provisión de atención nutricional adecuada a los pacientes.
- Continúan las actividades Prevención y control de infecciones (IPC), y de agua, saneamiento e higiene (WASH); y 22 curanderos tradicionales han sido informados en Komanda.
- 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.

Interpretación de la situación por la OMS

El brote de ébola en la RDC continúa evolucionando en un entorno complejo y desafiante. La adición de dos nuevas zonas de salud afectadas en Kivu del Norte es de particular preocupación, como lo es el constante incremento de casos recientemente confirmados y las muertes en las zonas calientes más importantes. La inseguridad y la reticencia de la comunidad continúan obstaculizando la implementación de medidas de prevención y control. La OMS y sus socios, bajo el liderazgo del gobierno, continúan realizando actividades de respuesta clave 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 Influenza](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en El Salvador](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en Paraguay](#)
- ⇒ [Dengue en México](#)
- ⇒ [Campaña de vacunación contra sarampión en Costa Rica](#)
- ⇒ [Venezuela alcanza coberturas de vacunación sobre 95% para sarampión y difteria](#)
- ⇒ [Sarampión en Liberia](#)
- ⇒ [Sarampión en Madagascar](#)
- ⇒ [Sarampión en Mali](#)
- ⇒ [Sarampión en Sierra Leona](#)
- ⇒ [Cólera en Burundi](#)
- ⇒ [Cólera en Camerún](#)
- ⇒ [Cólera en Tanzania](#)
- ⇒ [Cólera de Uganda](#)
- ⇒ [Cólera en Zimbabue](#)
- ⇒ [Fiebre de Lassa en Benin](#)
- ⇒ [Fiebre de Lassa en Nigeria](#)
- ⇒ [Fiebre de Lassa en Togo](#)
- ⇒ [Fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en Uganda](#)
- ⇒ [Hepatitis E en República Centroafricana](#)
- ⇒ [Brote de hantavirus de Epuén, Argentina](#)
- ⇒ [Ántrax en República Unida de Tanzania](#)
- ⇒ [Poliovirus derivado de la vacuna circulante en Níger](#)
- ⇒ [Poliomielitis derivado de la vacuna circulante en Nigeria](#)
- ⇒ [Poliomielitis en República Democrática del Congo](#)
- ⇒ [Dos brotes de gripe aviar en República Dominicana](#)
- ⇒ [Viruela del simio fiebre amarilla y hepatitis E en República Centroafricana](#)

Recomendamos leer

Un estudio puede revelar de qué modo causa lesiones en el cerebro el virus del Zika



Científicos del Instituto de Ciencias Biomédicas de la Universidad de São Paulo (ICB-USP), en Brasil, hallaron una molécula en ratonas embarazadas que, cuando se la inhibe, provoca una disminución de los efectos del virus del Zika en el sistema nervioso de las crías, la microcefalia entre ellos. [Leer más...](#)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

ARTE Y MEDICINA

Higea, la diosa griega de la salud, pintada por Rubens

Higea -o Higía, o Hygieía, o Hygeia, que, de estas formas y quizás algunas más, podemos encontrar escrito su nombre- era la diosa griega de la salud. Pertenece a una ilustre familia mitológica: hija de Asclepio, el dios de la medicina (al que los romanos, luego, llamaron Esculapio) y, por tanto, nieta de Apolo, uno de los más poderosos y polifacéticos dioses del Olimpo, y hermana -entre otras y otros- de Panacea “la que todo lo cura”. Con su abuelo, su padre y su hermana aparece todavía en el inicio del famoso Juramento Hipocrático.

Este cuadro es uno de los menos conocidos, pero no por eso menos bello, de **Pablo Rubens** (*Higea, diosa de la salud*. c.1615). El pintor nos muestra aquí esplendorosa a la diosa de la salud, representada con su principal atributo: la serpiente (1). Como dicen los autores del libro *El médico de familia en el arte*:



“... el contenido del cuadro se centra

en ese antídoto que Higea deposita en la boca de la serpiente sagrada para que el veneno de ella se transforme en remedio beneficioso para la salud corporal del enfermo, mientras la voluptuosidad del cuerpo divinizado (característica de los cánones formales del pintor) y el apasionado color de las telas envuelven la acción en una mirada de anhelo, sorpresa e incredulidad por parte del espectador...”

(1) La serpiente, en medicina, como en muchas culturas, no tiene la connotación negativa que algunos le otorgan. Al contrario, la serpiente que muda su piel, es signo de renovación, de sanación. Por eso aparece en el emblema de algunas profesiones sanitarias y, concretamente, en el **Bastón** o “**Vara de Esculapio**”.

(Boletín No. 21 de 2018)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

ARTE Y MEDICINA



Una visita a Esculapio (1880)
Sir Edward Poynter (1836-1919).

Siendo ella diosa tan importante, la hermosa **Venus** no puede ser atendida por otro médico que no sea un dios como ella misma, el dios de la Medicina –**Esculapio** para los romanos, **Asclepio** para los griegos- incluso para una afección tan banal y leve como una espina clavada en su delicado pie. Así nos la muestra el británico Sir Edward John Poynter en este cuadro, donde la diosa aparece acompañada, como es habitual, por las Tres Gracias, visitando al médico en su peculiar consulta, en un jardín, al aire libre (y algo ligeritas de ropa).

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