

ISSN 1028-4346

SEI

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA
INTERNACIONAL

SEI No. 13, 2019

2 de abril



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:

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

- ⇒ **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 250 471 casos de dengue en las Américas hasta el 1 de abril de 2019. Sobresale Brasil con 185 934 casos, seguido de Colombia con 19 911, Nicaragua con 16 911 y México con 8090.
- ⇒ **Fiebre amarilla:** Tres países de la Región (Bolivia, Brasil y Perú) notificaron casos confirmados de fiebre amarilla que ocurrieron entre diciembre de 2018 y febrero de 2019. **En 2019, Brasil reporta 57 casos humanos confirmados, de ellos 13 fallecieron.**

El mundo

Situación del ébola en República Democrática del Congo

Situación de la influenza

Dengue y chikungunya en Argentina

Dengue, virus del Zika y chikungunya en Brasil

Dengue, virus del Zika y chikungunya en Colombia

Dengue, virus del Zika y chikungunya en El Salvador

Dengue, virus del Zika y chikungunya en Paraguay

Dengue, virus del Zika y chikungunya en Perú

Dengue en Tanzania

Fiebre amarilla en Perú

Malaria en Colombia y Perú

Sarampión en Chad, Colombia y Estados Unidos

Sarampión en Guinea, Liberia, Madagascar y Mali

Sarampión en República Centroafricana y República Democrática del Congo

Cólera en Tanzania y Zambia

Ántrax en Tanzania

Enfermedades transmitidas por los alimentos en Uganda

Enfermedad de Chagas en Perú

Fiebre de Lassa en Liberia

Fiebre de Lassa en Nigeria

Hepatitis E en República Centroafricana

Hepatitis E en Sudán del Sur

Meningitis en Chad

Viruela del simio en República Democrática del Congo

Situación de salud en Mali

Situación de salud en República Centroafricana

Inundaciones en Malawi

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

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

Casos acumulados de zika 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.

Se mantenía en **48 el número de países y territorios de las Américas que confirmaron casos autóctonos por transmisión vectorial de Zika** y en 5 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.

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

Resumen Global

84 países y territorios reportaron evidencia de transmisión del virus del Zika transmitida por mosquitos en el mundo desde el año 2007.

- **Síndrome Congénito asociado al virus del Zika**

De los 34 países y territorios con Síndrome Congénito asociado al virus del Zika, el 79,4% (27) pertenecen a la región de las Américas.

Fuente: [Actualización epidemiológica de la OPS, casos acumulados del 4 de enero de 2018](#)

- **Virus 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 ocurrió 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 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](#)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

◆ Resumen semanal de dengue

La Organización Panamericana de la Salud reporta **250 471 casos de dengue en las Américas** hasta el 1 de abril de 2019. Sobresale **Brasil con 185 934 casos**, seguido de Colombia con 19 911, Nicaragua con 16 911 y México con 8090.

Países	Casos	Países	Casos
Brasil	185934	Paraguay	292
Colombia	19911	Guadalupe	192
Nicaragua	16692	Trinidad y Tobago	106
México	8090	Martinica	93
Honduras	3665	Estados Unidos	58
Perú	3370	Granada	20
Bolivia	2735	San Martín	20
Venezuela	2520	Islas Caimán	17
El Salvador	1662	Dominica	11
Panamá	1083	Antigua y Barbuda	7
Jamaica	981	Aruba	7
Rep. Dominicana	866	Isla Vírgenes (UK)	6
Ecuador	533	San Vicente y las Granadinas	5
Guatemala	435	Guyana	4
Belice	401	Barbados	2
Argentina	394	Bermuda	1
Costa Rica	358		
Total			250 471

Figura 1. Distribución geográfica del dengue en las Américas el 1 de abril de 2019.



Se reportaron **81 fallecidos** (Brasil 44, Honduras 10, Jamaica y Venezuela 6 cada uno, Perú 5, Bolivia y México 3 cada uno, Guatemala 2 y Nicaragua y Panamá 1 cada uno).

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

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

◆ **Actualización epidemiológica de fiebre amarilla en las Américas, 6 de marzo de 2019**

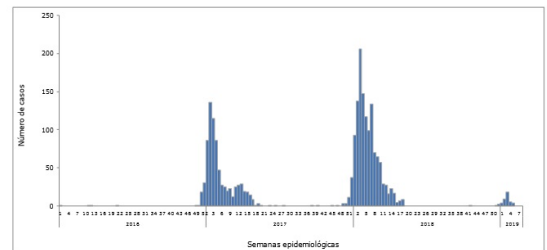
En 2018, fueron 5 los países y territorios de la región de las Américas que notificaron casos confirmados de fiebre amarilla: Bolivia, Brasil, Colombia, Guayana Francesa y Perú, mientras que en 2019, tres países de la Región (Bolivia, Brasil y Perú) notificaron casos confirmados de fiebre amarilla que ocurrieron entre diciembre de 2018 y febrero de 2019.

En **Bolivia** se reportó un caso confirmado de fiebre amarilla en un hombre de 17 años, no vacunado, con lugar probable de infección en el municipio de Villa Tunari, departamento de Cochabamba (área considerada de riesgo para fiebre amarilla). El último caso confirmado de fiebre amarilla fue reportado en la provincia de San Ramón, departamento de Beni, en el año 2018. En los últimos 5 años, Bolivia notificó 6 casos confirmados, la mayor parte de ellos ocurrieron en el departamento de La Paz.

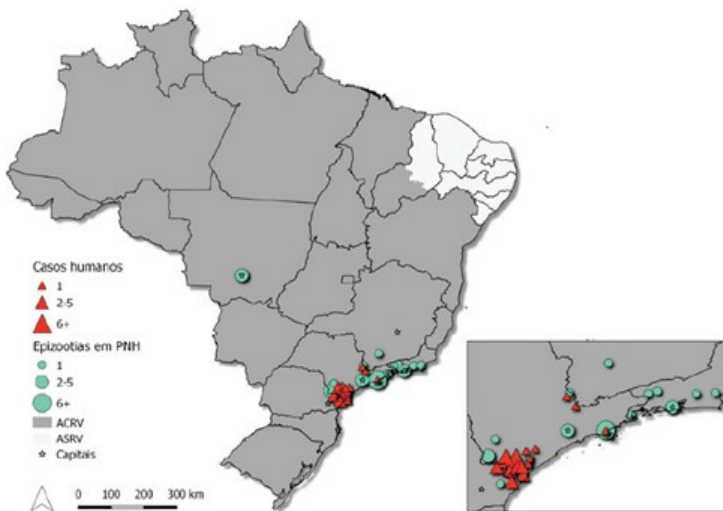
En **Perú**, entre la SE 1 y la SE 8 de 2019, se notificaron 9 casos, uno de ellos confirmado para fiebre amarilla y 8 casos probables que están bajo investigación. En los últimos 5 años (2014-2018) se notificaron 121 casos de fiebre amarilla de los cuales 21 fueron confirmados y 100 clasificados como probables.

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

Brasil se encuentra actualmente en el periodo reconocido históricamente como de mayor transmisión (periodo estacional) que se extiende de diciembre a mayo. La expansión del área histórica de transmisión de la fiebre amarilla hacia áreas consideradas previamente sin riesgo había ocasionado dos olas de transmisión, una en el periodo estacional 2016-2017 con 778 casos humanos confirmados incluidas 262 defunciones y otra en el periodo estacional 2017-2018 con 1376 casos humanos confirmados incluidas 483 defunciones.



Fuente: Datos publicados por el Ministerio de Salud de Brasil (2016-2018, hasta la SE 50) y la Secretaría de Salud de los estados de São Paulo y Paraná (SE 51 de 2018 a SE 9 de 2019) y reproducidos por la OPS/OMS



En el presente periodo estacional (2018-2019) se notificaron 1249 casos humanos, de ellos se confirmaron 57 y 13 fallecieron.

Permanecen 173 en investigación y 919 fueron descartados. Además, se notificaron 2209 casos no humanos, de ellos se confirmaron 30, permanecen 171 en investigación, 978 se clasificaron como indeterminados y 1030 fueron descartados.

Vigilancia de Casos Humanos

Se registraron casos humanos confirmados en los estados São Paulo (53) y Paraná (4). La mayoría de los casos eran trabajadores rurales, 51 casos del sexo masculino, con edades comprendidas entre 8 y 87 años. El primer caso confirmado en Paraná tuvo fecha de inicio de los síntomas en enero / 2019 (SE 4), dentro del período estacional

de la enfermedad (diciembre a mayo), cuando fueron confirmados 57 casos, de los cuales 13 fallecieron.

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

Se registraron epizootias de PNH confirmadas en São Paulo (18), Río de Janeiro (8), Minas Gerais (1), Mato Grosso (2) y Paraná (1) con mayor número de epidemias confirmadas en la región Sudeste (90%, 27/30). La región Sur no había sido afectada durante la reemergencia iniciada en 2014, pero registra circulación del virus desde de enero / 2019 (SE 4).

Áreas de riesgo

Ante este escenario, es fundamental que los municipios de las áreas de riesgo amplíen las coberturas vacunales (al menos el 95% de cobertura), con el objetivo de garantizar la protección de la población contra la enfermedad, reduciendo el riesgo de muertes y brotes por la enfermedad y el riesgo de reurbanización de esta (por *Aedes aegypti*).

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

RESUMEN DE OTROS EVENTOS DE LA SEMANA

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

◆ **Actualización epidemiológica de sarampión en las Américas, 4 de marzo de 2019.**

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y 9 de 2019, diez países notificaron casos confirmados de sarampión que ocurrieron entre diciembre de 2018 y febrero de 2019: Argentina, Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Estados Unidos de América, México y la República Bolivariana de Venezuela. En lo que va del año, no se han reportado defunciones por sarampión.

En 2018 fueron 12 los países de la Región de las Américas que notificaron casos confirmados de sarampión y 2 de ellos reportaron defunciones: Brasil y Venezuela.

A continuación, se presenta un resumen de la situación en los países que notificaron casos en 2019:

Argentina notificó un caso importado de sarampión confirmado por laboratorio. El caso, sin antecedente de vacunación conocido. Inició exantema al regreso de un viaje laboral a la Región Administrativa Especial de Hong Kong de la República de China.

Bahamas notificó un caso importado de sarampión confirmado por laboratorio. El caso es un niño de 4 años, sin antecedentes de vacunación que llegó a Bahamas, procedente de Francia.

En **Brasil**, entre la SE 6 de 2018 y la SE 9 de 2019 se notificaron 10 334 casos confirmados de sarampión, incluidas 12 defunciones. Desde lo informado en la Actualización Epidemiológica del 18 de enero de 2019, se notificaron 60 casos confirmados adicionales. Son 11 las Unidades Federales que notificaron casos confirmados de sarampión

En **Canadá**, hasta la SE 6 de 2019 se notificaron 5 casos confirmados de sarampión. La mayoría de los casos reportados en 2019 están asociados a un brote que afecta a niños en edad escolar en Vancouver, el cual a su vez se originó a partir de importación.

En **Chile**, entre la SE 45 de 2018 y la SE 8 de 2019, se confirmaron 26 casos de sarampión; 8 importados y 18 relacionados a importación. De esos, 14 casos requirieron hospitalización.

En **Colombia**, entre la SE 10 de 2018 y la SE 9 de 2019 se confirmaron 241 casos de sarampión.

Costa Rica notificó un caso confirmado de sarampión que corresponde a un niño de 5 años de nacionalidad francesa, sin historial de vacunación

En **Estados Unidos**, entre el 1 de enero y el 21 de febrero de 2019 se confirmaron 159 casos de sarampión en 10 estados, que corresponden a 6 brotes reportados. Los estados que notificaron casos confirmados fueron California, Colorado, Connecticut, Georgia, Illinois, Kentucky, Nueva York, Oregon, Texas, y Washington. En 2018 se reportaron 17 brotes, siendo los brotes en el estado de Nueva York, la ciudad de Nueva York y el estado de Nueva Jersey los que registraron el mayor número de casos.

México notificó un caso importado de sarampión confirmado por laboratorio, con antecedente de viaje a Francia (París) y a Estados Unidos de América (Houston, Texas).

En **Venezuela**, entre el 1 de enero y el 27 de febrero de 2019, se han notificado 283 casos de los cuales 40 han sido confirmados.

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 52 de 2018, se confirmaron 508 casos de sarampión en poblaciones indígenas. Adicionalmente, se registraron 62 defunciones.

Orientaciones para las autoridades nacionales

Ante las continuas importaciones del virus desde otras regiones del mundo y los brotes en curso en las Américas, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) refuerza las recomendaciones realizadas desde febrero de 2015 a todos los Estados Miembros respecto a:

Vacunar para **mantener coberturas homogéneas del 95%** con la primera y segunda dosis de la vacuna contra el sarampión, la rubéola y las paperas, en todos los municipios.

Vacunar a poblaciones en riesgo, sin prueba de vacunación o inmunidad contra el sarampión y la rubéola, tales como personal de salud, personas que trabajan en turismo y transporte (hotelería, aeropuerto, taxis y otros) y viajeros internacionales.

Mantener una reserva de vacuna sarampión-rubéola (SR) y/o sarampión-rubéola-parotiditis (SRP) y **jeringas** para acciones de control de casos importados en cada país de la Región.

Fortalecer la vigilancia epidemiológica del sarampión para lograr la detección oportuna de todos los casos sospechosos en los servicios de salud públicos y privados, y asegurar de que las muestras se reciban en el laboratorio en el plazo de 5 días después de haberse tomado y que los resultados de laboratorio estén disponibles en un periodo de no más de 4 días.

Brindar una respuesta rápida frente a los casos importados de sarampión para evitar el restablecimiento de la transmisión endémica, a través de la activación de los grupos de respuesta rápida entrenados con este fin e implementando protocolos nacionales de respuesta rápida frente a los casos importados. Una vez que se active el equipo de respuesta rápida, se deberá asegurar una coordinación permanente entre el nivel nacional y local con canales de comunicación permanentes y fluidos entre todos los niveles (nacional, subnacional y local).

Identificar los flujos migratorios externos (llegada de personas extranjeras) e internos (desplazamientos de grupos poblacionales) en cada país, incluyendo las poblaciones indígenas, para facilitar el acceso a los servicios de vacunación, según el esquema nacional.

Implementar un plan para inmunizar a la población migrante en las fronteras de alto tránsito, priorizando la población en riesgo, tanto migrante como residente en los municipios que albergan a estos grupos de población.

Incrementar las coberturas vacunales y fortalecer la vigilancia epidemiológica en áreas de fronteras a fin incrementar la inmunidad poblacional y detectar/responder rápidamente frente a casos altamente sospechosos de sarampión.

En situación de brote, se debe establecer el adecuado manejo intrahospitalario de casos para evitar la transmisión nosocomial, con un adecuado flujo de referencia de pacientes a salas de aislamiento (en cualquier nivel de atención) evitando el contacto con otros pacientes en salas de espera y/o salas de hospitalización por otras causas.

Adicionalmente, la OPS/OMS recomienda a los Estados Miembros que se aconseje a todo viajero de 6 meses de edad en adelante que no pueda mostrar prueba de vacunación o inmunidad, que reciba la vacuna contra el sarampión y la rubéola, preferiblemente la vacuna triple viral (sarampión, rubéola y parotiditis - SRP), al menos dos semanas antes de viajar a áreas donde se ha documentado la transmisión de sarampión. Las recomendaciones de la OPS/OMS con relación a consejos para los viajeros, se encuentran disponibles en la Actualización Epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 27 de octubre de 2017.

Fuente: [Organización Mundial de la Salud](http://www.who.int)

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 República Democrática del Congo, continúa. Desde el último informe el 24 de marzo de 2019, se han informado 72 nuevos casos confirmados de EVE, con 47 muertes.

Hasta el 30 de marzo de 2019, se ha reportado un total de 1082 casos de EVE, incluyendo 1016 confirmados y 66 casos probables; el nuevo caso probable fue reportado por Vuhovi. Tras la reclasificación de un caso confirmado a Mandima, notificado inicialmente de Mambasa, donde se originó la enfermedad, el número de zonas de salud que informaron al menos un caso confirmado o probable desde el inicio del brote es 21: Beni (238), Biena (6), Butembo (98), Kalunguta (48), Katwa (302), Kayna (8), Kyondo (16), Mabalako (90), Mangu-rujipa (5), Masereka (28), Musienene (7), Mutwanga (4), Oicha (38), Vuhovi (45) y Lubero (4) en la provincia Kivu del Norte; y Rwampara (1), Komanda (27), Mandima (47), Nyankunde (1), y Tchomia (2) en la provincia Ituri. En los últimos 21 días (del 10 al 30 de marzo de 2019) trece de las 21 zonas de salud afectadas reportaron nuevos casos confirmados. Musienene reportó un nuevo caso confirmado el 30 de marzo de 2019, después de 75 días sin casos confirmados.

Se registró un total de 676 muertes, incluyendo 610 entre los casos confirmados, para una tasa de letalidad entre los casos confirmados de 60% (610/1 016). Dos nuevos trabajadores de salud han sido afectados, uno de los cuales murió en un Centro de Tratamiento de Ébola (CTE), lo que eleva el número total de trabajadores sanitarios afectados a 80, con 28 fallecidos.

Katwa es actualmente el principal foco activo del brote, reportando el 28% (44/160) de todos los casos confirmados en los últimos 21 días. Vuhovi, Mandima, Masereka y Butembo registraron el 20%, 15%, 12% y 8%, respectivamente, de todos los casos confirmados en los últimos 21 días. Siete zonas de salud, concretamente, Katwa, Beni, Mandima, Vuhovi, Masereka, Musienene y Oicha tienen informes de nuevos casos confirmados en los últimos tres días y quedan puntos de atención.

El rastreo de contactos está en curso en 15 zonas de salud, con desafíos en el seguimiento como resultado de la inseguridad y de la reticencia de la comunidad. El número de contactos seguidos al 30 de marzo de 2019 fue de 6989, de los cuales se han visto 5949 (85%) en las últimas 24 horas.

Acciones de Salud Pública

- Las actividades de vigilancia activa, incluidas las investigaciones de casos, la búsqueda activa de casos en centros de salud y comunidades, y la identificación y listado de contactos en torno a los últimos casos confirmados continúan. La colaboración entre las autoridades de salud en la República Democrática del Congo y Uganda continúa con el monitoreo de los contactos desplazados.
- Hasta el 30 de marzo de 2019, un total acumulado de 93 610 personas fueron vacunadas desde el inicio del brote. Continúa la vacunación en anillos en las zonas de salud Beni, Katwa, Butembo, Mandima, Bunia, Vuhovi y Lubero (relacionados con casos confirmados) y en Goma para proveedores de primera línea.
- Hay una supervisión formativa de PoE / PoC operacionales en curso, con participación en la conferencia sobre fortalecimiento de la prevención de EVE en Kasindi; la práctica en la conciencia masiva del buen lavado de manos continúa en el PoE de Kasindi, y los oficiales de policía han sido desplegado a los diferentes PoC de Bunia.
- Hay actividades continuas de reintegración en la comunidad para pacientes dados de alta de los Centros de Tratamiento de Ébola (CTE), junto con sesiones de psicoeducación para fortalecer el compromiso y la colaboración de la comunidad en la respuesta.
- Las actividades de prevención y control de infecciones (IPC, por sus siglas en inglés) y de agua, saneamiento e higiene (WASH, también por sus siglas en inglés) continúan donde es posible, la prevención y control de infecciones (IPC) y agua, saneamiento e higiene (WASH), incluidos ocho de cada diez establecimientos de salud y tres hogares de cada siete en Beni, Oicha y Katwa se descontaminaron esta semana.
- Las sesiones de concientización y movilización de la comunidad continúan, con evaluación del compromiso de la comunidad en el área de salud de Mukulya con líderes de base para fortalecer la vigilancia comunitaria y el manejo de incidentes.
- Se realizó una visita guiada del CTE de Beni por el equipo de relevo de la comunidad en el área de salud Kasanga y a los jefes de base del distrito Boikene para mejorar la percepción de la comunidad y la gestión de casos.
- Se realizó una sesión de concientización para padres y alumnos que fueron contactos de un caso confirmado en el Instituto Kisolekele, área de salud Butsili. Se están llevando a cabo sesiones de concientización continua en las escuelas en todas las áreas alrededor de CTE.

Interpretación de la situación por la OMS

El brote de Ébola en la República Democrática del Congo continúa con moderada intensidad de transmisión. Tras los recientes episodios de violencia, ha habido un aumento en el número semanal de casos, después de muchas semanas de disminución general. El número de zonas de salud que informaron al menos un caso confirmado en los últimos 21 días ha vuelto a aumentar y Katwa continúa como el principal punto afectado del brote. El seguimiento de contacto en la comunidad y la renuencia a reportar muertes sospechosas, con los entierros inseguros subsiguientes, continúa siendo un problema. Sin embargo, todavía hay muchas áreas donde el brote ha sido controlado, demostrando que las medidas de salud pública implementadas están funcionando. La acción determinada es necesaria durante los próximos seis meses, y aunque los donantes han sido generosos, todavía hay brechas de financiamiento, que deben cubrirse para garantizar que este brote se lleve a una rápida conclusión.

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

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

OTROS EVENTOS DE LA SEMANA

- ⇒ [Situación del ébola en la República Democrática del Congo](#)
- ⇒ [Situación de influenza](#)
- ⇒ [Dengue y chikungunya en Argentina](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en Brasil](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en Colombia](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en El Salvador](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en Paraguay](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en Perú](#)
- ⇒ [Dengue en Tanzania](#)
- ⇒ [Fiebre amarilla en Perú](#)
- ⇒ [Malaria en Colombia](#)
- ⇒ [Malaria en Perú](#)
- ⇒ [Sarampión en Chad](#)
- ⇒ [Sarampión en Colombia](#)
- ⇒ [Sarampión en Estados Unidos](#)
- ⇒ [Sarampión en Guinea](#)
- ⇒ [Sarampión en Liberia](#)
- ⇒ [Sarampión en Madagascar](#)
- ⇒ [Sarampión en Mali](#)
- ⇒ [Sarampión en República Centroafricana](#)
- ⇒ [Sarampión en República Democrática del Congo](#)
- ⇒ [Cólera en Tanzania](#)
- ⇒ [Cólera en Zambia](#)
- ⇒ [Ántrax en Tanzania](#)
- ⇒ [Enfermedades transmitidas por los alimentos en Uganda](#)
- ⇒ [Enfermedad de Chagas en Perú](#)
- ⇒ [Fiebre de Lassa en Liberia](#)
- ⇒ [Fiebre de Lassa en Nigeria](#)
- ⇒ [Hepatitis E en República Centroafricana](#)
- ⇒ [Hepatitis E en Sudán del Sur](#)
- ⇒ [Meningitis en Chad](#)
- ⇒ [Viruela del simio en República Democrática del Congo](#)
- ⇒ [Situación de salud en Mali](#)
- ⇒ [Situación de salud en República Centroafricana](#)
- ⇒ [Inundaciones en Malawi](#)

Recomendamos leer



Un tratamiento más corto para la enfermedad de Chagas puede ser igual de eficaz y mucho más seguro

La enfermedad de Chagas afecta a unos seis millones de personas en el mundo y puede causar daños irreversibles en órganos vitales y la muerte. Un tratamiento de dos semanas para pacientes adultos con Chagas crónico comparado con placebo muestra una eficacia similar y un número significativamente menor de efectos adversos que el tratamiento estándar de ocho semanas de duración, según los resultados de un ensayo clínico en Bolivia. [Leer más...](#)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

ARTE Y MEDICINA

Los primeros casos conocidos del síndrome de Ambras



Solo hace poco más de veinte años desde que Baumeister y colaboradores, en 1993, describieran por primera vez el síndrome de Ambras, una rara variante (el número de casos documentados en la literatura médica no llega a los cincuenta) de hipertrofia universal congénita, cuya causa es una alteración genética del cromosoma 8; aunque el epónimo hace referencia a una serie de pinturas datadas en el último tercio del siglo XVI, que se encontraban en el castillo austriaco del mismo nombre: el castillo de Ambras.

El síndrome de Ambras se caracteriza porque las personas afectadas presentan un vello largo, coloreado y grueso en todas las zonas pilosas de su cuerpo; especialmente abundante en la cara, orejas y hombros. En algunos casos puede haber dismorfismos, que afectan principalmente a los huesos faciales, dientes y dedos (polidactilia). Pero no hay alteraciones endocrinológicas ni en la capacidad intelectual.

La primera persona con síndrome de Ambras de la que ha quedado testimonio histórico se llamaba Pedro González (más conocido con su nombre en latín Petrus Gonsalvus), un canario nacido en la isla de Tenerife, en 1537. Siendo niño todavía, le llevaron desde su isla a la corte de Enrique II de Francia. Se dice que el mismo rey se dio cuenta de que el pequeño “*sauvage*” no tenía “un pelo de tonto” -nunca mejor dicho- y le procuró una esmerada educación (aprendió latín y otras lenguas europeas). Luego lo destinó a su servicio en la mesa, nombrándole “*sommelier de boca del rey*”, y dispuso para él una renta anual de 240 libras, una cantidad nada despreciable en la época.

A la muerte de Enrique II, Petrus Gonsalvus fue “regalado” a Margarita de Austria, hija de Carlos I de España, duquesa de Florencia, duquesa de Parma y, por entonces, gobernadora de Flandes. En esa época, Petrus Gonsalvus se casa con

una bella joven, Catherine, con la que tuvo seis hijos. Cuatro de ellos heredaron la enfermedad de su padre, lo cual es sorprendente dada la escasísima frecuencia con la que se presenta.

No nos puede extrañar que los médicos de la época se mostraran enormemente interesados por la familia Gonsalvus. Se sabe que fueron estudiados por Ambroise Paré, el gran cirujano francés, autor -entre otros muchos- de un famoso libro sobre “monstruos y prodigios”. También fueron estudiados por el profesor de la Universidad de Basilea, Felix Plater. Pero los estudios más conocidos sobre los Gonsalvus fueron obra de Ulisse Aldrovandi, de Bolonia, autor de la más célebre *Monstruorum Historia* de la época.

Más que para ilustrar las obras científicas, para satisfacer la curiosidad de monarcas y aristócratas, la familia Gonsalvus fue retratada por diversos artistas. El primero fue un pintor cuyo nombre desconocemos, que realizó cuatro cuadros: el padre, la madre y dos de sus hijos, una niña y un niño. Todo indica que fue un encargo de Fernando II, archiduque de Austria y conde del Tirol, un auténtico y peculiar mecenas de las artes y las ciencias, para la “colección de curiosidades” que creó en el ya citado castillo de Ambras (origen del epónimo). Estas pinturas se encuentran, en la actualidad, en una de las salas del Kunsthistorisches Museum, de Viena. Y uno de esos cuadros, el que nos muestra al padre de familia, es el que da inicio a esta entrada. Sobre las pinturas de Ambras, Alberto Manguel (que las fecha “con toda probabilidad después de 1576”) escribe:

“Con la excepción de la madre, que posa contra un fondo de terciopelo negro, cada miembro de la familia [el padre, la hija, a la edad de cinco o seis años, y su hermano menor, de dos o tres años] está pintado contra una roca o gruta; llama la atención el contraste entre sus rostros animales, rasgos de la naturaleza agreste, y sus elegantes trajes, emblemas de la civilización”. En 1580, probablemente, Dirk de Quade van Ravestyn pintó a los Gonsalvus para el melancólico emperador Rodolfo II quien, enclaustrado en su palacio de Praga, había reunido en torno suyo a muchos de los mejores artistas y estudiosos de la época para que le llevaran imágenes del mundo exterior. Dos años más tarde, en 1582, el pintor Joris Hoefnagel utilizó las pinturas de Ambras como modelo para dibujar a los Gonsalvus por parejas (los padres y los hijos) en dos óvalos para un álbum... La ilustración que nos muestra a Petrus y a su bella esposa es la que vemos a la derecha:



BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

ARTE Y MEDICINA

En 1585, la familia Gonsalvus se encuentra en Parma, en la corte de los Farnesio, con Margarita de Austria. Ese mismo año la extraordinaria pintora Lavinia Fontana retrató a la hija de Petrus y Catherine, a la que llaman Tognina o Antonietta, cuando tenía unos doce años de edad. La niña se había convertido en un “regalo” para la marquesa de Soragna, como queda patente en el papel que nos muestra mientras sus ojos, desafiantes pero serenos, se clavan en nuestra mirada...



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