ISSN 1028-4346

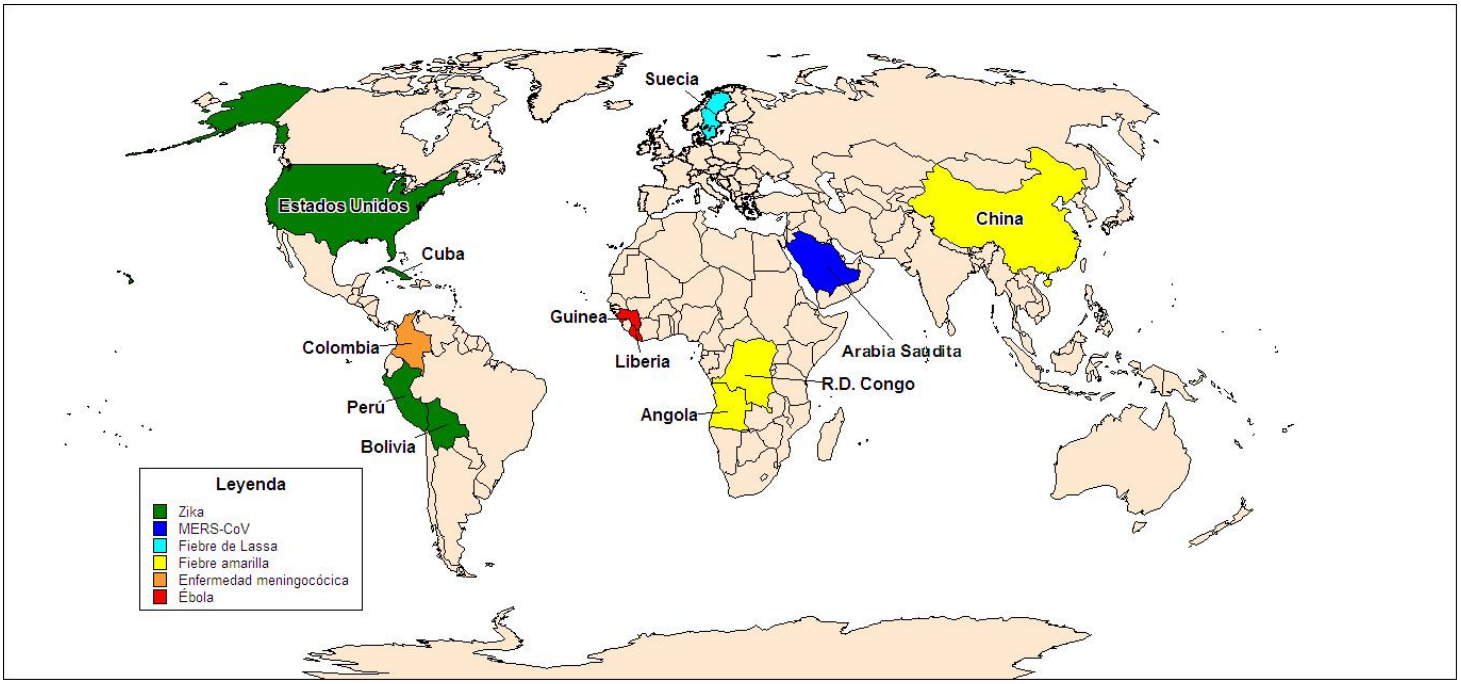
Situación Epidemiológica Internacional

CENTRO DE DIRECCIÓN. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Dirección Postal: Calle 23 No. 201 entre M y N, Plaza, La Habana, Cuba.
Código Postal: 10 400.
e-mail: vigilanciaensalud@infomed.sld.cu

ISSN 1028-4346

Situación Epidemiológica Internacional

Nuevos brotes de esta semana



Mapa: Centro de Dirección Ministerial

Tabla de contenido

- Actualización del virus del Zika 3
- Chikungunya en las Américas y el Caribe 8
- Dengue 9
- Ébola 11

Liberia y Guinea intensifican coordinación para detener nuevos casos de Ébola 11

- Enfermedad meningocócica 12

Investigan un brote de meningitis meningocócica en Colombia 12

- Fiebre Amarilla 12

Fiebre Amarilla en China: ocho casos nuevos 12

Fiebre Amarilla en la República Democrática del Congo 13

– Fiebre Amarilla en Angola 14

- Fiebre de Lassa 15

Fiebre de Lassa en Suecia 15
Infección por coronavirus 16
Síndrome Respiratorio Coronavirus del Oriente Medio (MERS-CoV) en Arabia Saudita 16
Virus del Zika 16
Octavo y noveno caso importado de virus de Zika en Cuba 16
El Zika afecta a 25 bolivianos, entre ellos nueve embarazadas 16
Perú reporta el primer caso de Zika por vía sexual 17
Aumenta la preocupación por casos de Zika en Florida 17
Más del Zika 18
Afirman científicos que el virus del Zika puede ocasionar infecciones cerebrales y medulares 18
El virus del Zika podría provocar defectos de nacimiento graves en el cerebro y en los ojos 19
Informaciones generales 20
Brigada Médica Cubana parte hacia Ecuador 20
Promoción de lectura 21
La Medicina y el Arte 22

- **Actualización del virus del Zika**

– A partir de 1 enero 2007 hasta el 13 de abril de 2016, la transmisión del virus del Zika ha sido reportada en un total de 64 países y territorios. (Tabla 1)
– (Cuatro de estos países y territorios informaron como terminado el brote de virus de Zika. (Islas Cook, Polinesia Francesa, de Isla de Pascua-Chile y Nueva Caledonia).
– Seis países han informado haber adquirido localmente la infección en ausencia de los mosquitos vectores conocidos, probablemente a través de transmisión sexual. (Argentina, Chile, Francia, Italia, Nueva Zelanda y los Estados Unidos de América).
– La distribución geográfica del virus del Zika ha aumentado de manera constante desde que el virus fue detectado por primera vez en el continente americano en 2014. La transmisión autóctona del virus Zika en 42 países experimentan un primer brote del virus Zika desde 2015, sin evidencia previa de la circulación y con la transmisión en curso por los mosquitos.
– Hasta el 13 de abril de dos países adicionales han informado de la transmisión del virus Zika transmitida por mosquitos: Belice y Santa Lucía.
– La microcefalia y otras malformaciones fetales asociadas con la infección por el virus de Zika o sugestivo de infección congénita se han reportado en seis países (Brasil, Cabo Verde, Colombia, Polinesia Francesa, Martinica y Panamá). Dos casos adicionales, vinculados a una estancia en Brasil, se detectaron en los Estados Unidos de América y Eslovenia.

ISSN 1028-4346

- En el contexto de la circulación del virus de Zika, 13 países o territorios han informado un aumento de la incidencia del síndrome de Guillain-Barré (GBS) por infección del virus de Zika entre los casos de GBS.
- La creciente evidencia de observación, cohortes y estudios de control de casos indica que virus de Zika es muy probable que sea la causa de microcefalia, GBS y otros trastornos neurológicos.
- La estrategia de prevención y control global lanzada por la OMS como una respuesta estratégica en el marco de referencia abarca la vigilancia, las actividades de respuesta y la investigación.

Tabla 1. Países, territorios y zonas de circulación del virus Zika autóctona (64), 2007-2016. *

Situación	Región	Países
Países que experimentan un primer brote del virus Zika, sin evidencia previa de la circulación, y con la transmisión en curso por mosquitos (44).	África (1)	Cabo Verde
	América (35)	Aruba, Barbados, Brasil, Bolivia, Bonaire, Colombia, Costa Rica, Cuba, Curazao, Dominica, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guyana Francesa, Guadalupe, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, Martinica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Puerto Rico, San Martin, San Vicente y las Granadinas, San Maarten, Suriname, Trinidad y Tobago, Islas Vírgenes de EE.UU, Venezuela, ***Santa Lucía*** y ***Belice.***
	Asia (1)	Maldivas
	Oceanía (7)	Samoa Americana, Fiji, Islas Marshall,Samoa, Islas Salomón, Tonga, Vanuatu.
Países donde hubo evidencia de transmisión del virus Zika en el pasado, con o sin transmisión activa actual (15)	Asia y Oceanía (10)	Cambodia, Islas Cook, Polinesia Francesca, República Democrática Popular de Lao, Malasia, Estado Federado de Micronesia, Nueva Caledonia, Papúa Nueva Guinea, Filipinas, Viet Nam.
	África (1)	Gabón
	América (1)	Islas de Pascua - Chile
	Asia (3)	Bangladesh, Indonesia, Tailandia
Países con evidencia de transmisión de persona a persona del virus Zika, no transmitida por mosquitos (6)	América (3)	Argentina, Chile y Estados Unidos
	Europa (2)	Francia, Italia
	Oceanía (1)	Nueva Zelanda

*** Países nuevos en la semana en rojo**

ISSN 1028-4346

Tabla 2. Casos confirmados y sospechosos de Zika reportados por países y subregión. Las Américas, 2015 – cierre 14 de abril del 2016

Sub-Región	Países/Territorios	Sospechosos		Confirmados		Fallecidos
		Casos	Diferencias	Casos	Diferencias	
Norte América	**México**	0	0	**222**	**21**	0
	Subtotal	**0**	**0**	**222**	**21**	**0**
America Central	**Belice**	0	0	**1**	**1**	0
	Guatemala	915	0	261	0	0
	Honduras	**17.556**	**1.020**	2	0	0
	El Salvador	**11.011**	**1.239**	**43**	**-3**	0
	Nicaragua	0	0	**135**	**4**	0
	Costa Rica	0	0	8	0	0
	Panamá	0	0	**220**	**24**	0
	Subtotal	**29.482**	**2.259**	**670**	**26**	**0**
Caribe Latino	Cuba	0	0	1	0	0
	Haití	1.777	0	5	0	0
	República Dominicana	**1.249**	**159**	**56**	**1**	1
	Puerto Rico	0	0	**436**	**64**	0
	San Martin	**160**	**3**	**42**	**6**	0
	Guadalupe	**1.090**	**190**	**191**	**52**	0
	Martinica	**16.650**	**1.210**	12	0	0
	Guyana Francesa	**3.620**	**430**	**355**	**56**	0
	Subtotal	**24.546**	**1.992**	**1.098**	**179**	**1**
Andes	**Colombia**	**61.778**	**2.988**	**3.061**	**458**	0
	Venezuela	15.495	0	352	0	1
	Ecuador	**139**	**139**	**71**	**2**	0
	Bolivia	0	0	12	0	0
	Subtotal	**77.412**	**3.127**	**3.496**	**460**	**1**
Cono Sur	Brasil	72.062	0	534	0	4
	Paraguay	0	0	7	0	0

	Subtotal	**72.062**	**0**	**541**	**0**	**4**
Caribe no Latino	Aruba	0	0	4	0	0
	Barbados	316	0	7	0	0
	Bonaire	0	0	1	0	0
	Curazao	0	0	1	0	0
	Dominica	0	0	1	0	0
	Guyana	0	0	1	0	0
	Jamaica	0	0	1	0	0
	Santa Lucía	0	0	2	0	0
	San Vicente y las Granadinas	0	0	1	0	0
	Sint Maartín	0	0	2	0	0
	Suriname	3.440	0	485	0	4
	Trinidad y Tobago	0	0	**13**	**4**	0
	Islas Vírgenes de EU	**54**	**12**	**14**	**1**	0
	Subtotal	**3.810**	**12**	**533**	**5**	**4**
Total		**207.312**	**7.390**	**6.560**	**691**	**10**

Los casos acumulados de Zika están actualizados hasta el 14 de abril. Se reportó esta semana un incremento total de 7.390 (+2.086) casos sospechosos y 691 (-295) confirmados.

Se reportan incrementos de casos en:

El Área Andina: incrementó 3.127 casos sospechosos y 460 confirmados.

Este incremento es prácticamente a expensas de Colombia que incrementó 2.988 sospechosos y 458 confirmados, seguido de Ecuador que incrementó en 2 casos confirmados y reportó 139 sospechosos.

En América Central: incrementó 2.259 casos sospechosos y 26 confirmados. Se incorpora Belice al reporte con un caso confirmado.

El Salvador y Honduras con 1.239 y 1.020 casos sospechosos respectivamente.

Panamá y Nicaragua con 24 y 4 casos confirmados respectivamente.

En el Caribe Latino: incrementó 1.992 casos sospechosos y 179 confirmados.

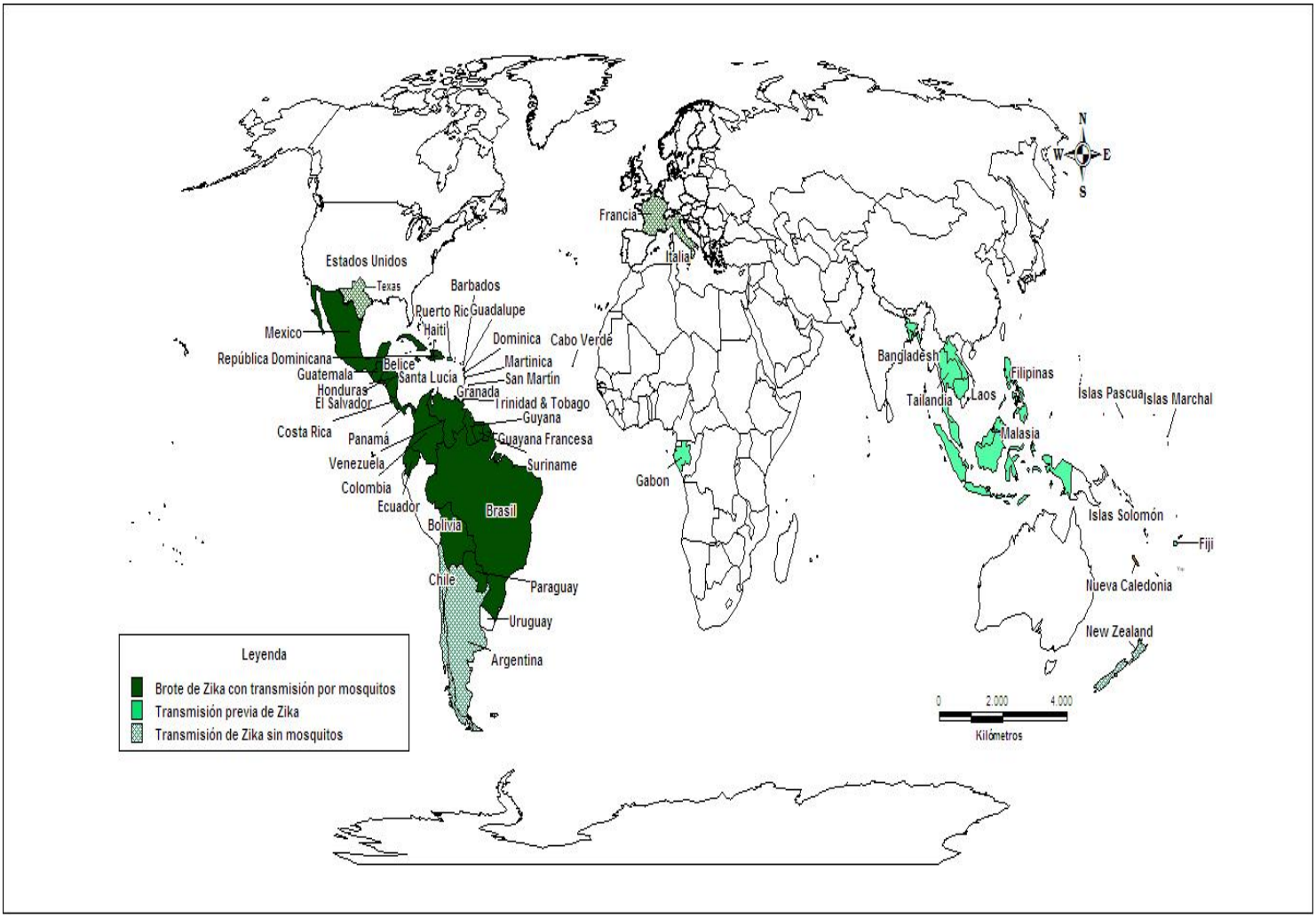
ISSN 1028-4346

Martinica incrementó 1.210 casos sospechosos. Guayana Francesa en 430 sospechosos y 56 confirmados. Seguido de Guadalupe con 190 sospechosos y 52 confirmados. República Dominicana incrementó 159 sospechosos y 1 confirmado. Puerto Rico 64 confirmados.

En América del Norte: México con 21 casos confirmados.

Fuente: Actualización epidemiológica de la OMS del 14 de abril del 2016

Países, territorios y áreas con virus del Zika, hasta el 13 de abril de 2016



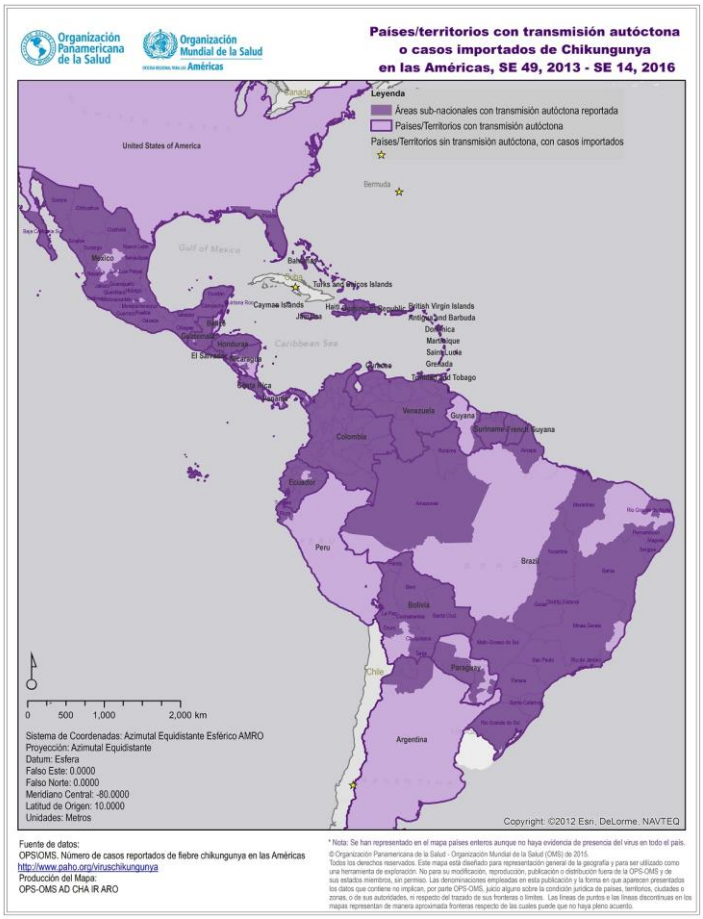
Mapa: Centro de Dirección Ministerial

ISSN 1028-4346

Brotes de la semana

- **Chikungunya en las Américas y el Caribe**

- Se reportó esta semana un incremento total de 2.494 casos sospechosos, 359 confirmados y 13 casos importados.
- El Área Andina: donde Bolivia incrementó 1.396 casos sospechosos y 329 confirmados y Colombia 422 sospechosos y 1 confirmado.
- En el Istmo Centroamericano: Guatemala incrementó 562 casos sospechosos y 22 confirmados. El Salvador y Costa Rica reportaron 85 y 18 casos sospechosos nuevos respectivamente.
- En el Cono sur: Argentina con incremento de 11 casos sospechosos y Paraguay 2 confirmados.
- En América del Norte, México con 5 casos confirmados.



Fuente: ***Informe semanal de la OPS/OMS hasta el 7 de abril de 2016***

- **Dengue**

Tabla 3. Casos de Dengue probables, confirmados, severos y fallecidos por subregiones. Las Américas, Semana 12, con cierre el 1 de abril del 2016.

Subregión	Probables		Confirmados		Dengue severo		Fallecidos	
	Acum.	Dif.	Acum.	Dif.	Acum.	Dif.	Acum.	Dif.
Norteamérica	0	0	0	0	0	0	0	0
América Central y México	43.056	1.545	4.281	117	899	32	8	1
Andes	46.999	4.015	18.662	1.661	489	27	105	12
Sur del continente	599.370	5.701	81.506	2.895	124	0	73	0
Caribe Hispánico	3.063	168	1	0	352	18	18	0
Caribe Inglés, Francés y Holandes	1.628	361	482	15	1	1	0	0
Total	694.116	11.790	104.932	4.688	1.865	78	204	13

Fuente: OPS

ISSN 1028-4346

Tabla 4. Casos de dengue probables, confirmados, severos y fallecidos por países seleccionados en las Américas, desde 2015 - hasta el 1 de abril del 2016. Semana 12.

Países/Subregiones	Semana epidemiológica	Probables		Confirmados		Dengue severo		Fallecidos	
		Acum.	Dif.	Acum.	Dif.	Acum.	Dif.	Acum.	Dif.
América Central y México									
Belize	Semana	0	0	0	0	0	0	0	0
Costa Rica	**Semana 11**	**5.637**	**772**	0	0	0	0	0	0
El Salvador	**Semana 12**	**3.021**	**146**	52	0	**73**	**11**	0	0
Guatemala	Semana 8	1.179	0	243	0	0	0	0	0
Honduras	Semana 10	6.076	0	0	0	124	0	1	0
México	**Semana 12**	**18.561**	**580**	**2.601**	**81**	**701**	**21**	**1**	**1**
Nicaragua	Semana 9	7.957	0	1.046	0	0	0	6	0
Panamá	**Semana 11**	**625**	**47**	**339**	**36**	1	0	0	0
Subtotal		**43.056**	**1.545**	**4.281**	**117**	**899**	**32**	**8**	**1**
Andes									
Colombia	**Semana 11**	**32.190**	**2.437**	**10.712**	**852**	**440**	**23**	**92**	**9**
Ecuador	**Semana 12**	**4.629**	**318**	**4.629**	**318**	**14**	**2**	0	0
Perú	**Semana 11**	**10.180**	**1.260**	**3.321**	**491**	**35**	**2**	**13**	**3**
Subtotal		**46.999**	**4.015**	**18.662**	**1.661**	**489**	**27**	**105**	**12**
Sur del continente									
Argentina	**Semana 11**	**38.350**	**5.653**	**18.297**	**2.895**	0	0	0	0
Brasil	Semana 9	495.266	0	61.855	0	124	0	67	0
Chile	Semana 8	40	0	0	0	0	0	0	0
Paraguay	Semana 7	64.446	0	1.328	0	0	0	6	0
Uruguay	**Semana 13**	**1.268**	**48**	**26**	**0**	0	0	0	0
Subtotal		**599.370**	**5.701**	**81.506**	**2.895**	**124**	**0**	**73**	**0**
Caribe Hispano									
República Dominicana	**Semana 11**	**3.011**	**168**	0	0	**352**	**18**	18	0
Puerto Rico	Semana 2	52	0	1	0	0	0	0	0
Subtotal		**3.063**	**168**	1	0	**352**	**18**	**18**	**0**
Caribe Inglés, Frances y Holandes									
Antigua y Barabados	Semana 4	2	0	2	0	0	0	0	0
Barbados	Semana 4	95	0	95	0	0	0	0	0
Guyana Francesa	Semana 4	545	0	15	0	0	0	0	0
Granada	Semana 4	1	0	1	0	0	0	0	0
Guadalupe	Semana 4	9	0	9	0	0	0	0	0
Guyana	Semana 4	64	0	64	0	0	0	0	0
Jamaica	**Semana 10**	**358**	**112**	**38**	**15**	**1**	**1**	0	0
Martinica	**Semana 12**	**265**	**249**	16	0	0	0	0	0
Sant Bartolomé	Semana 11	133	0	86	0	0	0	0	0
Sant Vicente y las Granadinas	Semana 4	2	0	2	0	0	0	0	0
Las Islas Turcas y Caicos	Semana 8	154	0	154	0	0	0	0	0
Subtotal		**1.628**	**361**	**482**	**15**	**1**	**1**	**0**	**0**
Total		**694.116**	**11.790**	**104.932**	**4.688**	**1.865**	**78**	**204**	**13**

Fuente: OPS

- Se reportó esta semana un incremento total de 11 790 casos probables, 4 688 confirmados, 78 dengue grave y 13 fallecidos.
- Se reportan incrementos de casos en todas las regiones de América con excepción de Norteamérica.
- Las regiones con incrementos más elevados son el Sur del continente, seguido de los Andes y América Central y México.
- Los países que más casos reportaron esta semana fueron: Argentina con 5.653 casos probables y 2.895 sospechosos. Seguidos de Colombia con 2.437 casos probables y 852 sospechosos y Perú con 1.260 casos probables y 491 sospechosos.

- **Ébola**

Liberia y Guinea intensifican coordinación para detener nuevos casos de Ébola

7 de abril de 2016: La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud de Guinea y Liberia han establecido vínculos epidemiológicos entre los nuevos casos de Ébola en Liberia y un corriente brote de Ébola en la vecina Guinea tras las investigaciones de casos y localización de los contactos. Los equipos de investigación en Guinea habían estado buscando para la mujer y sus tres hijos pequeños relación con un hombre que murió de Ébola el mes pasado en el sur de la prefectura de Macenta. Los miembros de la familia se consideraron contactos de alto riesgo. Ahora se cree que la mujer viajó a Liberia con sus hijos después de la muerte de su marido para reunirse con parientes que viven en la capital, Monrovia. Es allí que ella desarrolló síntomas según los informes. Al principio ella buscó atención en las clínicas locales y murió en el camino a un hospital de Monrovia el 31 de marzo. Dos de sus hijos, un niño de cinco años y un niño de dos años de edad, ya han dado positivo a Ébola y están siendo tratados en un centro de atención de Ébola en Monrovia.

Más de 100 contactos de los casos confirmados han sido identificados en Liberia y puesto bajo observación médica voluntaria. Los preparativos están en marcha para la vacunación de los contactos con la vacuna contra el Ébola para prevenir la posible propagación del virus.

Las autoridades de Liberia y Guinea, con el apoyo de la OMS, están organizando una reunión en los próximos días para compartir información y coordinar más estrechamente las actividades de respuesta de emergencia y la vigilancia transfronteriza.

La vacunación de los contactos de Ébola en Guinea: Una respuesta dirigida por el gobierno a gran escala continúa en las prefecturas de Nzérékoré y Macenta, donde se han registrado 9 casos de Ébola del brote comenzó a finales de febrero en este país. Ocho personas han muerto y un niño de 11 años de edad permanece en tratamiento en un centro de atención de Ébola.

Hasta la fecha, más de 1.400 personas pueden haber estado en contacto con los casos confirmados y los contactos de ellos han sido vacunados con la vacuna del Ébola. Las pruebas de muestras de sangre de los casos confirmados indican el origen del virus es de una única y conocida cadena de transmisión – lo que sugiere la exposición a fluidos corporales infectados de un sobreviviente – en lugar de una re-introducción del virus de Ébola de las poblaciones de animales salvajes.

La OMS dice que los países afectados por el Ébola deben estar preparados para responder y mantener los programas de prevención, vigilancia y atención superviviente fuertes.

Fuente: Organización Mundial de la Salud

- **Enfermedad meningocócica**

Investigan un brote de meningitis meningocócica en Colombia

4 de abril de 2016: Las autoridades de salud de Colombia están investigando un brote confirmado de enfermedad meningocócica, en el cual se confirmaron por laboratorio dos casos de meningitis bacteriana por Neisseria Meningitidis del serogrupo C, ocurrido durante los meses de enero y febrero en el Distrito de Buenaventura, Departamento del Valle del Cauca.

La N. meningitidis del serogrupo B ha sido el serogrupo más frecuentemente aislado en Colombia hasta el año 2015, seguido en frecuencia de aislamientos por el serogrupo C el cual fue identificado como el más frecuente durante el 2015. Se logró la identificación del agente etiológico en uno de los casos fallecidos en muestra de líquido cefalorraquídeo, confirmando meningitis por N. meningitidis del serogrupo C y la confirmación de enfermedad meningocócica por nexo epidemiológico de otros tres casos en los que no se logró la toma de muestra para confirmación por laboratorio y que pertenecían a la misma familia. Posteriormente se registraron dos casos (un caso vivo de enfermedad meningocócica y una muerte con diagnóstico de meningitis por N. meningitidis del serogrupo C) con lo que el total de casos registrados ascendió a seis, incluyendo cinco defunciones (letalidad del 83,3%). Durante los primeros días de marzo, fueron investigados dos casos adicionales, los cuales fueron descartados. La fecha de inicio de síntomas fue entre el 23 de diciembre de 2015 y el 28 de febrero de 2016 (ver figura), cinco de los seis casos pertenecen al sexo masculino y el rango de edad de todos es de 2 a 8 años (mediana de 4,5). De acuerdo a la investigación, el periodo entre los casos es de 19 días, el cual supera al periodo de incubación descrito en la literatura para el agente, por lo cual es factible que estos se encuentren relacionados con un portador del agente quien no desarrolló un cuadro sintomático. La investigación del evento se encuentra en curso y se implementaron por las autoridades nacionales. La OPS/OMS reitera a los países que siguen vigentes las recomendaciones emitidas en la alerta epidemiológica sobre meningitis meningocócica, publicada en 2012.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Centro de Enlace para el RSI

- **Fiebre Amarilla**

Fiebre Amarilla en China: ocho casos nuevos

6 de abril de 2016: El Centro Nacional de Enlace para el RSI de China notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 8 casos importados adicionales de fiebre amarilla. Los casos habían regresado recientemente a China desde Angola.
Ellos son originarios de 3 provincias de China: Fujian (6), Jiangsu (1) y Sichuan (1). Los casos tienen una edad media de 44 años. La mayoría de los casos (5 casos, 62,5%) son hombres. Las fechas de inicio de los síntomas están entre el 5-17 de marzo.

De los 8 casos, se conoce sobre el estado de vacunación de 5, ninguno había recibido la vacunación contra la fiebre amarilla antes de ir a Angola. Uno de los casos había recibido la vacuna contra la fiebre amarilla en Angola, pero luego desarrolló síntomas en los primeros 4 días después de haber recibido la vacuna por lo que es probable que hayan adquirido la infección antes de la protección con la vacunación.

Hasta la fecha, se han notificado 9 casos de fiebre amarilla confirmados en laboratorio e importados desde Angola.

Evaluación de riesgo de la OMS

El informe de la infección por fiebre amarilla en los viajeros no inmunizados que regresan de un país donde la vacunación contra la enfermedad es obligatoria, refuerza la necesidad de la aplicación de los requisitos de vacunación, de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005). Además, este informe pone de relieve el riesgo de propagación internacional de la fiebre amarilla a través de los viajeros no inmunizados. Sin embargo, el riesgo de establecimiento de un ciclo local de la transmisión en China es bajo debido a la condición climática actual, que es desfavorable para el vector competente, el mosquito Aedes aegypti. La OMS sigue vigilando la situación, el riesgo de conducta y evaluación epidemiológica sobre la base de la última información disponible.

La OMS insta a los Estados Miembros, especialmente aquellos en los que es posible la creación de un ciclo local de la transmisión (donde está presente el vector competente) a reforzar el control de la situación inmunitaria de los viajeros de todas las áreas potencialmente endémicas.

La OMS no recomienda ninguna restricción de los viajes ni al comercio con China basada en la información actual disponible.

Fuente: Organización Mundial de la Salud

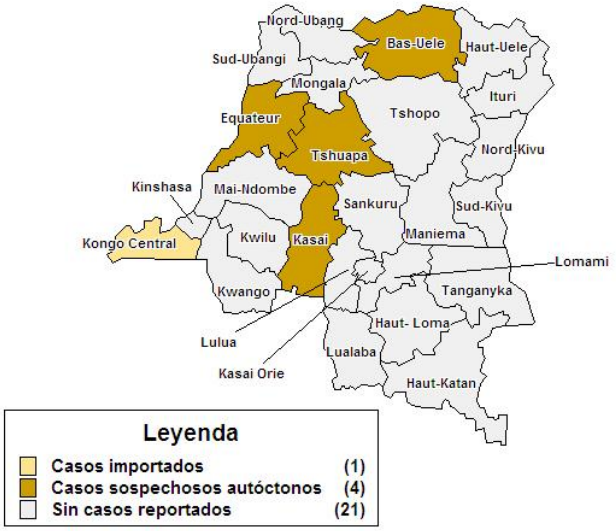
Fiebre Amarilla en la República Democrática del Congo

11 de abril de 2016: El 22 de marzo de 2016, el Punto Focal Nacional para el RSI de la República Democrática del Congo (RDC) notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) de casos de Fiebre Amarilla (FA) en relación con el brote que ocurre actualmente en Angola. Desde principios de enero al 22 de marzo de 2016, un total de 151 casos sospechosos de fiebre amarilla, incluyendo 21 muertes (14%), fueron reportados por el sistema nacional de vigilancia. De los 151 casos sospechosos, 9 fueron confirmados por serología (IgM) en el Instituto de Investigación Biomédica Nacional (INRB) en Kinshasa. Dadas las posibles reacciones cruzadas con otros arbovirus, las muestras de IgM positivas fueron enviadas al Instituto Pasteur de Dakar para la confirmación, siendo en 4 positivas a la infección. De los 4 casos confirmados en Dakar, 3 fueron importados desde Angola y se detectaron en las áreas de Nsona-Pangu, Kimpese y Kitona en la provincia central Kongo (anteriormente, Bas-Congo), esta provincia limita con Angola.

Respuesta de salud pública: El Ministerio de Salud de la República Democrática del Congo ha activado el Comité Nacional para la gestión de responder a este evento. Otras actividades están dirigidas a la vacunación de toda persona que viaje a Angola, fortaleciendo el control de vectores y manejo de casos. Evaluación de riesgos por la OMS: El informe de la infección por fiebre amarilla en viajeros que regresan de Angola, sin embargo, pone de relieve el riesgo de propagación internacional de la enfermedad. En esta etapa, la información disponible no sugiere la creación de un ciclo de transmisión en la RDC. Sin embargo, la presencia del vector competente (el mosquito Aedes aegypti), la alta proporción de individuos susceptibles a la infección, y la intensidad de los movimientos de población desde y hacia Angola suponen un grave riesgo de propagación de la enfermedad en la RDC. Fuente: OMS

ISSN 1028-4346

Distribución de la Fiebre amarilla. República Democrática del Congo, 12 de abril del 2016



Casos Sospechosos: 151
De ellos:
21 Fallecidos
9 Confirmados
De ellos:
3 Importados de Angola

Fiebre Amarilla en Angola

14 de abril de 2016: Desde inicio del brote, el 21 de enero y hasta el 7 de abril de 2016 hay un total de 1.708 casos sospechosos, incluyendo 238 muertes (tasa de letalidad: 13,9%), reportado en 16 de las 18 provincias del país. Luanda sigue siendo la provincia más afectada con 1.135 casos confirmados (405), incluyendo 165 muertes (tasa de letalidad de 14. 5%).

Entre los días 6 y 7 de abril, 30 nuevos casos sospechosos, incluyendo 4 muertes se registraron en todo el país – 19 de estos casos sospechosos y 2 de las muertes vinieron de Luanda.

Un total de 581 casos han sido confirmados en laboratorio en 59 distritos de 12 provincias. La provincia de Luanda, el epicentro del brote, representa el 70% de los casos confirmados (405 casos). Otras provincias con un alto número de casos confirmados incluyen Huambo (73 casos), Huila (27 casos), Benguela (22 casos) y Cuanza Sul (11 casos). Del 6 al 7 de abril se reportaron 30 nuevos casos confirmados de Luanda (19), Huambo (4), Cuanza Sul (2), Cunene (2), Bengo (1), Lunda Norte (1) y Uige (1). El número de casos confirmados en provincias distintas de Luanda sigue aumentando al igual que el riesgo de propagación a otras provincias y países vecinos.

La transmisión de la enfermedad ya no se limita a Luanda. Desde el 7 de abril de 2016, el Comité Nacional de Clasificación había confirmado la transmisión local en otras cinco provincias (Benguela, Kwanza Sul, Huambo, Huila y Uige) y en un total de 10 distritos.

Además, propagación internacional de la enfermedad ya se ha documentado. Recientes casos importados de fiebre amarilla efectivamente se han detectado en China, Kenya y la República Democrática del Congo (RDC)

Evaluación de riesgos de la OMS

La evolución de la situación en Angola es preocupante y debe ser estrechamente vigilado. Los informes de casos importados de fiebre amarilla en China, República Democrática del Congo y Kenia demuestran que este brote constituye una amenaza potencial para el mundo entero. Existe el riesgo de una mayor propagación de la enfermedad a la vista de las grandes comunidades internacionales que residen en Angola y las actividades de los viajes frecuentes con los países vecinos y en el extranjero. Por otra parte, todos los países donde está presente el vector del mosquito (Aedes especies) están en riesgo, especialmente las endémicas a favor o previamente afectado por brotes de dengue, el virus Chikungunya o Zika y otros arbovirus. Por lo tanto, existe una necesidad urgente de fortalecer la calidad de la respuesta en Angola y para mejorar las actividades de preparación en los países vecinos y en los países que tienen comunidades de la diáspora en Angola. La OMS sigue vigilando la situación y el riesgo de conducta evaluación epidemiológica sobre la base de la última información disponible.

Recomendaciones de la OMS

Los Estados Miembros, especialmente aquellos en los que es posible la creación de un ciclo local de la transmisión (es decir, donde los mosquitos Aedes están presentes) deben reforzar el control de la situación inmunitaria de los viajeros de todas las áreas potencialmente endémicas y la vigilancia de posibles casos de fiebre amarilla.
En el contexto de un brote en curso en Angola, también se debe prestar especial atención en viajeros que regresan de Angola y otras áreas potencialmente endémicas. Los viajeros, en particular los que lleguen de Asia desde África o América Latina siempre deben tener un certificado de vacunación contra la fiebre amarilla. Si hay razones médicas para no vacunarse, el Reglamento Sanitario Internacional (2005) afirman que esto debe ser certificado por las autoridades competentes.
La OMS no recomienda ninguna restricción de los viajes y el comercio a Angola en base a la información actual disponible.
Fuente: OMS

- **Fiebre de Lassa**

Fiebre de Lassa en Suecia

8 de abril de 2016: El Punto Focal Nacional del RSI para Suecia notificó a la Organización Mundial de la Salud de un caso importado de la infección por Fiebre de Lassa.

El caso es una mujer de 73 años, que viajó durante 6 semanas a Liberia. Pasó su primera semana en Monrovia, se mantuvo durante una semana en Yekeba.

Durante su tercera semana en Liberia, la paciente estuvo en Voinjama, donde fue expuesta a los roedores. Las restantes semanas las pasó en Foya Kamara. Ella regresó a Suecia el 2 de marzo.

Alrededor del 8 de marzo, la paciente desarrolló los siguientes síntomas: fiebre, escalofríos, dolor en las articulaciones, dolor de cabeza y diarrea. El 17 de marzo, fue ingresada en el hospital. Las investigaciones médicas mostraron signos de encefalitis. El 1 de abril, la fiebre de Lassa fue confirmada por serología en el laboratorio de la Agencia de Salud Pública de Suecia, por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y secuenciación.

La paciente se recuperó gradualmente durante su hospitalización, pero su audiencia se deterioró. Para prevenir la transmisión secundaria, fue trasladada a un centro de tratamiento especializado y se colocó en una unidad de aislamiento. Se ha completado la localización de los contactos entre los profesionales sanitarios y los miembros de la familia.

Un total de 74 contactos están actualmente bajo observación. El período de seguimiento (21 días) para el último contacto identificado habrá terminado el 22 de abril. La OMS no recomienda ninguna restricción de los viajes ni el comercio con Suecia ni Liberia en base a la información actual disponible.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Centro de Enlace para el RSI

- **Infección por coronavirus**

Síndrome Respiratorio Coronavirus del Oriente Medio (MERS-CoV) en Arabia Saudita

14 de abril de 2016: El Punto Focal Nacional del RSI del Reino de Arabia Saudita notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 16 casos adicionales del Síndrome Respiratorio de infección por coronavirus en Oriente Medio (MERS-CoV), incluidas 6 muertes. El rastreo de contactos en el hogar y cuidado de la salud está en curso para estos casos.

A nivel mundial, desde septiembre de 2012, a la OMS han sido notificados 1.714 casos confirmados por laboratorio de infección por el MERS-CoV, incluyendo al menos 618 muertes relacionadas.

Fuente: OMS

- **Virus del Zika**

Octavo y noveno caso importado de virus de Zika en Cuba

- Se diagnostica el octavo caso importado de paciente con virus de Zika, que corresponde a un colaborador de Cultura, de 58 años de edad, procedente de la República Bolivariana de Venezuela, residente en Isabela de Sagua, municipio de Sagua la Grande, provincia de Villa Clara, que arribó al país el 30 de marzo de 2016.
- El noveno caso importado de paciente confirmado con virus de Zika se trata de un ciudadano cubano residente en la República Bolivariana de Venezuela, natural del municipio Cotorro, provincia de La Habana, que arribó al país el 8 de abril.

- El Zika afecta a 25 bolivianos, entre ellos nueve embarazadas

La Paz, 6 de abril de 2016: Un total de 25 infectados por el Zika, entre ellos nueve embarazadas, se registraron hasta hoy en Santa Cruz, el único departamento de Bolivia con casos del virus transmitido por el mosquito Aedes aegypti.

El Servicio Departamental de Salud (Sedes) dijo que las féminas en estado de gestación están bajo control, ante el riesgo de que los bebés puedan nacer con microcefalia. El director del Sedes, aseguró que hasta el momento no se ha presentado ninguna alteración en el desarrollo de los fetos. En el departamento de Santa Cruz, ubicado en el este de

Bolivia, la mayoría de los contagios fueron reportados en la capital y en el municipio de Portachuelo, aunque en los últimos días se extendió al municipio de La Guardia.

Con el fin de frenar su expansión, las autoridades locales organizaron para el domingo próximo una jornada de prevención, limpieza y fumigación donde participarán 10 mil personas, entre médicos, soldados, funcionarios públicos y voluntarios.

Fuente: Prensa Latina

- Perú reporta el primer caso de Zika por vía sexual

En Perú reportan el primer caso por transmisión sexual, el caso es una mujer que contrajo el virus Zika por mantener relaciones sexuales con su esposo, quien se contagió de Zika en Venezuela.

El ministro de Salud de Perú, Aníbal Velásquez, en conferencia de prensa dijo que actualmente la pareja se encuentra fuera de peligro, y que no se han presentado más casos de contagio por vía sexual de este virus.

"El 16 de marzo llegó el varón de Venezuela como caso importado y luego a la semana, el 28 de marzo, comenzaron los síntomas de su pareja en el Perú", precisó el titular de Salud, explicando que el contagio fue por transmisión sexual.

Reitera que éste sería el primer caso en el que un ciudadano peruano contrae la enfermedad dentro del país. Hasta los momentos existían 6 casos de Zika, pero todos habían contraído la enfermedad en otros países.

Para determinar el origen del contagio, el Ministerio de Salud de Perú (Minsa) realizó una investigación epidemiológica en los alrededores de las viviendas de los afectados.

En la zona del distrito limeño La Molina, lugar de residencia de la pareja, no se encontraron focos. Tampoco se encontraron mosquitos del género Aedes Aegypty en El Agustino, lugar donde residen los padres del esposo. No obstante, al evaluar el semen del afectado, se encontró que este era portador del Zika.

Por esta razón, Velásquez adelantó que como medida de protección, el Minsa entregará condones a quienes viajen a zonas de riesgo.

Las autoridades indicaron que los varones deberán utilizar preservativos, al menos durante 8 semanas, para evitar contagiar a sus parejas sexuales.

Fuente: Telesur

-Aumenta la preocupación por casos de Zika en Florida

Una editorial del Nuevo Herald opina sobre los riesgos que representa el Zika para Florida, Estados Unidos. Con la cercanía del verano y de la temporada de los mosquitos, el virus del Zika se hace más temible.

Miami-Dade y el resto del estado son particularmente vulnerables al Zika porque una gran parte de la población viaja con frecuencia a países afectados en América Latina, y los mosquitos habitan en el clima tropical. Actualmente, la Florida es el estado norteamericano con más casos de infección de Zika, según medio de prensa.
El pasado jueves, se confirmaron dos casos más de la enfermedad en la Florida, ambos en Miami-Dade. En el estado hay 87 casos; 35 en Miami-Dade y 13 en Broward. En todo el país, la cantidad es de más de 700 casos .
Afirman que los casos de Zika en la Florida son importados por viajeros. El Departamento de Salud de la Florida ha estado vigilando la enfermedad, pero ahora necesita ser más enérgico y más vigilante para proteger a la población.
Por otra parte el gobierno está preparando recursos para combatir el virus del Zika, los demócratas presionan a los republicanos del Senado para que cesen las demoras y actúen de inmediato en torno al pedido del presidente Barack Obama de destinar 1.900 millones de dólares para combatir el virus de Zika. Más de 40 senadores demócratas escribieron el lunes una carta al titular de la mayoría republicana en la cámara, Mitch McConnell, exigiendo que programe una votación sobre los fondos adicionales para combatir el Zika. La Casa Blanca dice que los recursos son necesarios para contrarrestar la proliferación del mosquito que causa el virus, desarrollar una vacuna y ayudar a otros países a combatir el virus.
Fuente: Nuevo Herald/ 20 minutos

- **Más del Zika**

Afirman científicos que el virus del Zika puede ocasionar infecciones cerebrales y medulares

7 de abril de 2016: El virus Zika puede ocasionar infecciones cerebrales y de médula. Especialistas afirman que podría tratarse de una mutación de la enfermedad debido a su rápida propagación.

Investigaciones recientes precisan que la microcefalia puede ser sólo uno de los males provocados por el virus del Zika, transmitido por la picadura del mosquito Aedes aegypti; y que ha afectado a varias naciones de América Latina y el Caribe.

De acuerdo con estudios recientes, el Zika también puede ser responsable de graves infecciones cerebrales y medulares; muchas de las cuales requieren de supervisión y tratamiento médico de por vida. Entre los males mencionados en las indagaciones recientes destacan encefalitis, meningitis y mielitis (inflamación de la médula espinal); lo que obliga a las autoridades sanitarias a incrementar las campañas educación y erradicación del mosquito transmisor.

Expertos afirman que estas nuevas revelaciones pueden tener dos causas: su rápida expansión en la población muestra aspectos hasta ahora ignorados por científicos, o podría tratarse una mutación del virus; hecho que urge a la sintetización de una vacuna.

Alerta sanitaria

La fuerte presencia del virus en América Latina y el Caribe obligó a la Organización Mundial de la Salud a decretar la emergencia sanitaria en la región; mientras los estudios intentan determinar la relación del virus con el incremento de casos de Guillain-Barré en Brasil.

Además de esta enfermedad, otros de los males que se están relacionando al Zika en bebés durante el proceso de gestación son: muerte fetal, insuficiencia placentaria, retardo en el crecimiento fetal y lesiones varias en el sistema nervioso central.

Científicos temen que el Zika también pueda ocasionar problemas de conducta o aprendizaje, efectos que sólo podrían detectarse después del nacimiento.

Otro de los temas por determinar si el padecimiento previo del dengue o chikungunya (también causados por el Aedes aegypti) contribuye con el desarrollo de desórdenes neurológicos asociados al Zika.

Cifras

Brasil ha confirmado hasta el momento unos 940 casos de microcefalia en mujeres embarazadas; mientras que otros 4.300 permanecen bajo sospecha mientras se comprueban los resultados finales.

Fuente: TeleSur

- El virus del Zika podría provocar defectos de nacimiento graves en el cerebro y en los ojos

Los científicos afirman que han descubierto cómo el virus del Zika podría provocar defectos de nacimiento graves en el cerebro y en los ojos.
El brote de Zika en Brasil y otras partes de Latinoamérica y el Caribe ha coincidido con un aumento notable en la cantidad de bebés nacidos con microcefalia, que resulta en una cabeza y un cerebro anómalamente pequeños.
También ha habido un aumento en otros defectos de nacimiento en el cerebro y en los ojos en países afectados por el brote de Zika. Pero faltaban evidencias firmes del vínculo entre el virus y esos defectos de nacimiento.
Los investigadores de la Universidad de California, en San Francisco (UCSF), hallaron que una proteína que usa el virus del Zika para infectar las células cutáneas y provocar un sarpullido también está presente en las células madre del cerebro y la retina en desarrollo del feto.

La proteína Axl está alojada en la superficie de las células y puede proporcionar un punto de entrada para el Zika. Saber más sobre el vínculo entre el Zika y la Axl podría llevar a elaborar medicamentos que bloqueen la infección del Zika, según los investigadores.

Los defectos de nacimiento en el cerebro y los ojos que se han producido en áreas con brotes de Zika son “precisamente el tipo de daño que esperaríamos ver de algo que destruye células madres neurales y retinales durante el desarrollo”, dijo el autor principal del estudio, el Dr. Arnold Kriegstein, director del Centro de Medicina Regenerativa e Investigación de Células Madre de la UCSF. “Si podemos comprender cómo podría estar provocando el Zika los defectos congénitos, podemos empezar a buscar componentes que protejan a las mujeres embarazadas que se contagian”, dijo Kriegstein en un comunicado de prensa de la universidad. El estudio aparece en la revista Cell Stem Cell del 30 de marzo de 2016.

Aunque la mayor cantidad de casos de Zika que resultan en microcefalia podrían producirse a través de una infección materna durante el embarazo, han salido a la luz casos de trasmisión sexual de hombres a su pareja femenina, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de EE. UU. La infección del Zika normalmente es una enfermedad leve en los adultos, y muchos casos pueden producirse sin que se presente ningún síntoma, según los expertos. Pero debido al riesgo que supone para los bebés, los CDC aconsejan a los hombres que se sepa o se sospeche que tienen una infección con el Zika eviten tener relaciones sexuales (o solamente tenerlas con preservativo) durante 6

meses después del diagnóstico. Las directrices más recientes también recomiendan a las mujeres que sepan que se han infectado, o que no muestran síntomas pero hayan estado recientemente en un área donde el Zika sea endémico, o que crean que se han expuesto a través del sexo, que esperen al menos 8 semanas antes de intentar quedar embarazadas. Los CDC también han aconsejado a todas las mujeres embarazadas que piensen en posponer cualquier viaje a un área en que se esté produciendo la trasmisión del Zika.

En la mayoría de los casos con el Zika, los síntomas incluyeron un sarpullido (el 97 por ciento de los casos), fiebre y dolor de las articulaciones. "Se debe considerar la posibilidad de la presencia del virus del Zika en los pacientes con un inicio agudo de fiebre, sarpullido, artralgia [dolor de las articulaciones] o conjuntivitis que viajaron a áreas con una transmisión en curso del virus del Zika o que tuvieron relaciones sexuales sin protección con alguien que había viajado a una de esas áreas y desarrolló síntomas compatibles en un plazo de dos semanas tras volver", según los CDC.
El virus del Zika se descubrió por primera vez en Uganda en 1947, y no se pensó que supusiera unos riesgos importantes para la salud hasta el año pasado, cuando se hizo evidente que representaba una posible amenaza devastadora para las mujeres embarazadas.

Fuente: Universidad de California, San Francisco

- **Informaciones generales**

Brigada Médica Cubana parte hacia Ecuador

18 de abril de 2016.- Bajo el precepto de que Cuba no da lo que le sobra, sino comparte lo que tiene, partieron la víspera hacia Ecuador miembros del Contingente Internacional de Médicos Especializados en el enfrentamiento a desastres y graves epidemias, Henry Reeve, y un equipo de rescate y salvamento para brindar su ayuda a los damnificados del potente sismo que estremeció el país sudamericano. En el acto de abanderamiento en el Aeropuerto Internacional José Martí de la capital, el ministro cubano de Salud, Roberto Morales, destacó la vocación solidaria de la Mayor de las Antillas y su disposición de colaborar con los más necesitados.

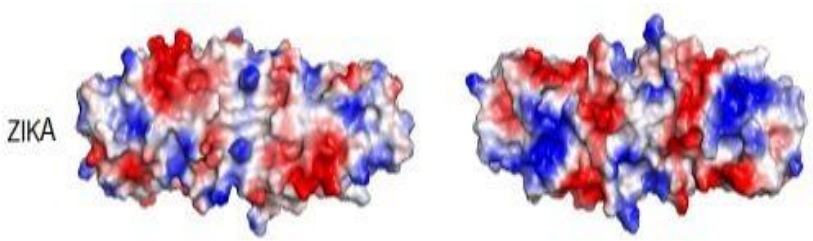
La actividad estuvo presidida además por el Héroe de la República de Cuba, viceministro de las Fuerzas Armadas Revolucionarias y miembro del Buró Político, el general de cuerpo de Ejército, Ramón Espinosa Martín; y por el también Héroe de la República, miembro del Comité Central y jefe del Estado Mayor Nacional de la Defensa Civil, el general de división, Ramón Pardo Guerra.

Por su parte, el doctor Ernesto Betancourt, jefe de la brigada formada en esta ocasión por 53 colaboradores en total, procedentes de La Habana, Matanzas y Pinar del Río, destacó que iban a Ecuador llevando en alto los valores altruistas que los definen. Ratificó a nombre de sus compañeros el compromiso de cumplir con el deber de cooperar con el hermano pueblo ecuatoriano en estos momentos de desolación.

Junto a los médicos y rescatistas viajó un equipo de la televisión cubana que reportará las experiencias de los cubanos en Ecuador. Ecuador fue estremecido la noche del sábado por un terremoto de magnitud 7,8, el más intenso que ha vivido desde 1979. El epicentro del sismo estuvo en la provincia de Manabí y también fue percibido en el norte de Perú y en Colombia.

ISSN 1028-4346

Promoción de lectura



Desentrañan la estructura de la proteína NS1 del virus del Zika científicos chinos, este hallazgo puede ser útil para desarrollar nuevos métodos de diagnóstico y antivirales, según publica la revista Nature Structural and Molecular Biology. Los investigadores utilizaron la técnica conocida como cristalografía de rayos X y presentaron a nivel anatómico una proteína que juega un papel clave en la patogénesis de la enfermedad que provoca el Zika.

El Zika ha sido clasificado como un Flavivirus, un agente infeccioso cuyo material genético reside en una única cadena de ARN de polaridad positiva, relacionado con el dengue y el llamado Nilo Oriental.

George Cao e investigadores han determinado que la proteína NS1 es similar a otras proteínas que se encuentran es esos virus, después de estudios de fragmentos de esa proteína de una cepa del Zika en Brasil en 2015. La diferencia entre ese componente del Zika y los del dengue y del Nilo Oriental radica en la distribución de las cargas eléctricas (positiva o negativa) en su superficie. Esos cambios pueden afectar a la forma en que el patógeno interacciona con el receptor, según los investigadores, creen que la proteína pueda servir para mejorar el diagnóstico y el desarrollo de medicamentos antivirales.

Los investigadores han decidido poner este artículo con libre acceso a la comunidad científica mundial.

Ver artículo completo

ISSN 1028-4346

La Medicina y el Arte

Speculum historiale de Vincent de Beauvais (1190?-1264)

En la ilustración tomada también de un manuscrito medieval del siglo XV, se puede ver al leproso con su matraca seguido por un inválido, probablemente también leproso, a juzgar por las lesiones de la piel y la afectación de sus articulaciones.

La lepra es conocida desde tiempo inmemorial, correspondiendo los documentos más antiguos a la India, donde aparece referida en el libro de los Vedas1.500 anos A.C. y en el Sushruta Samnita 600 años A.C., donde se denomina a la enfermedad con el nombre de Khusta.
Tambien en China se la cita en libros de medicina con el nombre Da Feng500 años A.C.

Otro foco originario es Egipto, donde se la menciona en el papiro de Evers y en el pueblo hebreo, en el Antiguo y el Nuevo Testamento, donde se la describe con la palabra Zarahat, pero probablemente confundida con otras dermatosis y conside rada como castigo divino.
Debido al comercio, las guerras y las peregrinaciones religiosas, la lepra se extendió por los países mediterráneos, y Alejandro Magno la diseminaría después en Grecia, durante las campañas de India y Persia, donde surge el nombre de lepra. También los fenicios y sobre todo las legiones romanas de Pompeyo contribuyeron a su diseminación, introduciéndola en la península Ibérica, Roma, las Galias y toda Europa. En su diseminación por el mundo también

influyeron el éxodo hebreo, la dominación musulmana, las cruzadas y posteriormente los conquistadores españoles, que la introdujeron en América, y posteriormente los portugueses y el comercio de esclavos africanos.

El autor, Vincent de Beauvais fue un fraile domínico que escribió sobre temas de educación y una enciclopedia en cuatro volúmenes, siendo el cuarto volumen el denominado Espejo de la Historia (Speculum Historiale) aunque sujeta a los cánones de la época, es lo que hace tan apreciada la imaginería medieval, tanto desde el punto de vista artístico como del de historia de la vida cotidiana.

Situación Epidemiológica Internacional es una publicación oficial del Centro de Dirección del Ministerio de Salud Pública de Cuba. Su frecuencia es semanal en formato electrónico.
Director: Dr. Lorenzo Somarriba
Edición: MSc. María Emilia Victores Palenzuela
Compilación: MSc. María Emilia Victores Palenzuela/Dra. Liane Castro Benítez
Mapas: Lic. Roberto Yaniel Romero Carrazana
Asesor: Dra. Marcy Calderón Martínez
Dirección Postal: Calle 23 No. 201 entre M y N, Vedado, Plaza, La Habana,
CP: 10 400. La Habana. Cuba.
Teléfono: (537) 8396222
Correo electrónico: vigilanciaensalud@infomed.sld.cu
Sitio Web: http://temas.sld.cu/vigilanciaensalud
Publicaciones disponibles en: Boletines SEI