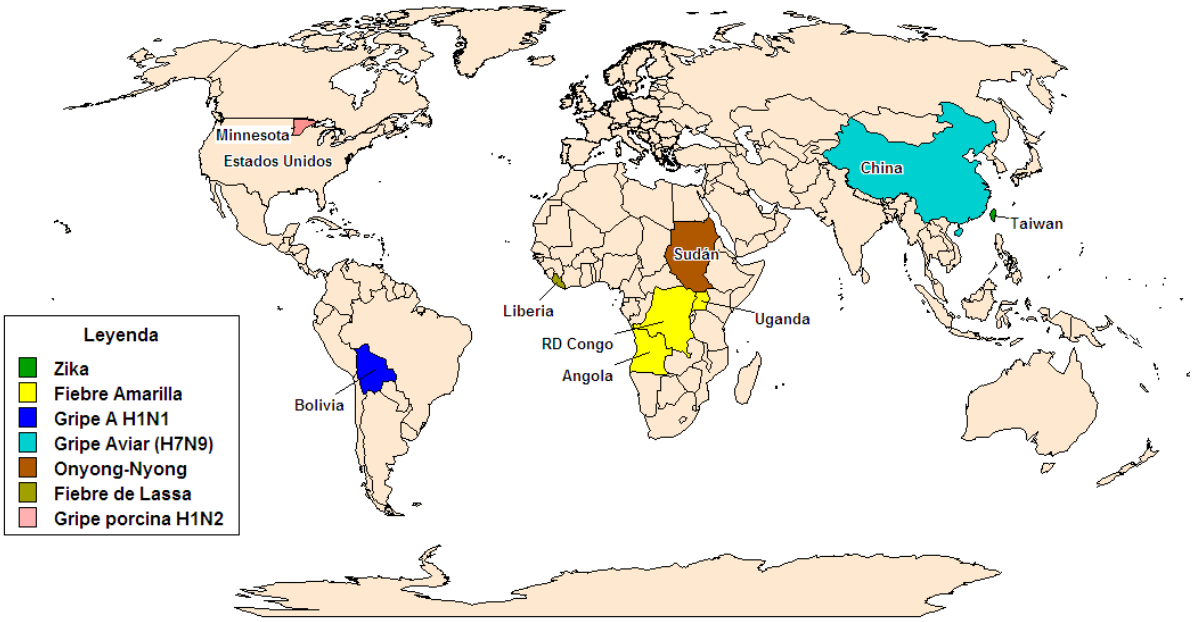
ISSN 1028-4346

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

Nuevos brotes de esta semana



Mapa: Centro de Dirección Ministerial

ISSN 1028-4346

Situación Epidemiológica Internacional

Tabla de contenido

Actualización del virus del Zika	3
Chikungunya en las Américas y el Caribe	7
Resumen de Chikungunya en las Américas	7
Dengue	9
Fiebre Amarilla	12
Fiebre de Lassa	13
Fiebre de Lassa en Liberia	13
Gripe	14
Declaran alerta epidemiológica ante incremento de casos de gripe AH1N1en La Paz, Bolivia	14
Gripe aviar	15
La infección humana por el virus de la gripe aviar (H7N9) en China	15
Gripe porcina	16
Un caso de gripe porcina variante H1N2 (H1N2v) ha sido reportada en el estado de Minnesota	16
Virus Onyong-Nyong	16
Cinco casos de virus de Onyong-Nyong en Sudán del Sur	16
Virus del Zika	17
Nuevo caso importado de Zika en Cuba	17
Taiwán confirma el segundo caso importado de Zika	18
Más del Zika	**18**
Confirman que cepa del virus de Zika es importada de las Américas a Cabo Verde	18
Promoción de salud	**19**
La Medicina y el Arte	**19**

Brotes de la semana

- **Actualización del virus del Zika**

– Los casos acumulados de Zika están actualizados hasta el 19 de mayo. Se reportó esta semana un incremento total de 9. 255 casos sospechosos y 1 fallecido.
– Se reportan incrementos de casos en:
– El Área Andina: Colombia que incrementó en 2.899 sospechosos.
– En el Caribe Latino: Martinica incrementó 2.880 casos sospechosos. Seguido de Guadalupe con 1.786 sospechosos. Guayana Francesa y República Dominicana en 900 y 322 casos sospechosos respectivamente.
– En América Central: incrementó 522 sospechosos procedentes de Honduras.
– En el Caribe No Latino: Saint Bartolomé incrementó 10 casos sospechosos más.

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

Situación	Región que reportó	Países/Territorios/ Áreas
Reportado o indicación de la transmisión autóctona del virus Zika y el síndrome de Guillain-Barré y microcefalia (2)	América	Brasil
	Oceanía	Polinesia Francesa
Reportado o indicación de la transmisión autóctona del virus Zika y el síndrome de Guillain-Barré sin casos de microcefalia (10)	América	Colombia, El Salvador, Guyana Francesa, Haití, Honduras, Martinica, Panamá, Puerto Rico, Suriname, República Bolivariana de Venezuela.
Indicación de la transmisión autóctona del virus Zika y no hay informes de síndrome de Guillain-Barré o casos de microcefalia (40)	África	Cabo Verde, Gabón
	América y Caribe	Aruba, Barbados, Bolivia, Bonaire, Costa Rica, Cuba, Curazao, Dominica, República Dominicana, Ecuador, Guadalupe, Guatemala, Guyana, Jamaica, México, Nicaragua, Paraguay, Sanmartín, San Vicente y las Granadinas, Sint Maarten, Trinidad y Tobago, Islas Vírgenes (EE.UU).
	Asia	Bangladesh, Indonesia, Maldivas, Tailandia
	Oceanía	Samoa Americana, Cambodia, Islas Fiji, República Democrática de Lao, Malasia, Islas Marshall, Papúa Nueva Guinea, Filipinas, Samoa, Islas Salomón, Tonga, Vanuatu.
Informaron como terminado el brote de virus de Zika (4)	América	Isla de Pascua-Chile
	Oceanía	Islas Cook, Nueva Caledonia, Islas YAP -Micronesia
Informado haber adquirido localmente la infección en ausencia de los mosquitos vectores conocidos, probablemente a través de transmisión sexual (3)	América	Estados Unidos
	Europa	Francia e Italia

Fuente: **Actualización epidemiológica de la OMS del 19 de mayo de 2016**

ISSN 1028-4346

Tabla 2. Casos confirmados y sospechosos de Zika reportados por países y subregión. Las Américas, 2015 – cierre 19 de mayo de 2016

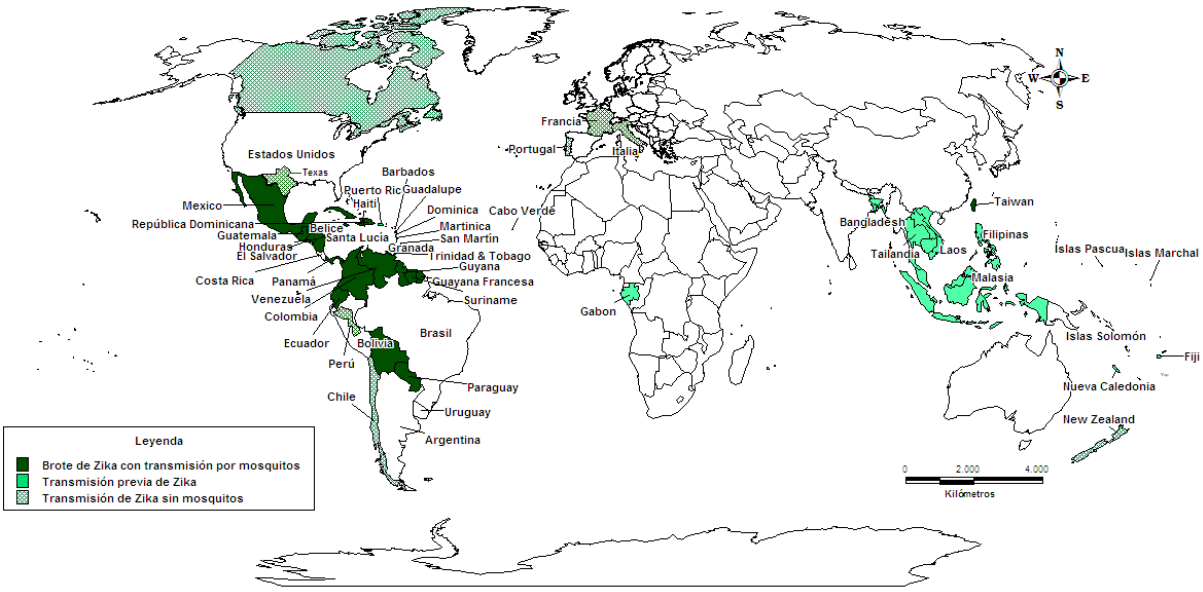
Sub-Región	Países/Territorios	Sospechosos	Confirmados	Fallecidos
Norte América	México	0	288	0
	Subtotal	0	288	0
América Central	Belice	0	1	0
	Guatemala	915	261	0
	Honduras	19.868	2	2
	El Salvador	11.198	46	0
	Nicaragua	0	197	0
	Costa Rica	319	32	0
	Panamá	0	251	0
	Subtotal	32.300	790	2
Caribe Latino	Cuba	0	1	0
	Haití	1777	5	0
	República Dominicana	2370	73	0
	Puerto Rico	0	707	1
	San Martin	255	83	0
	Guadalupe	3885	379	0
	Martinica	23.860	12	0
	Guyana Francesa	5760	483	0
	Subtotal	37.907	1.743	1
Andes	Colombia	75.926	4.867	0
	Venezuela	31.224	352	0
	Ecuador	209	79	0
	Bolivia	0	12	0
	Perú	0	4	0
	Subtotal	107.359	5.314	0
Cono Sur	Argentina	0	2	0
	Brasil	88545	31616	3
	Paraguay	102	7	0
	Subtotal	88.647	31.625	3
	Aruba	0	17	0
	Barbados	316	7	0
	Bonaire	0	3	0
	Curazao	0	73	0

ISSN 1028-4346

Caribe no Latino	Dominica	203	28	0
	Granada	0	1	0
	Guyana	0	6	0
	Jamaica	646	8	0
	San Bartolomé	10	1	0
	Santa Lucía	0	2	0
	San Vicente y las Granadinas	0	2	0
	Sint Marteen	0	7	0
	Suriname	2488	527	4
	Trinidad y Tobago	0	16	0
	Islas Vírgenes de EU	0	21	0
	Subtotal	3.663	719	4
Total		269.876	40.479	10

Fuente: Actualización epidemiológica de la OMS del 19 de mayo de 2016

Países, territorios y áreas con virus del Zika, hasta el 19 de mayo de 2016



Mapa: Centro de Dirección Ministerial

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

Resumen de Chikungunya en las Américas

Los casos acumulados de Chikungunya están actualizados hasta la semana 20, con cierre del 20 de mayo. Se reportó esta semana un incremento total de 22.458 casos sospechosos, 5.047 confirmados.
Se reportan incrementos de casos en:

- **Cono Sur:** Brasil incrementó en 20.309 los casos sospechosos y en 5.023 los confirmados, Paraguay que reportó un incremento de 644 casos sospechosos y Argentina reportó un incremento de 52 casos sospechosos.
- **Caribe Latino:** Se incorporaron en la transmisión tres países: Guyana Francesa (495 casos sospechosos y 5 casos confirmados), Guadalupe (32 casos sospechosos y 2 confirmados) y San Martín (17 casos sospechosos y 1 confirmado).
- **El Área Andina:** Colombia incrementó en 808 los casos sospechosos y 2 confirmados. Perú se incorporó al reporte con 8 casos confirmados, 8 sospechosos y 1 importado
- **En el Istmo Centroamericano**: incrementaron sus cifras El Salvador, en 112 casos sospechosos, Costa Rica hace ajuste de su base de datos (-11 casos sospechosos).
- **En América del Norte**, México elevó en 7 los casos confirmados.

Tabla 3. Casos de Chikungunya sospechosos y confirmados de transmisión autóctona e importada según subregión. Las Américas, Semana 20, hasta el 20 de mayo de 2016.

Regiones	Casos de transmisión autóctona				Casos Importados	
	Sospechosos		Confirmados			
	Acum.	Difer.	Acum.	Difer.	Acum.	Difer.
América del Norte	0	0	**280**	**7**	0	0
Istmo Centroamericano	**20.725**	**101**	**433**	**1**	3	0
Caribe Latino	544	544	60	14	0	0
Área Andina	**22.845**	**808**	**1.352**	**2**	6	0
Cono Sur	**56.558**	**21.005**	**11.318**	**5.023**	**75**	**0**
Caribe No-Latino	0	0	0	0	0	0
Total	**100.672**	**22.458**	**13.443**	**5.047**	**84**	**0**

Fuente: OPS

ISSN 1028-4346

Tabla 4. Casos de Chikungunya sospechosos y confirmados de transmisión autóctona e importada por países en el Área Andina y el Istmo Centroamericano. Las Américas, Semana 20, hasta el 20 de mayo de 2016

País/Sub regiones	Semana epidemiológica	Casos de transmisión autóctona				Casos importados	
		Sospechosos	Sosp. Dif.	Confirmados	Conf. Dif.	Casos	Dif.
América del Norte							
México	**Semana 17**	0	0	280	7	0	0
Subtotal		**0**	**0**	**280**	**7**	0	0
Itsmo Centroamericano							
Costa Rica	**Semana 18**	1.410	-11	0	0	0	0
El Salvador	**Semana 18**	4.691	112	0	0	0	0
Guatemala	**Semana 15**	1.634	0	40	0	0	0
Honduras	**Semana 17**	8.315	0	0	0	0	0
Nicaragua	**Semana 16**	4.675	0	387	0	0	0
Panamá	**Semana 13**	0	0	6	1	3	0
Subtotal		**20.725**	**101**	**433**	**1**	3	0
Caribe Latino							
Guyana Francesa	**Semana 14**	495	495	5	5	0	0
Guadalupe	**Semana 16**	32	32	2	2	0	0
Puerto Rico	**Semana 17**	0	0	52	6	0	0
San Martín	**Semana 16**	17	17	1	1	0	0
Subtotal		**544**	**544**	**60**	**14**	0	0
Área Andina							
Bolivia	**Semana 18**	5.877	0	1.021	0	2	0
Colombia	**Semana 17**	14.229	808	91	2	0	0
Ecuador	**Semana 10**	393	0	174	0	3	0
Perú	**Semana 16**	8	0	8	0	1	0
Venezuela	**Semana 17**	2.338	0	58	0	0	0
Subtotal		**22.845**	**808**	**1.352**	**2**	**6**	**0**
Cono Sur							
Argentina	**Semana 18**	2.533	52	100	0	73	0
Brasil	**Semana 16**	53.167	20.309	11.182	5.023	0	0
Chile	**Semana**	0	0	0	0	2	0
Paraguay	**Semana 16**	858	644	36	0	0	0
Subtotal		**56.558**	**21.005**	**11.318**	**5.023**	**75**	**0**
Total		**100.672**	**22.458**	**13.443**	**5.047**	**84**	**0**

Fuente: OPS

ISSN 1028-4346

Distribución geográfica del Chikungunya en las Américas

Fuente: ***Informe semanal de la OPS/OMS hasta el 20 de mayo de 2016***

- **Dengue**

– Se mantienen datos de la SE 18 con cierre del 13 de mayo.

– Se reportó en estas 2 semanas un incremento total de 31.734 casos probables, 10.125 confirmados, 99 dengue grave y 35 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 Caribe Hispano.
- Se reportan incrementos de casos en:
- **Cono Sur:** A expensas de Paraguay que incrementó a 8049 casos probables y 73 confirmados y Argentina que reportó un incremento de 7.150 casos probables y 5.788 confirmado.
- **El Área Andina:** donde Colombia incrementó en 5.247 los casos probables y 2.329 los confirmados, 68 los graves. Perú incrementó en 4.517 probables, 1743 confirmados, 13 graves y 4 fallecidos.
- **Caribe Latino:** Puerto Rico incrementó 5.355 probables y 84 confirmados. República Dominicana 139 casos probables.

RESUMEN

Tabla 3. Casos de dengue probables, confirmados, severos y fallecidos por subregiones. Semana 18, con cierre el 13 de mayo del 2016 (actualizadas dos semanas 17 y 18).

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	56.153	1.474	5.199	58	1.070	6	9	0
Andes	91.418	9.456	32.489	4.072	764	81	183	21
Sur del continente	985.893	15.199	151.022	5.861	244	0	164	11
Caribe Hispánico	10.340	5.494	85	84	418	12	21	3
Caribe Inglés, Francés y Holandes	2.786	111	566	50	1	0	0	0
Total	1.146.590	31.734	189.361	10.125	2.497	99	377	35

Fuente: OPS

ISSN 1028-4346

Tabla 4. Casos de dengue probables, confirmados, severos y fallecidos por países seleccionados en las Américas hasta el 13 de mayo de 2016.

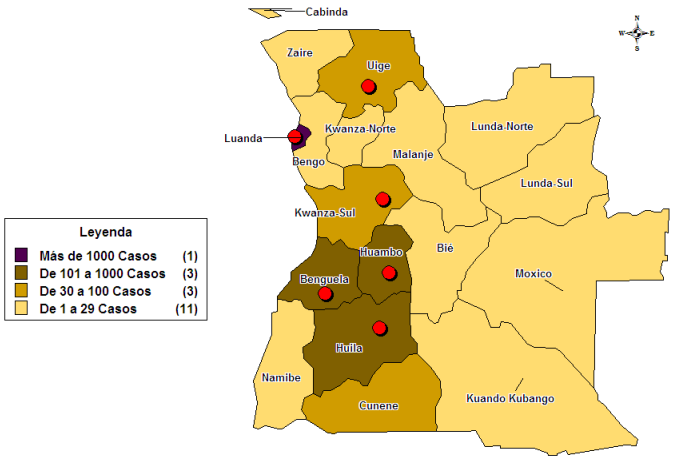
Países/Subregiones	Semana epidemiológica	Probables		Confirmados		Dengue severo		Fallecidos	
		Acum.	Dif.	Acum.	Dif.	Acum.	Dif.	Acum.	Dif.
América Central y México									
Belice	Semana	0	0	0	0	0	0	0	0
Costa Rica	Semana 15	6.357	143	0	0	0	0	0	0
El Salvador	Semana 18	4.415	539	67	7	79	0	0	0
Guatemala	Semana 15	2.057	157	326	0	0	0	0	0
Honduras	Semana 17	9.517	635	51	51	166	6	1	0
México	Semana 16	22.805	0	3.160	0	824	0	1	0
Nicaragua	Semana 13	10.233	0	1.183	0	0	0	7	0
Panamá	Semana 14	769	0	412	0	1	0	0	0
Subtotal		**56.153**	**1.474**	**5.199**	**58**	**1.070**	**6**	**9**	**0**
Andes									
Colombia	Semana 17	**48.424**	**5.247**	**17.441**	**2.329**	**621**	**68**	**143**	**17**
Ecuador	Semana 15	**4.311**	**-318**	**4.629**	**0**	**14**	**0**	0	0
Perú	Semana 17	**18.124**	**4.527**	**6.727**	**1.743**	**59**	**13**	**21**	4
Venezuela	Semana 14	**20.559**	**0**	**3.692**	**0**	**70**	**0**	**19**	**0**
Subtotal		**91.418**	**9.456**	**32.489**	**4.072**	**764**	**81**	**183**	**21**
Sur del continente									
Argentina	Semana 18	**63.952**	**7.150**	**32.441**	**5.788**	0	0	11	11
Brasil	Semana 13	802.429	0	116.330	0	244	0	140	0
Chile	Semana 8	40	0	0	0	0	0	0	0
Paraguay	Semana 15	118.135	8.049	2.225	73	0	0	13	0
Uruguay	Semana 14	**1.337**	**0**	**26**	**0**	0	0	0	0
Subtotal		**985.893**	**15.199**	**151.022**	**5.861**	**244**	**0**	**164**	**11**
Caribe Hispano									
Cuba	Semana 11	**1.208**	**0**	0	0	**0**	**0**	0	0
República Dominicana	Semana 16	**3.725**	**139**	0	0	**418**	**12**	21	3
Puerto Rico	Semana 15	5.407	5.355	85	84	0	0	0	0
Subtotal		**10.340**	**5.494**	85	84	**418**	**12**	**21**	**3**
Caribe Inglés, Francés y Holandés									
Antigua y Barbados	Semana 4	2	0	2	0	0	0	0	0
Barbados	Semana 4	95	0	95	0	0	0	0	0
Guyana Francesa	Semana 14	630	0	15	0	0	0	0	0
Granada	Semana 4	1	0	1	0	0	0	0	0
Guadalupe	Semana 16	130	0	23	0	0	0	0	0
Guyana	Semana 4	64	0	64	0	0	0	0	0
Jamaica	Semana 16	**580**	**111**	**91**	**50**	**1**	**0**	0	0
Martinica	Semana 16	**338**	**0**	28	0	0	0	0	0
Sant Bartolomé	Semana 16	580	0	91	0	0	0	0	0
Saint Martín	Semana 16	210	0	0	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		**2.786**	**111**	**566**	**50**	**1**	**0**	**0**	**0**
Total		**1.146.590**	**31.734**	**189.361**	**10.125**	**2.497**	**99**	**377**	**35**

Fuente: OPS

ISSN 1028-4346

- **Fiebre Amarilla**

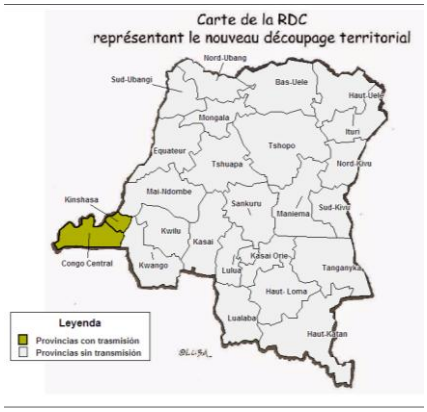
Situación actual de la Fiebre amarilla en Angola, 23 de mayo de 2016



Provincias	Casos
Luanda	1536
Huambo	430
Benguela	155
Huila	131
Kwanza-Sul	76
Uige	37
Cunene	32
Kwanza-Norte	28
Cabinda	26
Bié	24
Bengo	15
Malanje	13
Zaire	12
Lunda-Sul	5
Namibe	4
Kuando Kubango	4
Moxico	4
Lunda-Norte	4
Total	2536

- Existe transmisión autóctona en 6 provincias del país y 19 municipios.
- El país declaró oficialmente el brote de fiebre amarilla el 23 de abril de 2016.
- Existe transmisión autóctona en 6 provincias del país.

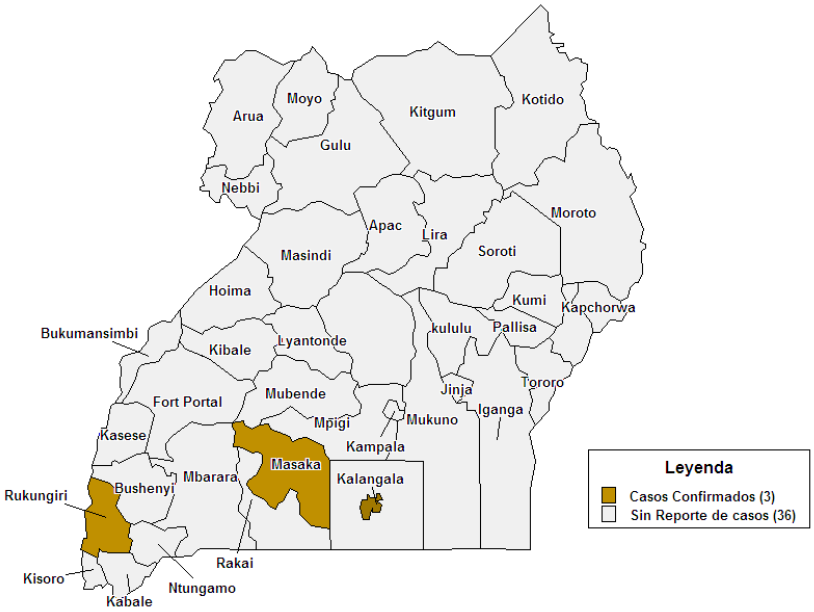
Situación actual de la Fiebre amarilla en RD Congo, 19 de mayo de 2016



- Existe transmisión autóctona en 2 provincias del país: Kongo Central y Kinshasa.
- Hasta el 19 de mayo se han reportado cinco casos probables y 44 casos confirmados en laboratorio: 42 importados de Angola, en las provincias Congo Central (Matadi) y Kinshasa (Ndjili) y dos casos autóctonos en Ndjili y Matadi. Se reportan 45 muertes.
- La posibilidad de infecciones adquiridas localmente está siendo investigada en al menos ocho casos no clasificados, tanto en la provincia Kinshasa como en Congo Central.

ISSN 1028-4346

Situación actual de la Fiebre amarilla en Uganda, 20 de mayo de 2016



- El 9 de abril, el Centro de Enlace para el RSI de Uganda notificó a la OMS el brote de fiebre amarilla (FA) en el Distrito de Masaka.
- Hasta el 19 de mayo se han reportado 60 casos sospechosos, de los cuales siete fueron confirmados por laboratorio y se han registrado en tres distritos: Masaka, Rukungiri y Kalangala.
- De acuerdo con los resultados de la secuenciación, esos grupos no están vinculados epidemiológicamente a Angola.
- Uganda se encuentra en el "cinturón de la fiebre amarilla" de África y es considerado un país con riesgo de transmisión del virus.

- **Fiebre de Lassa**

Fiebre de Lassa en Liberia

Liberia, 18 de mayo de 2016: Desde el 1 de enero de 2016 las autoridades sanitarias han notificado a la Organización Mundial de la Salud (OMS) de al menos 38 casos sospechosos de fiebre de Lassa.

Los casos sospechosos se registraron en 6 prefecturas: Bong (17 casos, incluyendo 9 muertes), Nimba (14 casos, incluidas 6 muertes), Gbarpolu (4 casos), Lofa (1 caso), Margibi (1 caso) y Montserrado (1 caso).

Del 1 de enero y el 3 de abril de 2016, se recibieron 24 muestras para pruebas de laboratorio de casos sospechosos. Del total, se reportaron siete positivos a la fiebre de Lassa: 2 casos fueron identificados por reacción en cadena de la polimerasa (PCR); 2 casos se identificaron a través de la detección de anticuerpos IgM mediante ensayo de inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA); 2 casos fueron identificados a través de la detección de antígenos del virus de Lassa, por ELISA; y el séptimo caso no ha informado el tipo de prueba empleada.

Todos los casos de fiebre de Lassa confirmados dieron negativo para la enfermedad del virus del Ébola. Las muestras se envían a Kenema, Sierra Leona por no existir laboratorios designados en Liberia que pueden examinar muestras de la fiebre de Lassa por PCR.

Respuesta de salud pública

Hasta la fecha, 134 contactos han completado el período de seguimiento de 21 días. Un total de 17 contactos adicionales están siendo monitoreados. Ninguno de estos contactos ha desarrollado síntomas.

OMS de evaluación de riesgos

La fiebre de Lassa es endémica en Liberia y causa brotes casi todos los años en diferentes partes del país. Con base en las experiencias de eventos similares anteriores, se espera que serán reportados los casos adicionales.

Aunque los casos asociadas a los viajes ocasionales de fiebre de Lassa se han reportado en el pasado (véase informe publicado el 27 y 8 de abril de 2016), el riesgo de propagación de enfermedades de Liberia a países no endémicos se considera bajo. La OMS sigue vigilando las evaluaciones de la situación de riesgo y conducta epidemiológicos basados en la última información disponible.

La OMS no recomienda ninguna restricción de los viajes o al comercio a Liberia en base a la información actual disponible

Fuente: OMS

- **Gripe**

Declaran alerta epidemiológica ante incremento de casos de gripe AH1N1en La Paz, Bolivia

El jefe de la unidad de Epidemiología del Servicio Departamental de Salud (SEDES) de La Paz, Jhonny Ayllón, declaró el martes alerta epidemiológica en el departamento de La Paz debido al incremento de casos de gripe AH1N1, respecto al pasado año. “Se declara alerta epidemiológica en el departamento de La Paz debido a que entre finales de abril y principios de mayo se registraron 22 casos de AH1N1, siendo que el año pasado sólo se registraron siete casos”, indicó en conferencia de prensa.

Explicó que el incremento de casos de gripe demuestra que la presencia epidémica de las Infecciones Respiratorias Agudas se adelantó, lo que con las bajas temperaturas, que recién se registrarán en el departamento, se podrían incrementar aún más.

“Esto nos preocupa”, agregó y dijo que el SEDES declaró la alerta para informar y prevenir sobre la expansión de la influenza, para evitar lo que pasó en 2009, cuando se registraron alrededor de 600 casos y el fallecimiento de 22 personas.

La gripe AH1N1 humana es un subtipo de influenza virus tipo A del virus de la gripe.

Tomado de: Hoy Bolivia

- **Gripe aviar**

La infección humana por el virus de la gripe aviar (H7N9) en China

10 de mayo de 2016: La Comisión Nacional de Salud y Planificación Familiar (NHFPC) de China notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 11 casos confirmados en laboratorio de infección humana por el virus de la influenza aviar A (H7N9), incluyendo 4 muertes.

Las fechas de inicio varían del 23 de marzo a la 21 de abril. Los casos tienen edades comprendidas entre 23 y 69 años, con una edad media de 52 años. De estos 11 casos, 7 (64%) son hombres. La mayoría (10 casos, 91%) informaron de la exposición a aves de corral vivas, aves de corral sacrificadas o mercados de aves vivas. Un (1) caso tiene una historia de la venta de carne de cerdo en un mercado. Se reportaron los casos de 5 provincias y municipios: Jiangsu (6), Jiangxi (2), Anhui (1), Shandong (1) y Zhejiang (1).

Detalles de los casos:

Masculino de 23 años de edad de la provincia de Jiangxi, enfermó el 1 de abril y fue ingresado en el hospital el 8 de abril, compró las aves de corral vivas en un mercado. El paciente se encuentra en estado crítico.

Un caso de sexo femenino de 43 años de edad, de la provincia de Jiangxi, que desarrolló síntomas el 5 de abril y fue ingresado en el hospital el 15 de abril, fue expuesto a aves de corral sacrificadas en un mercado y también tuvo contacto con el caso de 23 años. Actualmente se encuentra en estado crítico.

La transmisión de humano a humano entre los dos pacientes no puede ser descartada, a pesar de que ambos tienen una historia de exposición de aves de corral.

OMS de evaluación de riesgos

La mayoría de los casos humanos están expuestos al virus A (H7N9) a través del contacto con aves de corral infectadas o ambientes contaminados, incluidos los mercados de aves vivas. Dado que el virus es detectado en animales y ambientes, se puede esperar casos humanos adicionales. Aunque se han reportado pequeños conglomerados de casos humanos con virus de la gripe A (H7N9) incluyendo aquellos que involucran trabajadores de la salud, la evidencia epidemiológica y virológica actual sugiere que este virus no ha adquirido la capacidad de transmisión sostenida entre seres humanos.

Las infecciones humanas con el virus A (H7N9) son inusuales y necesitan ser monitoreados estrechamente con el fin de identificar los cambios en el virus y su comportamiento de transmisión a los seres humanos, ya que puede tener un serio impacto en la salud pública. Fuente: OMS

- **Gripe porcina**

Un caso de gripe porcina variante H1N2 (H1N2v) ha sido reportada en el estado de Minnesota
Una infección humana con la "gripe porcina", (la nueva gripe de origen porcino, la variante H1N2 (H1N2v)) ha sido reportada en el estado de Minnesota.

De acuerdo con los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), el paciente fue hospitalizado a consecuencia de su enfermedad, pero se ha recuperado totalmente. Una investigación está en curso sobre la fuente de infección del paciente y para determinar si existen otros casos vinculados epidemiológicamente-de infección por el virus H1N2v.

Los cerdos se infectan comúnmente con el virus de la influenza porcina que suelen ser diferentes de los virus de la gripe humana ("variante de la gripe"). Aunque es poco común, la gripe puede propagarse de cerdos a las personas y de las personas a los cerdos.

El virus de la gripe porcina normalmente no infecta a los humanos. Sin embargo, se han producido infecciones humanas esporádicas con virus de influenza que circulan normalmente en personas. Cuando esto sucede, estos virus se denominan "variantes del virus."

En general, la gravedad de las enfermedades asociadas con la variante de la gripe ha sido similar a la gripe estacional.
Los síntomas de la gripe aparecen rápidamente en forma de fiebre, tos seca, dolor de garganta, dolor de cabeza, cansancio extremo, dolor de nariz tapada, y el cuerpo. Los niños pequeños y los ancianos pueden no desarrollar fiebre. Estos síntomas pueden ser graves y ponerlo en la cama durante varios días.
Hasta la fecha, no existe una transmisión sostenida de humano a humano de la nueva gripe de origen porcino. Sin embargo, los virus de la influenza tienen la capacidad de cambiar y es posible que este virus puede llegar a ser generalizado. Ellos no son transmisibles por el consumo de carne de cerdo adecuadamente manipulados o de otros productos derivados del cerdo.

Fuente: News Today

- **Virus Onyong-Nyong**

Cinco casos de virus de Onyong-Nyong en Sudán del Sur

19 de mayo de 2016: Síndrome de fiebre hemorrágica en Sudán del Sur. Entre finales de diciembre de 2015 y principios de mayo de 2016, el Centro Focal Nacional del RSI de Sudán del Sur notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) de un brote de fiebre hemorrágica.

Hasta el 9 de mayo, un total de 51 casos sospechosos, incluyendo 10 muertes, se había informado de los condados de Aweil del Norte (45 casos, incluyendo 10 muertes) y Aweil Hueso (6 casos). No hay trabajadores de la salud reportados entre los casos. La mayoría (74,5%) de los casos sospechosos está por debajo de 20 años de edad. La última muerte registrada se remonta al 28 de febrero.

Los síntomas más frecuentes incluyen sangrado inexplicable, fiebre, fatiga, dolor de cabeza y vómitos. Los síntomas no parecen ser graves y resuelven rápidamente después de un tratamiento de apoyo. Actualmente, no hay evidencia de transmisión de persona a persona de la enfermedad.

Las muestras de 33 pacientes fueron enviadas a los centros colaboradores de la OMS en Uganda, Senegal y Sudáfrica. Las muestras se ensayaron mediante la prueba de neutralización de reducción de placas, la reacción en cadena de la polimerasa o un ensayo de inmunoabsorción ligado a enzimas. Cinco muestras dieron positivo para el virus de Onyong-Nyong; 3 muestras fueron positivas para Chikungunya; y 1 muestra dio positivo para el virus del dengue. Más pruebas de laboratorio están en curso para poder confirmar el agente causal. Otras causas que se investigan son las enfermedades bacterianas (por ejemplo, la leptospirosis) y la intoxicación por alimentos (micotoxinas). Fueron identificados en las zonas afectadas factores de riesgo ecológico de transmisión de enfermedades por arbovirus.

Evaluación de riesgos

Los resultados de laboratorio recibidos hasta el momento no explican la sintomatología (sangrado inexplicable) de los casos notificados, ni la alta tasa de mortalidad. Puesto que la causa subyacente de este evento de salud pública sigue siendo desconocida, se necesita una estrecha vigilancia y una mayor investigación epidemiológica. La zona donde está ocurriendo el brote limita con Darfur en Sudán, donde al menos se reportaron 469 casos de fiebre hemorrágica viral, incluyendo 120 muertes, se registraron entre agosto y noviembre de 2015. Debido al frecuente movimiento la población transfronterizo entre Sudán y Sudán del Sur, el riesgo de propagación internacional de la enfermedad no se puede descartar. La OMS sigue vigilando las evaluaciones de la situación de riesgo y conducta epidemiológicos basados en la última información disponible.

Consejo de la OMS:

La OMS no recomienda ninguna restricción de los viajes y el comercio a Sudán del Sur sobre la base de la información disponible.

Fuente: OMS

- **Virus del Zika**

Nuevo caso importado de Zika en Cuba

Se diagnostica el **duodécimo caso importado** de paciente confirmada con virus de Zika, correspondiente a una ciudadana cubana de 41 años de edad, residente en el municipio de Güira de Melena, provincia de Artemisa, que arribó al país el 10 de mayo procedente de Guyana, a donde viajó por asuntos personales.

El 12 de mayo comenzó con rash generalizado, acompañado de dolores musculares sin fiebre. Acudió al día siguiente al Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí (IPK) y después de ser evaluada se decide su ingreso. El martes 17 de mayo se le tomó muestras de sangre para la técnica de **reacción en cadena de la polimerasa** en tiempo real, conocida por sus siglas en inglés como **PCR** y resultó

positiva a virus de Zika. Actualmente la paciente se encuentra sin síntomas, con buen estado general, evolución favorable y continúa ingresada.

Fuente: Cubadebate

Taiwán confirma el segundo caso importado de Zika

23 de mayo de 2016: El segundo caso importado de infección por el virus Zika ha sido identificado en Taiwán, según informes de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de Taiwán (CDC).

El caso es un masculino de 34 años de edad, de Tailandia, que se encuentra de visita en Taiwán. Cuando abordó el avión en Tailandia el 19 de mayo, experimentó síntomas. Después de arribar a Taiwán se le tomaron muestras de sangre por el oficial de cuarentena del aeropuerto y dio positivo a Zika.

El caso ya no presenta ningún síntoma. En la noche del 20 de mayo, regresó al dormitorio de la fábrica en el centro de Taiwán. Su compañero masculino que visitó Taiwán con él no ha experimentado ningún síntoma.

Ambos casos importados provienen de la misma región en Tailandia. Por lo tanto, los CDC de Taiwán alertan sobre los viajes a Tailandia a nivel 2 por alerta de virus del Zika.

Fuente: Outbreak Today

- **Más del Zika**

Confirman que cepa del virus de Zika es importada de las Américas a Cabo Verde

20 de mayo de 2016: La Organización Mundial de la Salud (OMS) confirma cepa del virus de Zika importada de las Américas a Cabo Verde. La secuenciación del virus confirma que el virus de Zika que circula actualmente en Cabo Verde es el mismo que el que circula en las Américas, la de tipo asiático y lo más probable es que fue importada desde Brasil, según el Instituto Pasteur de Dakar. Esta es la primera vez que la cepa del Zika, responsable de los brotes vinculados a trastornos neurológicos y microcefalia, se ha detectado en África.

Zika en Cabo Verde.

Hasta el 8 de mayo de 2016, se han registrado 7.557 casos sospechosos de Zika en Cabo Verde. Tres casos de microcefalia se han registrado en Cabo Verde con un solo caso reportado por los Centros estadounidenses para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) después de haber sido entregado en los Estados Unidos. Hasta el momento, ningún caso de síndrome de Guillain-Barré (GBS) ha informado Cabo Verde.

Fuente: OMS

ISSN 1028-4346

Promoción de salud

ISSN 1028-4346

La Medicina y el Arte

La niña enferma, 1885- 86 **de** **Edvard Munch**

Edvard Munch (12 de diciembre de 1863- 23 de enero de 1944) fue un pintor y grabador noruego de la corriente expresionista. Sus evocativas obras sobre la angustia influyeron profundamente en el expresionismo alemán de comienzos del siglo XX.

El pintor decía de sí mismo que, *del mismo modo que Leonardo da Vinci había estudiado la anatomía humana y diseccionado cuerpos*, él intentaba diseccionar almas. Por ello, los temas más frecuentes en su obra fueron los relacionados con los sentimientos y las tragedias humanas, como la soledad (Melancolía), la angustia (El Grito, tal vez su mejor obra), la muerte (Muerte de un bohemio) y el erotismo (Amantes, El beso). Se le considera precursor del expresionismo, por la fuerte expresividad de los rostros y las actitudes de sus figuras, además del mejor pintor noruego de todos los tiempos.

La niña enferma (por supuesto evocando la enfermedad de la hermana de Munch, Sophie) está sentada en la cama, enderezada por una gran almohada de plumas que la sujeta. Su cara vuelta hacia el lado donde una mujer sin rostro parece estar sentada o arrodillada. En la parte izquierda, una cómoda en la que reposa una botella nos hace pensar en un estrecho espacio; un trozo de pared que parece confundirse con la almohada; en la parte derecha, una superficie verdosa, quizás una cortina cerrada y en primer plano, una mesita con un vaso de agua.
Podemos sentir el dolor incontenible de una madre sin rostro inclinada ante lo irremediable, ante el respeto que nos produce la muerte y, entregada (las manos de ambas, madre e hija, están entrelazadas) a una hija que la contempla con resignación y paciencia. El dolor del que produce dolor. Fijaros en los ojos de la niña. Su mirada tranquila y sosegada. La mirada de la aceptación, del peor dolor del otro: querer morirse.
A pesar de lo que pueda sugerirnos este lienzo, fue fuertemente criticado cuando en 1886 fue exhibido por primera vez durante la Exposición de Otoño de Cristianía. Ni el tema ni la composición eran motivo de escándalo. La forma que fue ejecutado con sólo esbozos escarbados en el lienzo y los surcos que parecían arañar la tela poniendo de manifiesto una intensa agitación nerviosa pueden explicar el desasosiego de los críticos. Ahora, os invito a que lo contempléis con los ojos de Munch. Los múltiples retoques, los rasguños que penetran en todas las capas de pintura, las sombras capaces de modelar los cuerpos y, la luz. Una luz que no incide desde fuera sino del interior de las figuras, de la gran almohada y del rostro trasparente de la niña enferma. Nada en Munch queda inacabado.

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: MSc. 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