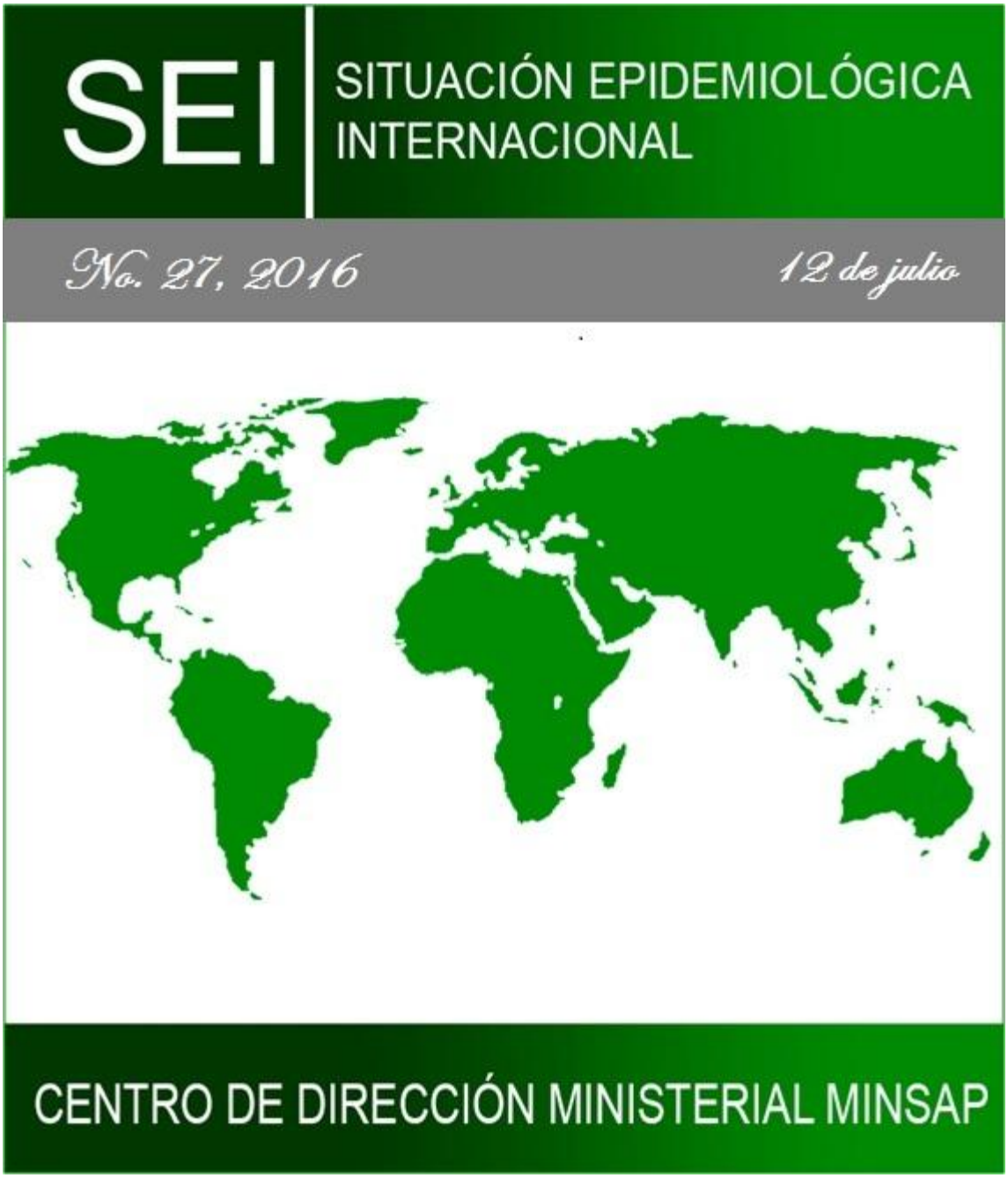
ISSN 1028-4346

Situación Epidemiológica Internacional

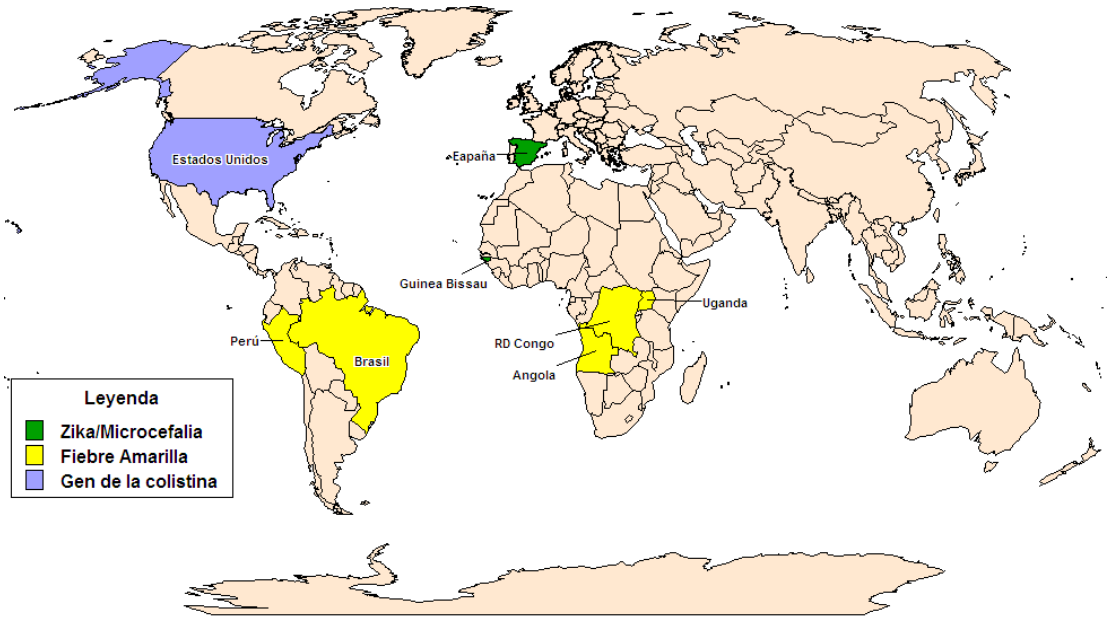


CENTRO DE DIRECCIÓN. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Dirección Postal: Calle 23 No. 201 entre M y N, Plaza, La Habana, Cuba.
Código Postal: 10 400.
e-mail: vigilanciaensalud@infomed.sld.cu

ISSN 1028-4346

Situación Epidemiológica Internacional

Nuevos brotes de esta semana



Mapa: Centro de Dirección Ministerial

Tabla de contenido:

Actualizaciones de la semana	3
Virus del Zika	3
Resumen de Chikungunya en las Américas	6
Dengue	9
Fiebre Amarilla en las Américas	12
Actualización Epidemiológica de la fiebre amarilla en las Américas	14
Nuevos casos de la semana	17
España reporta nuevos casos importados de Zika	17
Detectan segundo caso del gen de la colistina en Estados Unidos	**18**

- **Informaciones de interés** **19**

Autoridades sanitarias se preocupan ante la propagación del Zika en Puerto Rico **19**

Realizarán estudios posteriores a los atletas que participarán en los Juegos Olímpicos Brasil 2016 **20**

Liberan mosquitos transgénicos en Islas Caimán **21**

Dedican el Día Mundial de la Población a la lucha contra el virus del Zika en Brasil **21**

Promoción de lectura 22

La Medicina y el Arte 22

Actualizaciones de la semana

Virus del Zika

Los casos acumulados de Zika están actualizados hasta el 7 de julio. Esta semana hubo un incremento en el total de casos sospechosos, se reportaron **16.499 casos y 27.397 confirmados más que la pasada semana, el número de fallecidos incrementó en más 5 casos.** Se reportan incrementos de los casos en todas las regiones.

Mayores reportes de casos por regiones y países:

El **Cono Sur** es la subregión más afectada: Brasil con un incremento de 24.225 casos confirmados y Argentina con 1.628 sospechosos y 3 confirmados más.

En el **Caribe Latino:** Guadalupe con un incremento de 7.040 sospechosos, seguido por Puerto Rico con 810 confirmados más, Martinica con 2.400 sospechosos y San Martín con 1.180 sospechosos.

Norteamérica: México con 248 casos confirmados más.

En **América Central:** Honduras con un incremento de 2.853 sospechosos y 2 confirmados. Guatemala con 1.853 sospechosos y El Salvador con 208 sospechosos más.

Área Andina: Venezuela con un incremento de 3.414 sospechosos y 188 confirmados, seguida por Colombia con 2.823 sospechosos y 424 confirmados y Ecuador con 1.348 sospechosos y 217 confirmados más.

Caribe No Latino: Suriname con un incremento de 1.833 confirmados, seguido por Jamaica con 543 sospechosos más y 2 confirmados, Santa Lucía con 179 sospechosos y 4 confirmados, Dominica con 174 sospechosos y 10 confirmados y Curazao con 135 confirmados más.

En resumen se reporta un total de 415.125 casos sospechosos en la región, confirmados 83.747 casos y fallecidos 9.

La OMS y sus asociados han establecido una definición de lo que constituye un brote, la transmisión endémica, y la interrupción de la transmisión vectorial con el fin de caracterizar mejor el nivel de transmisión de la infección por el virus Zika, por lo que ha establecido tres categorías como se refleja en la tabla 1. Además, esto facilitará recomendaciones de salud pública para los residentes y los viajeros. Sobre la base de estas definiciones, los países y territorios que comunican la transmisión del virus Zika transmitida por mosquitos fueron reclasificados.

Tabla 1. Países, territorios y áreas con circulación autóctona por picadura del mosquito de virus Zika (65), 2007-2016

Categoría	Región	Países
Categoría 1: Países con un primer brote reportado a partir de 2015 (48).	África (2)	Cabo Verde y Guinea Bissau
	América (40)	Anguila; Argentina; Aruba; Barbados; Belice; Bonaire, San Eustaquio y Saba-Países Bajos *; Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil; Colombia; Costa Rica; Cuba; Curazao; Dominica; República Dominicana; Ecuador; El Salvador; Guayana francés; Granada; Guadalupe; Guatemala; Guyana; Haití; Honduras; Jamaica; Martinica; México; Nicaragua; Panamá; Paraguay; Perú; Puerto Rico; San Bartolomé; Santa Lucía; San Martín; San Vicente y las Granadinas, San Martín; Surinam; Trinidad y Tobago; Islas Vírgenes de los Estados Unidos; República Bolivariana de Venezuela.
	Oceanía (6)	Samoa Americana; Fiji; Islas Marshall; Estados Federados de Micronesia; Samoa; Tonga
Categoría 2: Países con posible transmisión endémica o evidencia de infecciones por Zika transmitidas por vectores locales en 2016. (4)	Sur de Asia (2)	Filipinas y Viet Nam.
	Pacífico Occidental (2)	Indonesia y Tailandia
Categoría 3: Países con evidencia de infecciones por Zika transmitidas por vectores locales durante o antes 2015, pero sin la documentación de casos o un brote terminado en 2016. (13)	África (1)	Gabón
	América (1)	Isla de Pascua-Chile
	Sur de Asia (2)	Bangladesh y Maldivas
	Pacífico Occidental (9)	Camboya; Islas Cook **; ** Polinesia Francesa; República Democrática Popular Lao; Malasia; Nueva Caledonia; Papúa Nueva Guinea; Islas Salomón; Vanuatu.

* Esto incluye los casos confirmados de virus Zika reportados en BONAIRE-Países Bajos y San Martín dentro de los Países Bajos.
** Países y territorios que no han informado de casos de virus Zika en 2015-2016.Tabla 2. Países que informaron transmisión del virus Zika pero no por vectores.

Tabla 2. Países, territorios y áreas con transmisión de persona a persona de virus Zika (11), 2007-2016

Países con evidencia de transmisión de persona a persona del virus Zika, no transmitida por mosquitos (11)	América (5)	Argentina, Canadá, Chile, Perú, Estados Unidos de América
	Europa (5)	Francia, Alemania, Italia, Portugal, España.
	Oceanía (1)	Nueva Zelanda

Fuente: Actualización epidemiológica de la OMS del 07 de julio del 2016

ISSN 1028-4346

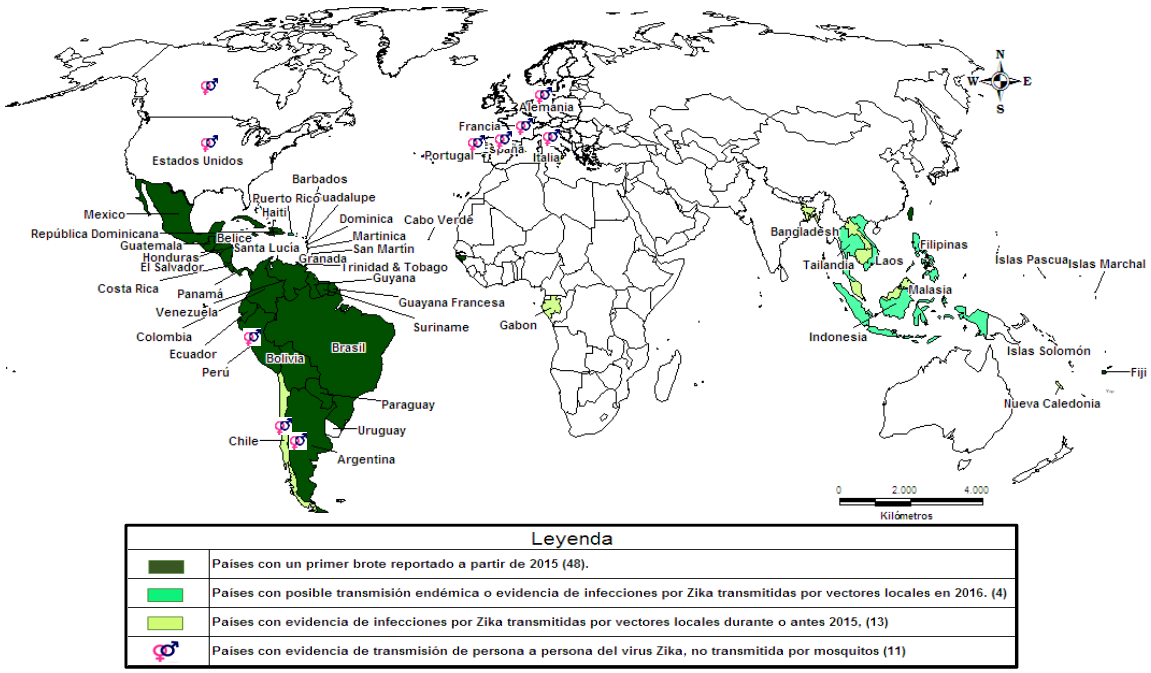
Tabla 3. Casos confirmados y sospechosos de Zika reportados por países y subregión. Las Américas, 2015 – cierre 7 de julio de 2016

Sub-Región	Países/Territorios	Sospechosos		Confirmados		Fallecidos
		Casos	Diferencias	Casos	Diferencias	
Norte América	México	0	0	667	248	0
	Subtotal	**0**	**0**	**667**	**248**	**0**
América Central	Belice	0	0	5	3	0
	Costa Rica	722	203	159	52	0
	Guatemala	1.853	1.853	408	-1.007	0
	Honduras	25.568	2.853	46	2	0
	El Salvador	10.684	208	46	0	0
	Nicaragua	0	0	385	111	0
	Panamá	1.196	157	292	9	0
	Subtotal	**40.023**	**5.274**	**1.341**	**-830**	**0**
Caribe Latino	Cuba	0	0	1	0	0
	Haití	2.125	0	5	0	0
	República Dominicana	3.771	458	101	28	0
	Puerto Rico	0	0	2.162	810	1
	San Martin	1.260	1.180	200	0	0
	Guadalupe	20.070	7.040	379	0	0
	Martinica	32.400	2.400	12	0	0
	Guyana Francesa	8.715	885	483	0	0
	Subtotal	**68.471**	**1.686**	**3.370**	**865**	**1**
Andes	Colombia	87.844	2.823	8.506	428	0
	Venezuela	49.334	3.414	1.632	188	0
	Ecuador	1.348	1.348	635	217	0
	Bolivia	0	0	126	2	0
	Perú	0	0	93	15	0
	Subtotal	**138.526**	**7.585**	**10.992**	**850**	**0**
Cono Sur	Argentina	1.696	1.628	23	3	0
	Brasil	161.241	1.302	64.311	24.225	4
	Paraguay	275	0	8	0	0
	Subtotal	**163.212**	**2.930**	**64.342**	**24.228**	**4**
Caribe no Latino	Anguilla	0	0	1	0	0
	Aruba	0	0	21	4	0
	Barbados	770	0	18	0	0
	Bonaire	0	0	8	5	0
	Curazao	0	0	208	135	0
	Dominica	611	174	57	10	0
	Granada	0	0	2	0	0
	Guyana	0	0	6	0	0
	Jamaica	2.183	543	26	2	0
	Santa Lucía	306	179	13	4	0
	San Vicente y Granadinas	0	0	8	0	0
	Sint Maartín	0	0	25	18	0
	Suriname	697	-1.827	2.530	1.833	4
	Trinidad y Tobago	0	0	83	43	0
	Islas Vírgenes de EU	326	24	29	3	0
	Subtotal	**4.893**	**-976**	**3.035**	**2.036**	**4**
Total		**415.125**	**16.499**	**83.747**	**27.397**	**9**

Fuente: Actualización epidemiológica de la OMS del 07 de julio del 2016

ISSN 1028-4346

Países, territorios y áreas con virus del Zika, hasta el 7 de julio de 2016



Mapa: Centro de Dirección Ministerial

Resumen de Chikungunya en las Américas

Los casos acumulados de Chikungunya están actualizados hasta la semana 27, con cierre del 8 de julio. Se reportó esta semana un incremento total de **29.102 casos sospechosos, 34.172 confirmados y 7 casos importados.**

Se reporta incremento en tres regiones: América del Norte, en el Istmo Centroamericano, Área Andina y Cono Sur.

Mayores reportes de casos por regiones y países:

América del Norte: EU reporta más5 casos importados y México confirma más 16 casos.

Istmo Centroamericano: Honduras con 1.720 sospechosos más, seguido por Guatemala con 239 sospechosos y 2 confirmados, El Salvador y Costa Rica con más 109 y 57 sospechosos más respectivamente.

Área Andina: Bolivia con 2.510 casos sospechosos más, seguido por Colombia con más 514 sospechosos y 6 confirmados y Ecuador con más 158 confirmados.

En resumen al cierre de la semana se reportan en la región de las Américas 159.830 casos sospechosos, confirmados 34.172 casos, importados 147 casos y fallecidos 18.

Tabla 4. Casos de Chikungunya sospechosos y confirmados de transmisión autóctona e importada según subregión. Las Américas, Semana 27, hasta el 8 de julio de 2016.

Regiones	Casos de transmisión autóctona				Casos Importados	
	Sospechosos		Confirmados			
	Acum.	Difer.	Acum.	Difer.	Acum.	Difer.
América del Norte	0	0	**325**	**16**	50	5
Istmo Centroamericano	**25.670**	**2.125**	**524**	**68**	4	0
Caribe Latino	854	0	97	1	0	0
Área Andina	**36.977**	**3.024**	**2.609**	**164**	6	0
Cono Sur	**96.329**	**23.953**	**30.617**	**15.388**	**87**	**2**
Caribe No-Latino	0	0	0	0	0	0
Total	**159.830**	**29.102**	**34.172**	**15.637**	**147**	**7**

***Fuente:* OPS**

Tabla 5. Casos de Chikungunya sospechosos y confirmados de transmisión autóctona e importada por países en el Área Andina y el Istmo Centroamericano. Las Américas, Semana 27, hasta el 8 de julio 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 25**	0	0	325	16	0	0
Estados Unidos	**Semana 26**	0	0	0	0	50	5
Subtotal		**0**	**0**	**325**	**16**	**50**	**5**
Itsmo Centroamericano							
Costa Rica	**Semana 25**	1.595	57	0	0	0	0
El Salvador	**Semana 25**	5.224	109	0	0	0	0
Guatemala	**Semana 22**	2.121	239	65	2	0	0
Honduras	**Semana 25**	12.053	1.720	0	0	0	0
Nicaragua	**Semana 26**	4.675	0	453	66	0	0

ISSN 1028-4346

Panamá	**Semana 26**	0	0	6	0	4	0
Subtotal		**25.670**	**2.125**	**524**	**68**	**4**	**0**
Caribe Latino							
Guyana Francesa	**Semana 23**	805	0	18	0	0	0
Guadalupe	**Semana 16**	32	0	2	0	0	0
Puerto Rico	**Semana 24**	0	0	76	1	0	0
San Martín	**Semana 16**	17	0	1	0	0	0
Subtotal		**854**	**0**	**97**	**1**	**0**	**0**
Área Andina							
Bolivia	**Semana 25**	17.208	2.510	1.190	0	2	0
Colombia	**Semana 25**	17.143	514	124	6	0	0
Ecuador	**Semana 25**	280	0	1.229	158	3	0
Perú	**Semana 24**	8	0	8	0	1	0
Venezuela	**Semana 17**	2.338	0	58	0	0	0
Subtotal		**36.977**	**3.024**	**2.609**	**164**	**6**	**0**
Cono Sur							
Argentina	**Semana 25**	3.022	130	264	126	85	2
Brasil	**Semana 21**	92.447	**23.822**	30.315	**15.262**	0	0
Chile	**Semana 12**	0	0	0	0	2	0
Paraguay	**Semana 24**	860	1	38	0	0	0
Subtotal		**96.329**	**23.953**	**30.617**	**15.388**	**87**	**2**
Total		**159.830**	**29.102**	**34.172**	**15.637**	**147**	**7**

Fuente: OPS

Distribución geográfica del Chikungunya en las Américas

Fuente: Informe semanal de la OPS/OMS SE 27

ISSN 1028-4346

Dengue

RESUMEN

Los casos acumulados de dengue están actualizados hasta la semana 25, con cierre del 7 de julio. Se reportó esta semana un incremento total **de 32.832 casos probables, 8.867 confirmados, 209 dengue grave y 25 fallecidos.**

Se reportan incrementos de casos en todas las regiones de América. Las regiones con incrementos más elevados son: América Central y México, seguido de los Andes, Caribe Hispano, Sur del continente, Caribe Inglés, Francés y Holandés y Norteamérica.

Mayores reportes de casos por regiones y países:

América Central y México: Nicaragua con 7.389 casos probables más y 897 confirmados, seguido por México con 4.808 probables, 706 confirmados, 161 dengue severo y 4 fallecidos, Costa Rica con más 1.433 probables y Honduras con 1.405 casos probables y 17 dengue severo.

El Área Andina: Colombia con 7.777 casos probables, 34 dengue severo y 117 fallecidos, seguido por Perú con 1.619 casos probables, 948 confirmados, 4 dengue severo y un fallecido. Ecuador con 1.530 probables y confirmados respectivamente y 6 dengue severo.

Caribe Hispano: Puerto Rico con 2.288 casos probables y 5 confirmados.

Cono Sur es la región más afectada: Argentina con 1.284 probables y 820 confirmados.

Caribe Inglés, Francés y Holandés: Trinidad y Tobago con más 137 casos probables y 2 confirmados y Jamaica con 119 probables más, un dengue severo y fallecido respectivamente.

Norteamérica: Estados Unidos reportó 204 casos probables y confirmados más respectivamente.

Están circulando los 4 serotipos de dengue en todas las regiones de las Américas, excepto en Norteamérica que no se ha reportado el serotipo circulante.

Tabla 6. Casos de dengue probables, confirmados, severos y fallecidos por subregiones. Las Américas, Semana 25, con cierre el 7 de julio del 2016.

Subregión	Probables		Confirmados		Dengue severo		Fallecidos	
	Acum.	Dif.	Acum.	Dif.	Acum.	Dif.	Acum.	Dif.
Norteamérica	285	204	285	204	0	0	0	0
América Central y México	97.033	16.560	8.942	1.681	1.507	198	18	7
Andes	155.450	12.830	51.229	6.088	962	-4	245	18
Sur del continente	1.435.636	516	256.659	858	455	0	315	0
Caribe Hispánico	17.838	2.486	118	5	495	14	24	0
Caribe Inglés, Francés y Holandés	6.127	236	1.099	31	2	1	0	0
Total	1.712.369	32.832	318.332	8.867	3.421	209	602	25

Fuente: OPS

ISSN 1028-4346

Tabla 7. Casos de dengue probables, confirmados, severos y fallecidos por países seleccionados en las Américas, Semana 25, hasta el 7 de julio del 2016. (46 países)

Países/Subregiones	Semana epidemiológica	Probables		Confirmados		Dengue severo		Fallecidos	
		Acum.	Dif.	Acum.	Dif.	Acum.	Dif.	Acum.	Dif.
Norte América									
Estados Unidos	**Semana 17**	**81**	**-18**	**81**	**-18**	**0**	**0**	**0**	**0**
América Central y México									
Costa Rica	Semana 22	7.711	335	0	0	0	0	0	0
El Salvador	Semana 21	5.163	232	71	0	122	8	0	0
Guatemala	Semana 22	2.821	170	326	0	0	0	0	0
Honduras	Semana 22	13.099	1.447	86	0	195	9	1	0
México	Semana 22	29.467	1.268	4.086	152	992	45	1	0
Nicaragua	Semana 21	21.126	0	2.150	0	0	0	9	0
Panamá	Semana 21	1.061	0	541	0	0	0	0	0
Subtotal		**80.473**	**3.465**	**7.261**	**202**	**1.309**	**62**	**11**	**0**
Andes									
Bolivia	Semana 18	**25.611**	**0**	**0**	**0**	**75**	**0**	**0**	**0**
Colombia	Semana 22	**60.505**	**17.822**	**21.899**	**0**	**701**	**5**	**176**	**8**
Ecuador	Semana 22	**8.433**	**443**	**8.433**	**443**	**26**	**0**	3	-2
Perú	Semana 22	**23.391**	**1.382**	**10.584**	**678**	**76**	**2**	**26**	1
Venezuela	Semana 22	**24.680**	**1.086**	**4.225**	**-171**	**88**	**2**	**22**	**1**
Subtotal		**142.620**	**4.693**	**45.141**	**950**	**966**	**9**	**227**	**8**
Sur del continente									
Argentina	Semana 22	**73.905**	**295**	**39.252**	**62**	0	0	11	0
Brasil	Semana 21	1.244.583	114.217	214.032	98.702	455	87	288	76
Chile	Semana 19	40	0	0	0	0	0	0	0
Paraguay	Semana 21	115.255	-1.886	2.491	-1.756	0	0	16	0
Uruguay	Semana 21	**1.337**	**0**	**26**	**0**	0	0	0	0
Subtotal		**1.435.120**	**112.676**	**255.801**	**97.008**	**455**	**87**	**315**	**76**
Caribe Hispano									
Cuba	Semana 11	**1.208**	**0**	0	0	**0**	**0**	0	0
R. Dominicana	Semana 20	**4.473**	**124**	0	0	**481**	**5**	24	0
Puerto Rico	Semana 20	9.671	1.367	113	12	0	0	0	0
Subtotal		**15.352**	**1.491**	113	12	**481**	**5**	**24**	**0**
Caribe Inglés, Francés y Holandés									
Barbados	Semana 20	1.101	899	241	39	0	0	0	0
Dominica	Semana 16	183	76	0	0	0	0	0	0
Guyana Francesa	Semana 14	630	0	15	0	0	0	0	0
Guadalupe	Semana 16	130	0	23	0	0	0	0	0
Guyana	Semana 16	303	239	303	239	0	0	0	0
Jamaica	Semana 20	**698**	**0**	**67**	**0**	**1**	**0**	0	0
Martinica	Semana 20	**399**	**0**	28	0	0	0	0	0
Sant Bartolomé	Semana 16	580	0	91	0	0	0	0	0
St. Lucía	Semana 16	68	18	3	1	0	0	0	0
Saint Martín	Semana 16	210	0	1	1	0	0	0	0
S.V y las Granadinas	Semana 12	60	17	3	0	0	0	0	0
Trinidad y Tobago	Semana 18	270	77	4	1	0	0	0	0
Islas Turcas y Caicos	Semana 16	216	0	216	0	0	0	0	0
Subtotal		**5.891**	**2.051**	**1.068**	**330**	**1**	**0**	**0**	**0**
Total		**1.679.537**	**124.358**	**309.465**	**98.484**	**3.212**	**163**	**577**	**84**

Fuente: OPS

Fiebre Amarilla

Situación actual de otros países que comunicaron transmisión o casos esporádicos de fiebre amarilla no vinculados con el brote de Angola.

República del Congo: Informó de dos casos sospechosos de fiebre amarilla en bouenza. No hay actualizaciones sobre este evento. Otras investigaciones y análisis de laboratorio están en curso para determinar si se trata de casos confirmados, el estado de vacunación y los posibles enlaces con Angola.

Guinea: Ha reportado 39 casos sospechosos desde enero de 2016, incluyendo 8 casos probables. No hay actualizaciones sobre este evento desde la semana pasada. Las investigaciones están en curso y se solicitó información adicional con respecto a la localización, estado de vacunación, los síntomas y los antecedentes de viaje. Los últimos grandes brotes de fiebre amarilla en Guinea se reportaron 2000-2001 en Mamou, Labe, Koubia, Malet y Nzérékoré y en 2005 en Fouta Djalon, Hornear, Biffa, Galia y Kondara.

Chad, Ghana y Uganda: La situación en estos tres países se mantiene estable y no hay cambios desde la semana pasada.

Perú: A partir de la semana que finalizó el 19 de junio, 42 probables y 37 casos confirmados de fiebre amarilla con nueve muertes reportadas. Se reportaron casos de siete departamentos, la mayoría de los casos notificados son del departamento de Junín (58 entre probables y confirmados). El ciclo de transmisión se está produciendo en zonas endémicas enzoóticas con antecedentes de transmisión conocida. No hay actualizaciones sobre este evento desde la semana pasada. Este evento no está ligado al brote de fiebre amarilla de Angola. La propagación geográfica a la costa del Pacífico se considera poco probable.

Brasil y Colombia: La situación en estos dos países se mantiene estable y no hay cambios desde la semana pasada.

Tabla 8: Reporte de casos y fallecidos por fiebre amarilla en Angola y la República Democrática del Congo

Casos y fallecidos	Angola		República Democrática del Congo	
	Semana (25/6 al 01/07)	Acumulado (5/12/15 al 1/7/16)	Semana (19/6 al 24/6)	Acumulado (22/3 al 24/6/16)
Casos confirmados	2*	875	0	68
Fallecidos confirmados	No disponible	117 (+2)	No disponible	No disponible
Casos reportados	88	3552	183	1307
Fallecidos reportados	2	355	No disponible	75

Los casos y los fallecidos incluyen los casos autóctonos e importados. Los datos disponibles son de la reciente semana. Estas cifras están sujetas a cambios debido a la reclasificación en curso, la investigación retrospectiva y a la disponibilidad de los resultados de laboratorio.

Tabla 9: Distribución geográfica de los casos de fiebre amarilla en Angola y la República Democrática del Congo

Distribución geográfica de los casos	Angola		República Democrática del Congo	
	Semana (25/6 al 1/07)	Acumulado (5/12/15 al 1/07/16)	Semana (19 al 24/6)	Acumulado (22/3 al 24/6/16)
Distritos / zonas de salud con casos confirmados	0	80	0	22
Distritos / zonas de salud con transmisión local documentada	0	43	0	7*
Provincias con casos confirmados	0	16	0	5*
Provincias con transmisión local documentada	0	12	0	3

Incluye casos silvestres. Los datos disponibles son en la mayoría de la semana más reciente. Estas cifras están sujetas a cambios debido a la reclasificación que está en curso, sobre una investigación retrospectiva de los resultados de laboratorio. Los datos de la semana más reciente representa los distritos / zonas o provincias afectadas recientemente. Fuente: OMS

Actualización Epidemiológica de la fiebre amarilla en las Américas

En 2015, tres países confirmaron la circulación del virus de la fiebre amarilla: **Bolivia** (epizootia), **Brasil** y **Perú** (casos humanos). En 2016, hasta la Semana Epidemiológica (SE) 24, tres países notificaron casos de fiebre amarilla selvática: Brasil, Colombia y Perú.

Situación epidemiológica:

1. Desde mayo de 2016, no se han notificado nuevos casos de fiebre amarilla en Brasil ni nuevas epizootias.

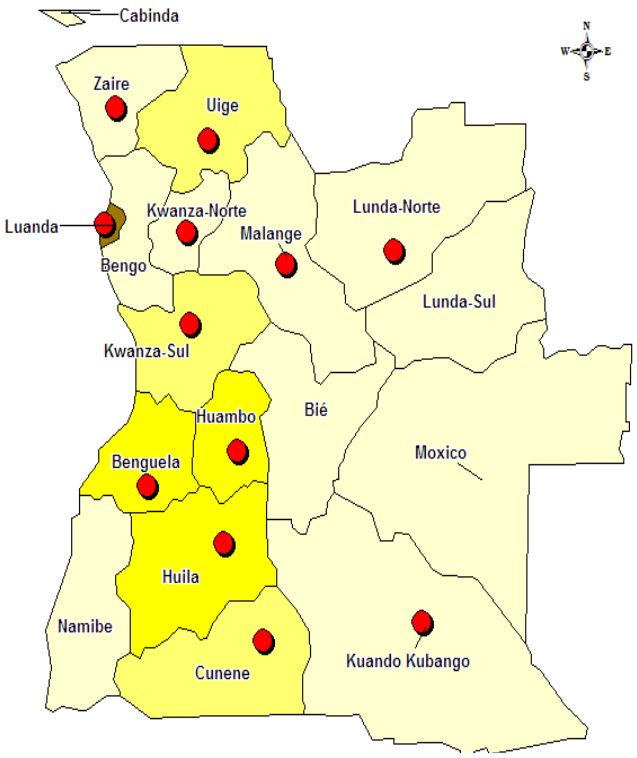
2. Durante el 2016, se notificó un caso fatal de fiebre amarilla selvática en un hombre de 38 años de edad, sin historia de vacunación, residente de Bady Bassit, São Paulo, que se había desplazado hacia un área rural endémica para fiebre amarilla. Adicionalmente durante el 2016 se registraron epizootias en primates no humanos en el estado de Minas Gerais.

3. En junio de 2016, el Centro Nacional de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Colombia, notificó a la OPS/OMS la ocurrencia de un caso fatal de fiebre amarilla selvática, en el municipio de La Macarena en el departamento del Meta. Adicionalmente y como resultado de la investigación epidemiológica realizada en terreno se identificó epizootias en primates no humanos (PNH) en tres municipios del departamento de Meta, La Macarena, Puerto Concordia y Puerto Rico. Entre las acciones de salud pública implementadas por las autoridades de salud de Colombia, debido a esta situación, se incluyen el fortalecimiento de la vigilancia de fiebre amarilla a través de búsqueda activa de casos, intensificación de la vigilancia de casos febriles; vacunación a la población de las áreas de ocurrencia de epizootias; intensificación de la vigilancia de las epizootias y del control vectorial; intensificación de la comunicación de riesgo. El departamento del Meta, es un área endémica de fiebre amarilla por lo cual la ocurrencia de casos humanos en población no vacunada está dentro de lo esperado. En Perú, hasta la Semana Epidemiológica (SE) 24 de 2016 se notificaron 106 casos sospechosos de fiebre amarilla, incluidas nueve defunciones. Del total de casos notificados, 37 fueron confirmados, 42 clasificados como probables y 27 fueron descartados.

4. De los 25 Departamentos del Perú, los casos fueron notificados en 7 de ellos, siendo Junín el que notificó el mayor número de casos confirmados y probables (58 casos).El número de casos confirmados y probables notificados en Perú hasta la SE 24 de 2016 (79), supera al número de casos (confirmados y probables) notificados en igual periodo en los 9 años anteriores.

ISSN 1028-4346

Situación actual de la fiebre amarilla en Angola, 7 de julio de 2016

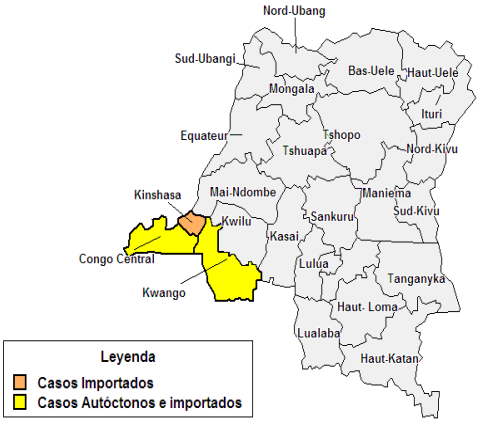


Provincias	Casos sospechosos
Luanda	1863
Huambo	552
Benguela	294
Huila	138
Kwanza Sul	111
Uíge	65
K. Norte	61
Lunda Norte	55
Cunene	49
Cabinda	37
Bié	35
Bengo	22
Malange	22
Zaire	17
Namibe	13
Lunda Sul	9
K. Kubango	6
Moxico	5
Total	3354

- Brote detectado en diciembre/2015.
- Reporte de 3 552 casos sospechosos en las 18 provincias del país, de ellos 875 confirmados y 355 fallecidos, de los cuales 117 fueron reportados dentro de los confirmados.
- Existe transmisión autóctona en 12 provincias y 32 municipios de 11 provincias fuera de Luanda.
- Tres países han informado casos confirmados importados de Angola: República Democrática del Congo (59 casos), Kenia (dos casos) y la República Popular de China (11 casos).

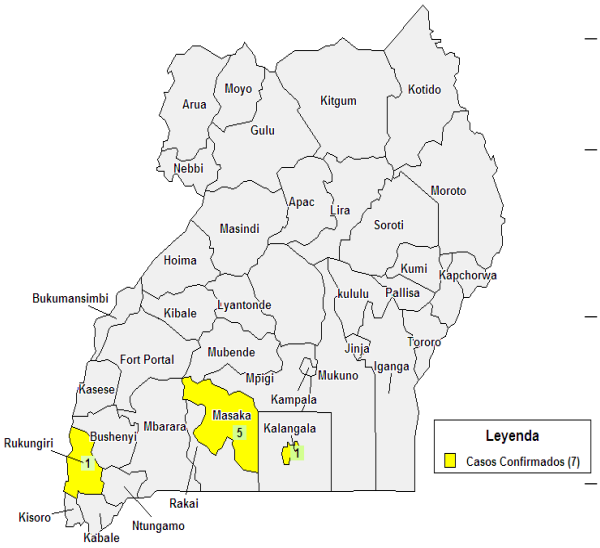
ISSN 1028-4346

Situación actual de la fiebre amarilla en RD Congo, 7 de julio de 2016



- El país declaró oficialmente el brote de fiebre amarilla el 23 de abril de 2016.
- Hasta el 24 de junio se han reportado 1 307 (+201) casos sospechosos y 75 muertes, se han reportado 68 casos confirmados por laboratorio en 22 zonas de salud de 5 provincias de las 26 que tiene el país.
- De estos 68 casos confirmados: 59 fueron importados de Angola, dos son silvestres y 7 autóctonos.
- Las campañas de vacunación se mantienen centradas en las zonas afectadas de Kinshasa y Bajo Congo.

Situación actual de la fiebre amarilla en Uganda, 7 de julio 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 8 de junio se han reportado 68 casos sospechosos, de los cuales tres son probables y siete fueron confirmados, de tres distritos: Masaka (5 casos), Rukungiri y Kalangala (1 caso cada uno).
- De acuerdo con los resultados de la secuenciación, esos grupos no están vinculados epidemiológicamente a Angola e indica altas similitudes con el virus que causó el brote en Uganda en 2010.
- Uganda se encuentra en el "cinturón de la Fiebre Amarilla" de África y es considerado un país con riesgo de transmisión del virus de la fiebre amarilla.
- El 30 de junio de 2016 las autoridades en el departamento de salud de Masaka han declarado con éxito la contención de la propagación de la fiebre amarilla que estalló en la zona en abril, después de la vacunación masiva de la población

Nuevos casos de la semana

España reporta nuevos casos importados de Zika

España elevó hoy a 173 los casos diagnosticados en el país con el virus del Zika, entre ellos 22 mujeres embarazadas, informó el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Se trata de seis pacientes más en la semana y todos, excepto uno, corresponden a personas que viajaron a países afectados por la enfermedad, agregó el departamento de salud en su habitual reporte semanal sobre la incidencia de este brote epidémico.

Del total de infectados, 58 se encuentran en Cataluña, 45 en Madrid, 13 en Aragón, 11 en Castilla y León, siete en Valencia, siete en Galicia, cinco en Andalucía, cinco en Navarra, cinco en La Rioja, cuatro en Canarias e igual cifra en el País Vasco y Baleares, dos casos en Asturias y Murcia, respectivamente, y uno en Castilla-La Mancha.

Aunque el cuadro clínico de este virus es leve, en el caso de las gestantes hay altas sospechas de que pueda provocar malformaciones cerebrales u otras alteraciones neurológicas en los recién nacidos.

De hecho, las autoridades sanitarias confirmaron en junio la existencia en esta nación europea de un segundo caso de microcefalia en el feto de una embarazada contagiada con el virus del Zika, tras el notificado a principios de mayo en Cataluña.

Además, anunciaron el 1 de julio el de una mujer contagiada de Zika por su pareja, que viajó recientemente a América Latina, en lo que es el primer caso de transmisión sexual del virus en España.

De los 173 casos confirmados, 22 son féminas que estaban embarazadas en el momento de la toma de las muestras.

Así lo notificó este lunes el ministerio de Sanidad en su página en Internet, una vez que el Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud Carlos III corroboró la presencia del virus en los pacientes investigados.

España aprobó en febrero un protocolo de vigilancia ante la epidemia por el Zika y un plan de preparación y respuesta a otros padecimientos transmitidos por el mosquito Aedes aegypti, portador también del dengue y la chikungunya.

Tomado de: Prensa Latina

Detectan segundo caso del gen de la colistina en Estados Unidos

La colistina, una bacteria resistente a todo tipo de medicación, fue encontrada en un segundo paciente de Estados Unidos según indicaron los investigadores.

El gen fue detectado en una muestra de Escherichia coli tomada originalmente en 2015 a un paciente de Nueva York, según la investigación publicada en Antimicrobial Agents and Chemotherapy, una revista de la Sociedad de Microbiología de Estados Unidos.

En mayo, la bacteria Escherichia coli con el gen MCR-1 fue identificada en una muestra de orina de una mujer de Pensilvania que no había viajado recientemente fuera de Estados Unidos.

El gen MCR-1 hace a la bacteria resistente al antibiótico, el cuál es utilizado como medicamento de último recurso para tratar a los pacientes con infecciones resistentes a múltiples medicamentos, incluyendo la Enterobacteriaceae resistente a los carbapenemas.

Expertos en salud de Estados Unidos dijeron que los descubrimientos son preocupantes porque el gen MCR-1 existe en un plásmido, una pequeña parte del ADN que puede saltar entre distintas especies de bacterias, lo que propaga cualquier gen.

Los investigadores, que coordinan el Programa de Vigilancia Centinela Antimicrobial a nivel mundial en el 2015, hicieron pruebas con 13.526 cepas de Escherichia coli y 7.480 de Klebsiella pneumoniae que fueron recolectadas de hospitales de Asia-Pacífico, América Latina, Europa y América del Norte.

Los investigadores encontraron que 390 muestras, o el 1,9 por ciento, fueron resistentes a la colistina y que 19 de estas dieron positivo a la presencia del gen MCR-1.

Las 19 muestras procedían de diez países que representan todas las regiones antes mencionadas e involucran a un paciente neoyorquino contagiado con Escherichia coli cuyo nombre no fue revelado.

Las muestras que dieron positivo al gen MCR-1 resultaron susceptibles a varios de los agentes antimicrobiales comúnmente utilizados, incluyendo carbapenemas y a agentes antimicrobiales recientemente aprobados que pueden utilizarse contra bacterias gramnegativas, dijo la autora Mariana Castanheira, directora de Microbiología y Biología Molecular de los Laboratorios JMI con sede en Iowa.

Esto significa que es poco probable que estas y otras similares causen infecciones difíciles de tratar por el momento, señaló Castanheira.

Sin embargo, la presencia del gen MCR-1 y su capacidad de compartir la resistencia a la colistina con otras bacterias como la Enterobacteriaceae resistente a los carbapenemas plantean el riesgo de que se puedan desarrollar bacterias resistentes a todo, indicaron con anterioridad los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos.

A finales de 2015, el gen MCR-1 fue aislado por primera vez de animales de alimentación y humanos en China. Después de este estudio los científicos de todo el mundo buscan otras bacterias que tuvieran el gen MCR-1 y desde entonces, la bacteria ha sido encontrada en Europa y Canadá.

Fuente: Agencia de prensa china en español

- **Informaciones de interés**

Autoridades sanitarias se preocupan ante la propagación del Zika en Puerto Rico

El ritmo de propagación del Zika aumenta en Puerto Rico, de forma que en la actualidad una media diaria de 20 nuevas embarazadas contraen este virus, que ha sido vinculado con microcefalia y otras enfermedades congénitas en los bebés nacidos de mujeres infectadas.

Así lo anunciaron hoy la autoridades de Puerto Rico, que llevan días analizando si siguen la recomendación federal de realizar fumigaciones por asperjación aérea con el pesticida Naled, para exterminar el mosquito Aedes aegypti, transmisor del dengue, el chikungunya y el Zika pese a la férrea oposición de algunos sectores locales, que temen que afecte a las abejas y otros animales de la isla.

Según el Departamento de Salud, en la última semana estudiada (del 17 al 23 de junio) se confirmaron entre la población **714 nuevos casos de Zika**, entre ellos 137 embarazadas, con lo ya son **476 las mujeres gestantes que han contraído el virus.**

Fuente: Primera Hora

ISSN 1028-4346

Realizarán estudios posteriores a los atletas que participarán en los Juegos Olímpicos Brasil 2016

Los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos financiarán un estudio para monitorear los atletas, entrenadores y miembros del personal que participarán en los Juegos Olímpicos que se realizarán en Brasil, con la esperanza de obtener una mejor comprensión del virus del Zika, la forma en que persiste en el cuerpo y los riesgos potenciales que plantea.

El estudio busca determinar la incidencia de la infección por el virus de Zika, identificar los posibles factores de riesgo y evaluar la permanencia del virus en los fluidos corporales, así como estudiar los resultados reproductivos de los participantes infectados por el Zika.

El estudio, que se espera para inscribirse al menos 1.000 sujetos, está siendo dirigido por el Dr. Carrie Byington de la Universidad de Utah, que a principios de este año se inició un estudio piloto con 150 participantes, un tercio de los cuales dijeron que ellos o su pareja tenían planificado el embarazo después de los juegos, este grupo se incluirán en un estudio más grande.

“Vamos a seguir a las personas que tienen exposición al virus Zika para un máximo de dos años”, dijo Byington por correo electrónico. “Debido a que se prevé la cohorte para incluir principalmente a las personas en sus años reproductivos, seremos capaces de estudiar los resultados de salud reproductiva, incluidos los resultados del embarazo.”

Los participantes del estudio proporcionarán muestras de fluidos corporales lo que ayudará a identificar a las personas que están infectadas pero asintomáticas. Hasta el 80 por ciento de las personas que contraen Zika no muestran los síntomas clásicos, como fiebre, erupción cutánea y enrojecimiento de los ojos, según afirman los investigadores.

El estudio Olímpico EE.UU podría ayudar a responder algunas de las grandes incógnitas que rodean el Zika, en especial lo relativo a pacientes asintomáticos frente a las infecciones y la transmisión del virus por el semen.

Fuente: Yahoo Noticias

Liberan mosquitos transgénicos en Islas Caimán

Un esfuerzo por reducir los mosquitos y prevenir la propagación del virus de Zika en las Islas Caimán liberando mosquitos genéticamente alterados comenzarán la próxima semana.

La liberación de los mosquitos se iniciará en 300 acres en el área de la Bahía Oeste de Gran Caimán, según un comunicado del gobierno.

La liberación de millones de mosquitos machos modificados de la especie Aedes aegypti. Los machos no pican, pero van a aparearse con las hembras y producir crías que mueren antes de alcanzar la edad adulta.

Los mosquitos del género Aedes aegypti no son nativos de las Islas Caimán, hasta la fecha hay un caso importado de Zika en el territorio.

Un referéndum sobre el proyecto está previsto para noviembre en medio de preocupaciones ambientales y de salud.

Fuente: AP.org

Dedican el Día Mundial de la Población a la lucha contra el virus del Zika en Brasil

El Día Mundial de la Población, establecida por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y celebrado el lunes 11 de julio, tuvo como tema central la lucha contra el virus del Zika, también se discutieron temas relacionados con el papel de la juventud en la promoción de la salud, especialmente entre los adolescentes.

El debate entre niños entre las edades de 10 a 19 años, como la educación en salud sexual y reproductiva, el desarrollo de habilidades para la vida fueron temas de interés en el evento. El representante del fondo en Brasil, Jaime Nadal, ha explicado que los jóvenes responden de una “muy positiva” la información que reciben sobre la prevención y el cuidado de la salud.

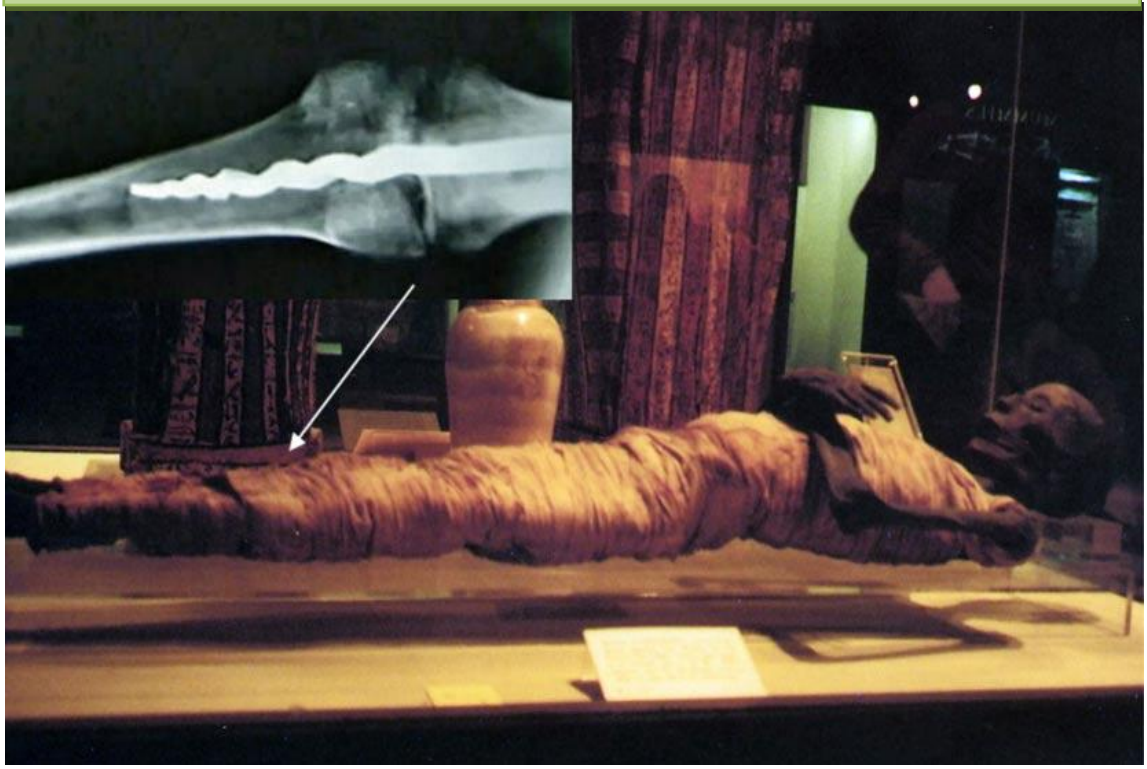
También se promovió el uso de condones como una manera de evitar la transmisión de Zika con la participación de un grupo musical y el UNFPA. Inspirado por las historias de madres adolescentes infectados por el virus de Zika y cuyos hijos nacieron con microcefalia, los artistas crearon una canción para explicar que la epidemia del virus es el resultado de las desigualdades sociales en el acceso a los servicios de salud, en particular la salud sexual y reproductiva.

Fuente: Radioagencianacional de Brasil

Promoción de lectura

El libro recoge todo lo relativo a que está ocurriendo y como se están desarrollado aquello que impulsa los cambios actuales en el mundo de la investigación y la ciencia. Se introducen los conceptos de Ciencia 2.0 y Open Science. Para ello ofrece una breve descripción a la historia de la ciencia y la difusión de conocimientos. Explica los orígenes de nuestra cultura científica que se desarrolló en torno a los métodos de publicación. Se aclaran los asuntos sobre las interdependencias de los conceptos actuales y se reafirma que la transición hacia la Ciencia Abierta es un cambio cultural complejo. Se discuten algunas razones de por qué el cambio es lento y los principales obstáculos que se encuentran. Para pasar a analizar los cambios recientes en los flujos de trabajo científico y cómo estos causan cambios en el sistema en su conjunto. Ciencia Abierta es un término general que abarca una multitud de supuestos sobre el futuro de la creación y difusión de conocimientos. Basado en una revisión de la literatura, propone cinco escuelas de pensamiento sobre Ciencia Abierta: La escuela de infraestructura (que se ocupa de la arquitectura tecnológica) , la escuela pública (que se refiere a la accesibilidad de la creación de conocimiento) , la “escuela de la medición” (que se refiere a la medición del impacto alternativo) , la “escuela democrática” (que tiene que ver con el acceso al conocimiento) y la “escuela pragmática” (que se ocupa de la investigación en colaboración) . Disponible para toda la red Infomed en formato PDF y Epub a través de Springer Acceder al libro

La Medicina y el Arte



Usermontu, una momia de orígenes desconocidos

El Museo Egipcio Rosacruz adquirió un antiguo ataúd egipcio sellado en la década de 1970 y desconocían que había una momia adentro, por lo que investigaron sobre ella y determinaron que esa momia no era la propietaria original del sarcófago (pertenecía a un sacerdote llamado Usermontu, que quiere decir "el poder de Montu"), la momia cuyo origen se ignoraba llegó a ser conocida con el nombre del propietario original del sarcófago.

Un análisis del embalsamamiento reveló que "Usermontu" era un hombre egipcio de clase alta que vivió durante el Reino Nuevo (entre los siglos XVI y XI a. C.). Sus restos momificados miden 1.5 metros de alto y muestran rastros de cabello rojo.

Revelando el misterio

Más de dos décadas después, un equipo de científicos realizó un descubrimiento impactante: la momia mostraba evidencias de un procedimiento quirúrgico avanzado que se llevó a cabo hace aproximadamente 2600 años. En el interior de la rodilla izquierda de la momia había una barra metálica ortopédica de 22 centímetros que fue insertada siguiendo unos principios biomecánicos tan avanzados, que al principio los científicos no pudieron diferenciarlo de un procedimiento de la actualidad.

Con el fin de investigar la naturaleza del implante, Griggs, el doctor Richard T. Jackson, cirujano ortopédico de Provo, y el doctor E. Bruce Mcliff, jefe de radiología del Centro Médico Regional del Valle de Utah, taladraron cuidadosamente en el hueso para examinar la barra y extraer muestras óseas y metálicas.

El equipo científico encontró rastros de antigua resina orgánica, semejante al cemento óseo moderno y también, rastros de grasas antiguas y textiles que aún estaban bien puestos en su lugar. Tras las investigaciones exhaustivas, se reveló que tan avanzado procedimiento había sido realizado en tiempos antiguos, hace aproximadamente 2600 años.

El equipo de investigación quedó asombrado de que la barra hubiese sido creada con los mismos diseños que se utilizan hoy en día para estabilizar huesos.

La BYU informó que la barra "se hacía más estrecha y se volvía espiral a medida que entraba en el fémur, similar a los métodos biomecánicos que se usan hoy en día. El otro extremo de la barra, el cual se

encontraba en la tibia, tiene tres pestañas que se extienden hacia afuera desde el centro de la barra y evitan la rotación de ésta hacia dentro del hueso."

Una investigación completa de la articulación expuesta reveló que la barra fue implantada en el tiempo entre la muerte y sepultura de Usermontu. Los egipcios antiguos creían en la resurrección física después de la muerte, en la que el cuerpo era el vehículo del alma en la otra vida; de manera que asegurar la integridad era de suma importancia. Griggs añadió que se creía que el asegurarse de que el cuerpo estuviera en buena condición era esencial para la reunificación del cuerpo con el espíritu.

Aunque este es el primer caso de un implante ortopédico de metal, otros ejemplos sobre el cuidado del cuerpo anteriores a la momificación incluían la curación de heridas, trabajo dental, y la construcción de prótesis.

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
Revisión: MSc. Sania Cisneros Velázquez
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