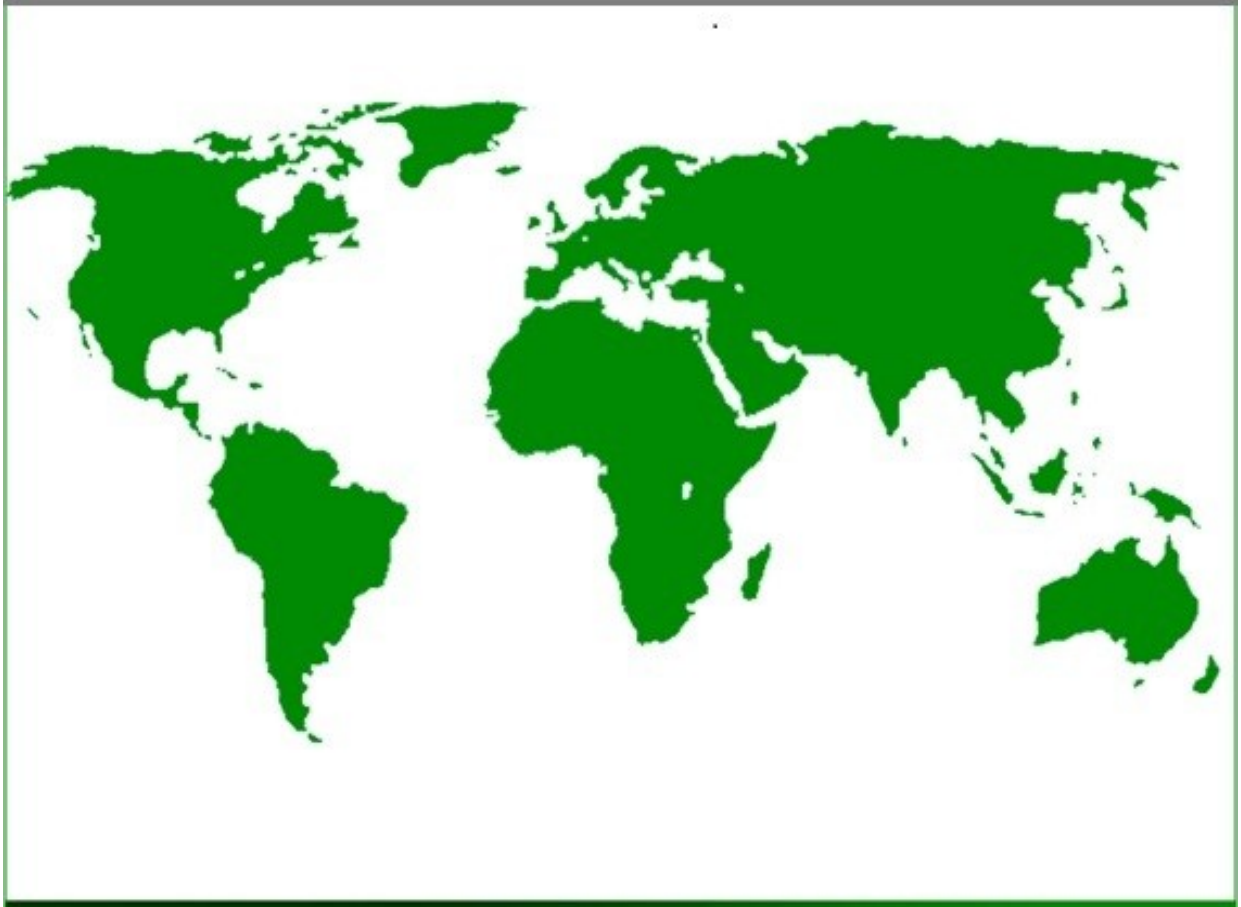
ISSN 1028-4346

SEI SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

No. 45, 2016 15 de noviembre

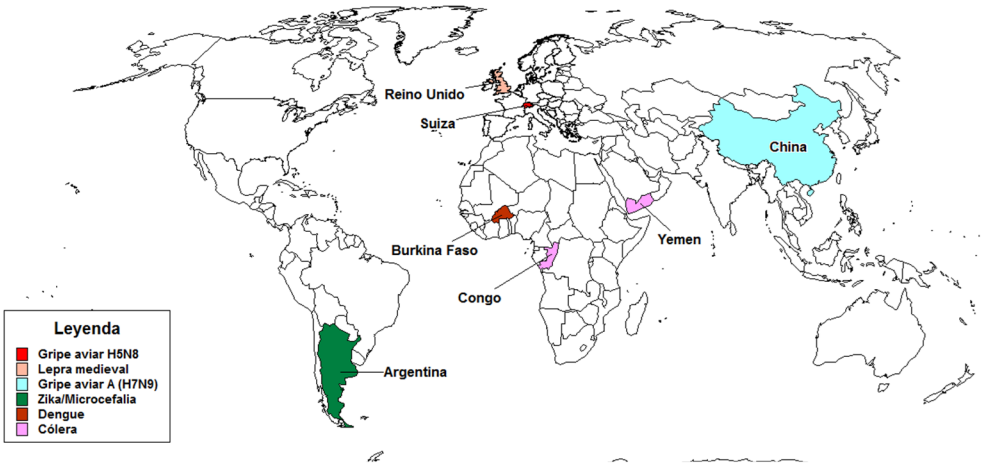


CENTRO DE DIRECCIÓN MINISTERIAL MINSAP

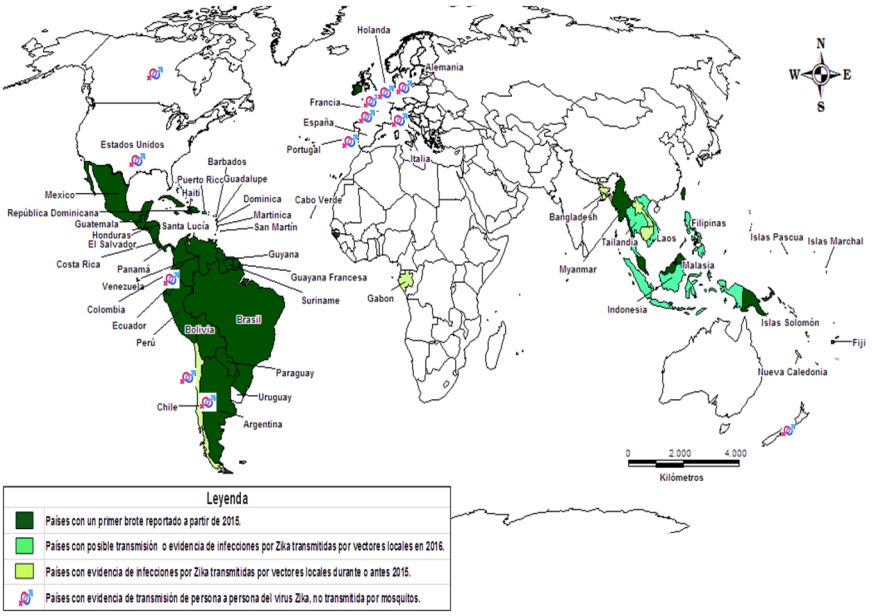
CENTRO DE DIRECCIÓN. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Dirección Postal: Calle 23 No. 201 entre M y N, Plaza, La Habana, Cuba.

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

Nuevos brotes de la semana



Países, territorios y áreas con virus del Zika, hasta el 17 de noviembre de 2016



Mapa: Centro de Dirección Ministerial

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

ACTUALIZACIONES DE LA SEMANA

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

RESUMEN SEMANAL

Los casos acumulados de Zika están actualizados hasta el 9 de noviembre de 2016.

Esta semana hubo un incremento en el total de casos sospechosos, se reportaron 621 casos más y 1.607 confirmados, el número de fallecidos se incrementó 15 (+1). Se reportan incrementos de los casos sospechosos en **todas las subregiones excepto en Norteamérica y Caribe Latino** y los confirmados en todas las subregiones, excepto en Norteamérica.

Mayores reportes de casos por regiones y países:

El Cono Sur continúa siendo la subregión más afectada a expensa de Brasil que tiene el 39.3 % (202.832 casos) del total de los casos sospechosos reportados en la región, el 64.5% (109.634 casos) del total de confirmados reportados en la región y el 40% (6) de los fallecidos. Les siguen las subregiones Andina y el Caribe Latino respectivamente.

En resumen se reporta un total de 515.969 casos sospechosos en la región, confirmados 169.865 casos y el número de fallecidos 15.

RESUMEN GLOBAL

El 18 de noviembre de 2016 se celebrará la quinta reunión del Comité de Emergencia sobre el virus Zika, microcefalia y otros trastornos neurológicos. En general, la evaluación del riesgo global no ha cambiado. El virus Zika continúa extendiéndose geográficamente a áreas donde hay vectores competentes y aunque en algunos países o en algunas partes de los países se ha registrado una disminución de los casos de infección por Zika, la vigilancia debe mantenerse elevada.
75 países y territorios han reportado evidencia de transmisión del virus Zika transmitida por mosquitos desde el año 2007 (67 de 2015 en adelante), de los cuales:

- 58 países reportaron un brote a partir de 2015.
- Ocho países con tener la posibilidad de transmisión endémica o evidencia de infecciones transmitidas por mosquitos locales de Zika en 2016.
- 12 países han reportado evidencia de la transmisión de persona a persona.
- 26 países o territorios han reportado microcefalia y malformaciones del sistema nervioso central potencialmente asociados con la infección por el virus.
- 19 países y territorios han informado de un aumento en la incidencia de GBS asociado a una infección por el virus Zika.

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

Tabla1. Países, territorios y áreas con circulación autóctona por picadura del mosquito de virus Zika (75), 2007-2016

Categoría	Región	Países
Categoría 1: Países con un primer brote reportado a partir de 2015 (58).	África (2)	Cabo Verde y Guinea Bissau
	América (48)	Anguila; **Antigua y Barbuda**, Argentina; Aruba; Barbados; Belice; Bolivia (Estado plurinacional), Bonaire, **Turcos y Caicos** (Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte). Brasil; Isla Caimán, Colombia; Costa Rica; Cuba; Curaçao; Dominica; República Dominicana; Ecuador; El Salvador; Guayana Francesa; Granada; Guadalupe; Guatemala; Guyana; Haití; Honduras; Jamaica; Martinica; México; Montserrat; 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; Turcos y Caicos; Estados Unidos de América, República Bolivariana de Venezuela, Bahamas, **Islas Vírgenes Británicas y** Saint Kitts and Nevis.
	Asia y Oceanía (8)	Samoa Americana; Fiji; Islas Marshall; Estados Federados de Micronesia; y Palau; Samoa; Tonga, Singapur.
Categoría 2: Países con posible transmisión endémica o evidencia de infecciones por Zika transmitidas por vectores locales en 2016. (7)	Sur de Asia (3)	Malasia, Filipinas y Viet Nam.
	Pacífico Occidental (4)	Indonesia, Tailandia, Maldivas y Viet Nam.
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	África (1)	Gabón
	América (1)	Isla de Pascua-Chile
	Sur de Asia (1)	Bangladesh
	Pacífico Occidental (7)	Camboya; Islas Cook **; ** Polinesia Francesa; República Democrática Popular Laos; Papúa Nueva Guinea; Islas Salomón y Vanuatu.

Tabla 2. Países, territorios y áreas con transmisión de persona a persona de virus Zika (12), 2007-2016

Países con evidencia de transmisión de persona a persona del virus Zika, no transmitida por mosquitos (12)	América (5)	Argentina, Canadá, Chile, Perú, Estados Unidos de América
	Europa (6)	Francia, Alemania, Italia, Portugal, Países Bajos y España.
	Oceanía (1)	Nueva Zelanda

Fuente: Actualización epidemiológica de la OMS del 10 de noviembre de 2016

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

Tabla 3. Países, territorios o áreas que notificaron síndrome congénito asociado con la infección por el virus del Zika (hasta el 10 de noviembre de 2016)

Países o territorios (26)	Número de casos confirmados	Sitio probable de contagio
Bolivia	3	Bolivia
Brasil	**2.106 (+27)**	Brasil
Cabo Verde	9	Cabo Verde
Canadá	**1**	Indeterminado
Costa Rica	**1**	Costa Rica
Colombia	**57 (+3)**	Colombia
Costa Rica	1	Costa Rica
República Dominicana	**10**	República Dominicana
El Salvador	**4**	El Salvador
Guyana Francesa	10	Guyana Francesa
Polinesia Francesa	8	Polinesia Francesa
Granada	1	Granada
Guatemala	15	Guatemala
Haití	1	Haití
Honduras	1	Honduras
Islas Marshal	1	Islas Marshal
Martinica	**12**	Martinica
Panamá	**5**	Panamá
Paraguay	**2**	Paraguay
Puerto Rico	**3**	Puerto Rico
Eslovenia	1	Brasil
España	2	Colombia, República Bolivariana de Venezuela
Suriname	**2**	Suriname
Tailandia	2	Tailandia
Trinidad y Tobago	1	Trinidad y Tobago
Viet Nam	1	Viet Nam
Estados Unidos de América*	**30 (+2)**	Indeterminado**
Total	**2.290 (+33)**	

Tabla 4. Países, territorios y zonas que informaron síndrome de Guillain-Barré (GBS)

Clasificación	Países/ territorios (19)
Reportan aumento de casos de SGB y confirmación por laboratorio de virus del Zika, en al menos un caso de SGB.	Brasil, Colombia, República Dominicana, El Salvador, Guayana Francesa, Guadalupe, Polinesia Francesa, Honduras, Jamaica, Martinica, Surinam, República Bolivariana de Venezuela y Puerto Rico (**13**)
Confirmación por laboratorio de virus del Zika en al menos un caso de SGB.	Costa Rica, Granada, Guatemala, Haití, México y Panamá (6)

Fuente: Actualización epidemiológica de la OMS del 10 de noviembre de 2016

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

♦ Resumen semanal de Chikungunya

Los casos acumulados de Chikungunya están actualizados hasta la semana 44, con cierre del 4 de noviembre. En la semana hubo incremento en el número total de 389 casos sospechosos más, incrementó el número de confirmados en 45 casos y más 6 casos importados a expensa de Norteamérica. El reporte de casos sospechosos incrementa en las subregiones: Itsmo Centroamericano y Andina. Reportan incremento de casos confirmados en las subregiones: América del Norte y Andina.
Mayores reportes de casos por regiones y países:

•El Cono Sur es la subregión más afectada a expensa de Brasil que tiene el 54.9% (113.464 casos) del total de los casos sospechosos reportados en la región, el 95.2% (102.638 casos) del total de confirmados y el 86.6% (91) de los fallecidos. Les siguen las subregiones Andina y el Itsmo Centroamericano respectivamente.

•En resumen se reporta un total de 195.575 casos sospechosos en la región, confirmados 107.749 casos, 105 fallecidos y 223 importados.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud/ Chikungunya

Distribución geográfica del Chikungunya en las Américas

Fuente: Organización Panamericana de la Salud/ Chikungunya/SE 44/2016

♦ Resumen semanal de Dengue

La Organización Panamericana de La Salud (OPS)actualiza los casos de dengue cada 15 días, los casos acumulados están actualizados hasta la semana 41, con cierre del 28 de octubre. Se reportó esta semana un incremento total de 46.673 casos probables de dengue, 129 casos de dengue grave y 73 fallecidos. No se reportaron nuevos casos confirmados.

Mayores reportes de casos por regiones y países:

•**El Cono Sur sigue siendo la subregión más afectada** con el 76.3 % (1.599.505 casos) del total de los casos probables reportados en la región, el 77.8% (316.189 casos) del total de confirmados reportados, 21.9 % (833) casos de Dengue severo y el 66.5% (607) de los fallecidos. Brasil es el país más afectado de la región y subregión con 69.3% y 90.6% de los casos probables (1.452.284) reportados respectivamente, el 67% (272.419 casos) de los confirmados en la región y el 86.1% de los de la subregión, el 61.3% de los fallecidos (581) reportados en la región y el 94.9% reportado en el Cono Sur.

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.

En resumen se han reportado 2.094.855 casos probables en la región, de ellos confirmados por laboratorio 406.014, Dengue severo 3.787 casos y 912 fallecidos

Tabla 5. Casos de Dengue probables, confirmados, severos y fallecidos por subregiones. Las Américas, Semana 41, con cierre el 28 de octubre del 2016

Subregión	Probables		Confirmados		Dengue severo		Fallecidos	
	Acum.	Dif.	Acum.	Dif.	Acum.	Dif.	Acum.	Dif.
Norteamérica	412	0	341	0	0	0	0	0
América Central y México	231.684	17.164	19.499	2.010	1.122	47	40	0
Andes	195.896	2.917	77.476	3.548	1.219	16	233	-1
Sur del continente	1.599.505	26.447	316.189	0	833	57	607	72
Caribe Hispánico	59.712	145	1.547	0	611	9	32	2
Caribe Inglés, Francés y Holandés	7.646	0	1.331	0	2	0	0	0
Total	**2.094.855**	**46.673**	**416.383**	**5.558**	**3.787**	**129**	**912**	**73**

Fuente: Organización Panamericana de la Salud/ Dengue

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

Fiebre amarilla

La fiebre amarilla es una enfermedad vírica aguda, hemorrágica, transmitida por mosquitos infectados. El virus es endémico en las zonas tropicales de África y América Latina. Ver más...

Fiebre amarilla en las Américas hasta el 9 de noviembre de 2016

En el 2015, tres países confirmaron la circulación del virus de la fiebre amarilla: Bolivia (epizootia), Brasil y Perú notificaron casos humanos.

En 2016, hasta la SE 44, tres países notificaron casos de fiebre amarilla selvática: **Brasil, Colombia y Perú.**

Brasil: Hasta la SE 44 de 2016: mantiene dos casos autóctonos notificados y uno importado de Angola. Los casos autóctonos de fiebre amarilla selvática se notificaron en: Bady Bassit, estado de São Paulo y en el estado de Goiás.

Colombia: Hasta la SE 43 de 2016, se notificaron 12 casos de fiebre amarilla selvática (6 confirmados por laboratorio y 6 probables). Los casos confirmados fueron notificados por los departamentos de: Antioquia, Amazonas, Meta, Vaupés y Vichada, estas tres últimas entidades territoriales, agrupan el 75% del total de casos notificados. Cinco de los seis casos confirmados fallecieron (tasa de letalidad de 83,3 %). La confirmación de casos tanto en Vichada (frontera con Venezuela) como en Chocó (frontera con Panamá) representan un riesgo de circulación del virus hacia ambos países sobre todo en las áreas en que comparten un mismo ecosistema.

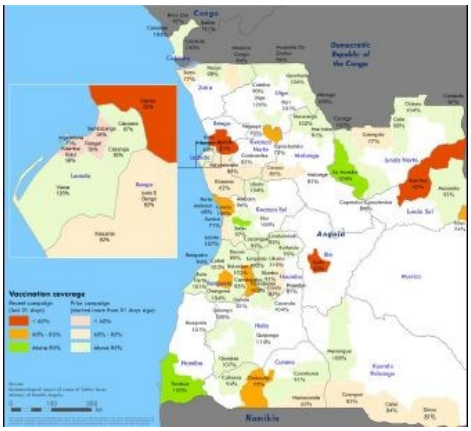
Perú, hasta la SE 42 de 2016 se notificaron 75 casos de fiebre amarilla selvática, de los cuales 62 fueron confirmados y 13 probables. Los casos fueron notificados en 9 de los 25 departamentos del país, siendo Junín el departamento que notificó el mayor número de casos confirmados y probables (50). El

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

Fiebre amarilla en África hasta el 9 de noviembre de 2016

Angola, el último caso confirmado tuvo inicio de síntomas el 23 de junio. Hasta el 20 de octubre, fueron notificados dos nuevos casos probables. Sigue en curso la campaña de vacunación (fase II) de la población de riesgo.

Figura 1. Cobertura de vacunación en Angola hasta el 13 de octubre de 2016



* Estas cifras de cobertura representan el número de dosis administradas, dividido por la población estimada. Como tal, las cifras pueden no reflejar verdadera cobertura de vacunación debido a estimaciones erróneas de la población.

La última actualización de fiebre amarilla en la RDC, por la Organización Mundial de la Salud (28/11/2016) informa que el último caso confirmado de fiebre amarilla urbana, tuvo inicio de síntomas el 12 de julio. Mientras que hasta el 26 de octubre de 2016, se confirmó un nuevo caso de fiebre amarilla selvática y 14 casos probables permanecen en investigación.

Uganda declaró el fin del brote el 6 de septiembre. Este brote no estuvo vinculado con el brote de Angola.

Adicionalmente y como consecuencia de la exposición de personas no vacunadas al virus de la fiebre amarilla en Angola, se exportaron casos a China, y Kenia con 11 y 2 casos confirmados respectivamente.

La situación generada por viajeros no vacunados a áreas donde existen brotes activos de fiebre amarilla, constituye un riesgo potencial de introducción del virus en zonas donde los factores de riesgo de fiebre amarilla (la susceptibilidad humana, la prevalencia del vector competente y los reservorios animales) están presentes.

Recomendaciones: Se mantienen las mismas emitidas en la Alerta Epidemiológica publicada el 28 de octubre de 2016.

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

RESUMEN DE LA SEMANA

Posible brote de ántrax en Kenia

Brote de cólera en Mbamou, Congo

Detectan gripe aviar H5N8 en el lago de Constanza

Cólera en Yemen

Aumentan los casos de dengue en Burkina Fasso

Primer caso de bebé con microcefalia asociada a Zika muere en Argentina

Dos casos nuevos de gripe aviar A (H7N9) en China

Lepra medieval afecta a las ardillas rojas británicas

Detectan en Sukudu, Sierra Leona personas que fueron infectadas por el virus del Ébola sin presentar síntomas de la enfermedad.

Un año después de la epidemia de la enfermedad por el virus del Ébola (EVE) en África Occidental, investigadores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Stanford, en Palo Alto, California, Estados Unidos, y otras instituciones, identificaron a 14 personas previamente desconocidas que habían sufrido la enfermedad en una aldea de Sierra Leona que fue un punto caliente de la epidemia. Estos individuos tenían anticuerpos contra el virus, sugiriendo que habían sido infectados en un momento dado, pero 12 de ellos no habían tenido síntomas durante el tiempo de transmisión activa en el pueblo.
"La investigación confirma sospechas anteriores de que el virus del Ébola no causa de manera uniforme una enfermedad grave y que las personas pueden estar infectadas sin mostrar signos de enfermedad", subraya Gene Richardson, excompañero de la División de Enfermedades Infecciosas y Medicina Geográfica de Stanford y ahora doctorado en Antropología en la Universidad. "El estudio corrobora la evidencia previa de que el virus del Ébola es como la mayoría de otros virus en que causan un espectro de manifestaciones, incluyendo la infección mínimamente sintomática", dice este experto.
Los hallazgos también sugieren que la epidemia estaba más extendida de lo que se creía anteriormente y los investigadores calcularon que la prevalencia de infección mínimamente sintomática era de 25%. "Esto proporciona una evidencia importante en ese frente y también significa que una parte significativa de los eventos de transmisión puede haber pasado desapercibida durante el brote, lo que demuestra que hubo mucha más transmisión de humano a humano de lo que pensábamos", apunta Richardson. Ver artículo completo en inglés.

ARTE Y MEDICINA

La *variolación* o *inoculación*

El antiguo arte de la variolación.

Se discute si fue primero en la India o en China, pero alguien tuvo que observar lo mismo que el griego Tucídides: **si logras sobrevivir a la viruela, ya no la vuelves a sufrir**. Este brillante desconocido alcanzó además una conclusión: cuando una persona se exponía a una infección moderada de la enfermedad, que no llegara a matarla ni dejarla ciega, entonces quedaba protegida a partir de ese instante. Y, por primera vez en la historia de la humanidad, eso sí que sirvió para algo. A partir de aproximadamente el año 1000 dC, surgen en Asia diversas técnicas de variolación o inoculación. A primitivo caballo entre la religión, la ciencia y el arte, numerosos protomédicos asiáticos de la Antigüedad comenzaron a exponer a la gente a formas ablandadas de viruela en la esperanza de que esto impidiera su desarrollo en el futuro.

Parece que la primera vez que aparece una referencia escrita sobre esta técnica es en el Madhava Nidana, un libro del siglo VIII dC escrito en sánscrito. Aunque generalmente se considera una expresión de la medicina ayurvédica, el capítulo dedicado a la viruela hace menos hincapié en los holismos y refleja como mínimo una remota comprensión de los fundamentos de la teoría microbiana de la enfermedad. Al parecer, la técnica consistía en raspar las pústulas secas de las víctimas de la viruela y dejarlas secar un año en lugar fresco y seco, para luego pulverizarlas e inoculárselas a niños y grandes a través de pequeños cortes o –en el caso chino– haciéndoselas esnifar por la nariz.

Esta variolación o inoculación resultaba extremadamente peligrosa, pues no tenían ninguna manera de controlar la virulencia del material y lo mismo podía resultar ineficaz por completo que provocar una viruela maligna. No era aquella época de estadísticas o ensayos doble ciego, pero la técnica fue extendiéndose por toda Asia y... funcionaba, al menos en parte. Era una ruleta rusa y, sin embargo, salvaba más vidas de las que terminaba. Con el paso del tiempo, fue perfeccionándose cada vez más. A partir del siglo XVIII, algunos médicos europeos que se movían por allá comenzaron a escribir a sus Colegios Profesionales dando a conocer este procedimiento oriental contra la enfermedad espantosa que en Occidente seguía ventilándose tanto a las cabezas coronadas como al más humilde bebé.

Especialistas del Centro de Dirección del Ministerio de Salud de Cuba, centros subordinados y colaboradores participaron este jueves en la Mesa Redonda VIGILANCIA DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL, ANTECEDENTES, EVOLUCIÓN Y RESULTADOS EN CUBA EN LA ETAPA 2015-2016, efectuada en el Palacio de las Convenciones en el Foro Internacional de Higiene y Epidemiología, 17 de noviembre de 2016.

Especialistas de diferentes centros se unieron para compartir experiencias, la Dra Ángela Leyva expuso aspectos prácticos del uso del sistema automatizado de incidencias.

Desde Santiago de Cuba vino el Dr. Luis Frómeta con una ponencia de las experiencias de la vigilancia en su provincia

Foro Internacional de Higiene y Epidemiología La Habana 2016

Los resultados del intercambio de estas experiencias estarán dirigidos a contribuir a elevar el estado de salud de la población cubana con un alcance internacional, a incrementar la calidad de los programas y servicios de salud, con in-fluencia renovada en la satisfacción de la población y en la eficiencia del Sistema Nacional de Salud, puntualizó González Ochoa en las palabras de bienvenida. La Habana, 14 de noviembre de 2016.

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 López
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

CDM
Centro de Direccion Ministerial
MINSAP