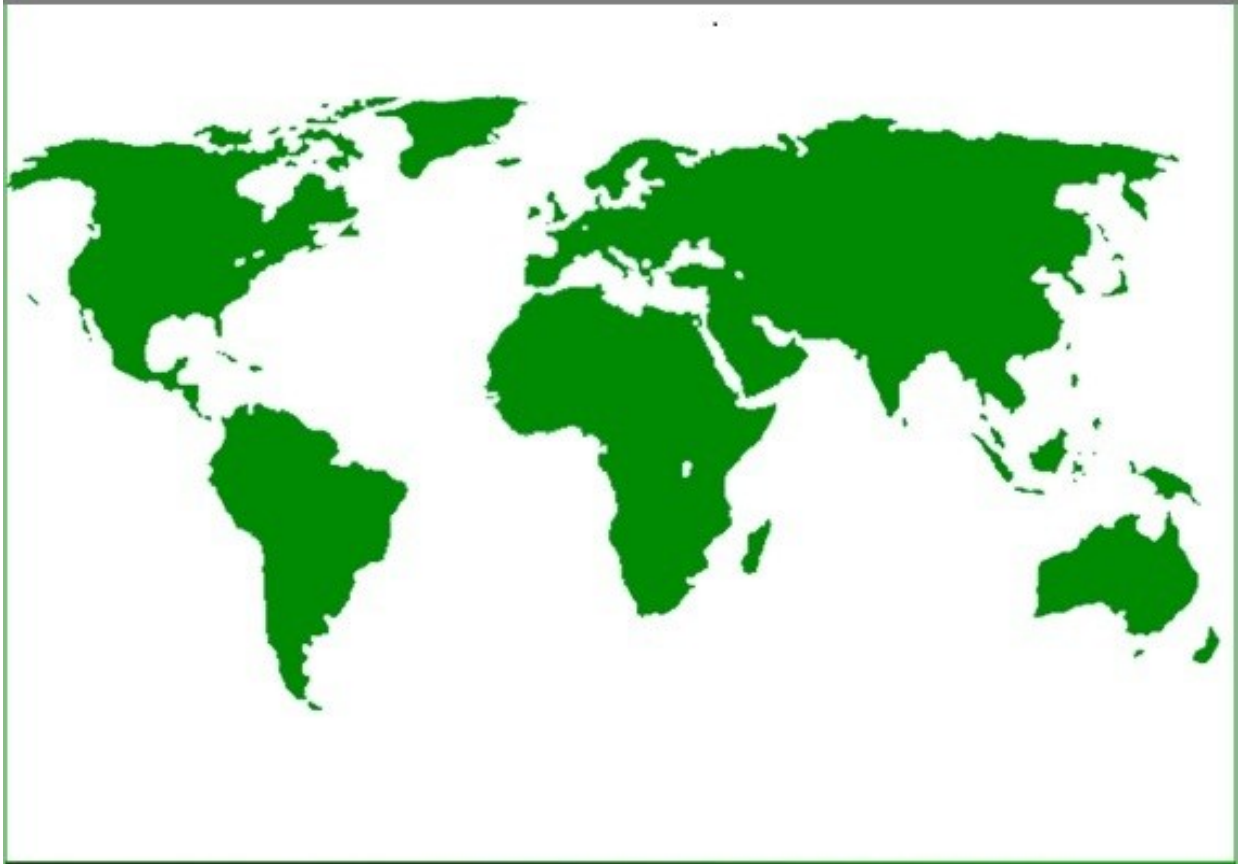
ISSN 1028-4346

SEI SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

No.46, 2016 22 de noviembre

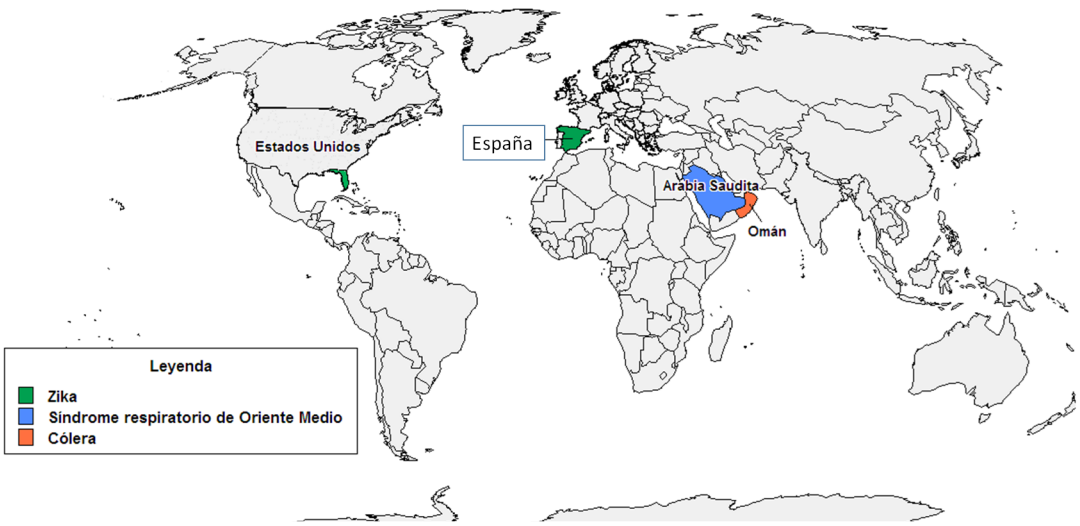


CENTRO DE DIRECCIÓN MINISTERIAL MINSAP

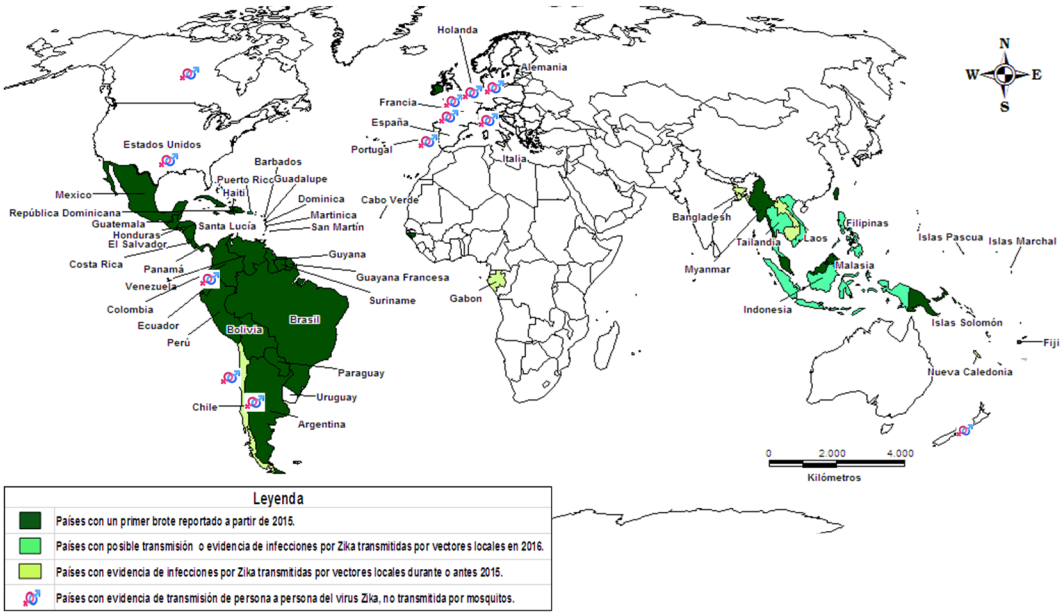
CENTRO DE DIRECCIÓN. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Dirección Postal: Calle 23 No. 201 entre M y N, Plaza, La Habana, Cuba.
Código Postal: 10 400.

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 17 de noviembre de 2016.

Esta semana hubo un incremento en el total de casos sospechosos, se reportaron 518 casos más y 1.688 confirmados, el número de fallecidos mantuvo en 15. Se reportan incrementos de los casos sospechosos y confirmados en todas las subregiones excepto en Norteamérica y el Cono Sur.

Mayores reportes de casos por regiones y países: El Cono Sur continúa siendo la subregión más afectada a expensa de Brasil que tiene el 38.8 % (200.465 casos) del total de los casos sospechosos reportados en la región, el 63.8% (109.596 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 516.487 casos sospechosos en la región, confirmados 171.553 casos y el número de fallecidos 15.

RESUMEN GLOBAL

El 18 de noviembre de 2016 se celebró la quinta reunión del Comité de Emergencia sobre el virus Zika, microcefalia y otros trastornos neurológicos, la Directora General de la OMS declaró el fin **de la emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII), pero siguen siendo un desafío importante para la salud pública que requiere una acción intensa.**

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.

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 terminado en 2016. (10)	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 17 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 17 de noviembre de 2016)

Países o territorios (28)	Número de casos confirmados	Sitio probable de contagio
Argentina	1 (+1)	Argentina
Bolivia	3	Bolivia
Brasil	**2.106**	Brasil
Cabo Verde	9	Cabo Verde
Canadá	**1**	Indeterminado
Colombia	**57**	Colombia
Costa Rica	1	Costa Rica
República Dominicana	**10**	República Dominicana
El Salvador	**4**	El Salvador
Guyana Francesa	14 (+4)	Guyana Francesa
Polinesia Francesa	8	Polinesia Francesa
Granada	1	Granada
Guadalupe	1 (+1)	Guadalupe
Guatemala	15	Guatemala
Haití	1	Haití
Honduras	1	Honduras
Islas Marshal	1	Islas Marshal
Martinica	**14 (+2)**	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*	**31 (+1)**	Indeterminado**
Total	**2.298 (+8)**	

Tabla 4. Países, territorios y zonas que informaron síndrome de Guillain-Barré (GBS) potencialmente asociados con la infección por el virus Zika.

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 17 de noviembre de 2016

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

Resumen semanal de Chikungunya

Los casos acumulados de Chikungunya están actualizados hasta la semana 46, con cierre del 18 de noviembre. En la semana hubo incremento en el número total de 123.804 casos sospechosos más, incrementó el número de confirmados en 13.950 casos y más 5 casos importados a expensa de Norteamérica. El reporte de casos sospechosos incrementa, excepto en Norteamérica, Caribe Latino y No Latino. Se reporta incremento de casos confirmados, excepto en el Istmo Centroamericano y el Caribe No Latino.
Mayores reportes de casos por regiones y países:

El Cono Sur es la subregión más afectada a expensa de Brasil que tiene el 73.9% (236.287 casos) del total de los casos sospechosos reportados en la región, el 95.7% (116.523 casos) del total de confirmados y el 67.4% (91) de los fallecidos. Les siguen las subregiones Andina y el Istmo Centroamericano respectivamente.

En resumen se reporta un total de 319.379 casos sospechosos en la región, confirmados 121.699 casos, 135 fallecidos y 228 importados. Fuente: Organización Panamericana de la Salud/ Chikungunya

Distribución geográfica del Chikungunya en las Américas

Fuente de la imagen: Organización Panamericana de la Salud/ Chikungunya/SE 46/2016

♦ 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 como se refleja en el sitio web de la OPS.** La SE 41 se reportó 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, última actualización de la OMS

En 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.

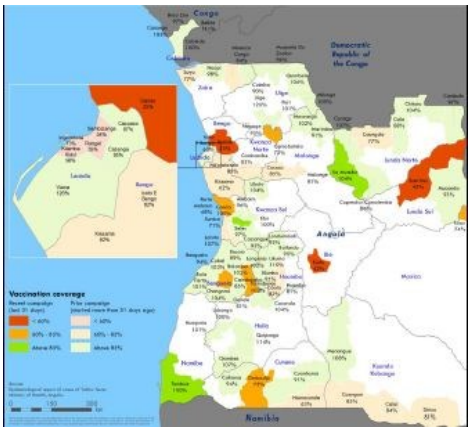
Perú, hasta la SE 42 de 2016 se notificaron 75 casos de fiebre amarilla selvática, de los cuales 62 fueron confirmados y 13 probables. Los casos fueron notificados en 9 de los 25 departamentos del país, siendo Junín el departamento que notificó el mayor número de casos confirmados y probables (50). El número de casos confirmados y probables notificados desde la SE 1 hasta la SE 42 de 2016 (75), supera al número de casos (confirmados y probables) notificados en los 9 años anteriores.

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

* Nuevos casos de Zika en la Florida
* Médicos cubanos en Haití: "La alegría por ambas partes es inmensa!!!"

* Nuevos casos de síndrome respiratorio de Oriente Medio en Arabia Saudita
* Un caso de cólera en Omán
* España: Segundo caso de Zika por transmisión sexual

14 de noviembre de 2016 – Fuente: Europa Press. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España notificó el segundo caso autóctono de Zika en el país cuyo contagio se ha producido por transmisión sexual a través de una persona que se había contagiado previamente en una zona de riesgo. El primer caso autóctono se registró el pasado mes de julio en la Comunidad de Madrid después de que una mujer fuera contagiada del virus Zika por su pareja, que había viajado entre mayo y abril a Latinoamérica y al que se le diagnosticó posteriormente la enfermedad. En este caso, Sanidad no precisó en qué comunidad se ha producido el contagio. A través de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica se han notificado hasta el momento un total de 304 casos confirmados de infección por virus Zika y todos ellos, salvo los dos citados, se han detectado en personas procedentes o que habían visitado países afectados, por lo que pueden considerarse casos importados.

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

ARTE Y MEDICINA

El hombre controlador del universo, también conocido como ***El hombre en el cruce de caminos,*** Diego Rivera (1886-1957)

El Hombre controlador del universo de Diego Rivera, es una de las mayores obras de arte mexicana. Originalmente encargado por el Centro Rockefeller, pero reconstruida en la Ciudad de México después de que Nelson Rockefeller estuvo en desacuerdo con la anterior obra del autor, donde pintó un mural con la figura de Lenin y posteriormente la destruyó, es una de las obras emblemáticas del siglo 20. Es también un acto monumental de venganza. El mural afirma que el padre de Nelson Rockefeller tenía sífilis. Uno de los elementos claves es la recreación de la pintura mural de los últimos descubrimientos científicos. Las galaxias, soles que estallan y primeros planos de bacterias pululan en su cruz central, flotando sobre las cabezas de los hombres y las mujeres. Después de que Nelson Rockefeller derribó su versión original, Rivera volvió y pintó a su padre, JD Rockefeller Jr., en una de esas bacterias en los primeros planos. Las bacterias que eligió simplemente pasaron a ser la sífilis. Eso no fue todo lo que hizo. A pesar de JD Rockefeller Jr. se hubiera abstenido a lo largo de toda la vida, Rivera le empató con un Martini y una mujer que puede ser una prostituta y puso a Lenin en un lugar destacado como grito de rebeldía y venganza.

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