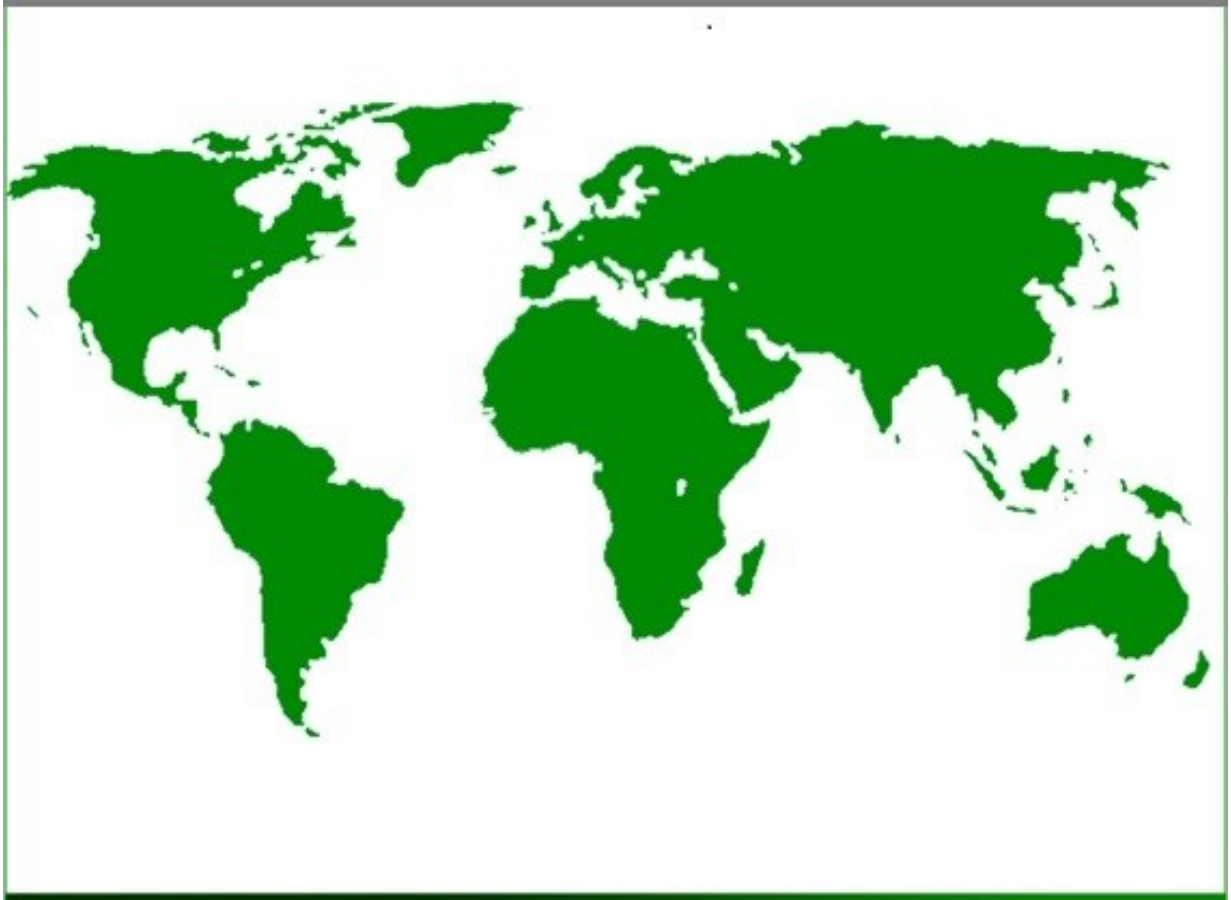
ISSN 1028-4346

# SEI SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

No.49, 2016 13 de diciembre

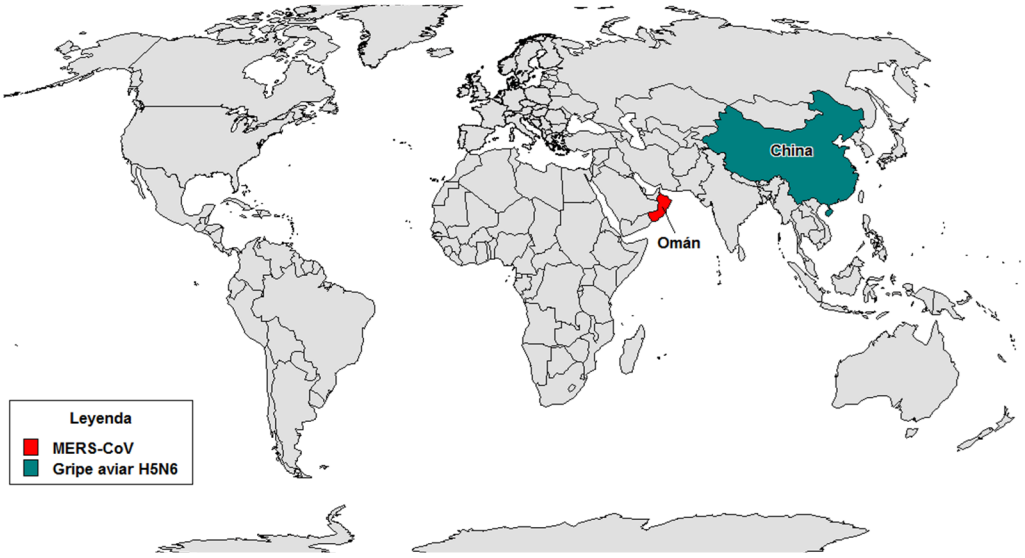


## CENTRO DE DIRECCIÓN MINISTERIAL MINSAP

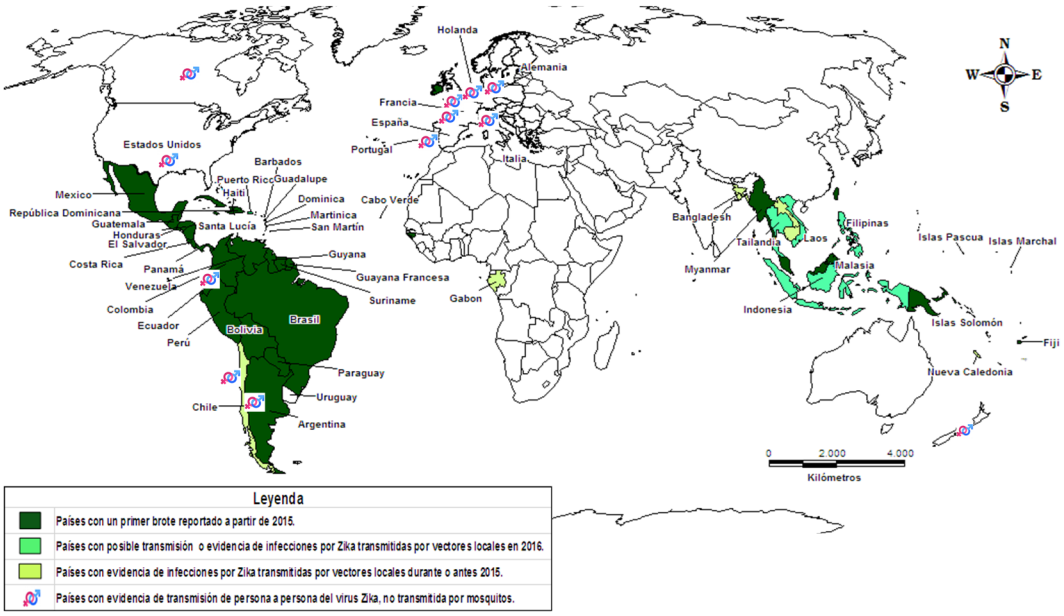
CENTRO DE DIRECCIÓN. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Dirección Postal: Calle 23 No. 201 entre M y N, Plaza, La Habana, Cuba.

# BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

## Nuevos brotes de la semana




## Países, territorios y áreas con virus del Zika, hasta el 08 de diciembre 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**

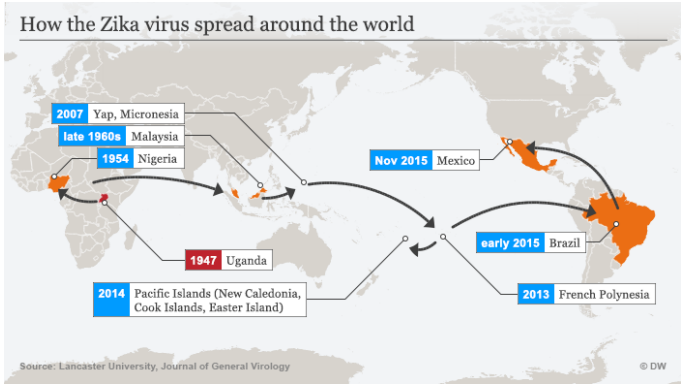
Los casos acumulados de Zika están actualizados hasta el 8 de diciembre de 2016.

Esta semana hubo un incremento en el total de casos sospechosos, se reportaron 1.802 casos más y 867 confirmados, el número de fallecidos se mantuvo en 15. Se reportan incrementos de los casos sospechosos, excepto en Norteamérica y Caribe Latino, confirmados en todas las subregiones excepto en los Andes.

Mayores reportes de casos por regiones y países: El Cono Sur continúa siendo la subregión más afectada a expensa de Brasil que tiene el 38.5 % (200.465 casos) del total de los casos sospechosos reportados en la región, el 62.9% (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 520.100 casos sospechosos en la región, confirmados 174.214 casos y el número de fallecidos 15.

**RESUMEN GLOBAL**




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**.

# 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 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 13 (+1), 2007-2016**

| | | |
|---|---|---|
| Países con evidencia de transmisión de persona a persona del virus Zika, no transmitida por mosquitos (13) | América (5) | Argentina, Canadá, Chile, Perú, Estados Unidos de América |
| | Europa (7) | Francia, Italia, Países Bajos, Portugal, España, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte. |
| | Oceanía (1) | Nueva Zelanda |

*Fuente: Actualización epidemiológica de la OMS del 08 de diciembre 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 08 de diciembre de 2016)

| Países o territorios (28) | Número de casos confirmados | Sitio probable de contagio |
|---|---|---|
| Argentina | 2 (+1) | Argentina |
| Bolivia | 9 | Bolivia |
| Brasil | **2.211 (+22)** | Brasil |
| Cabo Verde | 9 | Cabo Verde |
| Canadá | **2 (+1)** | Indeterminado |
| Colombia | **60** | Colombia |
| Costa Rica | 2 | Costa Rica |
| República Dominicana | **22** | República Dominicana |
| El Salvador | 4 | El Salvador |
| Guyana Francesa | 14 | Guyana Francesa |
| Polinesia Francesa | 8 | Polinesia Francesa |
| Granada | 1 | Granada |
| Guadalupe | 1 | Guadalupe |
| Guatemala | 15 | Guatemala |
| Haití | 1 | Haití |
| Honduras | **2** | Honduras |
| Islas Marshal | 1 | Islas Marshal |
| Martinica | 14 | Martinica |
| Nicaragua | 2 (+2) | Nicaragua |
| Panamá | 5 | Panamá |
| Paraguay | **2** | Paraguay |
| Puerto Rico | **7 (+2)** | 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* | **33** | Indeterminado** |
| **Total** | **2.436 (+28)** | |

## 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, Polinesia Francesa, Guadalupe, Guatemala, Honduras, Jamaica, Martinica, Puerto Rico, Surinam y República Bolivariana de Venezuela (**14**) |
| Confirmación por laboratorio de virus del Zika en al menos un caso de SGB. | Costa Rica, Granada, Haití, México y Panamá (5) |

*Fuente: Actualización epidemiológica de la OMS del 08 de diciembre de 2016*

# BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

## Resumen semanal de Chikungunya

Los casos acumulados de Chikungunya están actualizados hasta la semana 49, con cierre del 09 de diciembre. En la semana hubo incremento en el número total de casos sospechosos más 233, incrementó el número de confirmados en 14 casos y más 9 casos importados a expensa de Norteamérica. El reporte de casos sospechosos incrementa, excepto en Norteamérica y Caribe Latino y No Latino. Se reporta incremento de casos confirmados en 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 73.8% (236.287 casos) del total de los casos sospechosos reportados en la región, el 95.6% (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 319.825 casos sospechosos en la región, confirmados 121.785 casos, se mantienen 135 fallecidos y 257 (+9) importados.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud/ Chikungunya

**Distribución geográfica del Chikungunya en las Américas hasta la SE 49.**

Fuente de la imagen: Organización Panamericana de la Salud/ Chikungunya/SE 49 2016

## ♦ Resumen semanal de dengue

**La última actualización de la OPS de los casos acumulados de dengue tiene fecha de cierre hasta la semana 45, con fecha del 23 de noviembre.** Se reportó esta semana un incremento total de 151.178 casos probables de dengue, 5160 confirmados, 152 casos de dengue grave y 16 fallecidos.

**Mayores reportes de casos por regiones y países:**

**El Cono Sur sigue siendo la subregión más afectada** con el 75.7% (1.701.685 casos) del total de los casos probables reportados en la región, el 74.9% (316.051 casos) del total de confirmados reportados, 21.1 % (833) casos de Dengue severo y el 65.4% (607) de los fallecidos. Brasil es el país más afectado de la región y subregión con 64.6% y 85.3% de los casos probables (1.452.284) reportados respectivamente, el 64.6% (272.419 casos) de los confirmados en la región y el 86.1% de los de la subregión, el 62.6% de los fallecidos (581) reportados en la región y el 95.7% 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 2.246.033 casos probables en la región, de ellos confirmados por laboratorio 421.543, dengue severo 3.939 casos y 928 fallecidos.

**Tabla 5. Casos de dengue probables, confirmados, severos y fallecidos por subregiones. Las Américas, Semana 45, con cierre el 23 de noviembre de 2016**

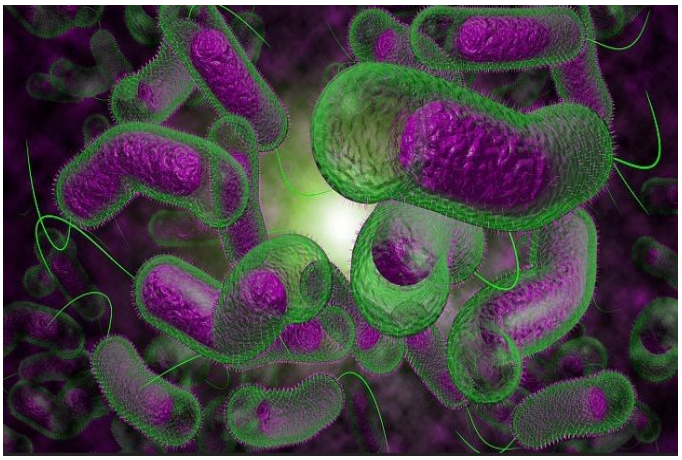
| Subregión | Probables | | Confirmados | | Dengue severo | | Fallecidos | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Acum. | Dif. | Acum. | Dif. | Acum. | Dif. | Acum. | Dif. |
| Norteamérica | 412 | 0 | 341 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| América Central y México | 265.683 | 33.999 | 22.261 | 2.762 | 1.124 | 2 | 40 | 0 |
| Andes | 201.185 | 5.289 | 80.010 | 2.534 | 1.256 | 37 | 249 | 16 |
| Sur del continente | 1.701.685 | 102.188 | 316.051 | -138 | 833 | 0 | 607 | 0 |
| Caribe Hispánico | 69.422 | 9.710 | 1.549 | 2 | 624 | 13 | 32 | 0 |
| Caribe Inglés, Francés y Holandés | 7.646 | 0 | 1.331 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| **Total** | **2.246.033** | **151.178** | **406.014** | **-10.369** | **3.939** | **152** | **928** | **16** |

Fuente: Organización Panamericana de la Salud/ Dengue

# BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

## Cólera en las Américas

El cólera es una infección intestinal aguda causada por la ingestión de alimentos o agua contaminados por la bacteria Vibrio cholerae. Tiene un periodo de incubación corto, entre menos de un día y cinco días, y la bacteria produce una enterotoxina que causa una diarrea copiosa, indolora y acuosa que puede conducir con rapidez a una deshidratación grave y a la muerte si no se trata prontamente. Ver más...



Desde la semana epidemiológica (SE) 1 a la SE 43 de 2016, se notificaron 35.755 casos de cólera en cuatro países en las Américas: Ecuador1 (1), **Haití (34.656),** México (1) y la República Dominicana (1.097). De estos casos, **97 % corresponde a Haití.**

En **Haití** desde la SE 1 hasta la SE 43 de 2016 se notificaron 34.656 casos sospechosos de cólera, incluyendo 339 defunciones relacionadas (tasa de letalidad 1%). El 4 de octubre (SE 40) el huracán Matthew hizo su recalada en la comuna de Les Anglais, en el Departamento Sud de Haití. El huracán Matthew ha afectado gravemente los Departamentos de Sud y Grand'Anse, optimizando las condiciones ambientales y sociales para facilitar la transmisión del cólera. **La vigilancia intensificada de cólera establecida posterior al paso del huracán Matthew, demuestra el impacto del evento en Haití, con el incremento en el número de casos sospechosos, con cifras diarias que superan en dos o más veces a las observadas previas al paso del huracán**. Entre las SE 40-45, los departamentos de Grand Anse (23%) y Sud (26%) contribuyeron en 49% al total de casos de cólera del país. Estos Departamentos, corresponden a 4% y 7% de la población total de Haití, respectivamente.

**En la República Dominicana** desde la SE 1 hasta la SE 42 se notificaron 1.097 casos sospechosos de cólera y 20 defunciones relacionadas (tasa de letalidad de 1,8%). Cifra el doble de lo observado los dos años previos.

**México**, el 23 de septiembre de 2016, informó sobre la confirmación de un caso aislado de cólera en el estado de Nayarit. El caso fue confirmado por laboratorio a Vibrio cholerae O:1 Ogawa toxigénico.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud/Cólera

# BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

## Cólera en las Américas. Continuación…...

**Número de casos de cólera en países seleccionados de las Américas, 2010-2016**

| Año | Cuba | | República Dominicana | | Haití | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Casos | Defunciones | Casos | Defunciones | Casos | Defunc. |
| 2010‡ | 0 | 0 | 191 | 0 | 179.379 | 3.990 |
| 2011‡ | 0 | 0 | 20.851 | 336 | 340.311 | 2.869 |
| 2012‡ | 417 | 3 | 7.919 | 68 | 112.076 | 894 |
| 2013‡ | 181 | 0 | 1.954 | 42 | 58.809 | 593 |
| 2014‡ | 76 | 0 | 603 | 11 | 27.753 | 296 |
| 2015 | 65 | 0 | 546 | 15 | 36.045* | 322* |
| 2016 | 0 | 0 | 1.097** | 20** | 34.656*** | 339 |

**Fuente**: Boletín Epidemiológico Semanal de la OMS. Disponible en: http://www.who.int/wer/en/

# 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 OPS

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.

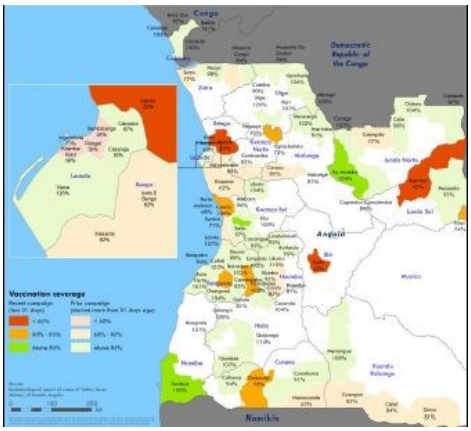
Fuente: Actualización de OPS/ Fiebre amarilla

# 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 (28/10/2016) 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

* China reporta un nuevo caso de infección humana por el virus de la gripe aviar a (H5N6)

* Guatemala libre de oncocercosis

* Omán: Nuevo caso de infección por el MERS-CoV: El 29 de noviembre de 2016, el Coordinador Nacional del RSI de Omán informó de un (1) caso adicional de MERS-CoV.

* La influenza, una amenaza imprevisible

• La influenza es una infección viral aguda que se transmite fácilmente de una persona a otra.
• Los virus de la influenza circulan por todo el mundo y pueden afectar a cualquier persona de cualquier edad.
• En los climas templados las epidemias estacionales se producen sobre todo durante el invierno, mientras que en las regiones tropicales pueden aparecer durante todo el año.
• La influenza es un problema grave de salud pública que puede ser causa de enfermedad grave y muerte en poblaciones de alto riesgo.
• Las epidemias pueden ejercer gran presión sobre los servicios de salud y tener importantes repercusiones económicas debido a la reducción de la productividad laboral.
• La vacunación es la forma más eficaz de pre-venir la infección.
• Aunque disponemos de antivirales para tratar la influenza, los virus pueden volverse resistentes a estos fármacos.

## ARTE Y MEDICINA

*Jenner inoculando la vacuna* de **Gaston Mélingue**, 1879)

El pintor francés **Gastón Mélingue** nos ofrece una imagen de como pudo ser la primera vacunación contra la viruela, en 1796 .

En la obra aparece el niño **James Phipps**—con aproximadamente ocho años de edad- no se muestra demasiado conforme con lo que le están haciendo, un ayudante sujeta al niño, para que **Jenner** pueda inocularle pus en el brazo. La vaquera **Sarah Nelmes** se está vendando cuidadosamente la mano derecha, de la que acaban de extraerle el pus. Los demás contemplan la escena sorprendidos.

**Hallazgos recientes sobre la viruela**

La momia de un niño reescribe la historia de la viruela: Un niño de no más de cuatro años ha reescrito la historia de la viruela. Infectado con el Variola virus, el pequeño murió en 1654 y fue enterrado bajo la iglesia del Espíritu Santo de Vilna, capital de Lituania. Las condiciones de la cripta hicieron que se momificara. Eso ha permitido ahora analizar el virus para descubrir que la única enfermedad humana erradicada podría llevar unos siglos con los humanos y no milenios como se pensaba.

El **proyecto Momia de Lituania** lleva años estudiando una veintena de momias localizadas en la cripta. Por un proceso natural de desecación, han conservado sus tejidos blandos hasta hoy. Esos estudios han servido para conocer mejor la historia de la tuberculosis o la arterioesclerosis, enfermedades que tenían algunos de los restos. En el caso del niño, un análisis genético mostró que tuvo viruela. La datación de sus restos en torno a 1654, coincidiendo con una de las epidemias que castigaron Vilna, reforzó el diagnóstico.

Los resultados, de la investigación fueron publicados en la revista Current Biology, desvelan que la viruela de aquel pequeño es la madre de todas las viruelas posteriores conocidas. En términos más exactos, el análisis genético de esta muestra y su comparación con el genoma de otras 42 muestras de pacientes de todo el planeta recogidas a lo largo del siglo XX señalan a la del niño como antecesora de las demás.

# BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

**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