ISSN 1028-4346

SEI SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

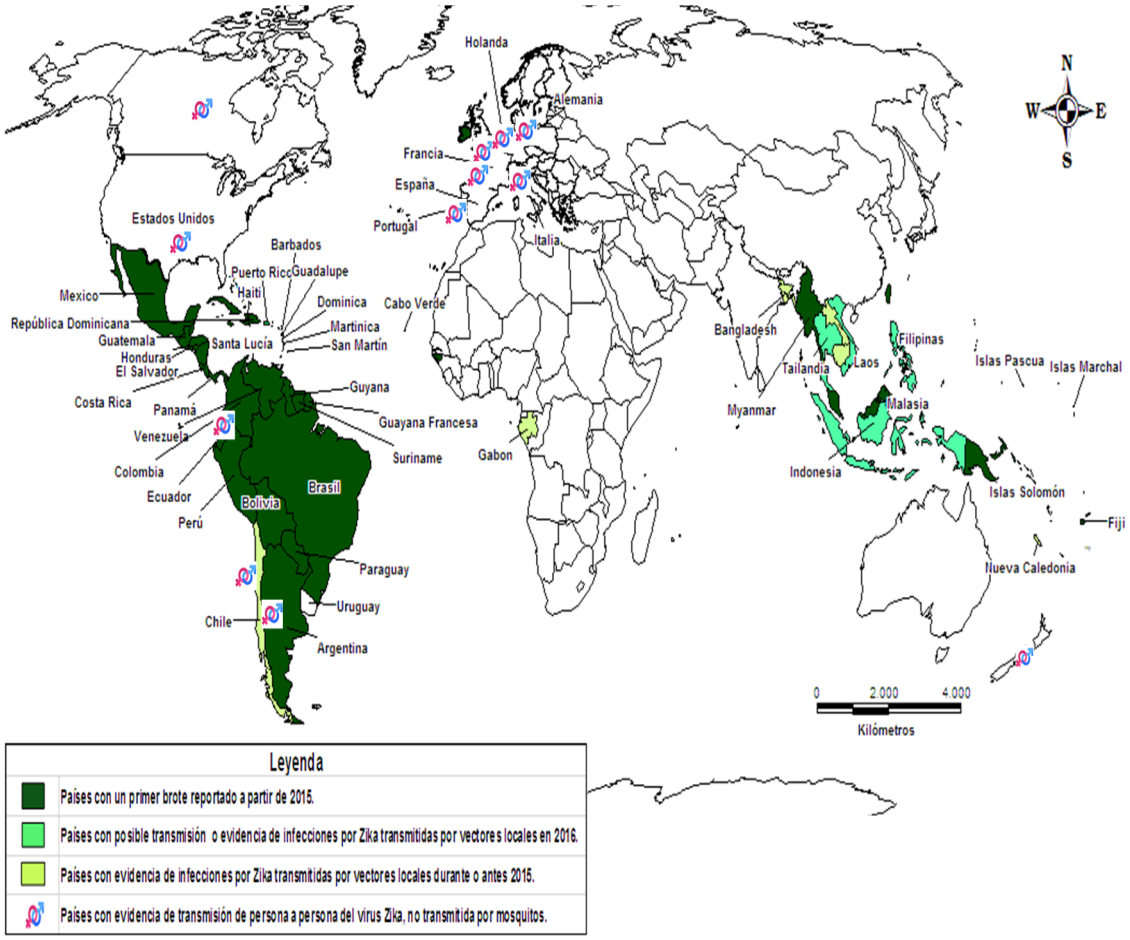
EDICIÓN ESPECIAL

CENTRO DE DIRECCIÓN MINISTERIAL MINSAP

CENTRO DE DIRECCIÓN. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

Países, territorios y áreas con virus del Zika, hasta el 22 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

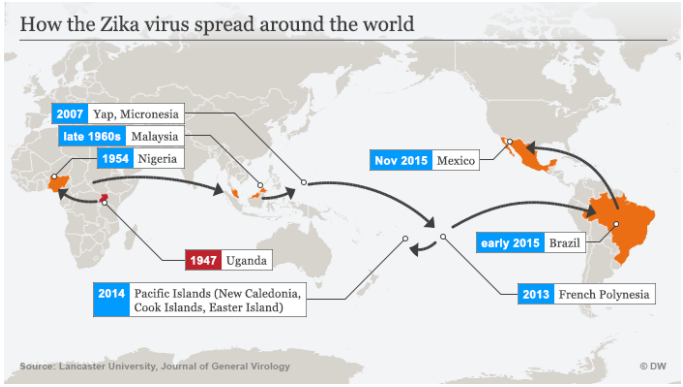
Los casos acumulados de Zika están actualizados hasta el 22 de diciembre de 2016.

Esta semana hubo un incremento en el total de casos sospechosos, se reportaron 2.550 casos más y 1.176 confirmados, el número de fallecidos incremento en 18 (+3). Se reportan incrementos de los casos sospechosos, excepto en Norteamérica, confirmados en todas las subregiones excepto en el Cono Sur.

Mayores reportes de casos por regiones y países: El Cono Sur continúa siendo la subregión más afectada, con mayor reporte Brasil que tiene el 40.0 % (214.171 casos) del total de los casos sospechosos reportados en la región, el 62.2% (109.636 casos) del total de confirmados reportados en la región y el 50% (9) de los fallecidos. Les siguen las subregiones Andina y el Caribe Latino respectivamente.

En resumen se reporta un total de 534.620 casos sospechosos en la región, confirmados 176.239 casos y el número de fallecidos 18.

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	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.

Tomado de: Actualización epidemiológica de la OMS del 22 de diciembre de 2016

Tabla 2. Países, territorios y áreas con transmisión de persona a persona de virus Zika 13, 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

Tomado de: Actualización epidemiológica de la OMS del 22 de diciembre de 2016

Tabla 3. Países, territorios o áreas que notificaron síndrome congénito asociado con la infección por el virus del Zika (hasta el 22 de diciembre de 2016)

Países o territorios (29)	Número de casos confirmados	Sitio probable de contagio
Argentina	**1 (-1)**	Argentina
Bolivia	9	Bolivia
Brasil	2.228	Brasil
Cabo Verde	9	Cabo Verde
Canadá	2	Indeterminado
Colombia	**69 (+2)**	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	Nicaragua
Panamá	5	Panamá
Paraguay	2	Paraguay
Puerto Rico	**8 (+1)**	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*	37	Indeterminado**
Total	**2.466 (+2)**	

Tomado de: Actualización epidemiológica de la OMS del 22 de diciembre de 2016

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 (20)
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.	**Estado Plurinacional de Bolivia,** Costa Rica, Granada, Haití, México y Panamá (6)

Fuente: Actualización epidemiológica de la OMS del 22 de diciembre de 2016

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

Resumen semanal de Chikungunya

Los casos acumulados de Chikungunya están actualizados hasta la semana 51, con cierre del 23 de diciembre.

En la semana hubo incremento en el número total de casos sospechosos más 27.714, incrementó el número de confirmados en 28.568 casos. El reporte de casos sospechosos incrementa en todas las subregiones, excepto Norteamérica y Caribe Latino. Se reporta incremento de casos confirmados, excepto en el Itsmo Centroamericano.

Mayores reportes de casos por regiones y países:

El Cono Sur es la subregión más afectada a expensa de Brasil que tiene el 77% (267.870 casos) del total de los casos sospechosos reportados en la región, el 96.7% (145.419 casos) del total de confirmados y el 54.0% (93) de los fallecidos. Les siguen las subregiones Andina y el Istmo Centroamericano respectivamente.

En resumen se reporta un total de 347.555 casos sospechosos en la región, confirmados 150.369 casos, se mantienen 172 fallecidos y 258 importados

Fuente: Organización Panamericana de la Salud/ Chikungunya

Distribución geográfica del Chikungunya en las Américas hasta la SE 51.

Fuente de la imagen: Organización Panamericana de la Salud/ Chikungunya/SE 51 2016

♦ Resumen semanal de dengue

Los casos acumulados de dengue están actualizados hasta la semana 47, con cierre del 12 de diciembre. Se reportó esta semana un incremento total de 3.809 casos probables de dengue, 4.507 confirmados, 72 casos de dengue grave y 19 fallecidos.

Mayores reportes de casos por regiones y países:

•El Cono Sur sigue siendo la subregión más afectada con el 75.6% (1.701.685 casos) del total de los casos probables reportados en la región, el 74.1% (316.051 casos) del total de confirmados reportados, 20.7 % (833) casos de dengue severo y el 64.0% (607) de los fallecidos. Brasil es el país más afectado de la región y subregión con 64.5% y 85.3% de los casos probables (1.452.284) reportados respectivamente, el 63.9% (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 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 2.249.842 casos probables en la región, de ellos confirmados por laboratorio 426.050, dengue severo 4.011 casos y 947 fallecidos.

Tabla 5. Casos de dengue probables, confirmados, severos y fallecidos por subregiones. Las Américas, Semana 47, con cierre el 12 de diciembre 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	267.026	1.343	24.240	1.979	1.269	145	48	8
Andes	199.578	-1.607	82.222	2.212	1.283	27	260	11
Sur del continente	1.701.685	0	316.051	0	833	0	607	0
Caribe Hispánico	72.162	2.740	1.556	7	624	0	32	0
Caribe Inglés, Francés y Holandés	8.979	1.333	1.640	309	2	0	0	0
Total	**2.249.842**	**3.809**	**426.050**	**4.507**	**4.011**	**72**	**947**	**19**

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 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.

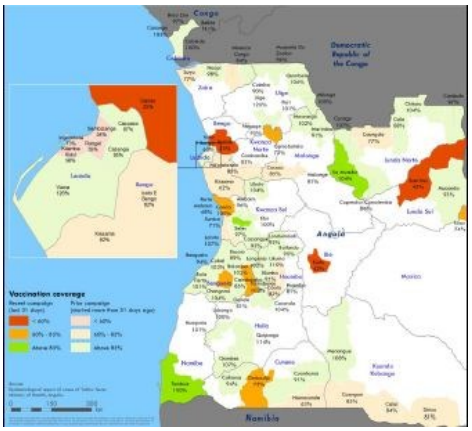
Fuente: Actualización de OPS/ Fiebre amarilla

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 República Democrática del Congo (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.

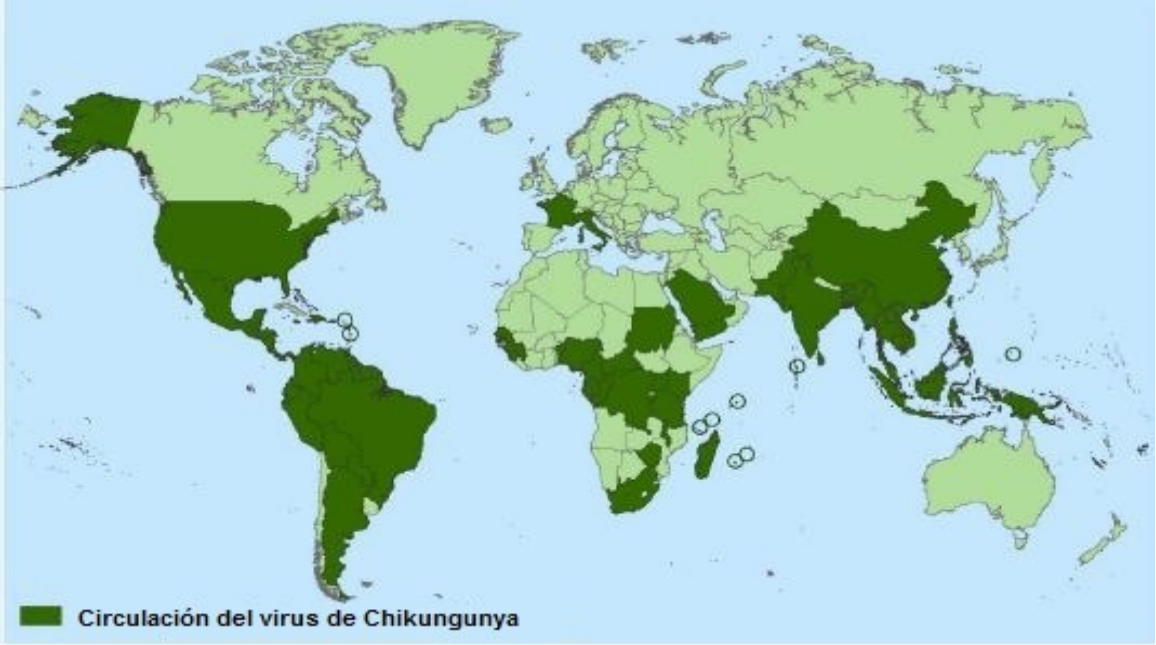
Uganda declaró el fin del brote el 6 de septiembre. Este brote no estuvo vinculado con el brote de Angola.

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.

Resumen del comportamiento de algunos eventos epidemiológicos en el 2016



Chikungunya

En las Américas:

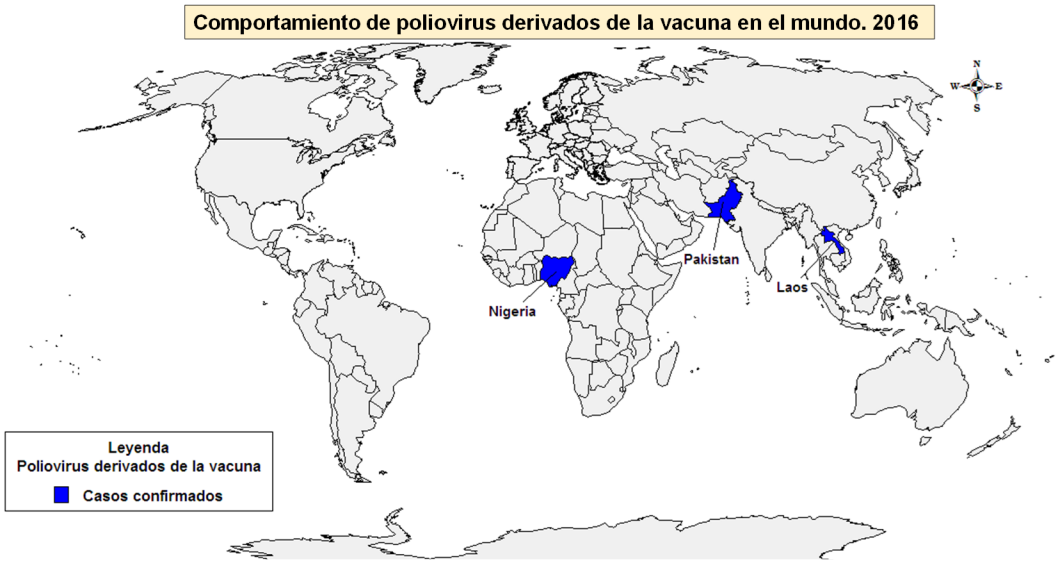
En el 2016 hasta la SE 51 se han reportado en las Américas 347.555 (- 260.406 que en el 2015 en igual período) casos sospechosos, 150.369 (+ 115.350 que en 2015) confirmados y 172 fallecidos (+ 95 respecto a 2015). La región Cono Sur (Brasil y Argentina) tiene el mayor reporte con 267.870 casos, el 77% del total, seguido de Área Andina (Bolivia, Colombia y Venezuela) con el 12%.

En el mundo:

* De la región africana reportaron casos: Burundi, Bután, Camerón, República Centro Africana, Comoros, República Democrática del Congo, Guinea Ecuatorial, Gabón, Guinea, Kenya, Madagascar, Malawi, Mauritania, Mayotte, Nigeria, República del Congo, Senegal, Seychelles, Sierra Leone, Sudáfrica, Sudán , Tanzania, Uganda y Zimbabwe.
* Asia reportó casos en: Cambodia, China, India, Indonesia, Laos, Malaysia, Maldivas, Myanmar, Paquistán, Filipinas, Arabia Saudita, Singapur, Sri Lanka, Taiwán, Tailandia, Timor Lester y Vietnam.
* Europa: Francia e Italia fueron los países con reporte de casos de Chikungunya en el 2016.

Resumen del comportamiento de algunos eventos epidemiológicos

Circulación del poliovirus derivado de la vacuna



Mapa: Centro de Dirección Ministerial

* República Democrática Popular Lao (PDR) notificó tres casos de poliovirus derivado de la vacuna de tipo 1 (VDPV1) del distrito de Longsane, provincia de Xaisomboun entre l 17 de enero y el de 2016.

* Nigeria, notificó tres casos confirmados de poliovirus salvaje de tipo uno (WPV1) en niños entre 2 y 5 años de edad entre julio y agosto de 2016.

* Paquistán reportó la circulación de un poliovirus circulante derivado de la vacuna tipo 2 (cVDPV2) a partir de muestras ambientales en Quetta, entre el 20 de octubre y el 28 de noviembre de 2016. Al 15 de diciembre, se notificaron 19 casos de WPV1 en el año. Es el número más bajo de casos anuales reportados y el menor número de áreas afectadas en el país.

Resumen del comportamiento de algunos eventos epidemiológicos

Cólera

En las Américas: Desde inicios de este año y hasta la semana 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, el 97 % corresponde a Haití.

En el mundo:

República Unida de Tanzania notificó un total de 24.108 casos, incluidos 378 fallecimientos al 20 de abril de 2016. La mayoría de los casos habían sido reportados en 23 regiones de la parte continental de Tanzania.

En Yemen hasta el 28 de noviembre se han reportado 113 casos confirmados .

Dengue

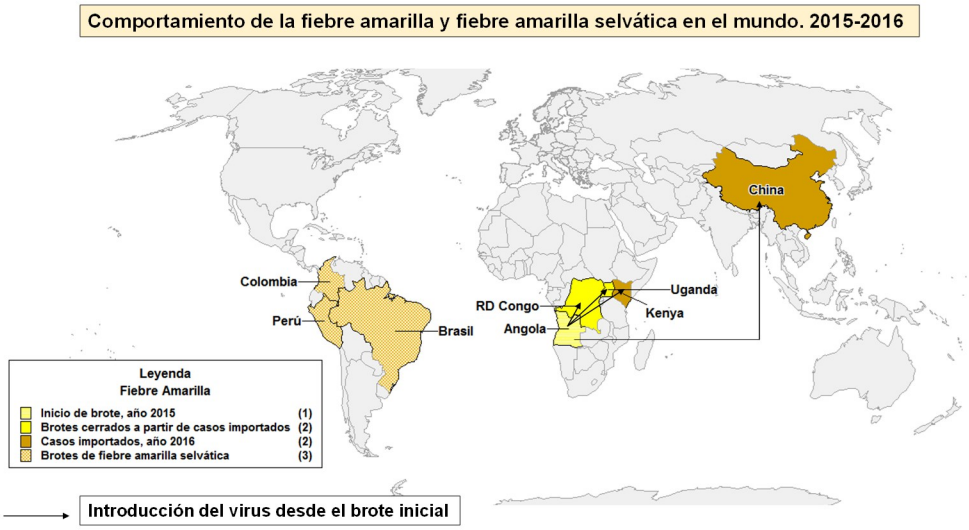
La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 100 millones de personas están infectadas con el dengue cada año y 500.000 están enfermas lo suficiente como para requerir hospitalización. La OMS considera que el dengue es la enfermedad viral que se transmite con mayor rapidez en el mundo.

En las Américas: En el 2016 se han reportado 2.249.842 casos de dengue (+ 111.427 que en el 2015 en igual período) , de ellos 4.011 dengue severo y 947 fallecidos (- 137 respecto a 2015). El 74% corresponde a los países del Cono Sur (Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay), seguido de los de Centroamérica con el 16% (Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Panamá). Este año, después de 100 años sin reportar dengue en el país (1916), Uruguay reportó casos autóctonos del virus del dengue.

En África: Burkina Fasso: Entre el 5 de agosto y el 12 de noviembre de 2016, se notificaron un total de 1.061 casos positivos (prueba de diagnóstico rápido de dengue), con un total acumulado de 15 muertes.

Resumen del comportamiento de algunos eventos epidemiológicos

Fiebre Amarilla



Mapa: Centro de Dirección Ministerial

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

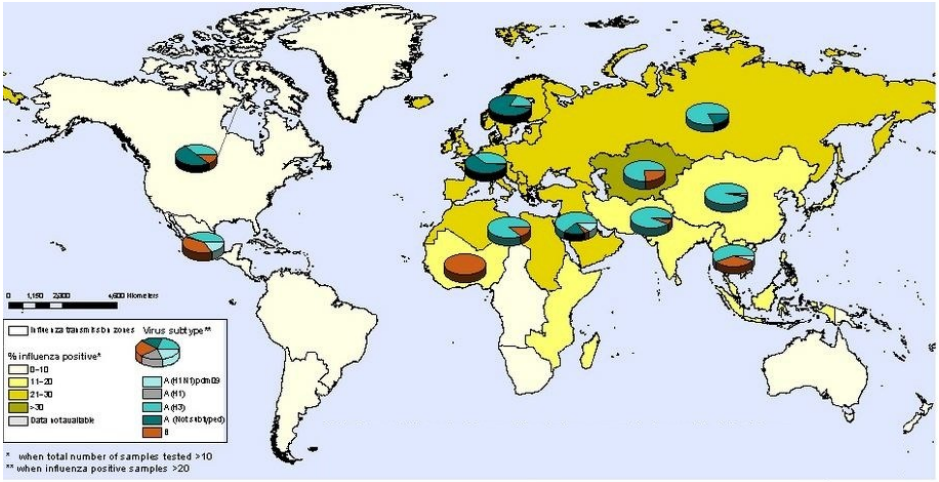
En el mundo: Angola, la República Democrática del Congo (RDC) y Uganda notificaron la ocurrencia de brotes de fiebre amarilla durante 2016.
Adicionalmente y como consecuencia de la exposición de personas no vacunadas al virus de la fiebre amarilla en Angola, se exportaron casos de fiebre amarilla a China, 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 están presentes.

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

Resumen del comportamiento de algunos eventos epidemiológicos

Influenza



La actividad de la influenza en la zona templada del hemisferio norte aumentó ligeramente, con predominio del virus de la gripe A (H3N2).

En América del Norte, la actividad de la influenza siguió aumentando con predominio del virus de la influenza A (H3N2).

En Europa, la actividad de la gripe fue baja. Los números más altos de casos de influenza fueron detectados en Noruega y Suecia. En el suroeste de Europa, la actividad de la gripe fue mayor en Portugal y España.

En Asia las detecciones de influenza aumentaron ligeramente. En el Sudeste Asiático, la actividad de la influenza siguió registrándose en niveles bajos, predominando el virus de la influenza A (H3N2) en la región.

En África, la actividad del virus de la influenza se notificó a niveles interestacionales.

En los países del Caribe, hubo una ligera disminución en la influenza y otros virus respiratorios actividad en la mayoría de los países, excepto en Costa Rica y Colombia.

Resumen del comportamiento de algunos eventos epidemiológicos

Malaria

La Región Europea es la primera en el mundo que ha logrado la interrupción de la transmisión de la malaria indígena.

Sri Lanka fue certificada por la Organización Mundial de la Salud libre de paludismo el 5 de septiembre de 2016.

Sarampión

El 27 de septiembre de 2016, la región de las Américas fue declarada como la primera del mundo libre de sarampión, por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), fruto de un esfuerzo continuo de 22 años de programas de vacunación contra esa enfermedad, la rubéola y las paperas.

Síndrome Respiratorio Coronavirus (MERS-COV)

A nivel mundial, desde septiembre de 2012, la OMS ha sido notificada con 1.864 (+243 en el año) casos confirmados por laboratorio de infección por el MERS-CoV, incluyendo al menos 659 (+75) muertes relacionadas. El país más afectado en este año fue: Reino de Arabia Saudita. También se han reportado casos en Austria, Barein, Catar, Emiratos Árabes, Tailandia, y Omán.

Virus del Nilo Occidental

México: El Departamento de Salud Pública municipal de El Paso reportó hasta el 22 de diciembre de 2016 seis casos confirmados de virus del Nilo occidental.

Estados Unidos: El Departamento de Salud del Estado de Washington (DOH) confirmó la primera muerte por el virus del Nilo Occidental en Washington. Hasta el 20 de diciembre de 2016, 1.853 casos del virus del Nilo Occidental han sido reportados a los CDC. De éstos, 1.002 (54%) fueron clasificados como enfermedad neuroinvasiva (como meningitis o encefalitis) y 851 (46%) fueron clasificados como enfermedad no neuroinvasiva.

Canadá: Hasta la Semana Epidemiológica 45 de 2016 se han reportado un total de 100 casos clínicos humanos del virus del Nilo occidental.

Italia: A principios de 2016 y hasta el 28 de octubre se confirmaron 68 casos humanos del virus del Nilo occidental y 205 casos reportados por la Unión Europea.

Resumen del comportamiento de algunos eventos epidemiológicos

Virus del Zika

El virus Zika comenzó a propagarse rápidamente a través de las Américas en 2015. En 2016, siguió avanzando hacia el norte y también se informó en Asia. No existe tratamiento efectivo ni vacuna para el Zika.

En febrero de 2016, la Organización Mundial de la Salud declaró que el virus Zika era una emergencia de salud pública mundial debido a su rápida propagación y nuevas preocupaciones por su relación con un aumento de las condiciones neurológicas. El 18 de noviembre el Director General declaró el fin de la emergencia de salud pública de interés internacional por considerarse el virus del Zika y las consecuencias asociadas constituyen un desafío importante para la salud pública que requiere de una acción intensa.

Hay dos principales linajes de virus Zika: el linaje "africano" y el "asiático". El linaje "africano" sólo se ha informado en África y más recientemente fue identificado a través de análisis de secuenciación en los siete casos confirmados de Zika reportados en Guinea-Bissau. El linaje "asiático" se compone de cepas que se han registrado en Asia, la región del Pacífico occidental, la región del Cabo Verde y América.

En América: Hasta el 22 de diciembre de 2016 se reporta un total de 534.620 casos sospechosos en la región, 176.239 casos confirmados y el número de fallecidos es 18.

En el mundo: Hasta el 22 de diciembre de 2016, 75 países y territorios han reportado evidencia de transmisión del virus Zika transmitida por mosquitos desde el año 2007, 69 de estos países y territorios han reportado evidencia de transmisión del virus Zika transmitida por mosquitos desde 2015).

• 58 notificaron los primeros brotes a partir de 2015.

• 10 países y han reportado evidencia de infecciones transmitidas por mosquitos Zika locales en o antes de 2015, pero sin documentación de los casos en 2016, o con el brote terminado.

• siete países se clasifican con posible la transmisión endémica o han reportado evidencia de infecciones transmitidas por mosquitos locales Zika en 2016.

• 13 han reportado evidencia de la transmisión de persona a persona del virus Zika, probablemente a través de una vía sexual .

Resumen del comportamiento de algunos eventos epidemiológicos

Otros brotes y enfermedades:

- ⇒ Monkeypox en República Centroafricana
- ⇒ Fiebre del Valle del Rift en Níger, en China
- ⇒ Escherichia coli Enterohemorrágica en Reino Unido
- ⇒ Enfermedad por virus de Oropouche en Perú
- ⇒ Fiebre de Lassa en Nigeria, en Liberia
- ⇒ Síndrome de la fiebre hemorrágica en Sudán del Sur
- ⇒ Salmonelosis en Estados Unidos de América
- ⇒ Elizabethkingia - Estados Unidos de América
- ⇒ Fiebre de Lassa en Suecia, en Togo, en Alemania y Benin

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE CUBA. CENTRO DE DIRECCIÓN

CALENDARIO EPIDEMIOLÓGICO 2017

enero							
SE	l	m	m	j	v	s	d
							1
1	2	3	4	5	6	7	8
2	9	10	11	12	13	14	15
3	16	17	18	19	20	21	22
4	23	24	25	26	27	28	29

febrero							
SE	l	m	m	j	v	s	d
5			1	2	3	4	5
6	6	7	8	9	10	11	12
7	13	14	15	16	17	18	19
8	20	21	22	23	24	25	26
9	27	28					

marzo							
SE	l	m	m	j	v	s	d
9			1	2	3	4	5
10	6	7	8	9	10	11	12
11	13	14	15	16	17	18	19
12	20	21	22	23	24	25	26
13	27	28	29	30	31		

abril							
SE	l	m	m	j	v	s	d
13						1	2
14	3	4	5	6	7	8	9
15	10	11	12	13	14	15	16
16	17	18	19	20	21	22	23
17	24	25	26	27	28	29	30

mayo							
SE	l	m	m	j	v	s	d
18	1	2	3	4	5	6	7
19	8	9	10	11	12	13	14
20	15	16	17	18	19	20	21
21	22	23	24	25	26	27	28
22	29	30	31				

junio							
SE	l	m	m	j	v	s	d
22				1	2	3	4
23	5	6	7	8	9	10	11
24	12	13	14	15	16	17	18
25	19	20	21	22	23	24	25
26	26	27	28	29	30		

julio							
SE	l	m	m	j	v	s	d
26						1	2
27	3	4	5	6	7	8	9
28	10	11	12	13	14	15	16
29	17	18	19	20	21	22	23
30	24	25	26	27	28	29	30
31	31						

agosto							
SE	l	m	m	j	v	s	d
31		1	2	3	4	5	6
32	7	8	9	10	11	12	13
33	14	15	16	17	18	19	20
34	21	22	23	24	25	26	27
35	28	29	30	31			

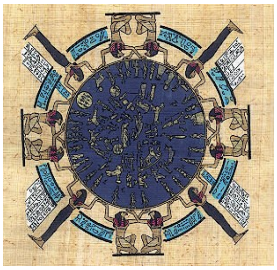
septiembre							
SE	l	m	m	j	v	s	d
35					1	2	3
36	4	5	6	7	8	9	10
37	11	12	13	14	15	16	17
38	18	19	20	21	22	23	24
39	25	26	27	28	29	30	

octubre							
SE	l	m	m	j	v	s	d
39							1
40	2	3	4	5	6	7	8
41	9	10	11	12	13	14	15
42	16	17	18	19	20	21	22
43	23	24	25	26	27	28	29

noviembre							
SE	l	m	m	j	v	s	d
44			1	2	3	4	5
45	6	7	8	9	10	11	12
46	13	14	15	16	17	18	19
47	20	21	22	23	24	25	26
48	27	28	29	30			

diciembre							
SE	l	m	m	j	v	s	d
48					1	2	3
49	4	5	6	7	8	9	10
50	11	12	13	14	15	16	17
51	18	19	20	21	22	23	24
52	25	26	27	28	29	30	31

Calendario epidemiológico 2017: Un elemento básico para el uso de la variable del tiempo en la vigilancia en salud



Durante el comienzo del desarrollo de la agricultura, se hizo necesario para los humanos el señalar momentos precisos como el mejor momento para sembrar o para recoger una determinada cosecha. Dicho de otra forma, necesitaban un **Calendario.** Para medir el tiempo es necesario un hecho que se repita. Y ¿Cuales son los dos fenómenos regulares que con mayor facilidad podemos observar? Pues el movimiento del Sol y la Luna, en los cuales se basa todo calendario que se precie.

Sabías que:

• Los calendarios pueden ser tanto solares (que miden en días) como lunares (fases de la luna) o también lunisolares (como el actual calendario chino) que combinan ambos movimientos.

• El Calendario Chino tiene 12 meses lunares y cada tres o cuatro años intercalan uno de 13 meses. El año siempre comienza con el solsticio de invierno. Los nombres de animales con que se designan los meses no se emplearon hasta la llegada del Budismo.

• El Calendario Egipcio tenía 12 meses de 30 días cada uno, y cinco días de fiesta que no pertenecían al año. Pero un año tiene 365 días y 1/4 por lo que se deslizaba 1 día cada cuatro años. Quizá a lo largo de miles de años hubieran celebrado el fin de año en Agosto. Dividían cada día en 20 partes, con lo cual la duración de una hora podía variar mucho.

• El Calendario hebreo (lunisolar como el chino) comienza con la creación del mundo, según ellos el 7 de octubre del 3761 a.C.

• El año 46 a.C. fue el año mas largo jamás registrado, nada menos que 455 días. Julio César, al introducir el Calendario Juliano añadió a ese año 2 meses y 23 días extra para corregir el deslizamiento acumulado por el Egipcio.

• El Año 1582 fue el mas corto, cuando el Papa Gregorio XIII introdujo su calendario, decretó que el 5 de Octubre fuera 15 de Octubre, dejándolo el 355 días.

• Durante varios siglos hubo 2 calendarios vigentes en Rusia, el Gregoriano en el Oeste y el Juliano en el Este. En la historia rusa es frecuente ver los acontecimientos señalados con las dos fechas.

• Curioso es también conocer que han habido intentos de nuevo Calendario que han pasado a la historia tan sólo como eso, como intentos. Es el caso del Calendario Republicano Francés.

Actualmente nos regimos por el calendario Gregoriano desde 1582, calendario que modificó el calendario anterior, el Juliano. Este calendario se llamó así por su creador el Papa Gregorio XIII.

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

Referencias bibliográficas

1- Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; c2016.

Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/en/

Disponible en: http://www.who.int/csr/don/06-october-2016-polio-nigeria/en/

Disponible en: http://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/press-releases/2016/04/from-over-90-000-cases-to-zero-in-two-decades-the-european-region-is-malaria-free

Disponible en: http://www.who.int/csr/don/22-april-2016-cholera-tanzania/en/

Disponible en: http://www.emro.who.int/yem/yemen-news/who-scales-up-response-to-contain-cholera-outbreak-in-yemen.html

Disponible en: http://www.who.int/csr/don/19-december-2016-2-mers-saudi-arabia/en/

Disponible en: http://www.who.int/csr/don/07-december-2016-ah5n6-china/en/

Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252650/1/zikasitrep22Dec2016-eng.pdf

2- Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Washington, D.C, Estados Unidos de América: OPS; c2016.

Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=rdmore&cid=8380&Itemid=40931&lang=es

Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=37125&lang=es

Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12855%3Athe-year-in-review-pahowho-in-2016-from-the-zika-epidemic-to-the-elimination-of-measles&catid=2231%3Amultimedia&Itemid=42231&lang=es

3- Centros para el Control y Prevención de Enfermedades [Internet]. Atlanta, Estados Unidos de América: CDC; c2016.

Disponible en: https://www.cdc.gov/chikungunya/pdfs/chik_world_map_04-22-16.pdf

Disponible en: https://www.cdc.gov/chikungunya/geo/

Disponible en: https://www.cdc.gov/westnile/statsmaps/preliminarymapsdata/index.html

El equipo de redacción del Boletín les desea un feliz año 2017

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