

ISSN 1028-4346

SEI

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA
INTERNACIONAL

No. 7 de 2017

21 de febrero

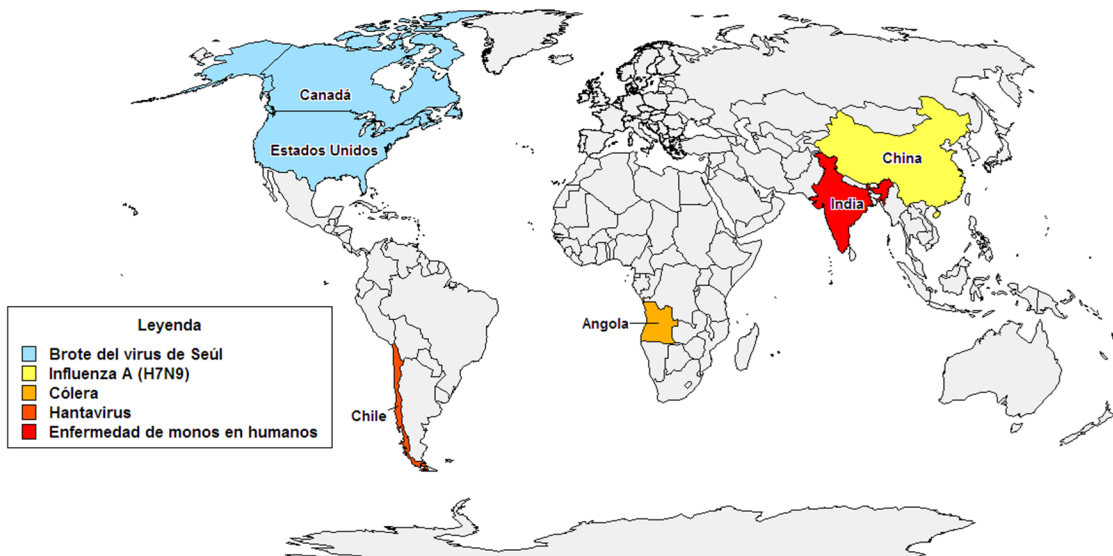


CENTRO DE DIRECCIÓN MINISTERIAL MINSAP

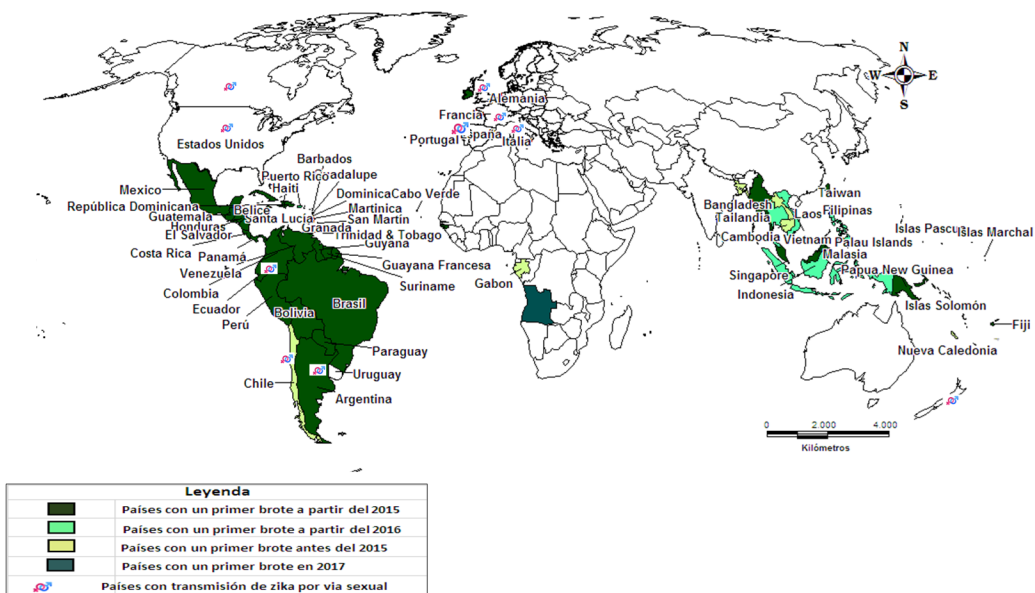
CENTRO DE DIRECCIÓN. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Dirección Postal: Calle 23 No. 201 entre M y N, Plaza, La Habana, Cuba.

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

Nuevos brotes de la semana



Países, territorios y áreas con virus del Zika, hasta el 16 e febrero de 2017 , última actualización OPS/OMS



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

Resumen de la situación epidemiológica en Las Américas, 16 de febrero 2017.

Desde la semana epidemiológica (SE) 44 de 2016 ningún nuevo país/territorio de las Américas confirmó transmisión autóctona vectorial de Zika. Se mantiene en 48 el número de países y territorios de las Américas que confirmaron casos autóctonos por transmisión vectorial de Zika y en cinco el número de países que notificaron casos de Zika transmitidos sexualmente: Argentina, Canadá, Chile, Perú y Estados Unidos.

América del Norte: En los Estados Unidos de Norteamérica, el Departamento de Salud de la Florida continúa registrando casos aislados de transmisión local.

América Central: En Panamá se mantiene una tendencia creciente de casos sospechosos y confirmados entre las SE 30/2016 a la SE 1/2017.

Caribe: En Montserrat se observa una tendencia al ascenso en el número de casos sospechosos y confirmados entre las SE 49 y SE 51/2016.

América del Sur: El número de casos notificados se mantiene estable con un promedio semanal de 6.601 casos sospechosos y confirmados en las últimas cuatro semanas, de los cuales 6.164 corresponden a Brasil. En Paraguay, la tendencia es al ascenso en el número de casos sospechosos entre la SE 42/2016 y hasta la SE 3/2017. En Perú, se observa un aumento en el número de casos notificados entre las SE 1 y SE 3/2017, este aumento está relacionado al brote en curso en el departamento de Loreto. En la República Bolivariana de Venezuela, se observa un aumento en el número de casos notificados entre las SE 1 y 4/2017.

En resumen: Se reporta 548. 207 (+4.747) casos sospechosos en la región, confirmados 203.718 (+1.897), importados 5. 656 (+31) y 20 fallecidos.

RESUMEN GLOBAL

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.

Fuente: [Organización Panamericana de la Salud/Zika](#)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

Tabla 1. Países, territorios y áreas con circulación autóctona por picadura del mosquito de virus Zika (76), 2007-2017

| Categoría | Región | Países |
|---|-------------------------|---|
| Categoría 1: Países con un primer brote reportado a partir de 2015 (59). | África (3) | Cabo Verde, Guinea Bissau y Angola |
| | 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) | Indonesia, maldivas y Tailandia. |
| | Pacífico Occidental (4) | Malasia; Nueva Caledonia; Filipinas y Viet Nam |
| Categoría 3: Países con evidencia de infecciones por Zika transmitidas por vectores locales durante o antes de 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. |

Fuente: [Actualización epidemiológica de la OMS del 2 de febrero de 2017](#)

Tabla 2. Países, territorios y áreas con transmisión de persona a persona de virus Zika (13), 2007-2017

| | | |
|--|-------------|---|
| 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 2 de febrero de 2017](#)

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 16 de febrero de 2017)



| Países o territorios (30) | Número de casos confirmados | Sitio probable de contagio | Países o territorios | Número de casos confirmados | Sitio probable de contagio |
|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|--|
| Argentina | 2 | Argentina | Honduras | 2 | Honduras |
| Bolivia | 14 | Bolivia | Islas Marshal | 1 | Islas Marshal |
| Brasil | 2366 | Brasil | Martinica | 19 | Martinica |
| Cabo Verde | 9 | Cabo Verde | Nicaragua | 2 | Nicaragua |
| Canadá | 1 (-1) | Indeterminado | Panamá | 5 | Panamá |
| Colombia | 108 (+22) | Colombia | Paraguay | 2 | Paraguay |
| Costa Rica | 2 | Costa Rica | Puerto Rico | 12 (+1) | Puerto Rico |
| R. Dominicana | 59 (+37) | R. Dominicana | Eslovenia | 1 | Brasil |
| El Salvador | 4 | El Salvador | España | 2 | Colombia, República Bolivariana de Venezuela |
| Guyana Francesa | 16 | Guyana Francesa | Suriname | 4 | Suriname |
| Polinesia Francesa | 8 | Polinesia Francesa | Tailandia | 2 | Tailandia |
| Granada | 1 | Granada | Trinidad y Tobago | 1 | Trinidad y Tobago |
| Guadalupe | 13 | Guadalupe | Viet Nam | 1 | Viet Nam |
| Guatemala | 36 (+21) | Guatemala | Estados Unidos de América* | 43 (+1) | Indeterminado** |
| Haití | 1 | Haití | | | |
| México | 1 | México | Saint Martin | 1 | Saint Martin |
| Total: 2.739 (+82) | | | | | |

De los 30 países y territorios con Síndrome Congénito asociado a virus Zika, 23 pertenecen a la región de Las Américas.

Fuente: [Actualización epidemiológica de la OMS del 16 de febrero de 2017](#)

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 (21) |
|--|---|
| 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) |
| No se informa aumento en la incidencia de SGB, pero al menos un caso de SGB con infección por el virus Zika confirmada | Estado Plurinacional de Bolivia, Costa Rica, Granada, Haití, México, Panamá y San Martín (7) |

Fuente: [Actualización epidemiológica de la OMS del 2 de febrero de 2017](#)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

Resumen semanal de Chikungunya

Se reportan en la región al cierre de la SE 7 un total de 480 casos sospechosos, 27 confirmados, no fallecidos y un caso importado en el Cono Sur (Uruguay). En la quincena no se reportan nuevos casos sospechosos, y se reajusta el acumulado de confirmados (-74 casos).

El mayor reporte de casos es de la subregión Andina con 361 casos sospechosos y 16 confirmados. El 46.8% (169) de los casos sospechosos corresponden a Colombia, y Ecuador tiene el 56.2% (9) de los confirmados. Perú tiene 163 casos sospechosos y 5 confirmados.

En el Itsmo Centroamericano: Costa Rica y El Salvador son los de mayor reporte de casaos sospechosos con 72 y 47 respectivamente y Nicaragua con 6 confirmados.

Fuente: [Organización Panamericana de la Salud/ Chikungunya](#)

Distribución geográfica del Chikungunya en las Américas hasta la SE 7 de 2017



Fuente de la imagen: [Organización Panamericana de la Salud/ Chikungunya/SE 7 de 2017](#)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

◆ Resumen semanal de Dengue

Los casos acumulados de dengue pertenecen al año 2017, actualizados hasta la semana 5, con cierre del 10 de febrero 2017. Se han reportado 14.597 (+8. 638) casos probables en la región, de ellos confirmados por laboratorio 1.330 (+445), Dengue severo 61 (+18) casos y fallecidos 11 (-14).

Mayores reportes de casos por regiones y países:

La subregión Andina la más afectada según reporte con el 41.9% (6.123 casos) del total de los casos probables reportados en la región, el 80% (1.064 casos) del total de confirmados reportados, el 80.3% (49) casos de Dengue severo y el 100% (11) de los fallecidos de la región y subregión. Colombia es el país con mayor reporte de casos probables (3.385) de la región y subregión con el 23.1% y el 55.2% de los casos respectivamente, así como de Dengue Severo (41), el 67.2% de los reportados en la región y el 83.6% de la subregión y el 90.9% de los fallecidos (10). Ecuador con el mayor reporte de confirmados por laboratorio (575) que representa el 43.2% de los confirmados en la región y el 54% de los de la subregión.

Se reporta el aislamiento de los serotipos de DEN 1 y 3 en México, subregión de América Central y México y DEN 1 en Argentina, subregión Cono Sur.

Fuente: [Organización Panamericana de la Salud/ Dengue](#)

El dengue grave (conocido anteriormente como dengue hemorrágico) fue identificado por vez primera en los años cincuenta del siglo pasado durante una epidemia de la enfermedad en Filipinas y Tailandia. Hoy en día, afecta a la mayor parte de los países de Asia y América Latina y se ha convertido en una de las causas principales de hospitalización y muerte en los niños y adultos de dichas regiones.

Se conocen cuatro serotipos distintos, pero estrechamente emparentados, del virus: DEN-1, DEN-2, DEN-3 y DEN-4. Cuando una persona se recupera de la infección adquiere inmunidad de por vida contra el serotipo en particular. Sin embargo, la inmunidad cruzada a los otros serotipos es par-



BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

A partir del 7 de febrero de 2017 se exigirá a todos los viajeros procedentes de áreas, zonas o países que reportan transmisión de Fiebre Amarilla presentar el Certificado Internacional de Vacunación a su entrada a Cuba. Ver más en: [Vigilancia en Salud Pública](#)

Fiebre amarilla en las Américas hasta el 16 de febrero de 2017, última actualización de la OPS

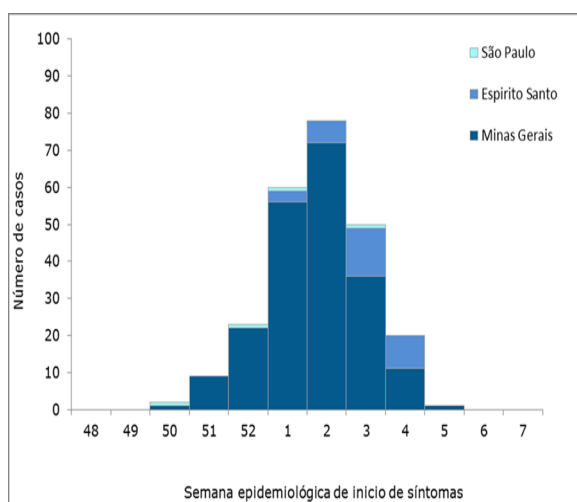
En Brasil, la Fiebre amarilla es endémica y se presenta con brotes cíclicos de diferente magnitud; sin embargo, el número de casos confirmados durante el brote actual, supera al número de casos observados en las últimas décadas.

Entre el 1/12/16 y el 15/2/17 se notificaron 1.236 (+335) casos de Fiebre amarilla, de ellos 243 (+92) confirmados, 108 descartados y 885 sospechosos que permanecen en investigación), incluidas 197 (+54) defunciones, de ellos 82 (+28) confirmadas, 3 descartadas y 112 en investigación). La tasa de letalidad entre los casos confirmados es de 34% (-2%) y 13% entre los casos sospechosos.

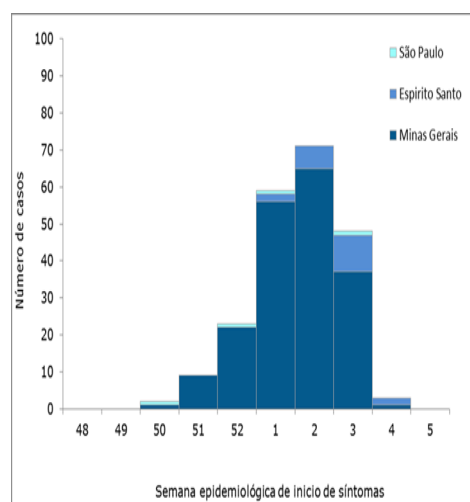
De acuerdo al sitio probable de infección, los casos sospechosos y confirmados se distribuyen en 6 estados: Minas Gerais (967), Espírito Santo (130), Bahía (12), São Paulo (10), Tocantins (3) y Rio Grande do Norte (1). Los casos confirmados, se distribuyen en tres estados: Espírito Santo (31), Minas Gerais (208) y São Paulo (4).

De acuerdo a la distribución de casos por SE de inicio de síntomas y por estado se puede observar una tendencia a la disminución. (Ver gráfico).

SE 48 de 2016 - SE 7 de 2017



SE 48 de 2016 - SE 4 de 2017

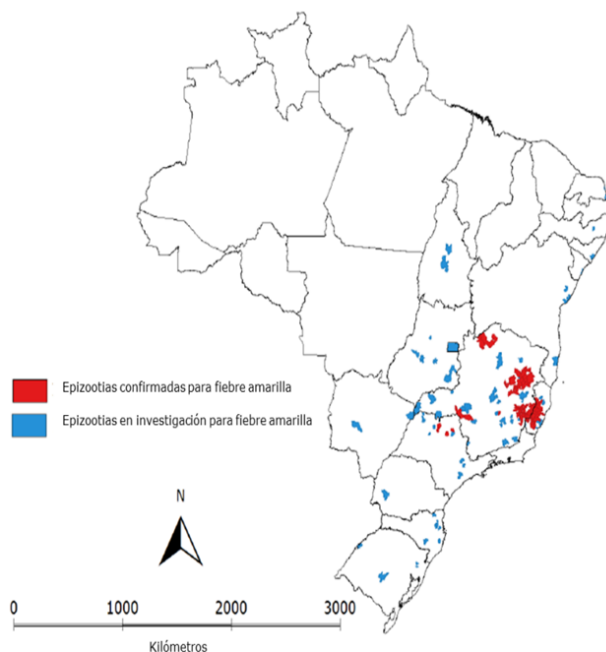


Fuente: [Organización Panamericana de la Salud, según informes del Ministerio de salud de Brasil](#)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

Fiebre amarilla en las Américas hasta el 16 de febrero de 2017, última actualización de la OPS

Distribución geográfica de epizootias por fiebre amarilla.
Brasil, 1 de diciembre de 2016 – 16 de febrero de 2017



Fuente: Ministerio de Salud de Brasil

Si bien es cierto que no se han notificado casos de Fiebre amarilla en otros países/ territorios vinculados al brote actual en Brasil, la notificación de epizootias, actualmente en investigación en los estados de Mato Grosso do Sul (frontera con Bolivia y Paraguay); Santa Catarina (frontera con Argentina); Rio Grande do Sul (frontera con Uruguay y Argentina) y Paraná (frontera con Argentina y Paraguay) representa un riesgo de circulación del virus hacia estos países, sobre todo en las áreas en que comparten un mismo ecosistema.

Aunque existe la posibilidad de ocurrencia de un cambio en el ciclo de transmisión de Fiebre amarilla en el brote en curso, hasta el momento no hay evidencia de que el *Aedes aegypti* tenga un rol en la transmisión.

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

RESUMEN DE OTROS EVENTOS EN LA SEMANA

[Brote del virus de Seúl en Estados Unidos de América y Canadá](#)

[Continúa brote de influenza A\(H7N9\) en China](#)

[Cólera en Angola](#)

[Confirman quinto caso de contagio por hantavirus en Chile](#)

[India reporta casos positivos de la enfermedad de los monos en humanos](#)

[Alerta Epidemiológica sobre el aumento de casos de malaria](#)

[La influenza A \(H1N1\) y \(H3N2\) predomina en la actual temporada](#)

[Recomendaciones a los viajeros internacionales que asistirán a los carnavales en Brasil](#)

[Concluye la Reunión Técnica de Vigilancia en Salud del MINSAP, 2017](#)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

ARTE Y MEDICINA



**El sombrero de paja o Retrato de Suzanne Fourment
Autor: Peter Paul Rubens**

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

Pedro Pablo Rubens nace en 1577 en Siegen, ciudad del Sacro Imperio Romano Germánico, actualmente en Alemania.

Tuvo dos matrimonios y pintó a sus dos esposas en numerosas ocasiones. La primera de ellas, Isabella Brandt, pintó su retrato donde es visible el bocioque padecía. También pintó a su segunda esposa, Helene, y a la hermana de esta, Susanne, la que aparece en la foto.

Desde el siglo XVIII se conoce este retrato como El sombrero de paja; sin embargo, se trata de un título erróneo ya que el material con el que está hecho el sombrero no es paja sino piel de castor. La modelo aquí retratada por Rubens es Suzanne Fourment, la tercera hija del comerciante de sedas y tapices Daniel Fourment, y sobrina de Isabella Brant, la primera esposa del pintor.

En la obra Suzanne lleva un chal gris que sujeta con sus brazos, modestamente cruzados bajo el pecho, dejando ver su amplio y voluptuoso escote, muy a la moda de la época. El vestido negro se complementa con mangas de terciopelo rojas, adornándose con puños de encaje blancos. Un rayo de luz ilumina la figura de Suzanne, quedando el rostro finamente modelado por el reflejo de la luz, ya que queda a la sombra gracias al sombrero. La figura se recorta ante un celaje con algunas nubes, apreciándose claramente las dos tablas añadidas por el maestro en los laterales. El efecto brillante de la piel de la dama y de las telas del vestido ha sido conseguido gracias a los ligeros toques de óleo aplicados por el artista. Curiosamente, el retrato no nos muestra la expresión de la modelo - aunque sí presente cierta timidez en la mirada- pero resulta deslumbrante por su espontaneidad. En 1630, dos años después de la muerte de Suzanne, Rubens se casaba con su hermana menor, Helene.

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 Vicores Palenzuela

Compilación: MSc. María Emilia Vicores Palenzuela/Dra. Liane Castro Benítez

Mapas: MSc. Roberto Yaniel Romero Carrazana

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](#)