

ISSN 1028-4346

SEI

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA
INTERNACIONAL

SEI No. 30, 2018

31 de julio

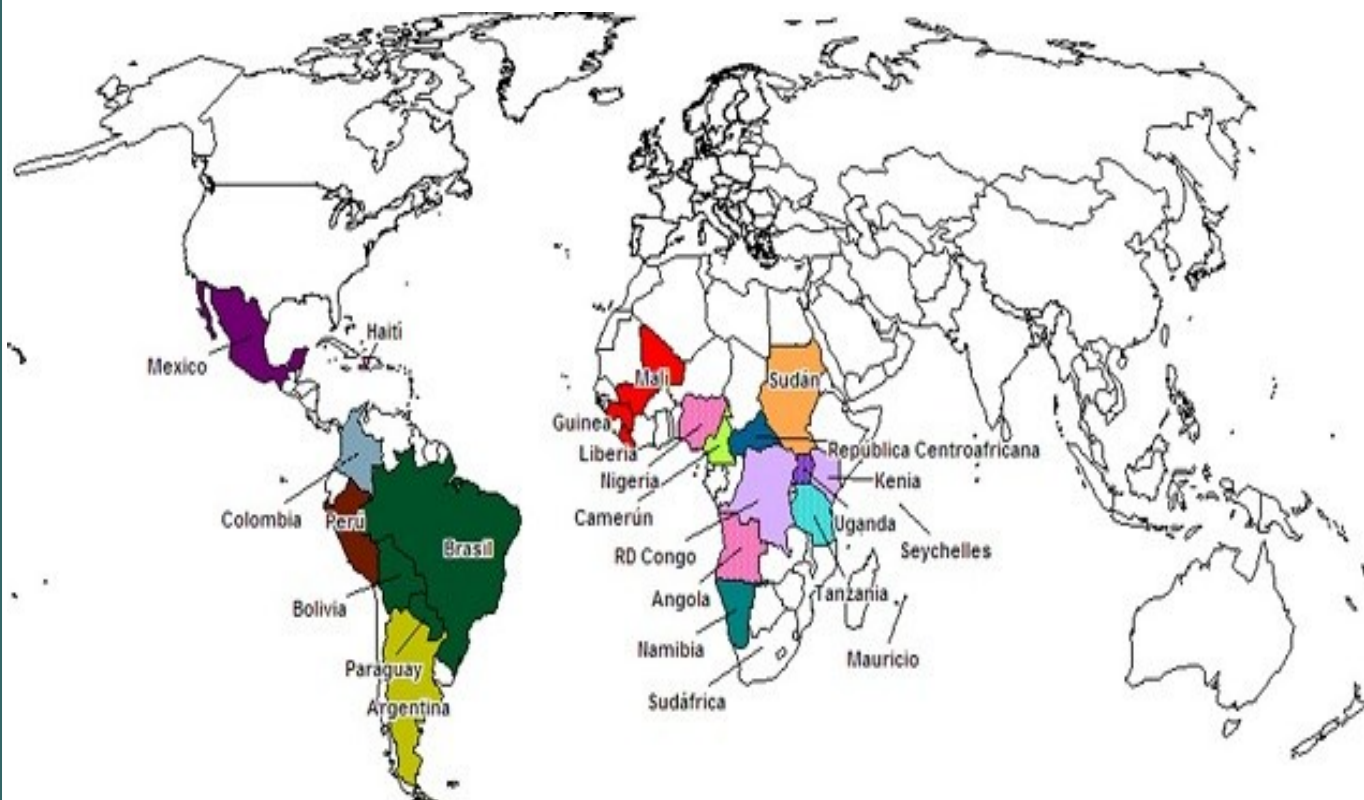


CENTRO DE DIRECCIÓN MINISTERIAL MINSAP
















DIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD. 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

Esta semana



Leyenda

- | | | |
|---|--|---|
|  dengue, virus del Zika y fiebre amarilla |  sarampión |  fiebre del Valle del Rift, hepatitis E y sarampión |
|  virus del Zika, dengue y chikungunya |  cólera y sarampión |  viruela del simio y cólera |
|  fiebre de Lassa y sarampión |  hepatitis E |  malaria |
|  dengue, malaria, virus del Zika y chikungunya |  fiebre del Valle de Rift |  viruela del simio |
|  dengue y cólera |  cólera y otras |  zika, chikungunya y malaria |

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

En este número:

América (La OPS no ha actualizado datos de zika, chikungunya y fiebre amarilla):

- ⇒ **Zika:** hasta el 21 de diciembre de 2017 se reportaron 583 451 casos sospechosos en la región, confirmados 223 477 y 3720 casos de microcefalia, 20 fallecidos y 6329 importados.
- ⇒ **Chikungunya:** hasta el 22 de diciembre de 2017 se reportaron 61 613 casos sospechosos, 123 087 confirmados, 101 fallecidos y 107 casos importados.
- ⇒ **Dengue:** La Organización Panamericana de la Salud reporta **289 473 casos de dengue en las Américas** hasta el 30 de julio de 2018. Sobresale **Brasil con 171 582 casos**, seguido de Paraguay con 27 149, Nicaragua con 21 809, Colombia con 18 245 y México con 17 587.
- ⇒ **Fiebre amarilla:** Entre el 1 de julio de 2017 y el 16 de mayo de 2018 se confirmaron 1266 casos en Brasil, incluidos 415 fallecidos, mientras que 1232 casos permanecen en investigación.

El mundo

- ⇒ Fin del brote de ébola en la República Democrática del Congo
- ⇒ Dengue, virus del Zika y fiebre amarilla en Argentina
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Bolivia
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Brasil
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Colombia
- ⇒ Virus del Zika y chikungunya en México
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Paraguay
- ⇒ Cerrado el brote de Chikungunya en Tanzania
- ⇒ Malaria en Colombia
- ⇒ Malaria en México
- ⇒ Malaria en Perú
- ⇒ Dengue en Seychelles
- ⇒ Dengue en Tanzania
- ⇒ Situación de salud en Mali
- ⇒ Sarampión en Guinea
- ⇒ Sarampión en Kenia
- ⇒ Sarampión en Liberia
- ⇒ Sarampión en Mauricio
- ⇒ Sarampión en Mali
- ⇒ Sarampión en República Democrática del Congo
- ⇒ Sarampión en Sudán del Sur
- ⇒ Fiebre del Valle del Rift en Sudán del Sur
- ⇒ Fiebre del Valle de Rift en Uganda
- ⇒ Fiebre de Lassa en Nigeria
- ⇒ Cólera en Haití
- ⇒ Cólera en Angola, Camerún, Kenia
- ⇒ Cerrado el brote de Cólera en Mozambique
- ⇒ Cólera en Nigeria
- ⇒ Cólera en República Democrática del Congo
- ⇒ Cólera en Tanzania
- ⇒ Hepatitis E en Namibia y en Sudán del Sur
- ⇒ Viruela del simio en Camerún y en República Centroafricana

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

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

RESUMEN SEMANAL

Los casos acumulados de Zika están actualizados desde 2015-2017 con cierre 4 de enero de 2018. Se reportaron **583 451 casos sospechosos** en la región, **confirmados 223 477** y **3720 casos de microcefalia asociado al virus, 20 fallecidos y 6329 casos importados**.

Brasil se mantenía con el 39,7% (231 725) de los sospechosos reportados en la región, el 61.4% (137 288) de los confirmados, el 55% (11) de los fallecidos y el 79,3% (2952) de los Síndromes Congénitos confirmados asociados al virus del Zika.

Por otra parte, México reportó 11 805 casos confirmados.

En general, la evaluación del riesgo global no ha cambiado por lo que la vigilancia debe mantenerse elevada.

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

RESUMEN GLOBAL

⇒ Se mantienen **84 países y territorios han reportado evidencia de transmisión del virus del Zika** transmitida por mosquitos en el mundo desde el año 2007.

Las Américas:

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. Desde la semana epidemiológica (SE) 44 de 2016 ningún nuevo país/territorio de las Américas confirmó transmisión autóctona vectorial de Zika.

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

Tabla.1 Países y territorios que han notificado microcefalia y/o casos de malformación del SNC potencialmente asociados con la infección por el virus del Zika en las Américas hasta el 4 de enero de 2018, última actualización OPS.



Países/Territorios	Número de casos confirmados	Países o territorios	Número de casos confirmados
Canadá	1	Colombia	248
Estados Unidos	102	Ecuador	14
México	20	Brasil	2952
Costa Rica	19	Argentina	5
El Salvador	4	Paraguay	2
Guatemala	140	Barbados	1
Honduras	8	Granada	2
Nicaragua	2	Guyana	3
Panamá	17	Surinam	4
República Dominicana	85	Trinidad y Tobago	17
Guyana Francesa	1		
Guadalupe	5		
Haití	1		
Martinica	5		
Puerto Rico	47		
Saint Martin	1		
Bolivia	14		
3720			

De los 34 países y territorios con Síndrome Congénito asociado a virus Zika, 79,4% (27) pertenecen a la región de las Américas.

Fuente: [Actualización epidemiológica de la OPS, casos acumulados del 4 de enero de 2018](#)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

◆ Resumen mensual de Chikungunya en las Américas/ Organización Panamericana de la Salud

Los casos acumulados de Chikungunya corresponden al año 2017, actualizados hasta el 22 de diciembre, última actualización de la OPS.

El mayor reporte de casos continúa en la subregión del Cono Sur a expensas de Brasil con el 98,9% de los **confirmados** del total de 121 734 y el 81,5% de los **sospechosos** de la región para un total de 50 196 casos .

En diciembre incrementó Área Andina con (+924) casos sospechosos de un total de 6419 y (+12) confirmados del total de 1002. Le sigue Caribe Latino con (+75) casos confirmados de un total de 170. También incrementa Istmo Centroamericano con (+129) casos sospechosos de un total de 4016.

En resumen se reportaron en la región un total de 61 613 casos sospechosos, 123 087 confirmados, 101 fallecidos y 107 casos importados.

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

Figura 1.Chikungunya en el Caribe y la región de las Américas. Países y territorios con transmisión autóctona/importados.



Fuente de la imagen: [Organización Panamericana de la Salud/ Chikungunya/SE 51-2017](#)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

◆ Resumen semanal de dengue

La Organización Panamericana de la Salud reporta **289 473 casos de dengue en las Américas** hasta el 30 de julio de 2018. Sobresale **Brasil con 171 582 casos**, seguido de Paraguay con 27 149, Nicaragua con 21 809, Colombia con 18 245 y México con 17 587.

Países	Casos	Países	Casos
Brasil	171582	Jamaica	139
Paraguay	27149	Guyana Francesa	115
Nicaragua	21809	Martinica	73
Colombia	18245	Estados Unidos	71
México	17587	Trinidad y Tobago	49
Perú	5896	Santa Lucía	30
Bolivia	4999	San Martín	29
Honduras	4380	Dominica	24
Venezuela	3633	Chile	18
Panamá	2925	Aruba	17
El Salvador	2743	Islas Caimán	14
Ecuador	1955	Guyana	10
Argentina	1796	Isla Vírgenes (UK)	10
Guatemala	1392	Guadalupe	8
Costa Rica	922	Antigua y Barbuda	5
Belice	586	Bahamas	4
Rep. Dominicana	564	San Cristóbal y Nieves	3
Cuba	548	San Vicente y las Granadinas	2
Granada	140	Puerto Rico	1
Total			289 473

Figura 1. Distribución geográfica del dengue en las Américas en julio de 2018.



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

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

◆ Actualización epidemiológica de fiebre amarilla en las Américas

Entre enero de 2016 y el 13 de marzo de 2018, siete países y territorios de la región de las Américas notificaron casos confirmados de fiebre amarilla: El Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana Francesa, Perú y Suriname. Durante este periodo se notificó el mayor número de casos humanos y epizootias registradas en la Región de las Américas en varias décadas.

Desde la [Actualización Epidemiológica del 16 de febrero de 2018](#), **Brasil y Perú** notificaron casos nuevos de fiebre amarilla:

En **Perú**, entre las SE 1 y 9 de 2018, se notificaron 22 casos de fiebre amarilla, 8 de los cuales fueron confirmados por laboratorio y los 14 restantes se encuentran en investigación. Esta cifra es superior a la registrada en el mismo periodo de 2017 cuando se notificaron 5 casos confirmados de fiebre amarilla en 2 departamentos (2 en Amazonas y 3 en Ayacucho). En 2018, la mayoría de los casos corresponden a residentes del Distrito Callería, provincia Coronel Portillo en el departamento de Ucayali, área considerada de riesgo para fiebre amarilla.

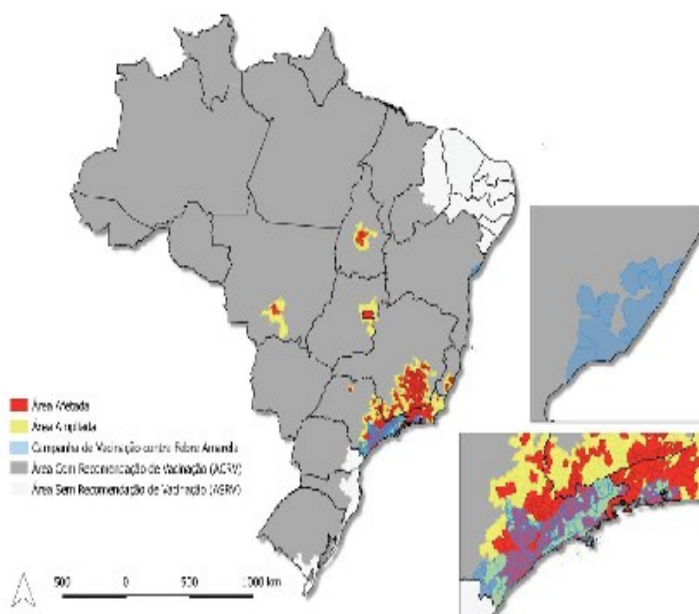
Fuente: [Organización Panamericana de la Salud](#)

El Ministerio de Salud de **Brasil no actualiza los datos desde el 16 de mayo**, se mantienen la información. En el período de monitoreo (julio de 2017 a junio de 2018), hasta el 16 de mayo, Semana Epidemiológica (SE) 19, fueron notificados 6589 casos humanos sospechosos de fiebre amarilla, de los cuales 4091 fueron descartados, permanecen en investigación 1232 y se han confirmado 1266. Del total de casos confirmados, 415 han fallecido (letalidad del 32,8% [415 / 1266]).

La mayoría de los casos confirmados fueron notificados en la región Sudeste (99,9% [1265 / 1266]), principalmente de **Minas Gerais, São Paulo y Río de Janeiro**.

En el período de monitoreo 2016/2017 hasta la SE 19, se confirmaron 771 casos de fiebre amarilla silvestre, mientras que en el período actual (2017/2018) se confirmaron 1266. En una comparación preliminar entre el período de monitoreo 2016/2017 y el período más reciente (2017/2018), se observó que, aunque el número absoluto de casos confirmados sea mayor en el período actual (771 contra 1266), la incidencia fiebre amarilla por cien habitantes en los municipios con registro de casos humanos confirmados fue menor (6,15 contra 3,59).

Fuente: [Ministerio de Salud de Brasil](#)



BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL◆ **Actualización Epidemiológica de sarampión en las Américas**

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y la SE 28 de 2018 se notificaron 2472 casos confirmados de sarampión en 11 los países de la Región de las Américas: Antigua y Barbuda (1 caso), Argentina (5 casos), Brasil (677 casos), Canadá (19 casos), Colombia (40 casos), Ecuador (17 casos), Estados Unidos de América (91 casos), Guatemala (1 caso), México (5 casos), Perú (3 casos) y la República Bolivariana de Venezuela (1.613 casos).

A continuación, se presenta un resumen de los brotes activos en la Región de las Américas.

En **Argentina**, en la SE 29 de 2018, fueron confirmados 2 casos de sarampión, los que corresponden a menores de 5 y 6 meses de edad, residentes de la Ciudad y de la provincia de Buenos Aires. Las fechas de inicio del exantema fueron el 12 y 13 de julio (SE 28). Ambos casos presentaron se confirmaron por serología IgM y detección de genoma viral por PCR en orina y muestra respiratoria.

En **Brasil**, hasta la SE 28 de 2018, son 6 los estados que han confirmado casos de sarampión: Amazonas (444 casos), Rio Grande do Sul (8 casos), Rio de Janeiro (7 casos), Rondônia (1 caso), Roraima (216 casos) y São Paulo (1 caso). Las fechas de inicio de exantema de los casos confirmados en estos estados fueron entre el 4 de febrero y el 30 de junio de 2018.

En **Colombia**, entre la SE 11 y la SE 27 de 2018 se notificaron 40 casos confirmados de sarampión. La edad de estos casos oscila entre 4 meses y 35 años, 12 de los cuales son del sexo femenino. La fecha de inicio de exantema de los casos se registró entre el 8 marzo y el 4 de julio de 2018. Los casos fueron notificados en los departamentos de: Antioquia, Arauca, Bolívar, Cauca, Cesar, La Guajira, Norte de Santander, Risaralda, Sucre; y los Distritos de Barranquilla, Bogotá, Cartagena y Santa Marta.

En **Ecuador**, entre las SE 13 y la SE 27 de 2018, se confirmaron 17 casos de sarampión de los cuales 9 son importados y 8 relacionados a importación. Los casos proceden de Quito (12 casos), Cuenca (1 caso), Riobamba (1 caso) y Tulcán² (3 casos); con fecha de inicio de exantema entre el 28 de marzo y el 2 de julio de 2018. Del total de casos confirmados, 5 son de sexo femenino y el rango de edad es de 4 meses a 44 años.

En **Perú**, entre la SE 8 y SE 28 fueron confirmados 3 casos de sarampión. Los tres casos confirmados son del sexo masculino; el rango de edad es de 1 a 44 años y presentaron inicio de exantema entre el 24 de febrero y el 13 de julio de 2018. Adicionalmente, se ha reportado 1 caso asociado a la vacuna, que aún se encuentra en estudio.

En **Venezuela**, el brote continúa activo con transmisión en todos los estados y el Distrito Capital. Desde la confirmación del primer caso de sarampión en la SE 26 de 2017 y hasta la SE 26 de 2018, se notificaron 7233 casos de los cuales fueron confirmados 2569 casos de sarampión (2340 por laboratorio y 229 por nexo epidemiológico), incluidas 44 defunciones, las cuales están en estudio para establecer la relación causal. Del total de casos confirmados por laboratorio, 727 corresponden al 2017 y 1613 al 2018 (hasta la SE 26). La mayor incidencia de casos se registra en Distrito Capital, Miranda, Bolívar y Delta Amacuro. Del total de defunciones reportadas (44), 33 corresponden al estado de Delta Amacuro, 7 a Miranda y 2 al Distrito Capital.

Sarampión en comunidades indígenas

Tal como fuera reflejado en el documento de información CE162 / INF / 22 de la 162ª sesión del Comité Ejecutivo de la OPS³ las poblaciones indígenas que habitan en las zonas fronterizas de Venezuela son altamente vulnerables a las epidemias de sarampión. De especial preocupación son los Warao que viven en zonas fronterizas del estado Delta Amacuro entre Venezuela y Guyana⁴, y los Yanomami que viven en áreas remotas de la selva amazónica, a lo largo de la frontera entre Venezuela y Brasil. Los informes indican que el brote de sarampión en las comunidades Yanomami del municipio de Alto Orinoco, estado de Amazonas, Venezuela, se inició en la SE 11 de 2018 y hasta la SE 27 de 2018 se notificaron 126 casos confirmados por laboratorio y/o nexo epidemiológico, incluyendo 53 defunciones las cuales actualmente se encuentran en investigación, con el fin de establecer relación causal con sarampión. Adicionalmente, hasta la SE 28 de 2018, los estados de Amazonas y Roraima de Brasil confirmaron 77 casos de sarampión en comunidades Yanomami (y Ye'kuna), la mayoría en el Distrito Indígena de Salud de Auaris que limita con Venezuela.

Leer [Orientaciones de la OPS para las autoridades nacionales](#)

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

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL**♦ Fin del brote de ébola en la República Democrática del Congo: la OMS pide un esfuerzo internacional para acabar con otros brotes mortíferos en ese país**

El 24 de julio se dio por finalizado el noveno brote de ébola en la República Democrática del Congo (RDC). La Organización Mundial de la Salud (OMS) felicita por ello al país y a todos los que contribuyeron a acabar con el brote, pero les insta a extender este éxito a la lucha contra otras enfermedades en la RDC.

En el anuncio, hecho en Kinshasa por el Ministro de Salud, Dr. Oly Ilunga, estuvieron presentes el Director General de la OMS, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, y la Directora Regional para África, Dra. Matshidiso Moeti.

«El brote ha sido contenido gracias a los incansables esfuerzos de los equipos locales, el apoyo de los asociados, la generosidad de los donantes y el eficaz liderazgo del Ministerio de Salud. Aliado a la estrecha colaboración entre asociados, este tipo de liderazgo salva vidas humanas», dijo el Dr. Tedros.

Al contrario de otros brotes de ébola que ha habido en el país, este afectó a cuatro lugares distintos, entre ellos un centro urbano conectado por vía fluvial con la capital y con países vecinos, y pueblos remotos de la selva tropical. Inicialmente hubo gran preocupación por la posible propagación de la enfermedad a otras partes de la RDC y a los países vecinos.

Pocas horas después de que se declarara el brote, el 8 de mayo, la OMS adelantó y liberó US\$ 2 millones de su Fondo para Contingencias relacionadas con Emergencias (FCE), envió a un equipo para incrementar la capacidad sobre el terreno y activó un sistema de gestión de emergencias.

«La OMS ha actuado con rapidez y eficiencia», dice la Dra. Moeti. «También hemos demostrado la enorme capacidad de la Región de África. Más de dos terceras partes de las 250 personas enviadas para dar respuesta al brote vinieron de la Región. Decenas de expertos de Guinea han pasado aquí semanas dirigiendo la vacunación y transfiriendo conocimientos que permitirán a la RDC dar una respuesta eficaz tanto dentro de sus fronteras como fuera de ellas».

El Dr. Tedros instó al Gobierno de la RDC y a la comunidad internacional a aprovechar el positivo impulso generado por la rápida contención del brote de ébola.

«Esta eficaz respuesta al ébola debería dar confianza al Gobierno y a los asociados en que también es posible detener otros brotes importantes que afectan al país, como los de cólera y poliomielitis», dice el Dr. Tedros. «Debemos seguir colaborando e invirtiendo en el fortalecimiento de la preparación y el acceso de los más vulnerables a la atención sanitaria».

Financiación

- La respuesta rápida de la OMS y la ampliación de las operaciones en la RDC se financió con un desembolso de US\$ 4 millones del FCE.
- La OMS y los asociados pidieron US\$ 57 millones para detener la propagación del ébola. La totalidad de los fondos recibidos por todos los asociados fue, según la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas (OCHA), de US\$ 63 millones.
- La financiación de la contribución de la OMS a la respuesta al brote fue proporcionada por: Italia, € 300 000; Fondo Central de las Naciones Unidas para la Acción en Casos de Emergencia (CERF), US\$ 800 000; Gavi, US\$ 1 millón; Agencia para el Desarrollo Internacional (Estados Unidos), US\$ 5,3 millones; Wellcome Trust y Departamento para el Desarrollo Internacional (Reino Unido), US\$ 4,1 millones; Departamento para el Desarrollo Internacional (Reino Unido), £ 5 millones; Alemania, € 5 millones; Noruega, NOK 8 millones; Canadá, CAD 1 millón; Mecanismo de Financiamiento de Emergencia para Casos de Pandemia del Banco Mundial, US\$ 6,8 millones; Japón, US\$ 1,3 millones; Dirección General de Protección Civil y Operaciones de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea (ECHO), € 1,5 millones, y Fondo Fiduciario de Asociados Múltiples para la Respuesta al ébola, US\$ 428 000. En total, aproximadamente US\$ 36 millones.
- La contribución de Alemania se hizo en reconocimiento del papel fundamental que tuvo el FCE de la OMS en la respuesta al brote de enfermedad por el virus del Ébola en la RDC, y se destinará a reponer el FCE, que proporcionó los primeros fondos.
- Se recibieron contribuciones en especie de Noruega para las evacuaciones médicas. La ECHO prestó apoyo a los vuelos entre Kinshasa y Mbandaka. Guinea, el Reino Unido y Alemania prestaron apoyo técnico a través de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos. Merck proporcionó las vacunas que se utilizaron para proteger a más de 3300 personas.

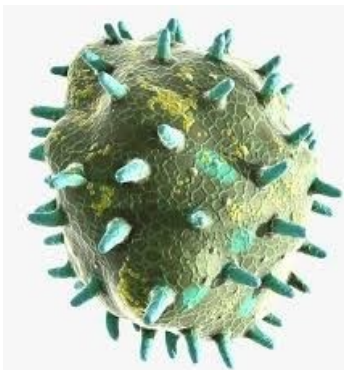
Ver [Asociados de la OMS en la respuesta al brote de ébola en la RDC](#)

Fuente: [Organización Mundial de la Salud](#)

OTROS EVENTOS DE LA SEMANA

- ⇒ [Fin del brote de ébola en la República Democrática del Congo](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y fiebre amarilla en Argentina](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en Bolivia](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en Brasil](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en Colombia](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en Paraguay](#)
- ⇒ [Virus del Zika y chikungunya en México](#)
- ⇒ [Cerrado el brote de Chikungunya en Tanzania](#)
- ⇒ [Malaria en Colombia](#)
- ⇒ [Malaria en México](#)
- ⇒ [Malaria en Perú](#)
- ⇒ [Dengue en Seychelles](#)
- ⇒ [Dengue en Tanzania](#)
- ⇒ [Situación de salud en Mali](#)
- ⇒ [Sarampión en Guinea](#)
- ⇒ [Sarampión en Kenia](#)
- ⇒ [Sarampión en Liberia](#)
- ⇒ [Sarampión en Mauricio](#)
- ⇒ [Sarampión en Mali](#)
- ⇒ [Sarampión en República Democrática del Congo](#)
- ⇒ [Sarampión en Sudán del Sur](#)
- ⇒ [Fiebre del Valle del Rift en Sudán del Sur](#)
- ⇒ [Fiebre del Valle de Rift en Uganda](#)
- ⇒ [Fiebre de Lassa en Nigeria](#)
- ⇒ [Cólera en Angola](#)
- ⇒ [Cólera en Camerún](#)
- ⇒ [Cólera en Haití](#)
- ⇒ [Cólera en Kenia](#)
- ⇒ [Cerrado el brote de Cólera en Mozambique](#)
- ⇒ [Cólera en Nigeria](#)
- ⇒ [Cólera en República Democrática del Congo](#)
- ⇒ [Cólera en Tanzania](#)
- ⇒ [Hepatitis E en Namibia](#)
- ⇒ [Hepatitis E en Sudán del Sur](#)
- ⇒ [Viruela del simio en Camerún](#)
- ⇒ [Viruela del simio en República Centroafricana](#)

Recomendamos leer



Proteína con potencial para crear medicamentos frente a la fiebre hemorrágica

Investigadores de la Universidad de California han descubierto que una proteína conocida como DDX3 promueve la multiplicación viral en células de una línea celular humana infectada con virus de la familia arenavirus, causantes de la fiebre hemorrágica. El trabajo, publicado en la revista *PLOS Pathogens*, abre la puerta al desarrollo de nuevos medicamentos frente a esta enfermedad. Los arenavirus son una familia de virus que infecta principalmente a los roedores, pero algunos pueden infectar a los humanos y causar fiebre hemorrágica severa. Entre ellos se encuentra el virus Lassa, que ocasiona la muerte a más de 5000 personas cada año. La OMS ha trasladado incluso la urgente necesidad de investigaciones sobre los arenavirus y de nuevos objetivos farmacológicos. [Leer más...](#)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

ARTE Y MEDICINA

Mujer y enfermedad en la pintura (continuación).

Leer de 1^{ra} a 5^{ta} partes en los números anteriores [24](#), [25](#), [26](#), [28](#) y [29](#)

Vejez y muerte

No nos podremos librar de la vejez y la muerte; varios pintores los eligieron como tema de sus obras.



La muerte de Santa Clara (1646). Bartolomé Esteban Murillo. Este óleo no es exactamente el cuadro de una enferma, sino que retrata el momento previo a la muerte. Es una de las primeras piezas conocidas del autor que en ese momento recibía encargos de los Franciscanos de Sevilla para hacer obras donde se ensalzaran las diversas virtudes que identifican a la Orden. Es una obra

simbólica que habla a los fieles del premio a la virtud en la tierra. La santa en el momento de morir es acompañada por Cristo, María y una serie de vírgenes mártires que la cubren con un manto celestial. Los presenta a modo de procesión hasta la cama donde yace la moribunda.

La madre muerta, Edgard Munch (1863-1944). Munch, siempre tuvo una vida complicada y una relación difícil con las mujeres. Su madre murió joven cuando él contaba solo cinco años de edad. Años más tarde, su hermana mayor murió de tuberculosis al igual que la madre, y a su hermana pequeña se le diagnosticó una enfermedad mental.



De ahí las obras donde la angustia, el dolor o la muerte son los protagonistas. Él mismo llegó a decir que "enfermedad, muerte y locura fueron los demonios que custodiaron mi cuna y me persiguieron durante toda mi vida".

Una de esas obras de temática terrible es *La madre muerta*. En ella las protagonistas son dos féminas, una es la mujer adulta, la madre, que yace cadáver en la cama en un segundo plano y la otra la niña, quien, en primer plano, se acerca al espectador llevando las manos a la cabeza, en un gesto de dolor, horror y temor ante la muerte y falta de la madre. Los pies en primer plano de la niña y las manos a la cabeza la convierten en símbolo del desamparo y soledad con ese gesto que lo dice todo.

La enfermedad, el dolor y como aliviarlos



Si hasta ahora se ha hecho un breve recorrido por distintas enfermedades, parece interesante pasar a su "complementario": la manera de remediarlos.

En su obra pictórica, el catalán **Santiago Rusinol** utiliza como recurso pictórico en numerosas ocasiones la enfermedad describiendo en gran parte de sus cuadros una tristeza reflejo de su propia existencia melancólica. En *La morfina* (1894), pinta una situación terrible: el dolor físico que, además, altera la apariencia del cuerpo. La protagonista es aquí una dama joven que yace sobre un lecho blanco adormilada por la engañosa serenidad que da la morfina, pero que, al mostrar al

espectador una mano que agarra fuertemente la sabana, deja patente el sufrimiento. La belleza de la joven queda oscurecida por la cama y la habitación desnudas.

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

ARTE Y MEDICINA



La vida de **Frida Kahlo** fue un cúmulo de dolor y enfermedades que la llevaron a pintar su sufrimiento en varias ocasiones. A los seis años, enferma de poliomielitis con lo que su pierna y pie derechos quedaron rezagados. En 1925, un autobús donde viaja choca con un tranvía, quedando malherida. Sobrevivió, pero el accidente cambió por completo su vida: tras su convalecencia continuaría toda su vida sufriendo dolores de espalda, de pie..., y fue necesario el uso de corsés ya que se rompió la vértebra lumbar.

En **La columna rota (1944)** simplemente intentó contar en una imagen su padecimiento y dolor, con los hierros que la atormentaban, pero a la vez servían para paliar sus problemas después del accidente. Se convirtió en una de sus piezas y autorretratos más conocidos.

Frida se pinta con ese corsé que intenta sostener su columna herida, lo cual es también símbolo de su sufrimiento. Una columna jónica resquebrajada simboliza su propia columna vertebral rota. La rasgadura de su cuerpo, el paisaje agrietado y los clavos que tiene por todo el cuerpo son metáforas de dolor y soledad de la artista. Sobre su rostro

caen lágrimas de dolor por esos clavos. De igual forma el paño blanco que la cubre es similar al paño de pureza de Cristo en la cruz, presentándose así como una mártir.

Situación Epidemiológica Internacional es una publicación oficial de la Dirección de Vigilancia del Ministerio de Salud Pública de Cuba. Su frecuencia es semanal en formato electrónico.

Director: Dr. Lorenzo Somarriba López.

Asesor: Dr. Germán Carrera Cánova.

Edición: MSc. Sania Cisneros Velázquez.

Compilación: MSc. Sania Cisneros Velázquez/Dra. Liane Castro Benítez.

Mapas: MSc. Roberto Yaniel Romero Carrazana.

Dirección Postal: Calle 23 No. 201 entre M y N, Vedado, Plaza,

La Habana, Cuba. CP: 10 400.

Teléfono: (537) 8396273.