

ISSN 1028-4346

SEI

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA
INTERNACIONAL

SEI No. 35, 2018

4 de septiembre



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

En este número:

América (La OPS no ha actualizado datos de zika, chikungunya ni 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 382 504 casos de dengue en las Américas hasta el 4 de septiembre de 2018. Sobresale Brasil con 239 389 casos, seguido de Paraguay con 28 399, Nicaragua con 27 014, México con 25 153 y Colombia con 22 235 casos.
- ⇒ **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

- ⇒ OPS actualiza la situación de difteria en las Américas
- ⇒ Dengue, virus del Zika y fiebre amarilla en Argentina
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Costa Rica
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Perú
- ⇒ Virus del Zika y chikungunya en México
- ⇒ Dengue y chikungunya en Ecuador
- ⇒ Fiebre amarilla en Perú
- ⇒ Fiebre amarilla en Nigeria
- ⇒ Malaria en Perú
- ⇒ Sarampión en Etiopía
- ⇒ Sarampión en Kenia
- ⇒ Sarampión en Uganda
- ⇒ Fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en Uganda
- ⇒ Cerrado el brote de fiebre del Valle del Rift en Sudán del Sur
- ⇒ Cólera en Haití
- ⇒ Cólera en Camerún
- ⇒ Cólera en Kenia
- ⇒ Cólera en Níger
- ⇒ Cólera en Uganda
- ⇒ Cerrado el brote de cólera en Malawi
- ⇒ Situación de salud en Mali
- ⇒ Poliomieltis (cVDPV2) en República Democrática del Congo
- ⇒ Celulitis/fascitis necrosante en Santo Tomé y Príncipe
- ⇒ Viruela del simio en República Democrática del Congo
- ⇒ Viruela del simio en República Centroafricana

Otras noticias interesantes

- ⇒ En busca del escondrijo del ébola
- ⇒ Ébola: Miriam Alía, experta en vacunación de Médicos Sin Fronteras
- ⇒ Las graves secuelas que están padeciendo los sobrevivientes del ébola
- ⇒ Descubren cómo impedir avance de virus del Ébola

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 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	2.952
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		
3 720			

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 semanal de dengue

La Organización Panamericana de la Salud reporta **382 504 casos de dengue en las Américas** hasta el 4 de septiembre de 2018. Sobresale **Brasil con 239 389 casos**, seguido de Paraguay con 28 399, Nicaragua con 27 014, México con 25 153 y Colombia con 22 235 casos.

Países	Casos	Países	Casos
Brazil	239389	Jamaica	139
Paraguay	28399	French Guiana	115
Nicaragua	27014	United States of America	111
Mexico	25153	Martinique	73
Colombia	22235	Trinidad and Tobago	49
Peru	6113	Saint Lucia	30
Venezuela	5223	Saint Martin	29
Bolivia	4999	Dominica	24
Honduras	4748	Chile	18
Panama	4026	Aruba	17
El Salvador	3933	Cayman Islands	14
Guatemala	3042	Guyana	10
Ecuador	2324	Virgin Islands (UK)	10
Argentina	1803	Guadeloupe	8
Costa Rica	1110	Antigua and Barbuda	5
Belize	955	Bahamas	4
Dominican Republic	688	Saint Kitts and Nevis	3
Cuba	548	Saint Vincent and the Grenadines	2
Grenada	140	Puerto Rico	1
Total 382504			

Figura 1. Distribución geográfica del dengue en las Américas en septiembre 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.

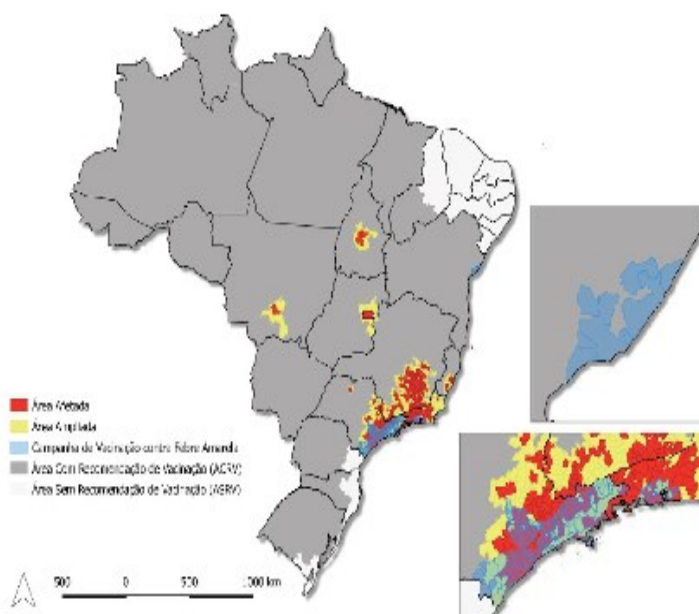
Fuente: [Organización Panamericana de la Salud](#)

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◆ **OPS: Actualización epidemiológica de cólera en las Américas**

En 2017 se notificaron 13 803 casos sospechosos de cólera en La Española: Haití con 13 681 casos (incluidas 159 defunciones) y la República Dominicana con 122 casos (incluidas 4 defunciones).

Si bien tanto en Haití como en la República Dominicana disminuyó el número de casos notificados en 2017, en comparación con 2016, en este último la caída fue mayor dado que la tasa por 100 000 habitantes bajó de 11,5 a 1,20. La misma tasa para Haití disminuyó de 374 a 112 casos por 100 000 habitantes entre 2016 y 2017.

De manera similar, comparativamente entre 2016 y 2017, el número de defunciones relacionadas con el cólera disminuyó en 64% en Haití (de 446 a 159 defunciones) y en la República Dominicana en 85% (27 a 4 defunciones).

Hasta la semana epidemiológica (SE) 29 de 2018, se notificaron 2883 casos de cólera en La Española, de los cuales el 99% ocurrieron en Haití (2843 casos, incluidas 34 defunciones).

Adicionalmente, México notificó un caso de cólera (*Vibrio cholerae* O1 toxigénico) en una paciente de 43 años que adquirió la infección en Sinaloa. La fecha de inicio de síntomas fue el 16 de junio. Se están realizando análisis adicionales de laboratorio para caracterizar el aislado y no se registraron casos adicionales.

A continuación, un resumen de la situación de cólera en La Española:

En **Haití**, entre la SE 1 y la SE 29 de 2018, se notificaron 2843 casos sospechosos, incluidas 34 defunciones. La tasa de incidencia para 2018 (hasta la SE 29) es de 24 por 100 000 habitantes, que corresponde a la incidencia más baja registrada desde el inicio del brote. En las últimas 8 semanas (SE 22 a SE 29) se registraron en promedio 103 casos sospechosos, luego de un incremento con 184 casos registrados en SE 19. En el curso de este año, se está realizando un grande esfuerzo para el análisis laboratorial de los casos. Para el año 2018, se dispone de confirmación por laboratorio en un 69% de los casos, variando la tasa de confirmación entre 10% y 80% según de la semana epidemiológica y departamento (22% en promedio). La tasa de letalidad acumulada se ha mantenido alrededor de 1% desde 2011.

La mayoría de los casos han ocurrido en los departamentos de Artibonite (854 casos), Centre (774) y Ouest (561, donde se encuentra también la capital Puerto Príncipe). Una situación similar se había observado en 2017 con la mayoría de los casos notificados en estos departamentos, indicando que el foco de circulación persiste en estas áreas.

En la **República Dominicana** entre la SE 1 y la SE 29 de 2018, se notificaron 41 casos sospechosos de cólera lo que representa una disminución de 57% comparado con lo notificado en el mismo periodo epidemiológico en 2017 (96 casos). No se registraron muertes por esta causa en lo que va del 2018. Durante las SE 28-29 se notificaron 20 casos sospechosos de cólera, 19 de los cuales corresponden al municipio La Descubierta, provincia Independencia (que tiene frontera con el Departamento haitiano de Ouest); se tomaron muestras a 5 casos, tres de los cuales resultaron negativos a *Vibrio cholerae* y queda pendiente el resultado de los otros dos casos.

Orientaciones para los Estados Miembros

A pesar de que se registra la incidencia más baja desde octubre de 2010, la transmisión de cólera continúa en La Española. Por ello, la OPS/OMS mantiene su recomendación a los Estados Miembros sobre la necesidad de mantener y fortalecer la capacidad de vigilancia del cólera a fin de detectar precozmente los casos sospechosos, proporcionar el tratamiento adecuado y prevenir su propagación. El tratamiento precoz y adecuado mantiene la tasa de letalidad de los pacientes hospitalizados en cifras menores a 1%.

La OPS/OMS alienta a los Estados Miembros a que continúen con sus esfuerzos, incluido la promoción de higiene y movilización social, para garantizar condiciones adecuadas de saneamiento básico y acceso al agua potable con el fin de reducir el impacto del cólera y otras enfermedades transmitidas por el agua.

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

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL**◆ Brote de la enfermedad por virus del Ébola en Kivu del Norte, República Democrática del Congo**

El brote de la enfermedad del virus del Ébola en la República Democrática del Congo alcanzó su primer mes el 1 de septiembre de 2018 desde que se confirmó y se declaró el 1 de agosto de 2018. Si bien se han logrado grandes avances para evitar la escalada del brote a otras áreas, las amenazas para la extensión adicional de la enfermedad permanecen. Existen posibles cadenas de transmisión indocumentadas evidenciadas por nuevos casos que surgen fuera de las listas de contactos conocidos y la ocurrencia de muertes en la comunidad. La renuencia de algunas comunidades a adoptar conductas de prevención contra el Ébola y la debilidad de las medidas de prevención y control de infecciones en los centros de salud son algunos de los riesgos adicionales. Los próximos días serán críticos para determinar la trayectoria del brote. La prioridad sigue siendo el fortalecimiento de todos los componentes de la respuesta, así como la mejora de la preparación en las provincias no afectadas de la República Democrática del Congo y sus países vecinos.

El brote de la enfermedad del virus del Ébola (EVD) en la República Democrática del Congo, continúa el 1 de septiembre de 2018. Desde nuestro último informe, el 24 de agosto de 2018 (Boletín semanal 34), se han informado nueve nuevos casos confirmados de EVD y seis nuevas muertes. Para el 1 de septiembre de 2018, se estaban investigando otros ocho casos sospechosos para confirmar o excluir la EVD. El 1 de septiembre de 2018, no se notificaron nuevos casos confirmados de EVD, pero se produjeron dos nuevas muertes en Béni (1) y Mangina (1). Para el 1 de septiembre de 2018, había 20 pacientes de casos ingresados en los centros de tratamiento del Ébola en Mangina (15) y Béni (5).

Desde el 1 de septiembre de 2018, se han notificado un total de 120 casos de EVE confirmados y probables, que incluyen 78 muertes (tasa de letalidad del 65%). De los 120 casos, 90 se confirmaron y 30 son probables (dos nuevas muertes en la comunidad ocurrieron el 28 de agosto de 2018). De las 78 muertes, 48 ocurrieron en casos confirmados y 30 son casos probables. Un total de 16 trabajadores de la salud se han visto afectados, de los cuales 15 se confirmaron y uno murió. Desde el comienzo del brote, 18 pacientes de casos se han recuperado de la enfermedad y fueron dados de alta y se reintegraron en sus comunidades. De los 111 casos confirmados y probables para los que se conoce información de edad y sexo, la mediana de edad es de 35 años y el grupo de edad de 30 a 44 representa el 25% (28/111) de todos los casos, y las mujeres representan el 55% de los casos (61/111).

La zona de salud de Mabalako en la provincia de Kivu del Norte sigue siendo la más afectada, con un 72% (86/120) de todos los casos, incluidos 65 confirmados y 21 probables casos, con 61 muertes. Además, otras cuatro zonas de salud en la provincia de Kivu del Norte se han visto afectadas, a saber: Béni (14 confirmados, 3 probables, 10 muertes), Butembo (2 probables, 2 muertes), Oicha (2 confirmados, 1 probable, 1 muerte) y Musienene (1 probable, 1 muerte). La zona de salud de Mandima en la provincia de Ituri ha informado ocho casos confirmados y dos casos probables, con tres muertes.

A partir del 1 de septiembre de 2018, se realizó un seguimiento de un total de 2 462 contactos, de los cuales 2 320 (94%) se atendieron el día del informe. Se han informado e investigado alertas en varias provincias de la República Democrática del Congo y en sus países vecinos, a saber, Burundi, República Centroafricana, Ruanda y Uganda, y hasta la fecha, se ha descartado el EVD en todas estas alertas.

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

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

OTROS EVENTOS DE LA SEMANA

- ⇒ [Enfermedad por el virus del Ébola en República Democrática del Congo](#)
- ⇒ [Dengue, en Las Américas](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y fiebre amarilla en Argentina](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en Brasil](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en Paraguay](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en Perú](#)
- ⇒ [Virus del Zika y chikungunya en México](#)
- ⇒ [Virus del Zika en Estados Unidos](#)
- ⇒ [Dengue y chikungunya en Ecuador](#)
- ⇒ [Fiebre amarilla en Perú](#)
- ⇒ [Fiebre amarilla en Nigeria](#)
- ⇒ [Fiebre tifoidea en Zimbabue](#)
- ⇒ [Malaria en Haití](#)
- ⇒ [Malaria en Panamá](#)
- ⇒ [Malaria en Paraguay](#)
- ⇒ [Malaria en Perú](#)
- ⇒ [Enfermedad de Chagas en Perú](#)
- ⇒ [Enfermedades en Ecuador en la semana](#)
- ⇒ [Sarampión en Etiopía](#)
- ⇒ [Sarampión en Kenia](#)
- ⇒ [Sarampión en Uganda](#)
- ⇒ [Fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en Uganda](#)
- ⇒ [Cerrado el brote de fiebre del Valle del Rift en Sudán del Sur](#)
- ⇒ [Cólera en Haití](#)
- ⇒ [Cólera en Camerún](#)
- ⇒ [Cólera en Kenia](#)
- ⇒ [Cólera en Níger](#)
- ⇒ [Cólera en Nigeria](#)
- ⇒ [Cólera en Uganda](#)
- ⇒ [Cerrado el brote de cólera en Malawi](#)
- ⇒ [Situación de salud en Mali](#)
- ⇒ [Poliomielitis \(cVDPV2\) en República Democrática del Congo](#)
- ⇒ [Celulitis/fascitis necrosante en Santo Tomé y Príncipe](#)
- ⇒ [Viruela del simio en República Democrática del Congo](#)
- ⇒ [Viruela del simio en República Centroafricana](#)



Recomendamos leer

Develan cómo el parásito causante del paludismo regula los genes implicados en su virulencia

Un equipo de investigadores de la Estación Biológica de Doñana (EBD) en Sevilla y del Instituto de Parasitología y Biomedicina "López-Neyra" de Granada, centros del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), da a conocer los mecanismos mediante los cuáles *Plasmodium falciparum* regula la expresión de genes a lo largo de su ciclo de vida. El estudio de las regiones abiertas del genoma de este parásito les ha permitido identificar las secuencias y los factores reguladores que encienden y apagan los genes, entre ellos genes implicados en la virulencia del parásito. La investigación aparece en el último número de [Nucleic Acids Research](#) y es el resultado de una colaboración con investigadores del Centro Andaluz de Biología del Desarrollo (CABD) de Sevilla y del Instituto de Salud Global de Barcelona. [Leer más en...](#)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

ARTE Y MEDICINA

LA OSCURA HISTORIA DE LA COLONIA DE LEPROSOS DE HAWÁI



“En aquellos días, los pacientes éramos enviados a Kalaupapa porque pensaban que íbamos a morir. Fue un tiempo traumático”, cuenta Nancy Brede, de 92 años de edad, quien durante 79 años, fue residente de la península Kalaupapa... una exuberante y serena extensión de tierra en la isla de Molokai, Hawái.

La península está separada por ásperos acantilados que deslumbran en cada lado, lo que convierten la ubicación en el lugar ideal para una vida de exilio. Más de 8000 personas fueron desterradas allí a lo largo de los años, como muestra la pintura. ¿La razón? Tenían lepra.

“Solían contratar personas para que salieran y buscaran pacientes”, dice Brede, quien fue enviada a Kalaupapa a la edad de 13 años, luego de que le diagnosticaran lepra... también conocida como la enfermedad de Hansen.

La naturaleza infecciosa y la falta de tratamiento para la enfermedad hizo que en 1865 Hawái introdujera leyes que permitían el arresto y traslado de las personas con lepra a “lugares de tratamiento o aislamiento”.

La península comenzó a albergar a pacientes leproso desde 1866 y los envíos de pacientes llegaban dos o tres veces al año; en 1936, uno de esos envíos llevó a Brede. “No pudimos despedirnos de nuestras familias, solo lloré y dije adiós con la mano hasta que no pude ver más a mi madre”, recuerda ella.

Allí, Brede pasó su adolescencia y toda su vida adulta. Allí, incluso, conoció a su esposo Jimmy, quien llegó en 1942. “Hoy todavía estamos juntos, y esto es mucho, mucho, mucho tiempo”, dice ella. Los Brede son una de las muchas familias formadas a partir de la vida en Kalaupapa. La mayoría de las personas llegaron cuando eran niños pequeños, llevados lejos de sus familias y sin opción, y enviados a esta tierra desconocida para vivir junto a otros como ellos. El poblado, gradualmente, se desarrolló y se convirtió en una pequeña ciudad, con tiendas, 6 iglesias, 6 bares, control policial, un salón social y un teatro. Muchos residentes de Kalaupapa vivían en cabañas individuales, con jardines. Los niños y los adultos menos saludables generalmente vivían en casas comunales.

Cuando la ley del aislamiento por lepra de Hawái fue levantada en 1969, los residentes de Kalaupapa eran libres de irse, pero algunos todavía viven en el asentamiento, optaron por quedarse en la península que se había convertido en su casa.

“Esperábamos ir a morir, pero cuando llegamos, el lugar estaba lleno de gente y de muchas actividades”, dice Brede, quien llegó a ocupar muchos puestos de trabajo en Kalaupapa, incluyendo el de asistente del sheriff.



Tras una vida en la península, ella se mudó recientemente a una residencia en Honolulu para acompañar a su esposo después de que su salud se deterioró (la fotografía muestra a la pareja). Mientras recuerda sus décadas en Kalaupapa, ella llora y le sonríe a la vida en el asentamiento. “Crecí allí, es nuestro hogar”, dice.

Este exilio o secuestro fue la segregación médica más larga y más mortífera en la historia de Estados Unidos. La zona hoy está salpicada de cementerios que fueron el lugar de descanso final para los miles exiliados allí. Están en mal estado, con solo 1 300 lápidas identificables, y al menos 2 000 tumbas anónimas.

En 1980, Kalaupapa fue convertido en un Parque Histórico Nacional. Pero el acceso sigue siendo limitado. La única manera de llegar a la península

aislada es por barco o en avionetas. La comida les llega en avión, y los artículos caros como los coches llegan una vez al año. Una vez que sus últimos residentes mueran, el gobierno deberá decidir que hacer con la tierra. En 2009, el presidente Obama firmó una ley para construir un monumento con los nombres de todos los que fueron enviados a la isla. El esfuerzo está siendo liderado por una organización llamada [Ka'Ohana O Kalaupapa](#), que se formó en 2003 para honrar la memoria de los habitantes de la colonia. A pesar de que son libres para abandonar el lugar, los enfermos que continúan con vida, prefieren la vida en reclusión alejados del resto del mundo.

La lepra persiste. Kalaupapa no es el único poblado para leproso –también conocido como leprocomio– que haya existido en Estados Unidos. Antes de que se encontrara un tratamiento en 1951, los pacientes en el territorio continental de Estados Unidos eran enviados a un leprocomio en la ciudad de Carville, Louisiana, el cual, en 1921, se convirtió en el National Leprosarium of the United States (Leprocomio nacional de Estados Unidos), el cual en su tiempo pico, albergó a casi 500 pacientes. El hospital Carville hace tiempo está cerrado, pero, al igual que Kalaupapa, algunos pacientes ancianos decidieron quedarse.

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

ARTE Y MEDICINA

Brede perdió el uso de la mayoría de los dedos de las manos después de varios accidentes que le causaron daños sin que ella lo supiera. “En una ocasión, mientras limpiaba el lavamanos, empecé a ver que salía humo, pero no podía sentir que el agua estaba caliente”, dice de una vez que se quemó las manos extensamente. Tampoco tiene sensación en sus pies. “Además de eso, tengo artritis”, añade.

Para los Brede, Kalaupapa simplemente es su hogar. Ellos han pedido que cuando mueran los regresen nuevamente a Kalaupapa: “Nuestros restos serán enviados a casa”, dice Brede. “Ese es nuestro último deseo”.

La lepra persiste

Hoy en día, la lepra persiste en todo el mundo y las infecciones siguen propagándose en ciertas poblaciones. En Estados Unidos, de 150 a 200 personas continúan siendo infectadas con lepra cada año. “Es una enfermedad poco frecuente, sin embargo, aparece en todos los estados”, dice David Scollard, director del Programa Nacional de la Enfermedad de Hansen en Estados Unidos, donde la mayoría de las infecciones se producen a través de transmisión humana, pero recientemente se sospecha que algunos casos se han producido a través del contacto con los armadillos, los cuales pueden portar la infección.

Las nuevas infecciones de transmisión humana surgen de la situación a nivel más global. Más de 215 000 nuevos casos de infecciones fueron reportados a nivel mundial en el 2013, y se sospecha que muchos casos más han quedado sin diagnosticar.

“Si no se controla la lepra en el mundo, vamos a seguir viéndola en inmigración”, dice Scollard. Fue la prevalencia mundial de la lepra la que propagó la enfermedad a Hawái en el siglo XIX, cuando muchos emigraron a la isla para trabajar la tierra. Puesto que los hawaianos no habían sido expuestos previamente a la enfermedad, la falta de inmunidad protectora ayudó que la infección prosperara a su llegada.

La propagación de la lepra todavía no se ha entendido por completo, pero se sospecha que la bacteria detrás de ella se transmite cuando las personas están en contacto cercano. Sin embargo, el nivel de capacidad de contagio de las bacterias es extremadamente bajo, con un 95% de la población que es naturalmente inmune a la infección.

Los síntomas de la lepra pueden tomar entre cinco y 20 años en desarrollarse y aun cuando la enfermedad se puede curar, es crucial que se diagnostique a las personas antes de que se desarrollen deformidades... y antes de que contagien a otros. “Algunas personas pueden estar transmitiéndola antes de que siquiera sepan que la tienen”, dice Scollard, por lo que es una prioridad –tanto en Estados Unidos como a nivel mundial– encontrar y tratar a las personas con la infección. “Una vez que la gente comienza a recibir el tratamiento, la enfermedad se vuelve no infecciosa casi de inmediato”, añade.

La propagación de una enfermedad eliminada

La lepra fue eliminada oficialmente a nivel mundial en el 2000 como resultado de un programa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), pero el objetivo era acabar con la enfermedad para que dejara de ser un problema de salud pública... no eliminarla por completo. La definición acordada para la eliminación era de menos de un caso de lepra por 10 000 personas en la población, lo cual, en términos de números globales, ha sucedido. Pero esta definición todavía deja a cientos de miles infectados.

“La lepra aún existe”, dice Pemmaraju Ranganadha, oficial técnico del Programa Global de Lepra de la OMS. “Pero está siendo limitada a un pequeño número de países”, dice. Los tres primeros son la India, Brasil e Indonesia, donde se encuentra el 81% de los casos mundiales.

“Incluso en estos países, no se trata de todo el país, sino de una pequeña escala”, dice Ranganadha. El 60% de las infecciones del mundo se encuentran en la India, en donde la población de 1200 millones es tan grande, que incluso a pequeña escala eso equivale a varios miles de personas infectadas. Se han exigido esfuerzos de control mejorados y una nueva definición de eliminación por si la enfermedad verdaderamente debe ser eliminada. Hoy en día, existen más de 700 poblados oficiales de lepra en la India, pero en lugar del destierro, a los pacientes se les da la opción de vivir allí cuando sus deformidades les impiden trabajar.



La vida en el pequeño pueblo

Hoy en día, Kalaupapa es un parque nacional, con 16 antiguos pacientes que quedaron y están registrados como residentes. Es como una pequeña ciudad de Estados Unidos. En estos días, la ciudad consta no solo de antiguos enfermos de lepra, sino también de 40 empleados del Estado y hasta de 60 personas del personal del parque nacional. Cuenta con varias iglesias, una sala de cine, instalaciones deportivas, ciervos para cazar y aguas para pescar. Pero la vida sigue siendo aislada. Los agitados mares que rodean Kalaupapa proporcionan tan solo una ventana de tiempo cada año en la que una barcaza puede detenerse y traer bienes y gasolina, aun cuando los aviones de carga traen regularmente productos frescos.

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

ARTE Y MEDICINA



Hace ya mucho tiempo que los pacientes se curaron de la lepra, pero hoy en día sufren de deformidades causadas por la enfermedad, así como del sufrimiento de los peligros habituales de la edad. "Ellos ya no tienen la enfermedad de Hansen, las enfermedades que tienen son geriátricas", dice Chan.

La lepra es una infección crónica que se propaga de una persona a otra y que le causa daño a la piel y a los nervios periféricos de las personas infectadas. Este daño conduce habitualmente a deformidades causadas por lesiones pues las personas pierden la sensibilidad en partes de su cuerpo, como los pies y las manos. Las deformidades comunes incluyen pies arrastrados, manos en garra y la ceguera debido a los párpados flácidos.

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.



Dirección de Vigilancia en Salud
Cuba-MINSAP