

ISSN 1028-4346

SEI

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA
INTERNACIONAL

SEI No. 37, 2018

18 de septiembre

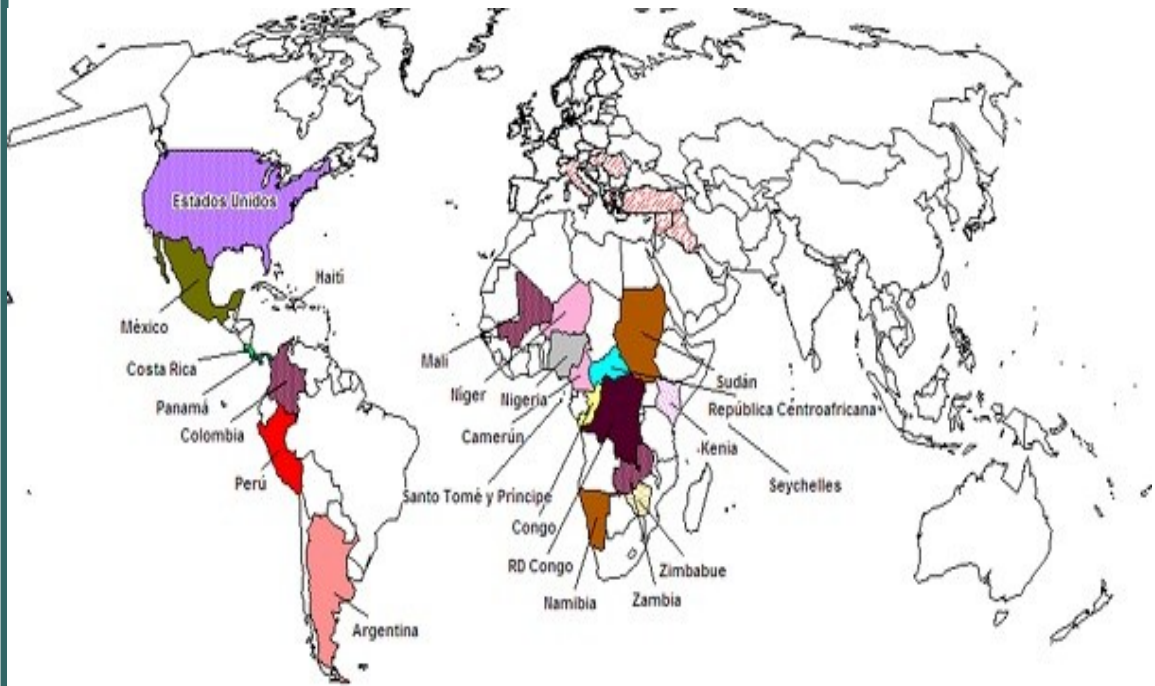


CENTRO DE DIRECCIÓN MINISTERIAL MINSAP

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

Esta semana:



Leyenda

sarampión, zika y virus del Nilo	virus del Zika y dengue	malaria
celulitis/fascitis necrosante	chagas, malaria, dengue, zika, chikungunya, fiebre amarilla	dengue, virus del Zika y chikungunya
fiebre tifoidea y cólera	cólera	virus del Ébola, fiebre amarilla, rabia y poliomielitis (cVDPV2)
fiebre amarilla	viruela del simio	fiebre de Lassa y cólera
sarampión	hepatitis E	virus del Nilo
sarampión y cólera		

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 **341 438 casos de dengue en las Américas** hasta el 17 de septiembre de 2018. Sobresale **Brasil con 193 898 casos**, seguido de Paraguay con 28 817, Nicaragua con 27 014, México con 26 984 y Colombia con 23 138.
- ⇒ **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

- ⇒ Enfermedad por el virus del Ébola en República Democrática del Congo
- ⇒ Dengue y virus del Zika en Argentina
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Perú
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Costa Rica
- ⇒ Virus del Zika y chikungunya en México
- ⇒ Virus del Zika en Estados Unidos
- ⇒ Dengue en Seychelles
- ⇒ Fiebre amarilla en Perú
- ⇒ Fiebre amarilla en República del Congo
- ⇒ Fiebre amarilla en República Democrática del Congo
- ⇒ Malaria en México
- ⇒ Malaria en Panamá
- ⇒ Malaria en Perú
- ⇒ Virus del Nilo Occidental en Estados Unidos
- ⇒ Virus del Nilo Occidental en Europa
- ⇒ Fiebre del Nilo Occidental causa ya 47 muertes en Europa
- ⇒ Sarampión en Colombia
- ⇒ Sarampión en Estados Unidos, Kenia, Mali, Mauricio y Zambia
- ⇒ Cólera en Haití
- ⇒ Cólera en Camerún, Kenia, Níger, Nigeria y Zimbabue
- ⇒ Hepatitis E en Namibia y Sudán del Sur
- ⇒ Fiebre tifoidea en Zimbabue
- ⇒ Fiebre de Lassa en Nigeria
- ⇒ Enfermedad de Chagas en Perú
- ⇒ Poliomieltis (cVDPV2) en República Democrática del Congo
- ⇒ Celulitis/fascitis necrosante en Santo Tomé y Príncipe
- ⇒ Viruela del simio en República Centroafricana
- ⇒ Enfermedades que más afectan a República Centroafricana este semana
- ⇒ Rabia en República Democrática del Congo

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 Martín	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 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 **341 438 casos de dengue en las Américas** hasta el 17 de septiembre de 2018. Sobresale **Brasil con 193 898 casos**, seguido de Paraguay con 28 817, Nicaragua con 27 014, México con 26 984 y Colombia con 23 138.

Países	Casos	Países	Casos
Brasil	193898	Jamaica	139
Paraguay	28817	Guyana Francesa	115
Nicaragua	27014	Estados Unidos	118
México	26984	Trinidad y Tobago	74
Colombia	23138	Martinica	73
Perú	6269	Santa Lucía	66
Venezuela	5223	Dominica	35
Bolivia	4999	San Martín	29
Honduras	4948	Aruba	29
El Salvador	4230	Chile	18
Panamá	4026	Islas Caimán	17
Guatemala	3122	Isla Vírgenes (UK)	15
Ecuador	2324	Bahamas	9
Argentina	1800	Guadalupe	8
Costa Rica	1110	Antigua y Barbuda	8
Belice	955	San Cristóbal y Nieves	5
Rep. Dominicana	711	San Vicente y las Granadinas	2
Cuba	548	Puerto Rico	1
Granada	263	Anguila	1
Guyana	186	Montserrat	1
Total			341328

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 Surinam. 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.

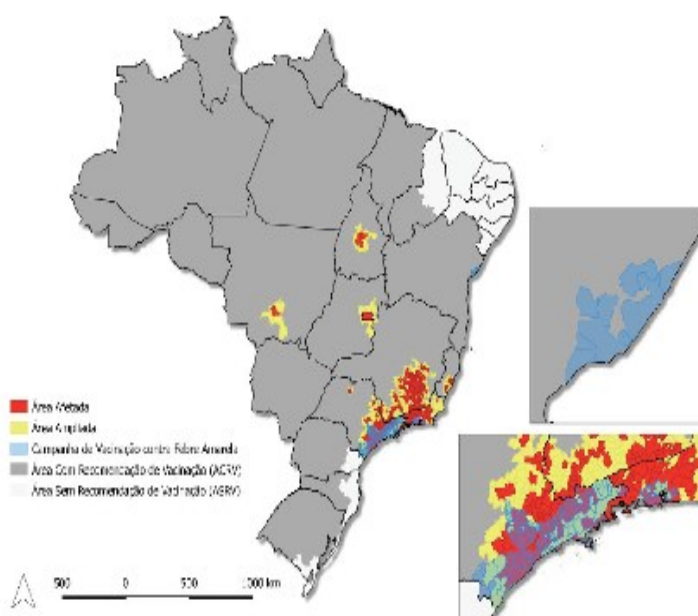
Fuente: [Organización Panamericana de la Salud](#)

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 difteria en las Américas, 29 de agosto de 2018.**

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la 34 de 2018, tres países (Colombia, Haití y República Bolivariana de Venezuela) notificaron casos confirmados de difteria.

A continuación, un resumen de la situación epidemiológica en esos países.

En **Colombia**, entre la SE 11 a la SE 32 de 2018 se confirmaron 8 casos de difteria, de los cuales dos son importados de Venezuela y 6 han adquirido la enfermedad en el territorio colombiano, en zonas caracterizadas por alto flujo de población migrante venezolana. Todos los casos son varones, 6 son de nacionalidad venezolana y dos colombianos. La mediana de edad es 20 años (rango de 3 a 37 años) y no presentan antecedentes de vacunación conocido. Las fechas de inicio de síntomas fueron entre el 2 de enero y el 8 de julio de 2018. Los casos fueron notificados por los departamentos La Guajira (5 casos) y Norte de Santander (3 casos). Todos fueron confirmados por criterios clínicos-epidemiológicos y de laboratorio. De los casos confirmados, se registraron 3 defunciones en ciudadanos venezolanos (tasa de letalidad de 38%), de las cuales dos corresponden a casos importados.

En **Haití**, el brote continúa activo con un total de 653 casos probables acumulados, incluidas 100 defunciones, notificados entre las SE 32 de 2014 y la SE 34 de 2018. De los cuales 223 fueron confirmados (219 por laboratorio y 7 por nexo epidemiológico). Las tasas de letalidad entre los casos confirmados por laboratorio fueron de 23% en 2015, 39% en 2016, 8% en 2017 y 2018. El número de casos probables reportados en 2018, hasta la SE 34, es 28% más alto que el número total de casos reportados en 2017 y 115% más que el reportado en 2016, debido al aumento de la sensibilidad del sistema nacional de vigilancia.

En 2018, se notificaron 249 casos probables (entre la SE 1 y la 34), de los cuales 56 fueron confirmados (51 por laboratorio y 5 por nexo epidemiológico). Durante el mismo periodo, se notificaron 20 defunciones (4 confirmadas por laboratorio, 5 confirmadas por nexo epidemiológico, 9 con muestras de laboratorio no viables y 2 permanecen en investigación). En 2018, el 46% los casos probables fueron reportados por el departamento Ouest y este mismo departamento reportó el 43% de los casos confirmados.

En **Venezuela**, el brote de difteria que se inició en julio de 2016 sigue activo. Desde entonces y hasta la SE 32 de 2018 se notificaron 1992 casos sospechosos (324 casos en 2016, 1040 en 2017 y 628 en 2018), de los cuales 1217 fueron confirmados, y 168 fallecieron (17 en 2016, 103 en 2017 y 48 en 2018). Del total de casos confirmados, 470 fueron por laboratorio y 747 por nexo epidemiológico. La tasa de letalidad acumulada entre los casos confirmados es de 14%. En 2016, se notificaron casos en 5 estados (Anzoátegui, Bolívar, Delta Amacuro, Monagas y Sucre) mientras que en 2017 los casos se registraron en 22 estados y el Distrito Capital. Durante 2018 son 20 las entidades federales que reportaron casos confirmados. Los casos se registraron en todas las edades, pero la población más afectada es la del grupo de 1 a 49 años, donde la mayor incidencia corresponde al grupo de 10 a 14 años.

Orientaciones para los Estados Miembros

La Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recomienda a los Estados Miembros que continúen con sus esfuerzos para garantizar coberturas de vacunación superiores al 95% con la serie primaria y refuerzos, utilizando estrategias que permitan alcanzar los niveles adecuados de cobertura en todas sus entidades territoriales. La OPS/OMS recuerda que los grupos de la población en mayor riesgo son los niños menores de 5 años no vacunados, escolares, los trabajadores de salud, el personal del servicio militar, integrantes de las comunidades penitenciarias y las personas que por la naturaleza de su trabajo u oficio están en contacto permanente y diario con un elevado número de personas.

Si bien los viajeros no tienen un riesgo especial de contraer difteria, se recomienda a las autoridades nacionales que recuerden a los viajeros que se dirigen a áreas con brotes de difteria que antes del viaje estén debidamente vacunados de acuerdo con el calendario nacional de vacunación establecido en cada país. Si han transcurrido más de 5 años desde la última dosis, es recomendable una dosis refuerzo.

Se recomienda fortalecer los sistemas de vigilancia para la detección precoz de casos sospechosos, a fin de iniciar el tratamiento oportuno en los afectados y el seguimiento de sus contactos.

La OPS/OMS recomienda mantener una provisión de antitoxina diftérica.

La vacunación, es clave para prevenir casos y brotes; y el manejo clínico adecuado, disminuye las complicaciones y la letalidad.

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 (EVE) en las provincias de Kivu del Norte e Ituri, en la República Democrática del Congo, sigue siendo objeto de un estrecho seguimiento. Desde el último informe el 7 de septiembre de 2018, seis nuevos casos confirmados de EVE y tres nuevas muertes fueron reportadas. Al 12 de septiembre de 2018, se investigaban otros 17 casos sospechosos para confirmar o excluir. Hasta el 12 de septiembre de 2018, un total de 137 casos de EVE confirmados y probables se informaron, incluidas 92 muertes (tasa de letalidad del 67,2%).

De los 137 casos, 106 están confirmados y 31 son probables. De las 92 muertes, 61 ocurrieron en casos confirmados. Un total de 17 trabajadores de la salud han sido afectados, de los cuales 16 son casos confirmados y tres han fallecido. Desde el inicio del brote, 37 pacientes se han recuperado de la enfermedad y fueron dados de alta y reintegrados en sus comunidades. De los 113 casos confirmados y probables con edad y sexo conocidos, las mujeres representan el 55% (n = 62), y la mayor proporción (26%, n = 29) de los casos tienen entre 35 y 44 años.

La zona de salud Mabalako, el epicentro del brote, continúa registrando la mayoría de los casos acumulados reportados hasta la fecha, lo que representa el 64.9% (89/137) de los casos, seguido por Beni con 18.2% (25/137) de los casos. De los 12 casos confirmados y probables notificados desde principios de septiembre, siete son de la zona de salud de Beni, mientras que otras seis zonas de salud (Butembo, Oicha, Musienene, Masereka, Kaluguta y Mandima) reportaron casos confirmados y / o probables.

Cinco de las ocho zonas de salud que informan casos confirmados o probables tienen contactos en seguimiento: Mabalako, Beni, Mandima, Butembo y Masereka. Hasta el 12 de septiembre de 2018, un total de 1751 contactos estaban en seguimiento, de los cuales 1589 (91%) fueron vistos el día del informe. Este relativamente bajo seguimiento se puede explicar por el bajo monitoreo observado en las zonas de salud Butembo y Masereka.

Las alertas han sido reportadas e investigadas en varias provincias de la República Democrática del Congo y sus países vecinos: Burundi, la República Centroafricana, Ruanda y Uganda, y hasta la fecha todas han sido descartadas como caso de EVE.

Acciones de salud pública

Todas las medidas de salud pública continúan implementándose en áreas clave de la respuesta a la enfermedad: coordinación de actividades de respuesta, vigilancia, servicios de laboratorio, atención médica, prevención y control de infecciones, vacunación, comunicación, logística y atención psicosocial.

El seguimiento sistemático y la investigación rápida de todas las alertas continúan en todas las provincias de la República Democrática del Congo y en los países vecinos.

Hasta el 12 de septiembre de 2018, los 37 puntos de entrada en la República Democrática del Congo (Beni, Goma y Tshopo) son funcionales para el control de salud. Un nuevo punto de control se ha instalado en Kyaghala, en la zona de salud de Butembo. Desde el comienzo de la proyección, más de 2.9 millones de viajeros han sido evaluados, y 35 alertas han sido reportadas, de las cuales siete se validaron. Está en marcha la colaboración con los socios relacionado con actividades para fortalecer la capacidad en los puntos de entrada en los países vecinos como parte de la preparación.

Hasta el 12 de septiembre de 2018, un total de 8673 personas han sido vacunadas desde el inicio de la vacunación el 8 de agosto de 2018. El stock disponible de la vacuna actual es de 2750 dosis.

Interpretación de la situación

En las seis semanas desde que se declaró el brote de EVE en la República Democrática del Congo, se progresa continuamente para contener la enfermedad. La situación en Mangina, el epicentro inicial del brote, se ha estabilizado, y el foco ahora se ha desplazado a Butembo y a las nuevas áreas de salud que han informado casos confirmados de EVE. En la actualidad, los principales temas de preocupación incluyen posibles cadenas de transmisión indocumentadas, renuencia de algunas comunidades a adoptar comportamientos de prevención del Ébola, diseminación de la enfermedad a través de centros de salud con medidas deficientes de prevención y control de infecciones, retrasos en los pacientes que llegan a los centros de tratamiento del Ébola una vez que desarrollan síntomas, y la posible propagación del virus en áreas inseguras con acceso limitado.

Las autoridades nacionales, la OMS y sus socios están trabajando con las comunidades para garantizar que comprendan y adopten los comportamientos de prevención del Ébola, incluida la necesidad de realizar entierros seguros y dignos. Los trabajadores de la salud también han participado en la mejora de las prácticas de prevención y control de infecciones en los centros de salud. Mientras, todos los demás componentes de la respuesta, así como la preparación en las provincias no afectadas de la República Democrática del Congo y en los países vecinos están siendo emprendidos.

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

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

OTROS EVENTOS DE LA SEMANA

- [Situación del ébola en la República Democrática del Congo](#)
- [Dengue y virus del Zika en Argentina](#)
- [Virus del Zika y chikungunya en México](#)
- [Dengue, virus del Zika y chikungunya en Perú](#)
- [Dengue, virus del Zika y chikungunya en Costa Rica](#)
- [Dengue en Seychelles](#)
- [Virus del Zika en Estados Unidos](#)
- [Fiebre amarilla en Perú](#)
- [Fiebre amarilla en República del Congo](#)
- [Fiebre amarilla en República Democrática del Congo](#)
- [Malaria en México](#)
- [Malaria en Panamá](#)
- [Malaria en Perú](#)
- [Virus del Nilo Occidental en Estados Unidos](#)
- [Virus del Nilo Occidental en Europa](#)
- [Fiebre del Nilo Occidental causa ya 47 muertes en Europa](#)
- [Sarampión en Colombia](#)
- [Sarampión en Estados Unidos](#)
- [Sarampión en Kenia](#)
- [Sarampión en Mali](#)
- [Sarampión en Mauricio](#)
- [Sarampión en Zambia](#)
- [Cólera en Haití](#)
- [Cólera en Camerún](#)
- [Cólera en Kenia](#)
- [Cólera en Níger](#)
- [Cólera en Nigeria](#)
- [Cólera en Zimbabue](#)
- [Hepatitis E en Namibia](#)
- [Hepatitis E en Sudán del Sur](#)
- [Fiebre tifoidea en Zimbabue](#)
- [Fiebre de Lassa en Nigeria](#)
- [Enfermedad de Chagas en Perú](#)
- [Poliomielitis \(cVDPV2\) en República Democrática del Congo](#)
- [Celulitis/fascitis necrosante en Santo Tomé y Príncipe](#)
- [Viruela del simio en República Centroafricana](#)
- [Enfermedades que más afectan a República Centroafricana este semana](#)
- [Rabia en República Democrática del Congo](#)



Recomendamos leer

¿Cómo el sistema inmune protege contra los síntomas neurológicos inducidos por el virus Zika?

Un tipo de célula inmunitaria que produce una proteína llamada CD4 juega un papel importante en la protección de los ratones infectados con el virus Zika contra la enfermedad neurológica severa, según un estudio publicado en la revista de acceso abierto [PLOS Pathogens](#) por Amelia Kahler Pinto y colegas, de la Universidad de Saint

Louis, Estados Unidos. Según los hallazgos, deben desarrollarse vacunas que inducen respuestas fuertes de estas células inmunes, conocidas como células T CD4 +, para prevenir la invasión del virus Zika en el cerebro y la médula espinal.

[Leer más...](#)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

ARTE Y MEDICINA

Agatha Christie (1891- 1976), la escritora más vendida del mundo

La escritora inglesa, cuyo nombre completo es Agatha Mary Clarissa Miller, perteneció a una familia de clase media alta, se educó en colegios privados y más tarde en varios institutos de París, donde estudió canto, danza y piano. La reina del crimen, como muchos le dicen, es la escritora más vendida de todos los tiempos. Con más de 2 000 millones de copias, su producción es la tercera más publicada en la historia de la literatura, solo superada por la *Biblia* y William Shakespeare. Actualmente, sus obras (compuestas por 66 novelas y 150 relatos policíacos, 6 novelas rosas publicadas con el seudónimo de Mary Westmacott, 17 piezas teatrales, 4 radiofónicas, 3 libros de poemas e historias para niños y 2 libros autobiográficos) siguen editándose traducidas a 103 idiomas. Su novela *Diez negritos* es la narración de misterio más vendida de todos los tiempos: 100 millones de ejemplares. Su obra de teatro *La ratonera*, el espectáculo más duradero jamás representado: lleva en cartel en Londres ininterrumpidamente desde su estreno, el 25 de noviembre de 1952 (más de 25 000 representaciones). Además, la mayoría de sus novelas han sido adaptadas al cine o la televisión, algunas en más de una ocasión.



En 1914 se casó con el aviador Archibald Christie. A finales de 1926, él reveló que estaba enamorado de otra mujer, Nancy Neele, y solicitó el divorcio. El 3 de diciembre de 1926, Christie y Archibald mantuvieron una discusión y él abandonó su residencia para pasar el fin de semana con su amante. Esa misma noche, Christie desapareció. Su automóvil fue encontrado más tarde al lado de un lago, junto con prendas de ropa y un permiso de conducir. El hecho provocó una severa conmoción entre sus seguidores y atrajo la atención de la prensa pública. El ministro del interior presionó a la policía y un periódico ofreció 100 libras como recompensa. Más de 1 000 agentes de policía, 15 000 voluntarios y varios aviones rastillaron e investigaron la zona rural. La desaparición de Christie apareció en la primera plana del *The New York Times* y, a pesar de la intensa búsqueda, no fue hallada sino hasta once días. El 14 de diciembre de 1926, fue identificada como huésped del Swan Hydropathic Hotel, en Harrogate, donde figuró registrada como Teresa Neele, el apellido de la amante de su marido (algunos medios publicaron que estaba registrada con el nombre completo, Nancy Neele). La escritora no sabía por qué estaba ahí y tampoco fue capaz de reconocer a su marido cuando este llegó a su encuentro, por lo que debió recibir un tratamiento psiquiátrico durante un tiempo.

La extraña desaparición de Agatha Christie

Christie nunca dio explicaciones con respecto a su desaparición. Aunque dos médicos por entonces le diagnosticaron fuga psicogénica, la opinión en cuanto a las razones de su desaparición continúa dividida. Una de las versiones indica que habría sufrido una crisis nerviosa ocasionada por su propensión a la depresión, agravada por la muerte de su madre a principios de año y la infidelidad de su marido. La reacción pública fue principalmente negativa ya que muchos creyeron que había fingido su desaparición como truco publicitario o para hacerle creer a la policía que su esposo la había matado.

El autor Jared Cage entrevistó a múltiples testigos y familiares de la escritora para su libro biográfico, *Agatha Christie y los 11 días perdida*, y una gran cantidad sugirió que la escritora llevó a cabo su desaparición intencionalmente para avergonzar a Archibald sin imaginar la notoriedad pública que tomaría el hecho.

¿Sufrió una pérdida temporal de memoria? ¿Fue una huida frustrada? Nunca se supo. Los Christie se divorciaron en 1928, Archie se casó al poco tiempo con Nancy Neele y Agatha recibió la custodia de su hija Rosalind. Madre e hija se trasladaron a las islas Canarias, donde continuó escribiendo.

Christie nunca dio explicaciones con respecto a su desaparición. Aunque dos médicos por entonces le diagnosticaron fuga psicogénica, la opinión en cuanto a las razones de su desaparición continúa dividida. Una de las versiones indica que habría sufrido una crisis nerviosa ocasionada por su propensión a la depresión, agravada por la muerte de su madre a principios de año y la infidelidad de su marido. La reacción pública fue principalmente negativa ya que muchos creyeron que había fingido su desaparición como truco publicitario o para hacerle creer a la policía que su esposo la había matado.

El autor Jared Cage entrevistó a múltiples testigos y familiares de la escritora para su libro biográfico, *Agatha Christie y los 11 días perdida*, y una gran cantidad sugirió que la escritora llevó a cabo su desaparición intencionalmente para avergonzar a Archibald sin imaginar la notoriedad pública que tomaría el hecho.

¿Sufrió una pérdida temporal de memoria? ¿Fue una huida frustrada? Nunca se supo.

Los Christie se divorciaron en 1928, Archie se casó al poco tiempo con Nancy Neele y Agatha recibió la custodia de su hija Rosalind. Madre e hija se trasladaron a las islas Canarias, donde continuó escribiendo.

Agatha Christie, la escritora que sabía envenenar de verdad

El arma favorita de la escritora para matar a sus personajes era el veneno. De hecho, de las 300 víctimas que aparecen en sus novelas, la mayoría partía hacia el más allá por causas relacionadas con alguna sustancia tóxica, se plantea que 41 de sus novelas policíacas (el 60% de su producción literaria) contienen venenos; una circunstancia nada casual, ya que Agatha utilizaba este método porque tenía conocimientos científicos al haber trabajado como auxiliar de farmacia durante su juventud, por lo que el veneno tenía pocos o ningún secreto para ella, que siendo muy joven se había presentado como **enfermera voluntaria** tras el estallido de la Primera Guerra Mundial. En el hospital de Torquay de la Cruz Roja fue seleccionada para trabajar en el departamento de farmacia donde ayudaba a los farmacéuticos a preparar las medicinas que eran administradas a los enfermos. Según indica en su biografía, dedicó 3400 horas de trabajo no remunerado a esta ocupación que le aportó las primeras nociones de química, formulación y botánica que posteriormente le ayudaron a conseguir el título de asistente de farmacia.

Durante su estancia en el hospital, Agatha Christie aprovechó la inspiración y sus conocimientos en toxicología para escribir la que sería su primera novela "El misterioso caso de Styles" y en la que hizo su debut el detective belga Hércules Poirot. Los conocimientos de química de la novel escritora fueron muy bien valorados por la prestigiosa revista "The Pharmaceutical Journal".

Dos décadas después, con 49 años y habiendo consolidado su carrera como escritora, se ofreció de nuevo como voluntaria cuando estalló la II Guerra Mundial. También en esta ocasión trabajó en el departamento de farmacia, concretamente en el hospital University College Hospital, en Londres.

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

ARTE Y MEDICINA

A medida que sus libros se hicieron cada vez más populares, Christie dejó su trabajo de farmacéutica y se centró en los misteriosos venenos. En algún momento, alguien la citó diciendo: "Dispensar medicamentos fue interesante por un tiempo, pero monótono". Por suerte, ella no encontró la escritura de novelas como algo monótono y aburrido, ni dejó de suministrar la muerte química durante su prodigiosa carrera.

¿Sabías que Agatha Christie resolvió crímenes y salvó vidas en la vida real?

En 1975, una fanática latinoamericana leyó *El caballo pálido* y reconoció algunas cosas del libro que estaban sucediendo en la realidad. En la novela, el asesino utiliza sulfato de talio para matar a sus víctimas. La lectora notó los síntomas que sufría una amiga, cuyo marido estaba intentando asesinarla.

En Qatar, una niña enferma bajo el cuidado de una enfermera inglesa empeoraba inexplicablemente y se encontraba muy grave. Su enfermera estaba leyendo *El caballo pálido* y reconoció en su paciente un síntoma en común con las víctimas del libro, se le caía el pelo. En este caso, no había un asesino en la mira, sino que el talio era un pesticida común en Medio Oriente.

En 1971, en la ciudad de Bovigdon, Inglaterra, varios habitantes padecían una misteriosa enfermedad. En ese momento, un doctor de la localidad se encontraba terminando de leer *El caballo pálido* y se dio cuenta que no existía una misteriosa enfermedad, sino que había un asesino en serie envenenando gente.

¿Por qué era tan mala la caligrafía de Agatha Christie?

Agatha Christie, tenía una ilegible caligrafía a causa de un problema de coordinación muscular llamado disgrafía. Salieron a la luz parte de sus diarios personales escritos a mano, lo que supuso una labor editorial bastante difícil por la complicada interpretación de su letra.

La disgrafía supone cierta incapacidad para escribir, aunque las personas que la sufren pueden escribir, cuando se lee lo que plasman en papel son letras imposibles de descifrar. Agatha Christie, consciente de esta dificultad, consideró que, si ella no podía, otros podrían por ella, así que contrató a un asistente al que dictaba todas sus obras.

Los cuadernos caligrafiados aparecieron en la residencia familiar de Greenway, en el 2004, cuando falleció su hija Rosalind Hicks, pero no sería hasta que el archivero, John Curran, comenzó a descifrar su letra cuando se hizo más latente la magnitud del descubrimiento, ya que junto con sus cuadernos personales aparecieron dos historias inéditas de Hercules Poirot.

La historia de la literatura ha podido gozar de tener en sus filas la prolífica producción literaria de Christie, gracias a que ella se enfrentó a sus impedimentos físicos, y supo ponerles remedio sin menoscabar, en absoluto, su espléndida imaginación, esa que fue capaz de crear personajes literarios como Hércules Poirot o Miss Marple, protagonistas de sus novelas policíacas y tan queridos por sus acérrimos lectores.

El 12 de enero de 1976, Agatha Christie falleció a los 85 años en su residencia de Wallingford, en el condado de Oxford. La novelista británica, que desafió en sus puzzles policíacos a las mentes de millones de lectores, murió pacíficamente tras una «buena vida», según ella misma dejó escrito en su autobiografía. No hubo crimen ni veneno en su muerte, pero se llevó a la tumba el misterio de su desaparición que mantuvo en vilo al mundo en 1926.

Christie recibió numerosos premios y distinciones a lo largo de su carrera, como el título de Dama del Imperio Británico o el primer Grand Master Award concedido por la Asociación de Escritores de Misterio, que la elegía como la mejor novela de crimen de todos los tiempos por 600 miembros de esta asociación.

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.