

ISSN 1028-4346

SEI

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA
INTERNACIONAL

SEI No. 38, 2018

25 de septiembre

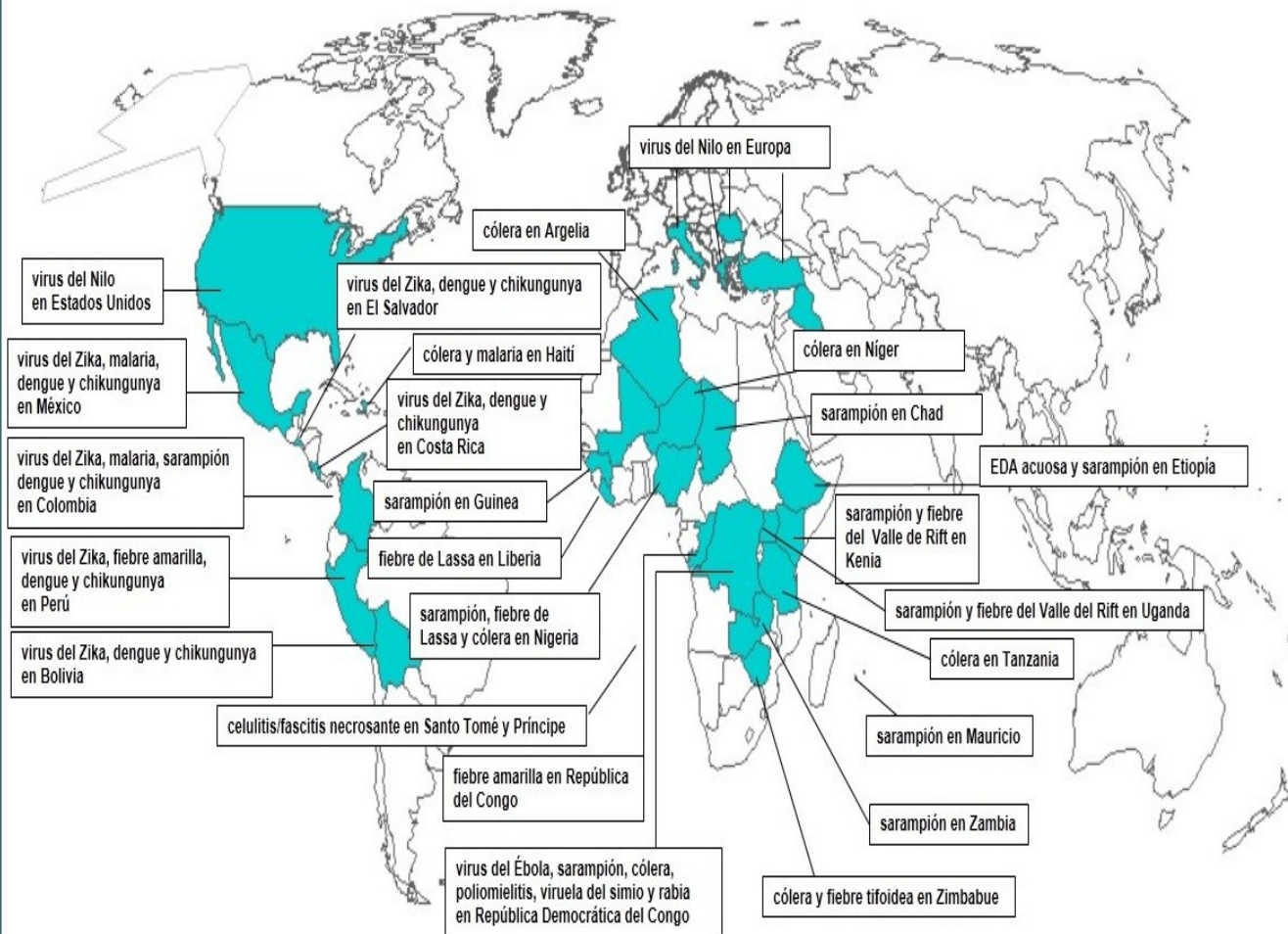


CENTRO DE DIRECCIÓN MINISTERIAL MINSAP

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:



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 **357 076 casos de dengue en las Américas** hasta el 24 de septiembre de 2018. Sobresale **Brasil con 198 784 casos**, seguido de Nicaragua con 32 434, México con 29 665, Paraguay con 28 819 y Colombia con 24 898.
- ⇒ **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
- ⇒ Actualización epidemiológica de difteria en las Américas por la OPS
- ⇒ Actualización epidemiológica de sarampión en las Américas por la OPS
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Bolivia
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Colombia
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Costa Rica
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en El Salvador
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Perú
- ⇒ Virus del Zika y chikungunya en México
- ⇒ Fiebre amarilla en Perú
- ⇒ Fiebre amarilla en República del Congo
- ⇒ Malaria en Colombia, Haití, México
- ⇒ Virus del Nilo Occidental en Estados Unidos
- ⇒ Virus del Nilo Occidental en Europa
- ⇒ Enfermedades en Ecuador esta semana
- ⇒ Sarampión en Chad, Colombia, Etiopía, Guinea, Kenia, Mali, Mauricio, Nigeria
- ⇒ Sarampión en República Democrática del Congo, Uganda, Zambia
- ⇒ Fiebre tifoidea en Zimbabue
- ⇒ Fiebre del Valle de Rift en Kenia y Uganda
- ⇒ Fiebre de Lassa en Liberia y Nigeria
- ⇒ Brote de diarrea acuosa aguda en Etiopía
- ⇒ Cólera en Haití
- ⇒ Cólera en Argelia, Níger, Nigeria, Cólera en República Democrática del Congo,
- ⇒ Cólera en Tanzania, Zimbabue
- ⇒ Poliomielitis en República Democrática del Congo
- ⇒ Celulitis/fascitis necrosante en Santo Tomé y Príncipe
- ⇒ Viruela del simio en República Democrática del Congo
- ⇒ 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 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](#)

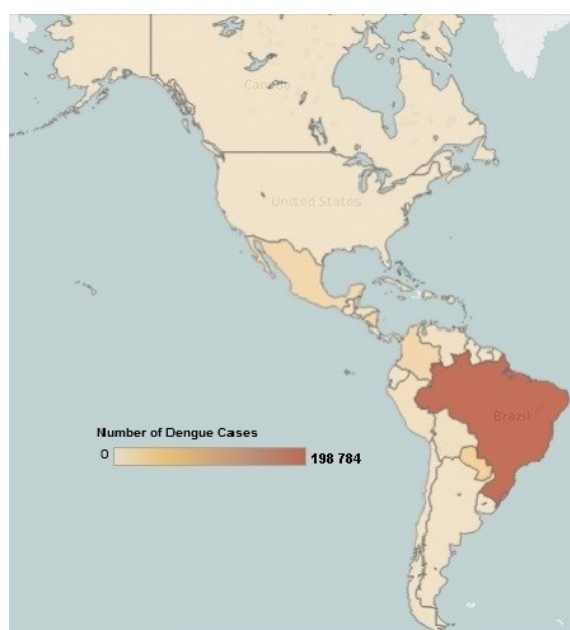
BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

◆ Resumen semanal de dengue

La Organización Panamericana de la Salud reporta **357 076** casos de dengue en las Américas hasta el 24 de septiembre de 2018. Sobresale **Brasil con 198 784 casos**, seguido de Nicaragua con 2 434, México con 29 665, Paraguay con 28 819 y Colombia con 24 898.

Países	Casos	Países	Casos
Brasil	198784	Guyana Francesa	115
Paraguay	28819	Estados Unidos	120
Nicaragua	32434	Trinidad y Tobago	74
México	29665	Martinica	73
Colombia	24898	Santa Lucía	66
Perú	6509	Dominica	35
Venezuela	5223	San Martín	29
Bolivia	4999	Aruba	29
Honduras	4948	Chile	18
El Salvador	4862	Islas Caimán	17
Panamá	4026	Isla Vírgenes (UK)	15
Guatemala	3122	Bahamas	9
Ecuador	2324	Guadalupe	8
Argentina	1803	Antigua y Barbuda	8
Costa Rica	1671	San Cristóbal y Nieves	5
Belice	955	San Vicente y las Granadinas	2
Rep. Dominicana	748	Puerto Rico	1
Granada	263	Anguila	1
Guyana	186	Montserrat	1
Jamaica	211		
Total			357076

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.

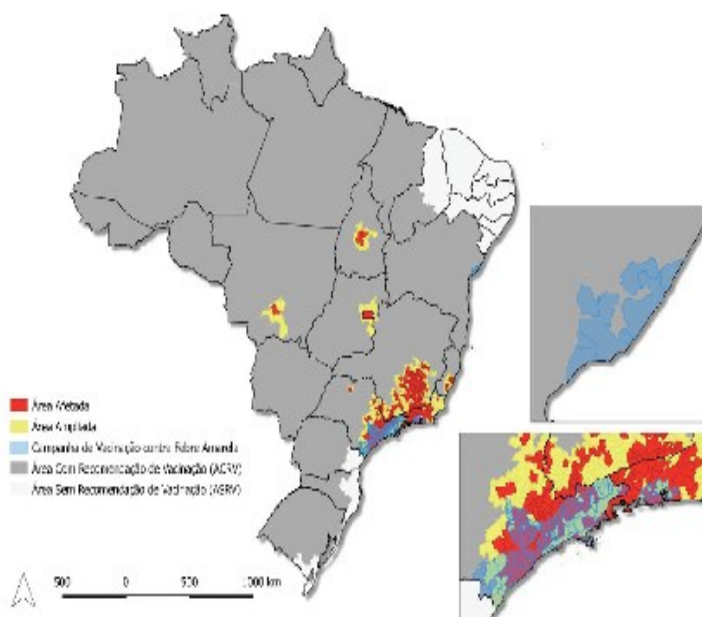
Fuente: [Organización Panamericana de la Salud](#)

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 sarampión en las Américas**

De enero a 21 de septiembre de 2018 se notificaron 6629 casos confirmados de sarampión, incluidas 72 defunciones, en 11 países de la Región de las Américas: Antigua y Barbuda (1 caso), Argentina (11 casos), Brasil (1735 casos, incluidas 10 defunciones), Canadá (22 casos), Colombia (85 casos), Ecuador (19 casos), Estados Unidos de América (124 casos), Guatemala (1 caso), México (5 casos), Perú (21 casos) y la República Bolivariana de Venezuela (4605 casos, incluidas 62 defunciones).

Desde la actualización epidemiológica publicada el 20 de agosto de 2018 se notificaron 1625 casos confirmados adicionales de sarampión, incluidas 4 defunciones en 8 países de la Región (Argentina 3 casos, Brasil 498 casos y 4 nuevas defunciones, Canadá 3 casos, Colombia 25 casos, Ecuador 2 casos, Estados Unidos 17 casos, Perú 17 casos y la República Bolivariana de Venezuela 1060 casos).

En **Argentina**, entre las SE 11 y 34 de 2018, fueron confirmados 11 casos de sarampión, todos ellos residentes en la provincia de Buenos Aires y en la Ciudad de Buenos Aires. Los tres primeros casos fueron importados (2 casos) o relacionados con importación (1 caso). Los 8 casos restantes estuvieron relacionados a una segunda importación cuya procedencia no fue identificada y en cinco de ellos se identificó el genotipo D8, linaje Mvi/Hulu Langat.MYS/26.11.

En **Brasil**, el brote se inició en la SE 6 de 2018 en el estado de Roraima y tres semanas después se extendió a Amazonas. Posteriormente se notificaron casos en Pará, Pernambuco, Río de Janeiro, Río Grande do Sul, Rondônia, São Paulo, y Sergipe. Se identificó el genotipo D8, en los estados de Amazonas, Río Grande do Sul, Río de Janeiro, Rondônia, Roraima y São Paulo.

Entre las SE 6 y 37 se registraron 1735 casos confirmados, incluidas 10 defunciones, en los estados de Amazonas (1358 casos y 4 defunciones), Pará (13 casos y 2 defunciones), Pernambuco (4 casos), Río Grande do Sul (24 casos), Río de Janeiro (18 casos), Rondônia (2 casos), Roraima (310 casos y 4 defunciones), São Paulo (2 casos) y Sergipe (4 casos).

En **Colombia**, entre las SE 11 y 38 de 2018 se notificaron 85 casos confirmados (44 son importados, 40 relacionados con la importación y un caso de fuente de infección desconocida). No se registraron fallecidos. Los casos fueron notificados en los departamentos Antioquía, Arauca, Bolívar, Cauca, Cesar, La Guajira, Magdalena, Norte de Santander, Risaralda, Sucre; y en los distritos Barranquilla, Bogotá, Cartagena y Santa Marta. La genotipificación realizada en muestras de 22 casos, indicó que se trata del genotipo D8, linaje MVi/HuluLangat.MYS/26.11.

En **Ecuador**, entre las SE 13 y 33 de 2018, se notificaron 19 casos confirmados de sarampión (12 son importados y 7 relacionados a importación) procedentes de Quito (12 casos), Cuenca (1 caso), Riobamba (1 caso) y Tulcán (5 casos). Seis de los casos confirmados corresponden a una misma cadena de transmisión en el sector sur de la ciudad de Quito. La genotipificación en las muestras se encuentra en curso.

En **Estados Unidos**, entre el 1 de enero y el 11 de agosto se confirmaron 124 casos de sarampión en 22 estados y el Distrito de Columbia. La información se actualiza periódicamente en la página web de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), disponible en: <https://bit.ly/2iMFK71>.

En **Perú**, entre las SE 8 y 35 se notificaron 21 casos confirmados de sarampión, tres de ellos fueron importados (2 de Venezuela y uno de Filipinas) y el resto tiene como lugar probable de infección a Callao (11), Puno (2), La Libertad (1), Cusco (1), Ica (1) y Lima (2). El genotipo aislado en los dos primeros casos corresponde al D8 proveniente de la India; mientras que en los casos importados se identificó el genotipo D8 similar al identificado en Venezuela.

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 35 de 2018, se notificaron 7370 casos sospechosos, de los cuales 5332 fueron confirmados (727 en 2017 y 4605 en 2018). Se registraron 64 defunciones, 2 en 2017 y 62 en 2018 (34 en Delta Amacuro, 19 en Amazonas, 6 en Miranda y 3 en Distrito Capital).

Sarampión en comunidades indígenas

En **Brasil**, se notificaron 157 sospechosos en indígenas, de los cuales 127 fueron confirmados en el Estado de Roraima. La mayor parte de los casos corresponden al Distrito Indígena de Salud de Auaris. Por otra parte, en Amazonas se notificaron 15 casos sospechosos en indígenas de los cuales 2 fueron descartados y 13 permanecen en investigación.

En **Venezuela**, los casos en comunidades indígenas se detectaron a partir de la SE 1 de 2018 y hasta la SE 35 de 2018, se confirmaron 486 casos de sarampión, incluidas 48 defunciones, en poblaciones indígenas de Amazonas (161 casos, de los cuales 135 son de la etnia Sanema, 24 Yanomami, 3 Yekuana), Delta Amacuro (307 casos, todos ellos de la etnia Warao), y Monagas (18 casos, todos ellos de la etnia Warao). De las 48 defunciones 29 corresponden a Delta Amacuro (todas de la etnia Warao) y 19 son de Amazonas (todas de la etnia Sanema).

[Informe completo y orientaciones para las autoridades nacionales en la web de la OPS](#)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL**◆ OPS: Actualización epidemiológica de difteria en las Américas**

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la 37 de 2018, tres países (Colombia, Haití y la República Bolivariana de Venezuela) notificaron casos confirmados de difteria. En Colombia no se detectaron nuevos casos de difteria desde julio de 2018; en Haití y Venezuela el brote continúa activo. En 2017 cuatro países de la Región (Brasil, Haití, República Bolivariana de Venezuela y República Dominicana) notificaron casos confirmados.

En **Colombia**, desde la última actualización epidemiológica publicada el 29 de agosto, no se notificaron casos adicionales ni defunciones; el número de casos confirmados en 2018 se mantiene en 8, incluidas tres defunciones.

En **Haití**, el brote continúa activo con un total de 673 casos probables acumulados, incluidas 102 defunciones, notificados entre las SE 51 de 2014 y la 38 de 2018. De estos casos, 240 fueron confirmados (233 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, y 8% en 2017 y 2018. En 2018, el rango de edad de los casos probables es de 0 a 78 años, el 65% son menores de 15 años. En cuanto al género, el 60% del total de casos fueron del sexo femenino, mientras que en 2015, 2016 y 2017 esa proporción fue de 57%, 50% y 59%, respectivamente. El número de casos probables reportados hasta la SE 38 de 2018 es 46% más alto que el número total de casos reportados en 2017 y 142% más que en 2016, debido al aumento de la sensibilidad del sistema nacional de vigilancia. En 2018, se notificaron 281 casos probables (entre las SE 1 y 38), de los cuales 70 fueron confirmados (65 por laboratorio y 5 por nexo epidemiológico). Durante el mismo periodo, se notificaron 22 defunciones (10 confirmadas por laboratorio o nexo epidemiológico, 8 con muestras de laboratorio no viables, 3 permanecen en investigación y una fue descartada). Con relación a las características de los casos confirmados y reportados en 2018 (70 casos), el 91% corresponde a menores de 15 años (rango 1 a 40 años) y 56% son del sexo femenino.

En **Venezuela**, el brote de difteria que se inició en julio de 2016 sigue activo. Desde entonces y hasta la SE 36 de 2018 se notificaron 2028 casos sospechosos (324 casos en 2016, 1040 en 2017 y 660 en 2018), de los cuales 1217 fueron confirmados. Se reportan 201 fallecidos (17 en 2016, 103 en 2017 y 81 en 2018) La tasa de letalidad acumulada entre los casos confirmados es de 16,5%. En 2016, se notificaron casos en 5 estados (Anzoátegui, Bolívar, Delta Amacuro, Monagas y Sucre), en tanto en 2017 los casos se registraron en 22 estados y el Distrito Capital. En lo que va de 2018, son 22 las entidades federales que reportan casos confirmados. Los casos se registraron en todas las edades, pero la población más afectada es la del grupo de 1 a 39 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 (3 dosis) y refuerzos (3 dosis). Este esquema de vacunación brindará protección a lo largo de toda la adolescencia y la edad adulta (hasta los 39 años y posiblemente más). Las dosis de refuerzo de la vacuna contra la difteria deben administrarse en combinación con el toxoide tetánico, utilizando el mismo calendario y las fórmulas de vacunas apropiadas para la edad, a saber, DPT (difteria, tétanos y tos ferina) para niños de 1 a 7 años y Td (toxoide diftérico) para los niños de más de 7 años, adolescentes y adultos.

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 evolucionando. El Ministerio de Salud, la OMS y sus socios han avanzado en respuesta al brote y las tendencias recientes sugieren que las medidas de control están funcionando. Sin embargo, estas tendencias aún deben ser interpretadas con precaución. Desde el último informe el 14 de septiembre de 2018, se han reportado diez nuevos casos de EVE y siete nuevas muertes.

Hasta el 21 de septiembre de 2018 se ha reportado un total de 147 casos confirmados y probables de EVE, incluyendo 99 muertes (tasa de letalidad 67.3%). De los 147 casos, 116 están confirmados y 31 son probables. De las 99 muertes, 68 ocurrieron en casos confirmados. Un total de 19 trabajadores de la salud se han visto afectados, de los cuales 18 son casos confirmados y tres han fallecido. Desde el inicio del brote, 38 pacientes se han recuperado de la enfermedad, han sido dados de alta y se han reintegrado a sus comunidades.

De los 135 casos confirmados y probables con edad y sexo conocidos, el grupo de edad de 35 a 44 años sigue siendo el más afectado. Las mujeres constituyen el 57% de los casos confirmados y el 59% de los sospechosos.

El brote permanece activo en las zonas sanitarias de Beni, Mabalako y Mandima, y riesgos adicionales permanecen después del movimiento de varios casos desde estas áreas a Butembo y Masereka. Sin embargo, la zona de salud de Mabalako, el epicentro del brote, continúa registrando la mayoría de los casos acumulados reportados hasta la fecha, representando el 60.7% (89/147) de los casos, seguido por el Beni con el 21.8% (32/147) de los casos. La mayoría de los nuevos casos informados desde finales de agosto han sido en Beni, o asociados con la cadena de transmisión de Beni. Del total de muertes confirmadas o probables reportadas hasta la fecha, el 65.7% (65/99) son de Mabalako y 24.2% (24/99) son de Beni. Otras seis zonas de salud informaron 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 21 de septiembre de 2018, un total de 1641 estaban bajo seguimiento. La proporción de contactos en seguimiento se ha mantenido estable entre 93% y 96% en los últimos nueve días. Las zonas de salud Butembo / Katwa y Beni registraron la mayor proporción de contactos no monitoreados, probablemente como resultado de la resistencia de la comunidad en estas zonas de salud, interrumpiendo el proceso de monitoreo.

Las alertas han sido reportadas e investigadas en varias provincias de la República Democrática del Congo, así como en sus países vecinos, a saber, Burundi, República Centroafricana, Ruanda y Uganda, y hasta la fecha la enfermedad ha sido descartada en todas las alertas de provincias y países vecinos.

Acciones de salud pública

Todas las medidas de salud pública continúan implementándose en áreas clave de la respuesta al EVE: coordinación de actividades de respuesta, vigilancia, servicios de laboratorio, atención médica, prevención y control de infecciones, vacunación, comunicación, apoyo logístico y 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.

El 18 de septiembre de 2018, el Ministro de Salud abrió el centro de tratamiento de ébola Makeke, con una capacidad de 60 camas, lo que eleva a cinco el número de centros de tratamiento funcionales a 5. La tasa de ocupación general para todos los centros de tratamiento hasta la fecha es del 11%, con un 57% de estos en Beni.

El 19 de septiembre de 2018, el Ministro de Salud y el Representante de la OMS en la República Democrática del Congo viajaron a Butembo con una delegación conjunta del Ministerio de Salud, OMS y UNICEF para evaluar la respuesta en la ciudad de Kivu Norte, visitaron el nuevo centro de tratamiento de ébola de Butembo, construido por Médicos sin Fronteras, y conversaron con líderes religiosos y empresariales sobre la importancia de las medidas de prevención.

La resistencia comunitaria se está abordando mediante sesiones de trabajo entre las Comisiones de Comunicación, Atención Psicosocial y Vigilancia en Kinshasa, con la colaboración de equipos de campo con el fin de rastrear la historia, la naturaleza y la fuente de esta resistencia. Las actividades de participación de la comunidad se han fortalecido particularmente en Beni y Butembo.

Al 21 de septiembre de 2018, un total de cuarenta y tres puntos de entrada en la República Democrática del Congo (Beni, Goma y Tshopo) eran funcionales para el control de salud. Desde el comienzo de la detección, más de 5 millones de viajeros han sido evaluados y se han notificado 35 alertas, de las cuales siete han sido validadas. Actividades para fortalecer la capacidad en los puntos de entrada en los países vecinos como parte de la preparación están en curso, en colaboración con los socios.

Hasta el 21 de septiembre de 2018, un total de 11 044 personas han sido vacunadas desde el inicio del ejercicio de vacunación el 8 de agosto de 2018. El stock de vacuna disponible actualmente en Beni es 1310 dosis.

Interpretación de la situación por la OMS

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 ahora el foco se ha desplazado hacia Butembo y las nuevas áreas de salud que han informado casos confirmados de EVE. En la actualidad, los principales preocupaciones incluyen posibles cadenas de transmisión indocumentadas, renuencia por parte de algunas comunidades a adoptar conductas de prevención del ébola, propagación de la enfermedad a través de la instalaciones de asistencia sanitaria 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 los 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. La preparación en las provincias no afectadas de la República Democrática del Congo y en los países vecinos se están llevando a cabo.

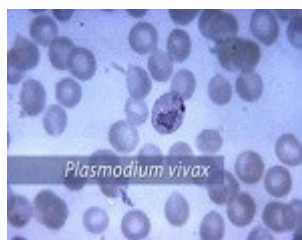
Fuente: [Organización Mundial de la Salud](#)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

OTROS EVENTOS DE LA SEMANA

- ⇒ [Enfermedad por el virus del Ébola en República Democrática del Congo](#)
- ⇒ [Actualización epidemiológica de difteria en las Américas por la OPS](#)
- ⇒ [Actualización epidemiológica de sarampión en las Américas por la OPS](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en Bolivia](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en Colombia](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en Costa Rica](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en El Salvador](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en Perú](#)
- ⇒ [Virus del Zika y chikungunya en México](#)
- ⇒ [Fiebre amarilla en Perú](#)
- ⇒ [Fiebre amarilla en República del Congo](#)
- ⇒ [Malaria en Colombia](#)
- ⇒ [Malaria en Haití](#)
- ⇒ [Malaria en México](#)
- ⇒ [Virus del Nilo Occidental en Estados Unidos](#)
- ⇒ [Virus del Nilo Occidental en Europa](#)
- ⇒ [Enfermedades en Ecuador esta semana](#)
- ⇒ [Sarampión en Chad, Colombia, Etiopía, Guinea, Kenia, Mali, Mauricio, Nigeria](#)
- ⇒ [Sarampión en República Democrática del Congo, Uganda, Zambia](#)
- ⇒ [Fiebre tifoidea en Zimbabue](#)
- ⇒ [Fiebre del Valle de Rift en Kenia](#)
- ⇒ [Fiebre del Valle de Rift en Uganda](#)
- ⇒ [Fiebre de Lassa en Liberia](#)
- ⇒ [Fiebre de Lassa en Nigeria](#)
- ⇒ [Brote de diarrea acuosa aguda en Etiopía](#)
- ⇒ [Cólera en Argelia](#)
- ⇒ [Cólera en Haití](#)
- ⇒ [Cólera en Níger](#)
- ⇒ [Cólera en Nigeria](#)
- ⇒ [Cólera en República Democrática del Congo](#)
- ⇒ [Cólera en Tanzania](#)
- ⇒ [Cólera en Zimbabue](#)
- ⇒ [Poliomielitis en República Democrática del Congo](#)
- ⇒ [Celulitis/fascitis necrosante en Santo Tomé y Príncipe](#)
- ⇒ [Viruela del simio en República Democrática del Congo](#)
- ⇒ [Rabia en República Democrática del Congo](#)

Recomendamos leer



Nueva estrategia para el desarrollo de una vacuna contra la malaria vivax

Un nuevo estudio, en la revista [Scientific Reports](#), muestra una estrategia prometedora para el desarrollo de una vacuna contra *Plasmodium vivax*, el parásito de la malaria que más prevalece fuera de África subsahariana. La investigación, liderada por el ISGlobal de Barcelona, indica la posibilidad de usar pequeñas vesículas (o exosomas), secretadas por glóbulos rojos inmaduros, como una plataforma de vacunación contra la malaria. Los resultados se han publicado . [Leer más en...](#)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

ARTE Y MEDICINA

Ludwig van Beethoven (Bonn, 16 de diciembre de 1770 - Viena, 26 de marzo de 1827) fue un compositor, director de orquesta y pianista alemán. Su legado musical abarca desde el Clasicismo hasta los inicios del Romanticismo musical. Es considerado como uno de los compositores más preclaros e importantes de la historia de la música y su legado ha influido de forma decisiva en la evolución posterior de este arte. Consiguió hacer trascender la música del Romanticismo, influyendo en diversidad de obras musicales del siglo XIX. Su arte se expresó en numerosos géneros y aunque las sinfonías fueron la fuente principal de su popularidad internacional, su impacto resultó ser significativo en sus obras para piano y música de cámara.



La familia de Beethoven vivía bajo condiciones modestas. El padre de Beethoven, tenor que daba clases de piano y violín, estaba muy gratamente impresionado por el hecho de que Wolfgang Amadeus Mozart diese conciertos a los siete años y quería que su hijo siguiera sus pasos. Con la intención de hacer de Ludwig un nuevo niño prodigio, comenzó a enseñarle piano, órgano y clarinete a temprana edad. Luego, Ludwig comenzó a recibir clases de otros profesores. Sus avances fueron significativos, sobre todo en la interpretación del órgano y la composición, guiado por músicos experimentados. Con 6 años actuó públicamente por primera vez, y con once años de edad, Beethoven publicó su primera composición y comenzó a trabajar como organista.

Virtuoso del piano con 17 años, viajó a Viena, donde desarrolló todo su potencial artístico y genialidad, asombrando a todos. Al igual que Mozart, fue uno de los primeros músicos que, sin estar al servicio de ningún príncipe o aristócrata, consiguió vivir (o malvivir) de los encargos que se le presentaban.

El padre era alcohólico y la madre estaba frecuentemente enferma. Ella enfermó gravemente de tuberculosis y su padre le pidió por carta que regresara a Bonn inmediatamente. La madre murió en 1787 y su padre entró en una depresión y su alcoholismo se agravó, llegando a ser detenido y encarcelado por este hecho. Tras esto, el joven Ludwig tuvo que responsabilizarse de sus jóvenes hermanos y se vio obligado a mantenerlos, tocando el violín en una orquesta y dando clases de piano durante cinco años, mientras su padre seguía preso. Su padre falleció en 1792.

Ese mismo año, el príncipe elector de Bonn volvió a financiarle un viaje a Viena, ciudad en la que permaneció el resto de su vida componiendo, tratando de alcanzar un reconocimiento social por medio del arte y sufriendo un mal particularmente terrible para él: la sordera.

La sordera

Con 26 años comenzó a presentar zumbidos ocasionales en los oídos (tinnitus), y notó los primeros síntomas de sordera cuando empezó a despuntar como compositor. La primera referencia que se tiene de la sordera data de 1801, cuando tenía 31 años. Le afectó inicialmente la capacidad de escuchar los sonidos agudos, motivo por el que empezó a usar notas de frecuencia media y baja en sus creaciones. Consciente de ello, escribió una carta a su médico y amigo Franz Gerhard Wegeler: "En el teatro tengo que estar muy cerca de la orquesta para entender a los intérpretes y desde lejos no escucho las notas más altas de los instrumentos y las voces de los cantantes. A veces también me cuesta escuchar a las personas que hablan en voz baja. El sonido que se oye es cierto, pero no las palabras. Y sin embargo, si alguien grita no puedo soportarlo".

Al principio intentó ocultar los síntomas, pero pocos años después ya usaba algodones en los oídos para amortiguar los ruidos a la vez que buscaba algún tratamiento eficaz. Beethoven pensaba que la causa de su sordera se relacionaba con los frecuentes cólicos y diarreas que presentaba, para la que había recibido múltiples tratamientos -todos inútiles- por los médicos que le atendían: aceite de almendras, baños tibios de agua del Danubio, hierbas para el oído...

En cuestión de doce años, de 1814 a 1826, se quedó totalmente sordo, y debió usar trompetillas a los 42 años, que poco después resultaron ineficaces por lo que solo podía comunicarse escribiendo. A pesar de ello, Beethoven dejó de necesitar los conciertos y recitales en los salones de la corte para sobrevivir. Los editores se disputaban sus obras; además, la aristocracia austriaca, quizás avergonzada por la muerte de Wolfgang Amadeus Mozart en la pobreza, le asignó una pensión anual. Debido a la pérdida de sus capacidades auditivas, se entregó a una febril actividad creadora, y, a la par, sufrió penalidades personales producidas por dos desengaños amorosos. No llegó a casarse nunca, pero se le atribuyen varios romances, sobre todo entre damas de la nobleza.

Genio entre genios sufrió lo peor que le puede pasar a un músico: quedarse sordo. Los expertos dicen que no es necesario escuchar todas las frecuencias para poder utilizarlas a la hora de componer y Beethoven así lo hizo, siguió componiendo en su cabeza sin que su mal le impidiera seguir creando obras maestras, aunque no cabe duda de que su patología influyó en la composición.

Estudios sobre las causas de su muerte

A lo largo de su vida, Beethoven visitó gran cantidad de médicos para curar sus diversas dolencias físicas, como mala digestión, dolor abdominal crónico, cirrosis hepática, nefropatía, pancreatitis crónica, irritabilidad, depresión, así como otros síndromes sin etiología demostrada, tales como alteraciones gastrointestinales, bronquiales, articulares y oculares. En una carta a un amigo, expresó su deseo de que, después de su muerte, sus restos fueran usados para determinar la causa de su enfermedad y evitar que otros padecieran su mismo sufrimiento.

Tras su muerte, se realizó la autopsia. El informe original se perdió, aunque se conserva una copia donde se puede leer que el hígado se encontraba atrofiado, el bazo y el páncreas eran más grandes de lo normal, los riñones presentaban cálculos, las arterias auditivas se encontraban dilatadas, duras y frágiles y los nervios auditivos, adelgazados... La descripción de la autopsia no podía concluir sobre la causa de su patología auditiva.

Desde su fallecimiento, a los cincuenta y seis años de edad, en 1827, han existido muchas especulaciones y estudios sobre las causas de sus múltiples dolencias y su muerte, pero no han conseguido determinar una patología sistémica para explicar al menos gran parte de sus síndromes.

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

ARTE Y MEDICINA

Aparentemente, Beethoven ingería agua contaminada con plomo, que se obtenía de un arroyo campestre, creyendo que tenía propiedades curativas. Las últimas investigaciones señalan que fue por el plomo de los vasos que usaba para beber. A raíz de dichos estudios, se pudo saber que el compositor padecía problemas estomacales desde los veinte años y que, en ocasiones, sufría crisis depresivas. Los problemas estomacales y el cambio de personalidad que sufrió desde los veinte años concuerdan con el diagnóstico de envenenamiento por plomo. En algunos estudios, también se destaca la ausencia de niveles perceptibles de cadmio o mercurio en el mechón y el hueso, elementos a los que previamente se habían identificado como causantes de la enfermedad de Beethoven. La presencia de plomo en el cráneo confirmó que la exposición del músico a dicho elemento no fue un hecho puntual en su vida, sino que tuvo que estar sometido a él durante muchos años. Aunque existen algunos extraños casos de sordera provocados por envenenamiento por plomo, no hay ninguna evidencia sólida que sustente que fuese esta la causa de la que padeció Beethoven.

Otro estudio afirma que Beethoven falleció a causa de una insuficiencia hepática que desencadenó un coma hepático. Además, puede que con probabilidad padeciera una septicemia final, con el antecedente de una ascitis fistulizada e infectada. No se puede afirmar con certeza si una insuficiencia renal y una diabetes descompensada fueron motivo de su fallecimiento. En la medicina moderna, la causa de su muerte sería catalogada como un fallo multisistémico, originado por su insuficiencia hepática.

¿Y el origen de la sordera?

Se han barajado múltiples causas: una laberintitis del oído interno a consecuencia de una posible sífilis, algo que se descarta porque de lo que se conoce de su biografía -que es mucho- no hay indicios de que durante su adolescencia la sufriera ni tampoco se han encontrado restos químicos de tratamientos para la misma en el análisis de su cabello; y una neuritis acústica del oído podría deberse a la fiebre tifoidea, a la hepatitis, a una colitis, al reumatismo e, incluso, a una sarcoidosis, todas ellas descartadas en la actualidad.

Por fortuna, para poder aportar un poco de luz a esta incógnita, en aquellos tiempos todavía no existía la fotografía postmortem y los familiares de los difuntos solían cortar mechones de pelo a modo de recuerdo. Así, durante la velación del cuerpo de Beethoven, Ferdinand Hiller cortó un mechón de la cabellera guardándolo entre dos láminas de vidrio de un guardapelo. En 1977 se estudió mediante radioinmunoensayo encontrando concentraciones elevadas de plomo 42 veces superiores a la media de las muestras control, y años después, en 1995, sería adquirido por dos admiradores del músico que lo acabarían entregando a científicos reputados para su análisis. Además, el médico vienés Franz Romeo Seligmann guardó tres huesos del cráneo durante el traslado del cuerpo de Beethoven a otro cementerio de Viena. Estos fragmentos fueron analizados en el Centro de Tratamiento Pfeiffer en Warrenville (Illinois) en el año 2005 mediante espectrometría de Rayos X, y se detectaron también trazas de plomo en el hueso parietal. Que se encontrara en el hueso demuestra que la exposición al plomo no fue puntual (se descarta el envenenamiento) sino que se expuso durante muchos años ocasionando una intoxicación por plomo crónica severa (saturnismo) que a la vez podría justificar los males que sufrió durante su vida. No debemos olvidar que en aquellos tiempos el saturnismo era algo casi endémico al encontrar plomo en utensilios de cocinas, cañerías, vajillas e incluso en el vino al agregarse para suavizar su sabor.

En conclusión...

Se puede afirmar que Beethoven sufrió una cirrosis hepática probablemente a consecuencia del alcohol y que en sus últimos días sufrió un fallo multisistémico que le ocasionaría la muerte. El hecho de encontrar en la autopsia varices esofágicas (que nunca sangraron) y el bazo aumentado, sugieren que tenía hipertensión portal. En cuanto a la sordera bien pudo ser resultado de una problema en el nervio auditivo a consecuencia de la intoxicación por plomo, algo que todavía sigue siendo discutido al no encontrarse todavía una evidencia lo suficientemente sólida que lo confirme.

Aunque la intoxicación por plomo en los músicos no es más frecuente que entre la población general, hay profesiones como los pintores que eran más propensos a padecerla por el elevado contenido en plomo de los pigmentos que utilizan en sus pinturas. Lo que está claro es que no podemos atribuir la sordera a la música -la progresión habría sido más lenta que la que sufrió- sino a una enfermedad. Los especialistas calculan que en la actualidad más del 40% de los músicos acaban teniendo alteraciones más o menos severas en su audición que, dependiendo del instrumento que tocan, puede afectar más un oído que otro. Así, los violinistas se vuelven más sordos del oído izquierdo que del derecho al encontrarse el instrumento más cerca de este lado. Un consejo: si alguno de vosotros os dedicáis a la música debéis tener presente este hecho y siempre podéis adquirir unos tapones expresamente diseñados para vosotros que reducen la intensidad del sonido sin afectar a la calidad del mismo.

Como alegan que dijo el genial compositor al presentir el final de sus días... ¡Aplaudid, amigos, la función ha terminado!

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.