

ISSN 1028-4346

SEI

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA  
INTERNACIONAL

*SEI No. 40, 2018*

*9 de octubre*

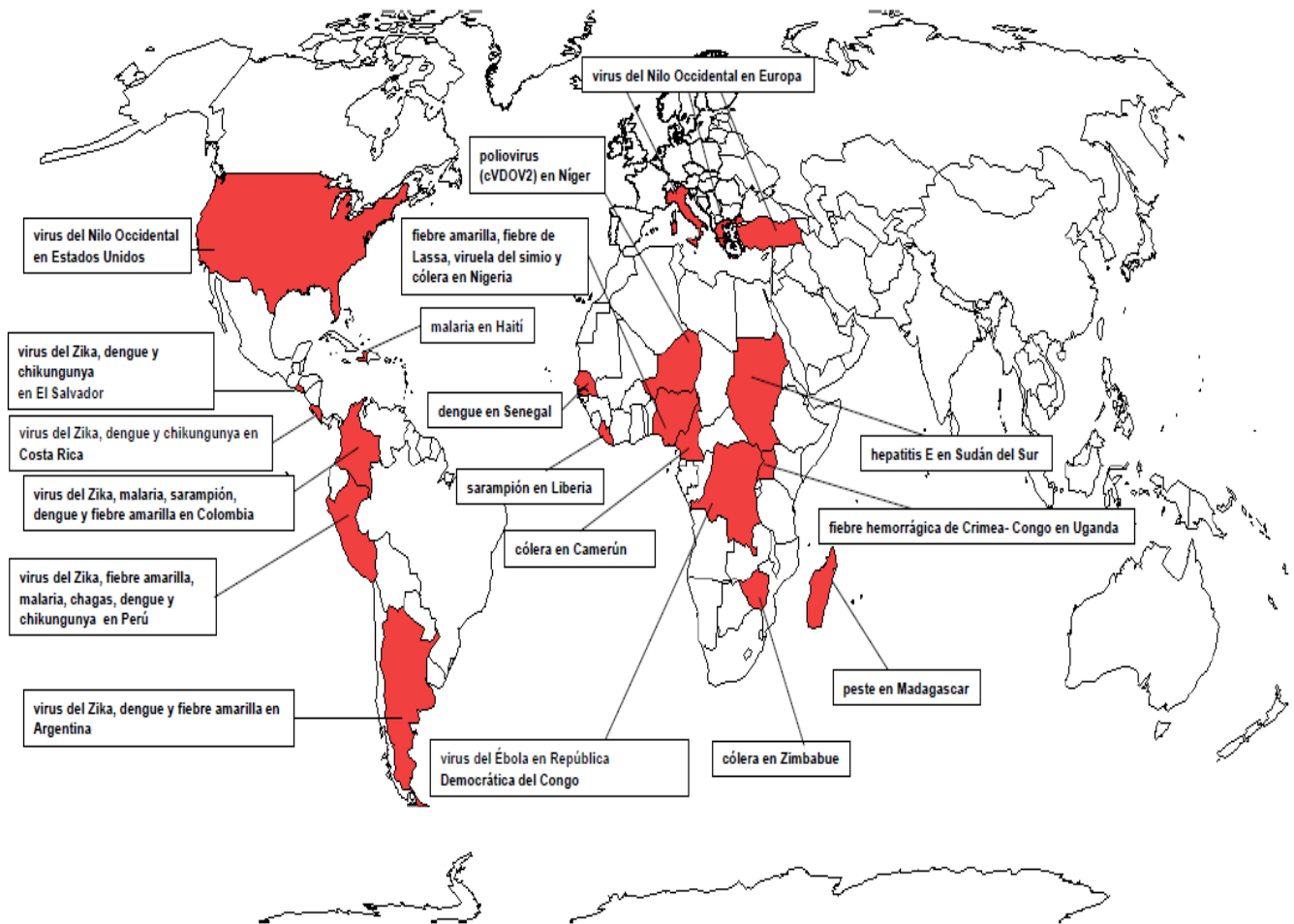


CENTRO DE DIRECCIÓN MINISTERIAL MINSAP

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 dengue, 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 367 513 casos de dengue en las Américas hasta el 1 de octubre de 2018. Sobresale Brasil con 198 784 casos, seguido de México con 36 101, Nicaragua con 34 506, Paraguay con 28 819, y Colombia con 25 746.
- ⇒ **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

- ⇒ Resumen de la temporada de influenza 2017-2018 en Estados Unidos
- ⇒ Dengue, virus del Zika y fiebre amarilla en Argentina
- ⇒ 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
- ⇒ Dengue en Senegal
- ⇒ Fiebre amarilla en Nigeria y Perú
- ⇒ Malaria en Colombia, Haití y Perú
- ⇒ Virus del Nilo Occidental en Estados Unidos
- ⇒ Virus del Nilo Occidental en Europa
- ⇒ Enfermedades en Ecuador esta semana
- ⇒ Sarampión en Colombia y Liberia
- ⇒ Cólera en Camerún, Nigeria y Zimbabue
- ⇒ Zimbabue vacunará a 1,4 millones de personas contra el cólera en Harare
- ⇒ Enfermedad de Chagas en Perú
- ⇒ Fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en Uganda
- ⇒ Fiebre de Lassa en Liberia y Nigeria
- ⇒ Peste en Madagascar
- ⇒ Hepatitis E en Sudán del Sur
- ⇒ Viruela del simio en Nigeria
- ⇒ Poliovirus derivado de la vacuna circulante tipo 2 (cVDPV2) en Níger

## 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		
<b>3 720</b>			

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](#)



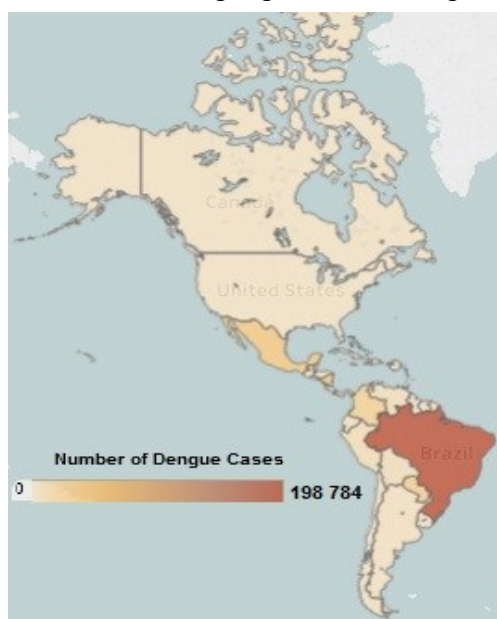
## BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

### ◆ Resumen semanal de dengue

La Organización Panamericana de la Salud reporta 367 513 casos de dengue en las Américas hasta el 1 de octubre de 2018. Sobresale Brasil con 198 784 casos, seguido de México con 36 101, Nicaragua con 34 506, Paraguay con 28 819, y Colombia con 25 746.

Países	Casos	Países	Casos
Brasil	198784	Estados Unidos	150
Nicaragua	34506	Guyana Francesa	115
México	36101	Trinidad y Tobago	74
Paraguay	28819	Martinica	73
Colombia	25746	Santa Lucía	66
Perú	6519	Haití	48
El Salvador	5252	Dominica	35
Venezuela	5223	San Martín	29
Honduras	5155	Aruba	29
Bolivia	4663	Chile	18
Panamá	4492	Islas Caimán	17
Guatemala	3122	Isla Vírgenes (UK)	15
Ecuador	2556	Bahamas	9
Argentina	1803	Guadalupe	8
Costa Rica	1671	Antigua y Barbuda	8
Belice	955	San Cristóbal y Nieves	5
Rep. Dominicana	776	San Vicente y las Granadinas	2
Granada	263	Puerto Rico	1
Jamaica	217	Anguila	1
Guyana	186	Montserrat	1
<b>Total</b>			<b>367513</b>

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



Se han reportado **180 fallecidos en 2018** (Brasil 100, Colombia 20, México y Paraguay 15 cada uno, Perú 12, Guatemala y Venezuela 5 cada uno, Panamá 3, Nicaragua 2, El Salvador, Honduras y República Dominicana 1 cada uno).

## 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.

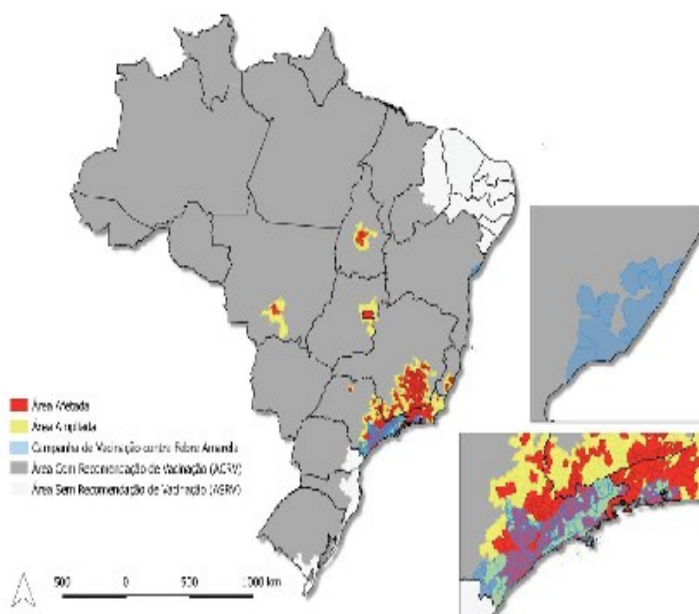
Fuente: [Organización Panamericana de la Salud](#)

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 República Democrática del Congo**

El brote de la enfermedad del virus del Ébola (EVE) en las provincias Kivu del Norte e Ituri, en República Democrática del Congo, continúa evolucionando. Desde el último boletín semanal del 28 de septiembre de 2018, se han reportado 20 nuevos casos confirmados de EVE y 11 nuevas muertes. El 6 de octubre de 2018, se notificaron dos nuevos casos confirmados en Beni (1) y Butembo (1), y dos muertes ocurrieron en casos confirmados en Beni (1) y Tchomia (1). Además, tres casos probables fueron reportados en Beni. Hay 11 casos sospechosos bajo investigación en Beni (6), Mabalako (4), Mandima (2) y Butembo (1).

Hasta el 6 de octubre de 2018 se reportó un total de 177 casos confirmados y probables de EVE, incluyendo 113 muertes, elevando la tasa de letalidad a 63,8%. Entre los 177 casos, 142 están confirmados y 35 son probables. La tasa de letalidad entre los casos confirmados fue de 54.9% (78/142). Los casos confirmados fueron reportados en seis zonas de salud en la provincia Kivu Norte: Mabalako (70), Beni (47), Butembo (9), Oicha (2), Kalunguta (1), y Masereka (1); y tres zonas de salud en la provincia Ituri: Mandima (9), Tchomia (2) y Komanda (1). En total, 19 trabajadores de la salud han sido afectados, de los cuales 18 son casos confirmados y tres trabajadores de la salud han fallecido. Todas las exposiciones de los trabajadores de la salud ocurrieron en instalaciones de salud fuera de los Centros de Tratamiento del Ébola (ETC, por sus siglas en inglés).

Hasta el 6 de octubre de 2018, cincuenta pacientes se habían recuperado, habían sido dados de alta de los ETC y reintegrados en sus comunidades. Un total de 26 pacientes permanecían hospitalizados, incluyendo 11 sospechosos y 15 confirmados. Todos los casos confirmados se han beneficiado de la terapia compasiva.

De 2045 contactos monitoreados hasta el 6 de octubre de 2018, un total de 1887 (92%) concluyeron el seguimiento. No se vieron 158 contactos, de los cuales 144 (91%) se registraron en Beni. Veintiún contactos completaron el período de seguimiento de 21 días. Se identificaron un total de 264 nuevos contactos, incluyendo 239 en Beni, 22 en Butembo y 3 en Mandima. Dieciocho contactos se "perdieron durante el seguimiento", incluidos 15 en Beni, dos en Tchomia y uno en Komanda. La búsqueda de estos contactos está en curso.

**Acciones de salud pública**

- El 3 de octubre de 2018, un total de 261 personas fueron vacunadas en siete anillos, lo que elevó el número acumulado de personas vacunadas a 14 276 (97% de las 14 739 personas) en las dos provincias afectadas. No se han reportado eventos adversos importantes. El stock actual de vacunas disponibles es de 2420 dosis.
- De un total de 60 puntos de entrada (PoE, por sus siglas en inglés) y puntos de control de salud, 53 funcionaron al 3 de octubre de 2018, con un total de 188 122 viajeros. Desde el inicio de la epidemia, se ha verificado un total de 7 251 151 viajeros.
- Todos los pacientes admitidos en las ETC / ITU, incluidos sus familiares, han recibido apoyo psicosocial y nutricional. Catorce pacientes (un caso curado y 13 no casos) fueron dados de alta de las ETC el 6 de octubre de 2018 y se reintegraron a sus comunidades con la ayuda de la comisión psicosocial.
- Las actividades de comunicación continua están en curso, incluida la difusión masiva a las comunidades (757 personas alcanzadas), la difusión de puerta a puerta (10 744 personas alcanzadas), charlas educativas (114 personas) y mensajes transmitidos que promueven medidas de prevención contra EVE (37 medios de comunicación involucrados).
- Un total de 75 trabajadores de la salud de Beni, 14 de Kalunguta, 18 de Tchomia y 22 higienistas de Mabalako recibieron capacitación sobre protocolos de prevención y control de infecciones.
- Se descontaminaron tres establecimientos de salud en Beni y 3 hogares en las zonas de salud de Butembo, Mangina y Beni.

**Situación de interpretación**

El brote de EVE en la República Democrática del Congo ha llegado a un momento crítico debido a las amenazas de seguridad prevalecientes, la incidencia de la reticencia de la comunidad / la desconfianza y el aumento de la propagación geográfica. El 2 de octubre de 2018, tres voluntarios de la Cruz Roja fueron atacados mientras realizaban un entierro seguro y digno en la zona de salud de Butembo. Este ataque seguido poco después el período de luto ("ville morte"), impidió las operaciones de respuesta en Beni y otras ciudades. Las interrupciones de respuesta en esta etapa solo facilitan una mayor propagación de la enfermedad.

La confirmación reciente de casos de EVE en nuevas áreas a cientos de kilómetros de distancia significa que los equipos de respuesta están dispersos en tierra. Además, las nuevas áreas están más cerca de las áreas inseguras, denominadas zonas rojas, y muy cerca de una frontera internacional. Ante estos desafíos, **la OMS ha revisado la evaluación de riesgo para el brote, elevando el riesgo a nivel nacional y regional de alto a muy alto. El riesgo sigue siendo bajo a nivel mundial.**

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

## BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

### OTROS EVENTOS DE LA SEMANA

- ⇒ [Elevado a muy alto riesgo del brote de ébola a nivel nacional y regional en República Democrática del Congo](#)
- ⇒ [Resumen de la temporada de influenza 2017-2018 en Estados Unidos](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y fiebre amarilla en Argentina](#)
- ⇒ [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](#)
- ⇒ [Dengue en Senegal](#)
- ⇒ [Fiebre amarilla en Nigeria](#)
- ⇒ [Fiebre amarilla en Perú](#)
- ⇒ [Malaria en Colombia](#)
- ⇒ [Malaria en Haití](#)
- ⇒ [Malaria en Perú](#)
- ⇒ [Virus del Nilo Occidental en Estados Unidos](#)
- ⇒ [Virus del Nilo Occidental en Europa](#)
- ⇒ [Enfermedades en Ecuador esta semana](#)
- ⇒ [Sarampión en Colombia](#)
- ⇒ [Sarampión en Liberia](#)
- ⇒ [Cólera en Camerún](#)
- ⇒ [Cólera en Nigeria](#)
- ⇒ [Cólera en Zimbabue](#)
- ⇒ [Zimbabue vacunará a 1,4 millones de personas contra el cólera en Harare](#)
- ⇒ [Enfermedad de Chaqas en Perú](#)
- ⇒ [Fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en Uganda](#)
- ⇒ [Fiebre de Lassa en Liberia](#)
- ⇒ [Fiebre de Lassa en Nigeria](#)
- ⇒ [Peste en Madagascar](#)
- ⇒ [Hepatitis E en Sudán del Sur](#)
- ⇒ [Viruela del simio en Nigeria](#)
- ⇒ [Poliovirus derivado de la vacuna circulante tipo 2 \(cVDPV2\) en Níger](#)

### Recomendamos leer

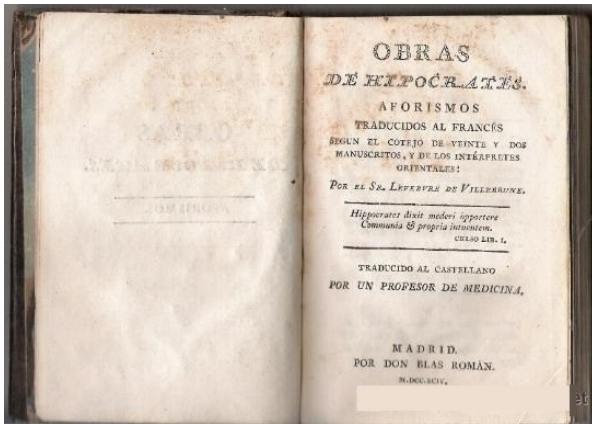
#### Un estudio no puede establecer relación causal entre el síndrome de Guillain-Barré y el virus del Zika

Con posterioridad a la oleada del virus del Zika y el incremento en la incidencia de síndrome de Guillain-Barré (SGB), se ha estudiado la relación causal, pero no se ha encontrado una plena correlación etiológica. Una investigación realizada en México intentó establecer una relación causal del SGB con el virus del Zika, mediante el estudio de pacientes con SGB, entre los cuales no se informaron de casos positivos al virus del Zika. En el estudio, que fue publicado en [Rev Neurol 2018](#), los autores reconocen que en esa cohorte no fue posible establecer una relación causal entre el SGB y el virus del Zika, pero se identificaron otros agentes causales víricos y bacterianos, como dengue, chikungunya y enterovirus, y fue aún más destacable la identificación de los casos de *Campylobacter*. [Leer más...](#)



## BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

### ARTE Y MEDICINA



#### La Biblia de los médicos

Así es como se conocía a un libro vigente entre los médicos que se convertiría en la base de la enseñanza médica durante siglos, los **Aforismos** de Hipócrates. Pervivieron durante más de 2500 años en los escritos a modo de sentencias breves y universales aplicadas a situaciones concretas, semejantes a los refranes de la actualidad, y según la mayoría de los historiadores, fueron elaborados por el propio **Hipócrates**.

Con Hipócrates, la medicina no solo entra en la era científica, sino que determina la ética y la moral del médico. Cuando fueron escritos no se tenían las nociones adecuadas de anatomía ni de fisiología, y además, imperaba la creencia de que las enfermedades era originadas por fuerzas sobrenaturales, pero Hipócrates, considerado el padre de la Medicina, rechazó el

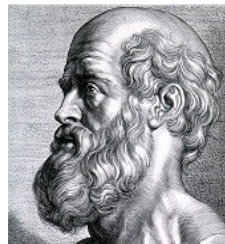
origen de las enfermedades conocido hasta ese momento, separó la medicina de la religión, y argumentó que la enfermedad no era un castigo divino, sino una consecuencia de alteraciones secundarias a la dieta, los hábitos de vida y los factores ambientales. Les mostramos algunos de estos aforismos que, aunque puedan parecer extraños a nuestros ojos, representaron un gran avance en el saber médico:

- A enfermedades extremas, remedios heroicos, excelentes y bien administrados.
- Presentan las enfermedades muy agudas síntomas muy alarmantes, y así en ellas conviene prescribir desde luego la más severa dieta. Mas, cuando la dolencia no presenta este carácter, se puede permitir algún alimento, aumentándose paulatinamente conforme la enfermedad se hace menos intensa.
- Tienen los que crecen mucho calor innato y así necesitan una alimentación copiosa; de no ser así, se consumirá su cuerpo. Los viejos tienen poco calor; y así los basta con poco para conservarle; demasiada alimentación les extinguiría. Por eso son en ellos las fiebres menos agudas, pues que está frío su cuerpo.
- No se debe juzgar de las evacuaciones por su cantidad, sino que es preciso atender a si tienen las cualidades necesarias, y si las sobrelleva bien el enfermo. Y si fuera preciso llevarlas hasta el desmayo, hágase, siempre que el paciente pueda soportarlas.
- En las enfermedades agudas y, sobre todo, al iniciarse, rara vez están indicados los purgantes y, cuando lo están, es con la mayor circunspección y medida.
- Ni la saciedad, ni el hambre, ni cosa alguna que exceda de lo que la Naturaleza quiera, es bueno.
- Mejor es que después de la convulsión, suceda la fiebre, que no que preceda esta a la convulsión.
- Buen signo es en toda enfermedad conservar despejada la inteligencia y estar dispuesto a hacer o tomar lo que se ofrezca. Lo contrario es mala señal.
- Los que tienen el cuerpo sano, sobrellevan difícilmente los purgantes.
- Suelen padecer los ancianos menos enfermedades que los jóvenes. En cambio, las que les acometen se hacen crónicas y muchas veces mortales.
- Los catarros y corizas de los ancianos, nunca se curan completamente.
- Los ahogados, estrangulados y acometidos de muerte aparente, si tienen espuma en la boca, no vuelven a la vida.
- Los obesos están más expuestos a muerte repentina que los delgados.
- Los niños que padecen de epilepsia, se curan con el cambio de edad, de costumbres, de vida, clima y región.
- Lo que causa más enfermedades es el cambio de estaciones. Y en estos tiempos las producen mucho más los rápidos cambios de calor o frío u otros análogos.
- Hay temperamentos, a los cuales prueba mejor el invierno que el estío; y a la inversa.
- Las enfermedades que más frecuentemente se observan en tiempos de lluvia son fiebres de larga duración, diarreas, gangrenas, epilepsias, apoplejías y anginas. En los muy secos se padece tisis, oftalmias, dolores articulares, disurias y disenterías. En verano conviene evacuar por la vía superior y en invierno por la inferior.

## BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

### ARTE Y MEDICINA

- Aquellos que durante el efecto de los purgantes no experimentasen sed, seguirán evacuando hasta sentirla.
- La expulsión de sangre en la orina espontáneamente es señal de rotura de alguna vena de los riñones.
- Las arenillas que aparecen en la orina denuncian cálculos en la vejiga.
- Los epilépticos impúberes, tienen curación. Pero aquellos en quienes se presenta la epilepsia después de los veinticinco años, suelen conservarla hasta la muerte.
- El estornudo es buena señal en los padecimientos histéricos y en los partos difíciles.
- En la mujer embarazada, si los pechos se aplanan súbitamente es señal de aborto.
- El feto masculino ocupa preferentemente el lado derecho de la matriz y el femenino el izquierdo.
- En la mujer embarazada, cuando la leche sale con abundancia de los pechos, es signo de debilidad del feto. Pero si las mamas están duras y firmes, esto significa que el feto está sano.
- Cuando la mujer no concibe, si se quiere averiguar si es o no estéril, se la debe cubrir bien con sus vestidos y prepararla una fumigación; y si pareciere que el olor entra por el cuerpo hasta la nariz y la boca, por esto mismo se sabrá que no es infecunda.
- No goza de buena salud el feto de la mujer que menstrúa durante el embarazo.
- Las úlceras alrededor de las cuales cae el pelo son malignas.
- Los eunucos ni padecen gota ni se quedan calvos. Las mujeres no padecen gota hasta que cesa el flujo menstrual. Los jóvenes no padecen gota antes de gustar los placeres sexuales.
- Hay que observar, en el enfermo el aspecto que los ojos presentan durante el sueño. Si estando los párpados casi juntos se ve una parte de lo blanco de la esclerótica, sin que haya precedido flujo espontáneo de vientre o provocado, el síntoma es funesto y mortal a veces.
- De los cuarenta a los sesenta años es cuando están los individuos más expuestos a la apoplejía.
- Lo que los medicamentos no sanan lo cura el hierro; lo que no cura el hierro, el fuego lo cura; lo que no sana el fuego, debe considerarse incurable.
- Es en extremo conveniente que el médico se aplique a pronosticar con acierto.
- El dormir el enfermo con la boca siempre abierta es señal de muerte.
- En conclusión, los tumores que traen dolor, y son duros y grandes, significan una muerte cercana; pero si fuesen blandos sin dolor, y que ceden al tacto, son más largos.
- Lo que se ha de tener por cosa muy mala es que el enfermo no pueda dormir ni de día ni de noche, porque este desvelo dimana o de dolor o de trabajo grande que el paciente tiene, o es significativo de perturbación de la mente.
- No están todos los que son, pero esta pequeña muestra puede sorprender a más de uno. Hemos de tener presente que se escribieron hace más dos mil años.



La vida es breve,  
el arte es largo,  
la oportunidad fugaz,  
la experiencia engañosa  
y el juicio difícil.

Hipócrates

**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