

ISSN 1028-4346

SEI

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA
INTERNACIONAL

SEI No. 41, 2018

16 de octubre

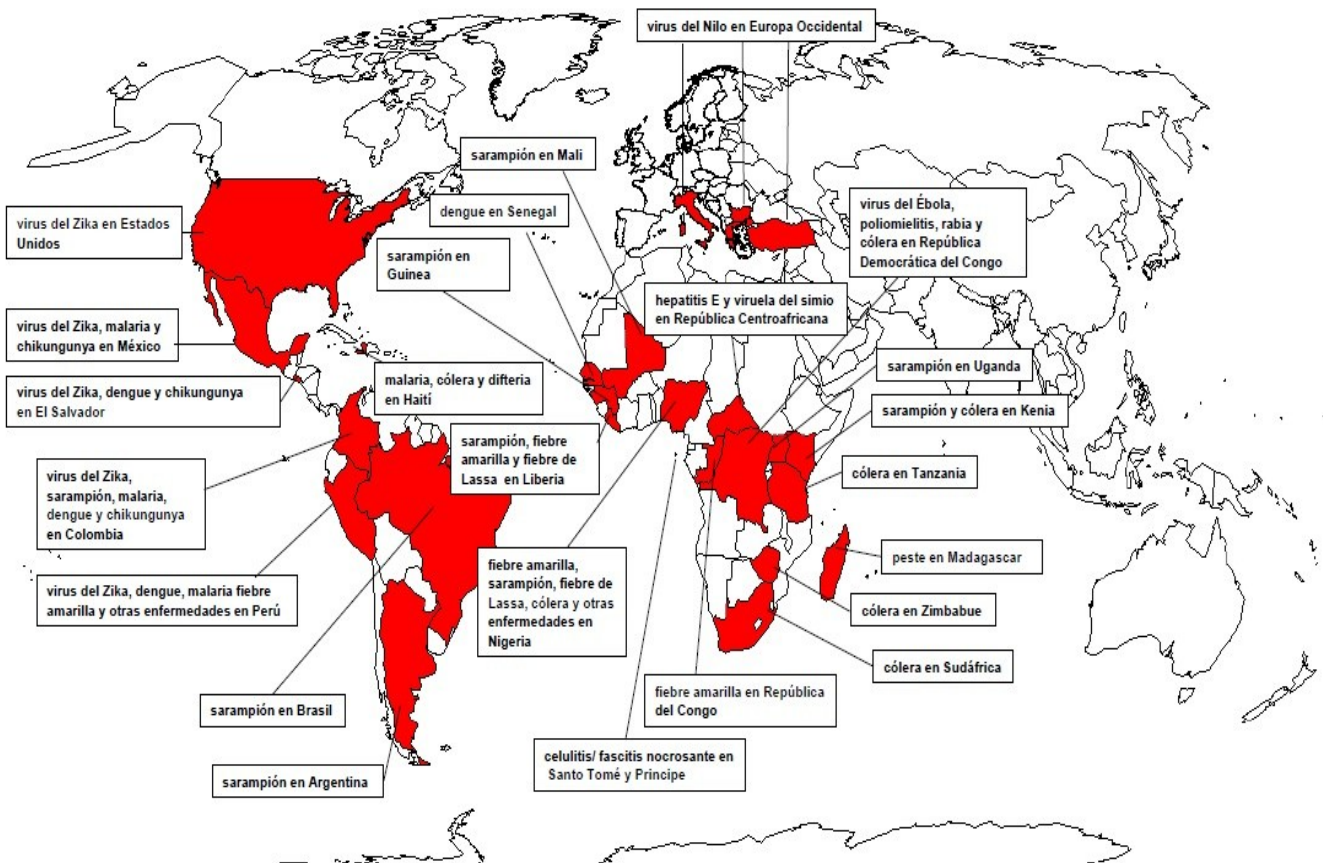


CENTRO DE DIRECCIÓN MINISTERIAL MINSAP

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 377 935 casos de dengue en las Américas hasta el 12 de octubre de 2018. Sobresale Brasil con 198 784 casos, seguido de México con 44 048, Nicaragua con 34 506, Paraguay con 28 819 y Colombia con 27 298.
- ⇒ **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

- ⇒ Situación del ébola en la República Democrática del Congo
- ⇒ Informe de situación de Influenza
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Colombia
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en El Salvador
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Perú
- ⇒ Virus del Zika y chikungunya en México
- ⇒ Virus del Zika en Estados Unidos
- ⇒ Dengue en Senegal
- ⇒ Fiebre amarilla en Liberia, Nigeria y Perú
- ⇒ Fiebre amarilla en República del Congo
- ⇒ Malaria en Colombia, Haití, México y Perú
- ⇒ Virus del Nilo Occidental en Europa
- ⇒ Difteria en Haití
- ⇒ Sarampión en Argentina, Brasil y Colombia
- ⇒ Sarampión en Guinea, Kenia y Liberia
- ⇒ Sarampión en Mali, Nigeria y Uganda
- ⇒ Cólera en Haití
- ⇒ Cólera en Kenia, Nigeria
- ⇒ Cólera en República Democrática del Congo
- ⇒ Cólera en Sudáfrica, Tanzania y Zimbabue
- ⇒ Enfermedad de Chagas en Perú
- ⇒ Fiebre de Lassa en Liberia y Nigeria
- ⇒ Peste en Madagascar
- ⇒ Hepatitis E en República Centroafricana
- ⇒ Viruela del simio en Nigeria y República Centroafricana
- ⇒ Poliovirus derivado de la vacuna circulante en Nigeria
- ⇒ Poliomiélitis en República Democrática del Congo
- ⇒ Rabia en República Democrática del Congo
- ⇒ Celulitis/fascitis necrosante en Santo Tomé y Príncipe

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 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](#)

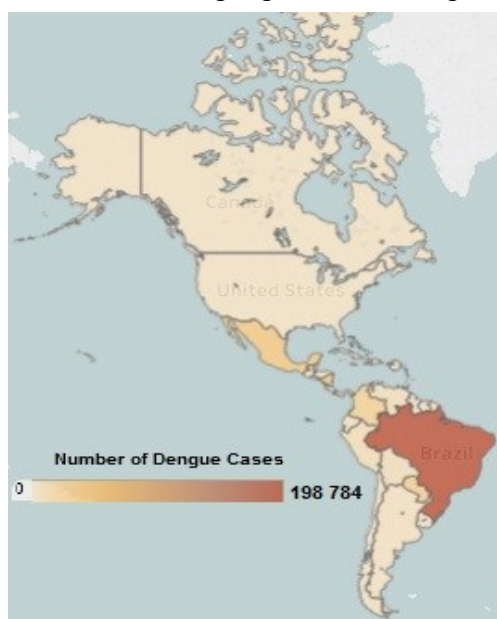
BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

◆ Resumen semanal de dengue

La Organización Panamericana de la Salud reporta 377 935 casos de dengue en las Américas hasta el 12 de octubre de 2018. Sobresale Brasil con 198 784 casos, seguido de México con 44 048, Nicaragua con 34 506, Paraguay con 28 819 y Colombia con 27 298.

Países	Casos	Países	Casos
Brasil	198784	Guyana	186
México	44048	Guyana Francesa	115
Nicaragua	34506	Trinidad y Tobago	74
Paraguay	28819	Martinica	73
Colombia	27289	Santa Lucía	66
Perú	6519	Haití	48
El Salvador	5904	Dominica	35
Honduras	5390	San Martín	29
Venezuela	5223	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
Estados Unidos	195	Montserrat	1
Total			377935

Figura 1. Distribución geográfica del dengue en las Américas el 12 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.

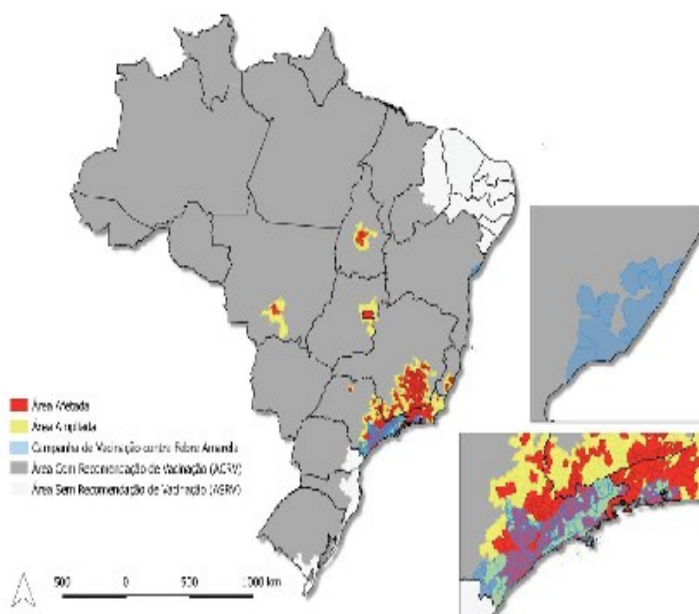
Fuente: [Organización Panamericana de la Salud](#)

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 mil 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: Alerta Epidemiológica: *Salmonella entérica serovar Typhi* haplotipo H58, 10 de octubre de 2018**

Ante la aparición de infecciones por *Salmonella serovar Typhi* haplotipo H58 con resistencia extendida a fluoroquinolonas y cefalosporinas de tercera generación en África y Sureste Asiático, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recomienda a los Estados Miembros fortalecer la vigilancia y la capacidad de diagnóstico de laboratorio con el objetivo de favorecer la detección temprana de casos de fiebre tifoidea con resistencia extendida, proporcionar el tratamiento adecuado e identificar la fuente de infección.

Antecedentes

La fiebre tifoidea, causada por *Salmonella entérica* serovariedad Typhi, es una enfermedad sistémica cuyo cuadro clínico varía desde una infección subclínica o leve hasta un cuadro grave con complicaciones. Se estima que la tasa de enfermedad para *S. Typhi* en las Américas es de 10 por 100 000 habitantes (2-32; IC de 95%) y la mortalidad de 0,07 (0,01-0,2; IC de 95%) por 100 000 habitantes.

La gravedad de la infección por *S. Typhi* depende de factores como virulencia de la cepa, magnitud del inóculo ingerido, lapso transcurrido hasta recibir tratamiento adecuado, edad y antecedentes de vacunación. La tasa de letalidad varía entre 1% a 4% en pacientes que recibieron tratamiento adecuado y puede alcanzar hasta 10%-20% en los casos no tratados o en aquellos en que el esquema de tratamiento no fue el apropiado.

Los cuadros de enfermedad aguda o leve, incluso la subclínica, pueden ir seguidos por el estado de portador en el cual el huésped puede excretar *S. Typhi* por periodos de tiempo prolongados. El ser humano es el único reservorio de *S. Typhi*. La fiebre tifoidea se transmite por ingestión de alimentos y de agua contaminada con heces u orina de enfermos o portadores por lo que el riesgo de transmisión aumenta en poblaciones sin acceso a agua potable y adecuado saneamiento básico. Los niños son los más afectados por fiebre tifoidea y la mayor incidencia se observa en el grupo de 5 a menores de 15 años.

Las fluoroquinolonas constituyen el tratamiento de elección en los adultos. La rápida aparición de resistencia a este antimicrobiano puede cambiar el tratamiento empírico, tal como fuera documentado durante los brotes de *S. Typhi* haplotipo H58, donde se utilizó cefalosporinas de tercera generación debido a la resistencia a fluoroquinolonas con la consecuente selección de cepas productoras de β -lactamasas de espectro extendido. El cada vez más complejo patrón de resistencia detectado hace indispensable efectuar pruebas de sensibilidad de todos los aislados para conocer el patrón local de resistencia y seleccionar el tratamiento adecuado.

La aparición de cepas de *S. Typhi* con resistencia extendida, es decir, resistencia a antimicrobianos de primera línea (ampicilina, cloranfenicol y trimetoprima-sulfametoxazol) y a fluoroquinolonas y cefalosporinas de tercera generación) asociados con el haplotipo conocido como H58, es causa de preocupación. En efecto, desde noviembre de 2006 se registra en Pakistán un brote por *S. Typhi* con resistencia extendida, haplotipo H58. La circulación de esta cepa con resistencia extendida plantea un riesgo para la salud pública debido a la reducción de antimicrobianos disponibles para el tratamiento de la fiebre tifoidea. Hasta la fecha, se ha identificado a un solo antimicrobiano oral restante, la azitromicina, como opción de tratamiento para esta cepa con resistencia extendida.

Resumen de la situación en las Américas

En 2018, Canadá informó sobre la detección de *S. Typhi* a partir de la muestra de un paciente pediátrico, la cual contiene plásmidos conjugativos que portan genes de resistencia incluyendo a ampicilina, cefalosporinas de espectro extendido, fluoroquinolonas, cloranfenicol y trimetoprima-sulfametoxazol.

En 2018, Estados Unidos de América notificó dos casos de fiebre tifoidea, con resistencia extendida, en viajeros provenientes de Pakistán donde actualmente se registra un brote de por *S. Typhi* H58.

De acuerdo a los datos recolectados en 2016 por la Red Latinoamericana de Vigilancia de Resistencia a los Antimicrobianos (ReLAVRA) la circulación de *S. Typhi* en Latinoamérica y Caribe, es limitada. En efecto, Argentina, Bolivia, Chile, Costa Rica, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Uruguay y Venezuela no reportaron aislamientos de *S. Typhi*. Brasil, Cuba y Perú reportaron menos de diez aislamientos por país, todos ellos sensibles a fluoroquinolonas y cefalosporinas de tercera generación.

Ecuador reportó 8 aislamientos, 4 de los cuales fueron resistentes a ciprofloxacina y uno a cefalosporinas de tercera generación. Guatemala reportó 13 aislamientos, 2 de los cuales presentaron resistencia a fluoroquinolonas y ninguno a cefalosporinas de tercera generación. Colombia reportó 204 aislamientos y El Salvador 298 aislamientos de *S. Typhi* con porcentajes altos de resistencia a fluoroquinolonas (12,7 y 40% respectivamente) pero sin resistencia a cefalosporinas de tercera generación.

En resumen, hasta el momento no se ha notificado circulación en Latinoamérica y el Caribe de *S. Typhi* con resistencia a fluoroquinolonas y cefalosporinas de tercera generación.

Recomendaciones para las autoridades nacionales

Debido a la emergencia de *S. Typhi* haplotipo H58, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recomienda a los Estados Miembros implementar acciones para la rápida detección de *S. Typhi* resistente tanto a fluoroquinolonas como cefalosporinas de tercera generación a la vez de realizar acciones de prevención y control para contener la propagación de la resistencia.

[Descargar alerta con principales orientaciones para las autoridades de salud desde la OPS.](#)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL**◆ OPS: Actualización epidemiológica de sarampión en las Américas, 21 de septiembre de 2018**

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, 2), 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, 21 de septiembre de 2018**

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 de Kivu del Norte e Ituri, en la República Democrática del Congo, sigue evolucionando. Desde el último informe de la OMS el 8 de octubre de 2018, se han reportado 34 nuevos casos confirmados de EVE y 22 nuevas muertes. Los 34 nuevos casos confirmados fueron reportados en cinco zonas de salud: Beni (26), Masereka (3), Butembo (3), Mabalako (1) y Kalunguta (1). El 13 de octubre de 2018, ocho zonas de salud reportaron 24 nuevos casos sospechosos bajo investigación: Beni (15), Mabalako (2), Musiène (1), Masereka (1), Butembo (1), Mandima (4).

Al 13 de octubre de 2018, se han reportado un total de 211 casos confirmados y probables de EVE, incluidas 135 muertes, para una tasa de letalidad del 64%. Entre los 211 casos, 176 están confirmados y 35 son probables. La tasa de letalidad entre los casos confirmados es del 57% (100/176). Los casos confirmados fueron reportados desde seis zonas de salud en la provincia Kivu del Norte: Beni (73), Mabalako (71), Butembo (12), Masereka (4), Oicha (2) y Kalunguta (2); y tres zonas de salud en Ituri: Mandima (9), Tchomia (2) y Komanda (1). Durante la semana 41 (que terminó el 13 de octubre de 2018), un trabajador de atención médica de un centro de salud en Beni fue confirmado entre los nuevos casos, lo que eleva el número total de trabajadores de salud afectados en este brote a 20, incluyendo 19 confirmados. Hasta la fecha, tres trabajadores de la salud fallecieron por la enfermedad. Durante la misma semana, un plomero de MONUSCO (Misión de Estabilización de las Naciones Unidas en la República Democrática del Congo), que trabaja en la sede de coordinación en Beni, dio positivo para el ébola y actualmente está hospitalizado en el Centro de Tratamiento de Ébola (CTE) de Beni. El equipo de vigilancia ya ha iniciado la investigación para identificar a todos los contactos y prevenir la transmisión del virus.

Hasta el 13 de octubre de 2018, se habían recuperado 55 pacientes, habían sido dados de alta de los ETC y reintegrados en sus comunidades. Un total de 56 pacientes permanecen hospitalizados, incluyendo 24 casos confirmados y 32 sospechosos.

Cincuenta y tres casos confirmados están recibiendo terapia compasiva, y la elegibilidad de los tres restantes se encuentra actualmente en evaluación. Mabalako y Beni son las zonas de salud más afectadas, que representan el 44% (92/211) y el 38% (81/211) de todos los casos, respectivamente. Beni sigue siendo el epicentro actual del brote, ya que es donde la mayoría de los casos confirmados y probables han sido reportados desde mediados de agosto de 2018.

La proporción media de contactos que se vieron durante la semana 41 varió de 84% a 100% en todas las zonas de salud, con la excepción de Beni donde solo estaba 68%, debido a la resistencia comunitaria en Beni, lo que dificulta las actividades respuesta, incluyendo el rastreo y seguimiento de contactos. Durante la semana 41, se identificaron un total de 2663 nuevos contactos de siete zonas de salud, principalmente en Beni (2094). Los contactos siguen siendo rastreados, enfrentando la inseguridad y la resistencia de la comunidad.

Acciones de salud pública

- El 13 de octubre de 2018, un total de 455 personas fueron vacunadas en siete anillos, elevando el número acumulado de personas vacunadas a 16 973 en las dos provincias afectadas. No se han reportado eventos adversos importantes. Con la recepción de 2160 dosis el 13 de octubre, el stock actual de vacunas disponibles es de 3660 dosis.
- La capacidad del CTE en Beni se incrementó a 41 camas distribuidas en cuatro nuevas tiendas.
- Hay investigaciones continuas y lista de contactos en torno a los últimos casos en Beni y Masereka, en particular la investigación en profundidad de los últimos casos confirmados no conocidos como contactos en Beni, junto con la búsqueda continua de contactos perdidos y la búsqueda activa de casos en las zonas de salud de Beni, Tchomia y Komanda.
- Las autoridades locales continúan sus esfuerzos para encontrar el caso confirmado que abandonó el CTE de Beni desde el 20 de septiembre de 2018.
- Veinte proveedores de atención (paramédicos, enfermeras e higienistas) recibieron capacitación en el traslado de pacientes con EVE y un total de 15 pacientes fueron trasladados a Centros de Tratamiento de Ébola y unidades de segregación transitorias.
- Las actividades psicosociales para los pacientes y sus familias continúan, con sesiones informativas en Tchomia, prevención del estigma en pacientes dados de alta de los centros de tratamiento y en apoyo a las actividades de otras comisiones, incluido el monitoreo, para persuadir a los casos sospechosos de que acepten la transferencia a los CTE, y para que acepten entierros seguros y dignos a los que murieron.
- La descontaminación de la sede de coordinación en Beni y de todos los establecimientos de salud que reciben casos confirmados continúa.
- Se han llevado a cabo actividades de prevención y control de infecciones (IPC, por sus siglas en inglés) en la Clínica Rwangoma, el Dispensario Amani, la Clínica Mapeño, el Centro Pediátrico Saint Pierre y la Clínica Tulizeni en la zona de salud de Butembo.
- El 10 de octubre de 2018, las autoridades congoleñas anunciaron una prohibición de albergar a presuntos pacientes de ébola y prometieron protección policial para los trabajadores de la salud en los entierros, en un esfuerzo por abordar los desafíos actuales relacionados con la resistencia local y los ataques a los equipos de respuesta.

Situación de interpretación

El brote de EVE en la República Democrática del Congo ha llegado a un punto crítico con la alta movilidad de la población, la resistencia de la comunidad y la inseguridad en algunas localidades para continuar planteando un desafío para la implementación de las actividades de respuesta requeridas. Debido a la situación compleja, las estrategias de respuesta deben adaptarse continuamente, incluyendo mejor vigilancia e identificación y seguimiento de todos los contactos. Con la dinámica cambiante del brote observado en Beni, las autoridades sanitarias de Beni se están centrande en la investigación rápida de todas las muertes que ocurren en la comunidad y en el centro de salud, y se debe realizar un esfuerzo para garantizar una participación adecuada de la comunidad. El reciente aumento de nuevos confirmados que no se conocen como contactos en la identificación son un nuevo desafío que debe abordarse con urgencia. La continuación del fortalecimiento de la vigilancia transfronteriza entre la República Democrática del Congo y Uganda es crucial debido a la aparición de casos confirmados en la zona de salud de Tchomia, que limita con Uganda y tiene un alto flujo de personas a través de la frontera.

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

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

OTROS EVENTOS DE LA SEMANA

- ⇒ [Situación del ébola en la República Democrática del Congo](#)
- ⇒ [Informe de situación de Influenza](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en Colombia](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en El Salvador](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en Perú](#)
- ⇒ [Virus del Zika y chikungunya en México](#)
- ⇒ [Virus del Zika en Estados Unidos](#)
- ⇒ [Dengue en Senegal](#)
- ⇒ [Fiebre amarilla en Liberia, Nigeria, Perú](#)
- ⇒ [Fiebre amarilla en República del Congo](#)
- ⇒ [Malaria en Colombia](#)
- ⇒ [Malaria en Haití](#)
- ⇒ [Malaria en México](#)
- ⇒ [Malaria en Perú](#)
- ⇒ [Virus del Nilo Occidental en Europa](#)
- ⇒ [Difteria en Haití](#)
- ⇒ [Sarapión en Argentina](#)
- ⇒ [Sarapión en Brasil](#)
- ⇒ [Sarapión en Colombia](#)
- ⇒ [Sarapión en Guinea](#)
- ⇒ [Sarapión en Kenia](#)
- ⇒ [Sarapión en Liberia](#)
- ⇒ [Sarapión en Mali](#)
- ⇒ [Sarapión en Nigeria](#)
- ⇒ [Sarapión en Uganda](#)
- ⇒ [Cólera en Haití](#)
- ⇒ [Cólera en Kenia](#)
- ⇒ [Cólera en Nigeria](#)
- ⇒ [Cólera en República Democrática del Congo](#)
- ⇒ [Cólera en Sudáfrica](#)
- ⇒ [Cólera en Tanzania](#)
- ⇒ [Cólera en Zimbabue](#)
- ⇒ [Enfermedad de Chagas en Perú](#)
- ⇒ [Fiebre de Lassa en Liberia](#)
- ⇒ [Fiebre de Lassa en Nigeria](#)
- ⇒ [Peste en Madagascar](#)
- ⇒ [Hepatitis E en República Centroafricana](#)
- ⇒ [Viruela del simio en Nigeria](#)
- ⇒ [Viruela del simio en República Centroafricana](#)
- ⇒ [Poliovirus derivado de la vacuna circulante en Nigeria](#)
- ⇒ [Poliomielitis en República Democrática del Congo](#)
- ⇒ [Rabia en República Democrática del Congo](#)
- ⇒ [Celulitis/fascitis necrosante en Santo Tomé y Príncipe](#)

Recomendamos leer

Identifican células que defienden el cuerpo humano del parásito que provoca la enfermedad de Chagas

Los científicos han descrito la implicación de un tipo de células del sistema inmunitario en el control de la enfermedad crónica de Chagas. En concreto, este grupo de células linfocitarias encargadas de defender el cuerpo humano de sustancias extrañas reconoce la presencia del parásito causante de esta enfermedad. El estudio, publicado en la revista *PLOS Neglected Tropical Diseases*, concluye que dichas células podrían ser un componente importante contra la infección durante la fase crónica de esta enfermedad. [Leer más...](#)

El arte y la medicina en la bibliografía médica cubana

En este número reproducimos casi íntegramente un interesante artículo escrito por el Lic. José Antonio López Espinosa y publicado en la Revista Cubana de Medicina General Integral en 1999, por la importancia de conocer nuestra historia y por la relación de la temática con este boletín y por la vigencia del artículo.

Jean François Timothee Touzet y Cerciat, nacido el 24 de enero de 1880 en el modesto hogar de una pequeña aldea de los Pirineos, fue un hombre cuyo paso por la vida demostró haber heredado todas las virtudes requeridas para hacerse merecedor del respeto de sus contemporáneos. Sus padres fueron maestros, lo que influyó en su decisión de ingresar en la Escuela Normal de Tolosa, donde terminó sus estudios con altas calificaciones. Inconforme, como toda persona de talento y voluntad, tuvo nuevas aspiraciones, que lo llevaron a obtener por oposición una plaza de Pagador General de Hacienda, cargo que desempeñó en Kayes, en el Sudán Francés.

El 16 de julio de 1904 formó su hogar con la joven María Luisa Luciana Montané, hija del ilustre doctor Luis Montané, fundador de la cátedra de Antropología en la Universidad de La Habana. A raíz de venir a Cuba en un viaje de placer, decidió vivir en ella con carácter definitivo a partir de 1906, estancia que solo interrumpía con breves viajes a su patria.

Conquistado por el ambiente acogedor de la mayor de las Antillas, comenzó a representar dentro de su territorio a los laboratorios franceses más importantes en el sector farmacéutico; entre ellos, Roussel, Adrian, Plantier, Bonthoux, Guerbert, Deglaude, Robert et Carrier, Genevrier, Laroche Navarrón, Corporación Farmacéutica Francesa y Scientia.

Un hecho que demostró su singular valía como patriota fue que al romper la Primera Guerra Mundial en 1914, no esperó por el barco que habría de llevarlo a Francia y se costeó él mismo el importe del pasaje para responder presente a la hora del peligro. Durante el lapso que se mantuvo en combate, su esposa asumió una actitud ejemplar y superó con creces lo que se esperaba de ella en cuanto a su gestión en la atención de los asuntos de índole comercial.

Dadas las dificultades de las relaciones con el Viejo Continente durante la Segunda Guerra Mundial, fundó los *Laboratorios Touzet*, entidad que formó parte de la Asociación de Laboratorios Cubanos.

El doctor *Touzet* murió en La Habana el 4 de agosto de 1955. Con su deceso dejó una acreditada firma dentro del sector farmacéutico, que fue, además, patrocinadora de una publicación, creada también por él con la finalidad de facilitar el acceso de la clase médica cubana a la cultura universal.

La publicación, que circuló con periodicidad mensual entre mayo de 1952 y marzo de 1959 con el título de

Arte y Medicina, atesoró en sus páginas una gran cantidad de información relacionada con diferentes manifestaciones del arte, la ciencia, la historia y la cultura en general, además de publicar artículos médicos y de divulgar los medicamentos producidos en los *Laboratorios Touzet*.

Bajo la dirección de *François Touzet*, *Arte y Medicina* surgió como expresión de la estrecha relación existente entre el laboratorio que elaboraba las fórmulas terapéuticas y los médicos encargados de recetarlas a los pacientes. Sin pretensión de hacerla figurar en la relación de revistas científicas de su época, su fundador y su director aspiraron, simplemente, a brindar con ella un servicio de interés general al médico como profesional y como hombre, así como a que su contenido fuera un fiel reflejo del pensamiento de éste, en tanto vehículo conductor de sus ideas.

El presente trabajo es el resultado de una minuciosa revisión de la colección de *Arte y Medicina*, realizada con el objetivo de que la generación actual de médicos cubanos y, en particular, los Médicos de la Familia conozcan sus aspectos formales y de contenido más importantes.

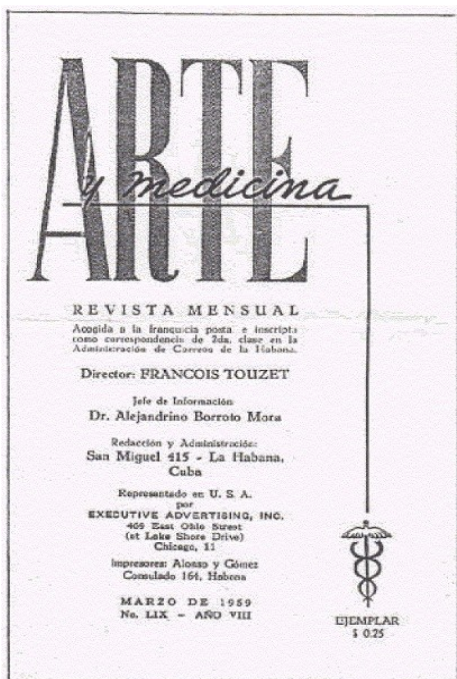


Fig. 1. Portada del último número de la revista Arte y Medicina.

Entre mayo de 1952 y marzo de 1959 se editaron 79 números en 8 volúmenes de *Arte y Medicina*, que guardan 939 artículos sobre 456 temas generales. Cada entrega se hacía en cuadernos de 48 páginas con una medida de 14 x 20 cm.

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

ARTE Y MEDICINA

Según consta en la parte inferior de la cubierta de cada número, *Arte y Medicina* se autoidentificaba como revista mensual médico literaria, y en muchas de las 3 840 páginas que empleó mientras se produjo, aparecen 312 fotos o dibujos, que complementan y hacen más atractivos los textos sobre la vida y la obra de igual número de personajes reales o de ficción de diferentes periodos.

En la distribución por temas específicos de los 939 trabajos que ocuparon su espacio en los 79 números editados de la revista, se observa que menos de la sexta parte se dedicaron a tratar asuntos puramente médicos, y que la mayoría de ellos abordaron cuestiones de interés general.

Asimismo, del total de 939 artículos, 296 abordaron aspectos de la vida y la obra de personalidades que ejercieron 52 profesiones, entre las que aparecen 132 médicos, 30 pintores, 16 escritores y grabadores, 11 músicos y poetas y 9 escultores.

Durante el curso de la historia, han sido muchos los médicos que han combinado la labor científica o asistencial con el trabajo de carácter artístico. Ahí están los casos del británico Ronald Ross quien ganó el Premio Nobel en 1902 por haber demostrado la forma en que penetra el paludismo en el organismo y dedicó, además, una parte de su tiempo a escribir novelas, poemas, dramas cortos y piezas de teatro; el del francés *Alexis Carrel*, merecedor del mismo lauro en 1912 por su trabajo sobre la sutura vascular y el trasplante de vasos sanguíneos y de órganos, quien fue, por otra parte, autor de obras literarias de tanta fama como *La conducta en la vida* y *La incógnita del hombre*; así como el de los cubanos Ángel Checa González, divulgador actual del arte en la medicina, y Miguel Lugones Botell, productivo publicista cultural permanente en la Revista Cubana de Medicina General Integral, por solo citar algunos ejemplos.

Lo anterior demuestra que existe un punto de equilibrio entre la medicina y el arte y que, después del consultorio, es necesario disfrutar del cine, el teatro, la plástica, la literatura o la música, para hacer de ellos un motivo más acabado que un simple instante de recreación.

Durante sus casi 7 años de vida, la revista *Arte y Medicina* demostró haber logrado el propósito para el que fue creada, pues en todos sus números se puede notar el esfuerzo realizado por su dirección en función de brindar un apoyo eficaz a la labor profesional y al desarrollo cultural de los médicos cubanos.

Con esta contribución se aspira a que los Médicos de la Familia conozcan, consulten y obtengan provecho de esta revista, con cuya existencia se hizo efectivo el aforismo de *Letamendi*:

“El médico que solo sabe medicina, ni medicina sabe”.

Lo invitamos a revisar las referencias bibliográficas consultadas por el autor, así como el índice analítico de la revista confeccionado por el autor de este artículo y publicado en la revista [Acimed](#), y más que eso, a localizar los números de la revista *Arte y Medicina*, preservados en nuestra Biblioteca Nacional “José Martí”.

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.

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