

ISSN 1028-4346

SEI

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA  
INTERNACIONAL

*SEI No. 42, 2018*

*23 de octubre*

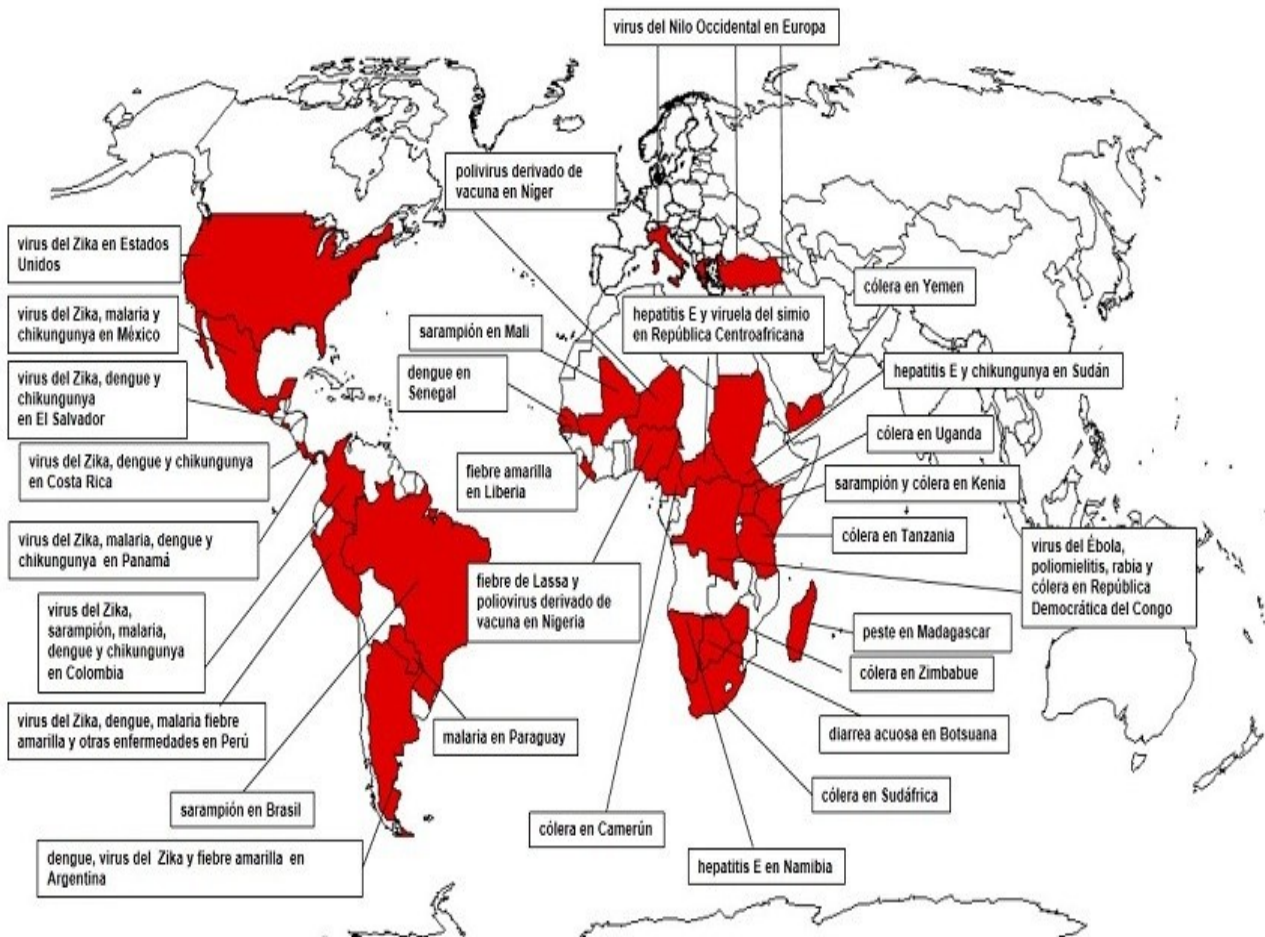


CENTRO DE DIRECCIÓN MINISTERIAL MINSAP

DIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
Dirección Postal: Calle 23 No. 201 entre M y N, Plaza, La Habana, Cuba.

## 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 **392 428 casos de dengue** en las Américas hasta el 19 de octubre de 2018. **Sobresale Brasil con 213 157 casos**, seguido de México con 44 048, Nicaragua con 38 351, Paraguay con 29 107 y Colombia con 27 289.
- ⇒ **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
- ⇒ Actualización de cólera en las Américas por la OPS/OMS
- ⇒ Alerta Epidemiológica: Salmonella entérica serovar Typhi haplotipo H58
- ⇒ 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 México
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Panamá
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Perú
- ⇒ Chikungunya en Sudán
- ⇒ Dengue en Senegal
- ⇒ Fiebre amarilla en Liberia y Perú
- ⇒ Cerrado el brote de fiebre amarilla en República del Congo
- ⇒ Malaria en Colombia, México, Panamá, Paraguay Perú
- ⇒ Virus del Nilo Occidental en Estados Unidos
- ⇒ Virus del Nilo Occidental en Europa
- ⇒ Sarampión en Brasil, Colombia, Kenia, Mali
- ⇒ Sarampión en República Democrática del Congo
- ⇒ Diarrea Acuosa Aguda en Botsuana
- ⇒ Cólera en Camerún, Kenia, Sudáfrica, Tanzania
- ⇒ Cólera en Uganda, Yemen, Zimbabue
- ⇒ Enfermedad de Chagas en Perú
- ⇒ Fiebre de Lassa en Nigeria
- ⇒ Peste en Madagascar
- ⇒ Hepatitis E en Namibia, República Centroafricana y Sudán del Sur
- ⇒ Viruela del simio en República Centroafricana
- ⇒ Poliovirus derivado de la vacuna circulante 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 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](#)

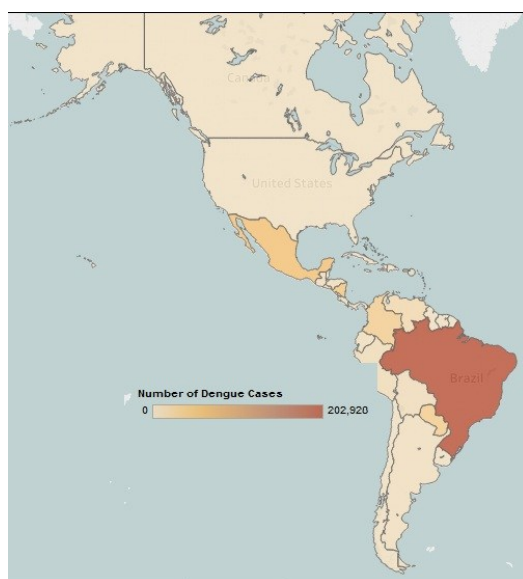
## BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

### ◆ Resumen semanal de dengue

La Organización Panamericana de la Salud reporta **392 428 casos de dengue** en las Américas hasta el 19 de octubre de 2018. **Sobresale Brasil con 213 157 casos**, seguido de México con 44 048, Nicaragua con 38 351, Paraguay con 29 107 y Colombia con 27 289.

Países	Casos	Países	Casos
Brasil	203157	Guyana	186
México	44048	Guyana Francesa	115
Nicaragua	38351	Trinidad y Tobago	74
Paraguay	29107	Martinica	73
Colombia	27289	Santa Lucía	66
Venezuela	10421	Haití	48
Perú	6419	Dominica	35
El Salvador	6206	San Martín	29
Honduras	5468	Aruba	29
Bolivia	4663	Chile	18
Panamá	4492	Islas Caimán	17
Guatemala	3122	Isla Vírgenes (UK)	15
Ecuador	2556	Bahamas	9
Argentina	1805	Guadalupe	8
Costa Rica	1671	Antigua y Barbuda	8
Belice	1344	San Cristóbal y Nieves	5
Rep. Dominicana	829	San Vicente y las Granadinas	2
Jamaica	282	Puerto Rico	1
Granada	263	Anguila	1
Estados Unidos	195	Montserrat	1
<b>Total</b>			<b>392428</b>

Figura 1. Distribución geográfica del dengue en las Américas el 19 de octubre de 2018.



Se han reportado **195 fallecidos en 2018** (Brasil 108, México 22, Colombia 20, Paraguay 15, 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.

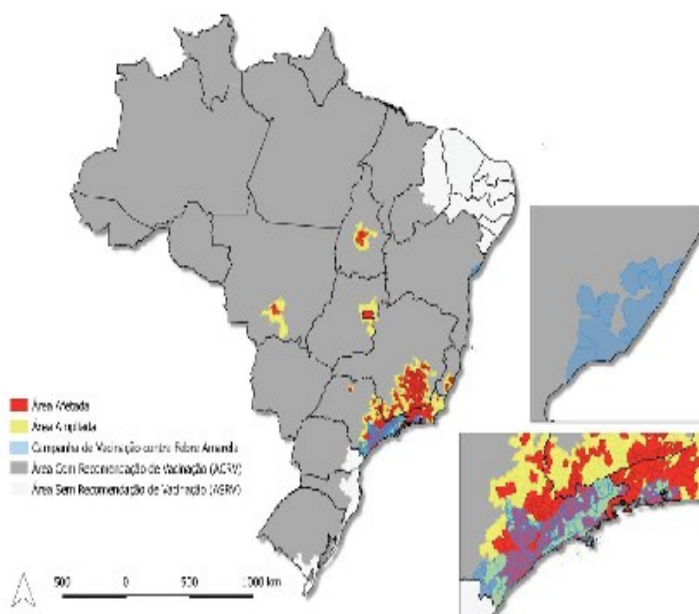
Fuente: [Organización Panamericana de la Salud](#)

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: Alerta Epidemiológica: *Salmonella entérica serovar Typhi* haplotipo H58, 9 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  $\beta$ -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 cólera en las Américas, 11 de octubre**

En 2017, se reportaron un total de 13 803 casos sospechosos de cólera en la Española: 13 681 casos (incluyendo 159 muertes) en Haití y 122 casos (incluyendo 4 muertes) en la República Dominicana. Hasta el 11 de octubre de 2018, se ha reportado un total de 3224 casos sospechosos de cólera en la Española, el 96% en Haití. Además, México reportó un caso de cólera en junio 2018.

El siguiente es un resumen de la situación en cada país:

En Haití, entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y la 36 de 2018, se reportaron 3111 casos sospechosos, incluyendo 37 muertes. La tasa de incidencia para 2018 (hasta la SE 36) es de 25.5 casos por 100 000 habitantes, que es la incidencia más baja registrada desde el inicio del brote. Tras el aumento de casos reportados en la SE 19, se ha observado una disminución, con un promedio semanal de 35 casos sospechosos reportados en las últimas 8 semanas (SE 29 a 36). La tasa acumulada de letalidad se ha mantenido alrededor del 1% desde 2011.

En la República Dominicana, entre las SE 1 y 38 de 2018, se notificaron 113 casos sospechosos de cólera, lo que representa una tasa de incidencia de 1,52 casos por 100 000 habitantes; esta tasa de incidencia es mayor que la tasa de incidencia reportada para el mismo período en 2017 (1.43 casos por 100 000 habitantes). De los casos notificados este año, el 77% (n = 87) corresponde a un brote que afectó a la provincia Independencia entre julio y agosto de 2018.

En 2018, se informó una muerte relacionada con el brote en la provincia Independencia.

En junio de 2018, México reportó un caso de cólera (*Vibrio cholerae* O1 toxigenic) en una paciente de 43 años que adquirió la infección en Sinaloa. La caracterización molecular mostró que la cepa aislada para este caso está relacionada con *V. cholerae* O1 serotipo Inaba que circuló en el estado de Hidalgo durante 2014 con un caso aislado, y que no está relacionada epidemiológicamente con la cepa de *V. cholerae* Ogawa O1 que circuló durante el brote de 2013 en Hidalgo. No se reportaron casos adicionales.

**Consejos para los Estados miembros**

Si bien la incidencia más baja registrada de cólera desde octubre de 2010 se ha observado en 2018, la transmisión del cólera continúa en La Española. Por lo tanto, la OPS / OMS continúa recomendando que los Estados Miembros mantengan y fortalezcan la capacidad de vigilancia del cólera para detectar los casos sospechosos en forma temprana, brindar un tratamiento adecuado y prevenir su propagación. Con un tratamiento temprano y adecuado, la tasa de letalidad debe permanecer por debajo del 1% entre los pacientes hospitalizados.

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

El 21 de septiembre de 2018, la OMS actualizó sus directrices sobre viajes y comercio internacional en relación con el cólera. El riesgo de infección para los viajeros internacionales es muy bajo para la mayoría de los viajeros, incluso en países donde los brotes de cólera son activos, siempre y cuando sigan las medidas preventivas adecuadas. Los trabajadores humanitarios de socorro pueden estar en riesgo si es probable que estén expuestos directamente a los pacientes con cólera o a alimentos o agua contaminados, en particular a aquellos que se encuentran en áreas con poco acceso a instalaciones de atención médica.

No se ha demostrado que el control de rutina o las restricciones a los movimientos de personas, incluidas las medidas de cuarentena o sanitarias, sean eficaces en el control del cólera y, por lo tanto, se consideren innecesarias. La OMS desaconseja la aplicación de controles de rutina o cualquier otra restricción al movimiento, como la cuarentena de los viajeros procedentes de zonas con un brote de cólera.

Cualquier medida de salud a la llegada o salida, o relacionada con la entrada de viajeros, debe aplicarse de conformidad con las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional (2005).

El texto completo de las directrices actualizadas para viajeros, incluida la información sobre la profilaxis y el uso de la vacuna oral contra el cólera (OCV) para viajeros, se encuentra disponible en el sitio de Salud Internacional y viajes de la OMS

<http://www.who.int/ith/2018-0925-travel-advice-cholera/en/>

Fuente en inglés: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&Itemid=270&gid=45808&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=45808&lang=es)

**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 siendo vigilada de cerca por el Ministerio de Salud (MoH), OMS y sus socios. Desde el último informe el 12 de octubre de 2018 al 20 de octubre de 2018, se han presentado 26 nuevos casos confirmados y 18 nuevas muertes de casos confirmados. Beni reportó el 85% de los nuevos casos confirmados ( $n = 22$ ). Los otros cuatro nuevos casos confirmados fueron de Butembo.

Hasta el 20 de octubre de 2018, hubo un total de 237 casos de EVE, incluidos 202 casos confirmados y 35 probables. Beni ha superado a Mabalako en el acumulado de casos confirmados con 95 casos frente a 71 casos en Mabalako.

Otras siete zonas de salud han reportado al menos un caso confirmado: Butembo (16), Masereka (4), Oicha (2) y Kalunguta (2) en la provincia de Kivu del Norte; y mandima (9), Tchomia (2) y Komanda (1) en la provincia de Ituri. Un total de 153 muertes fueron registradas, incluyendo 118 entre los casos confirmados, para una tasa de letalidad entre los casos confirmados del 58% (118/202). Un trabajador de salud de Beni fue confirmado para la enfermedad del virus del Ébola el 20 de octubre, elevando el número total de trabajadores de la salud afectados en este brote a 21, incluyendo 20 confirmados y tres muertes. El 20 de octubre de 2018, 53 pacientes fueron hospitalizados en cuatro Centros de Tratamientos de Ébola (CTE) en Beni (34), Butembo (17), Mangina (1) y Makeke (1). Sesenta y tres pacientes fueron curados y dados de alta nuevamente a la comunidad. El 20 de octubre de 2018, un total de 33 casos sospechosos estaban bajo investigación y 21 pacientes confirmados como casos de EVE fueron hospitalizados en los CTE.

La zona de salud de Beni es el epicentro del brote con el 80% de los nuevos casos confirmados y probables desde principios de octubre (61 casos de 77). Desde el 1 de octubre de 2018, veintitrés de los 61 nuevos casos confirmados en Beni fueron menores de 15 años (38%).

Al 20 de octubre de 2018, la proporción de contactos seguidos fue del 89% (4916/5518). Hubo una mejora significativa en el monitoreo de contactos en la zona de salud de Beni, con un promedio del 86% de los contactos monitoreados durante los últimos siete días. Se identificaron un total de 423 nuevos contactos el 20 de octubre de 2018: 405 en Beni y 18 en Butembo.

La seguridad y la desconfianza de la comunidad siguen siendo los mayores desafíos que enfrentan los equipos de respuesta para la investigación de casos, el rastreo de contactos, el entierro seguro y los puntos de entrada en Beni y Butembo. El 18 de octubre, un grupo de 22 jóvenes moteros de Butembo exhumó el cuerpo de un caso confirmado previamente enterrado de manera segura, y abrió la bolsa del cuerpo para verificar si los órganos de la persona fallecida habían sido tomados por el equipo de respuesta de EVE. Al día siguiente, fueron catalogados como contactos y vacunados. El 19 de octubre, dos agentes de la Unidad Médica de Intervención Rápida (UMIR) de las Fuerzas Armadas nacionales murieron tras un ataque en el punto de entrada de Vulindi, ubicado en la entrada de la ciudad de Butembo. El 20 de octubre, doce personas fueron asesinadas y varios secuestrados en un ataque en Beni.

**Acciones de salud pública**

El 17 de octubre de 2018, se convocó el primer Comité de Emergencia de Reglamentación de Salud Internacional (RSI) sobre el brote de la enfermedad del virus del Ébola para discutir el contexto actual del brote en términos de riesgo de seguridad, resistencia de la comunidad y reporte continuo de casos confirmados. El Comité de Emergencia concluyó que el brote actualmente no constituye un evento de salud pública de interés internacional en este momento, aunque el riesgo de propagación a los países vecinos sigue siendo muy alto.

El 18 de octubre de 2018, el Ministerio de Salud de la República Democrática del Congo lanzó un plan de respuesta actualizado que establece el enfoque para la respuesta en los próximos meses, con un mayor enfoque en la creación de capacidad local para gestionar la respuesta.

El 20 de octubre de 2018, la vacunación continuó en 10 anillos en Beni (8), Katwa (1) y Mutwanga (1). Un total de 560 personas fueron vacunadas en la fecha del informe, con lo que el total acumulado vacunado asciende a 20 789. El stock de vacunas disponibles en Beni es de 1720 dosis.

De los 64 puntos de entrada, 54 funcionaron el 20 de octubre de 2018 y se monitorearon un total de 186 042 viajeros, lo que elevó el número total de viajeros monitoreados a 10.1 millones.

Las actividades de prevención y control de infecciones continúan, con 251 proveedores de atención en Beni (96), Butembo (60), Mabalako (56) y Tchomia (39) capacitados el 17 de octubre.

**Situación de interpretación por la OMS**

El número creciente de casos confirmados/probables y contactos a seguir, principalmente en la zona de salud de Beni, requiere el fortalecimiento de los recursos humanos y materiales, así como las aportaciones médicas. Los casos que surgen más cerca de áreas inseguras, la resistencia comunitaria, la alta movilidad de la población y la inseguridad en algunas localidades continúan planteando un desafío para la implementación de las actividades de respuesta. Equipos de respuesta en todos los niveles, particularmente aquellos en la primera línea de la respuesta, han generado éxitos significativos en la participación de la comunidad, las vacunas, la atención de alta calidad en los CTE y el rastreo de contactos, a pesar de los desafíos al trabajar en coordinación con líderes locales y miembros de la comunidad. El rápido ajuste de las actividades de los equipos de respuesta en estas condiciones difíciles demuestra el compromiso del Ministerio de Salud, la OMS y los socios para detener este brote.

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

## BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

### OTROS EVENTOS DE LA SEMANA

- ⇒ [Situación del ébola en la República Democrática del Congo](#)
- ⇒ [Actualización de cólera en las Américas por la OPS/OMS](#)
- ⇒ [Alerta Epidemiológica: Salmonella entérica serovar Typhi haplotipo H58](#)
- ⇒ [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 México](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en Panamá](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en Perú](#)
- ⇒ [Chikungunya en Sudán](#)
- ⇒ [Dengue en Senegal](#)
- ⇒ [Fiebre amarilla en Liberia](#)
- ⇒ [Fiebre amarilla en Perú](#)
- ⇒ [Cerrado el brote de fiebre amarilla en República del Congo](#)
- ⇒ [Malaria en Colombia](#)
- ⇒ [Malaria en México](#)
- ⇒ [Malaria en Panamá](#)
- ⇒ [Malaria en Paraguay](#)
- ⇒ [Malaria en Perú](#)
- ⇒ [Virus del Nilo Occidental en Estados Unidos](#)
- ⇒ [Virus del Nilo Occidental en Europa](#)
- ⇒ [Sarampión en Brasil](#)
- ⇒ [Sarampión en Colombia](#)
- ⇒ [Sarampión en Kenia](#)
- ⇒ [Sarampión en Mali](#)
- ⇒ [Sarampión en República Democrática del Congo](#)
- ⇒ [Diarrea Acuosa Aguda en Botsuana](#)
- ⇒ [Cólera en Camerún](#)
- ⇒ [Cólera en Kenia](#)
- ⇒ [Cólera en Sudáfrica](#)
- ⇒ [Cólera en Tanzania](#)
- ⇒ [Cólera en Uganda](#)
- ⇒ [Cólera en Yemen](#)
- ⇒ [Cólera en Zimbabue](#)
- ⇒ [Enfermedad de Chagas en Perú](#)
- ⇒ [Fiebre de Lassa en Nigeria](#)
- ⇒ [Peste en Madagascar](#)
- ⇒ [Hepatitis E en Namibia](#)
- ⇒ [Hepatitis E en República Centroafricana](#)
- ⇒ [Hepatitis E en Sudán del Sur](#)
- ⇒ [Viruela del simio en República Centroafricana](#)
- ⇒ [Poliovirus derivado de la vacuna circulante en Nigeria](#)
- ⇒ [Poliovirus derivado de la vacuna circulante tipo 2 \(cVDPV2\) en Níger](#)



#### Recomendamos leer

##### Los mosquitos tigre son capaces de transmitir fiebre amarilla

Desde diciembre de 2016, Brasil ha lidiado con su mayor brote de fiebre amarilla en décadas. Hasta la fecha, se han producido 2043 casos y 676 muertes, principalmente en diez estados brasileños, entre ellos, Río de Janeiro y Sao Paulo, los más poblados del país, que habían estado libres de fiebre amarilla durante 70 años. Científicos del Instituto Pasteur y del Instituto Oswaldo Cruz han demostrado y [publicado](#) ahora que *Aedes albopictus*, el mosquito tigre, puede transmitir esta enfermedad. Una especie oportunista que es capaz de colonizar tanto áreas urbanas como forestales. [Leer más...](#)

## ARTE Y MEDICINA

**La Medicina en la pintura: El sacamuelas.**

El protagonista de hoy es un charlatán, un parlero, un parlanchín... un sacamuelas. Es obvio que a nadie, en la actualidad, se le ocurriría denominar así a nuestros magníficos estomatólogos, pero no hace mucho, solo un siglo atrás, quienes se dedicaban a la extracción de los dientes enfermos –y quizás también de los sanos- tenían más fama de buhoneros y mercachifles que de buenos profesionales. El gran Francisco de Quevedo lo consideraba “el oficio más maldito del mundo”, y Tirso de Molina le dedicó una letrilla en su obra *Por el sótano y el torno*:



*“Suele andar en un machuelo, que en vez de caminar vuela; sin parar saca una muela; más almas tiene en el cielo que un Herodes y un Nerón; conócenle en cada casa; por donde quiera que pasa le llaman la Extremaunción”.*

Miremos con atención el cuadro. La escena muestra al sacamuelas con una cara que ya manifiesta una cierta picaresca y si nos fijamos en el collar que lleva puesto podremos ver que está hecho con dientes. Probablemente no lo tiene como un elemento de vestir sino como muestra de su buen hacer.

La mesa está literalmente ocupada por multitud de instrumentales, trapos manchados de sangre y 7 muelas, por lo que se deduce que lleva un buen rato “trabajando”. A algunos de los mirones ya se les ha extraído algún diente: el que está en frente del sacamuelas se pone un pañuelo en la boca, el que tiene un turbante en la cabeza le enseña al joven de la pluma los pocos dientes que le deben quedar. Hay algún otro mirón que no se quiere perder la escena por chafardería o para disfrutar viendo como sufre alguno de sus vecinos, al que quizás no le tenga en mucha estima.

El autor del cuadro es el pintor barroco Theodoor Rombouts (1597-1637), nacido en Amberes, en cuyas obras se puede apreciar la influencia de otros pintores como Caravaggio y Rubens.

Otros pintores que han tratado este tema en sus obras: Caravaggio, Peeter van der Borch, Gerri Dou, Gerrit van Honthorst..., señal del interés social que mostraban estos individuos. Incluso, Francisco de Goya hizo un grabado para criticar la ignorancia y fullería de la sociedad en aquellos tiempos titulado, *A caza de dientes*, de su serie *Los caprichos (de la que le hablamos en el boletín SEI No. 19)*, en el que muestra a una joven arrancando los dientes a un ahorcado para preparar un hechizo que le permitiera conquistar a su amado.



## BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

### ARTE Y MEDICINA



Giandomenico Tiepolo muestra en una de sus obras un sacamuelas que ni se molesta en bajar del burro para sacar los dientes.

La extracción de dientes también la podían realizar los sangradores y no fue hasta finales del siglo XVII que el francés Pierre Fachuard puso las bases de lo que sería la actual medicina odontológica. Su obra *Le chirurgien dentiste* describe las enfermedades bucales más importantes, así como el instrumental a utilizar. Muchas de los útiles que se usan en la actualidad fueron diseñados por

**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