

ISSN 1028-4346

SEI

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA  
INTERNACIONAL

*SEI No. 43, 2018*

*30 de octubre*

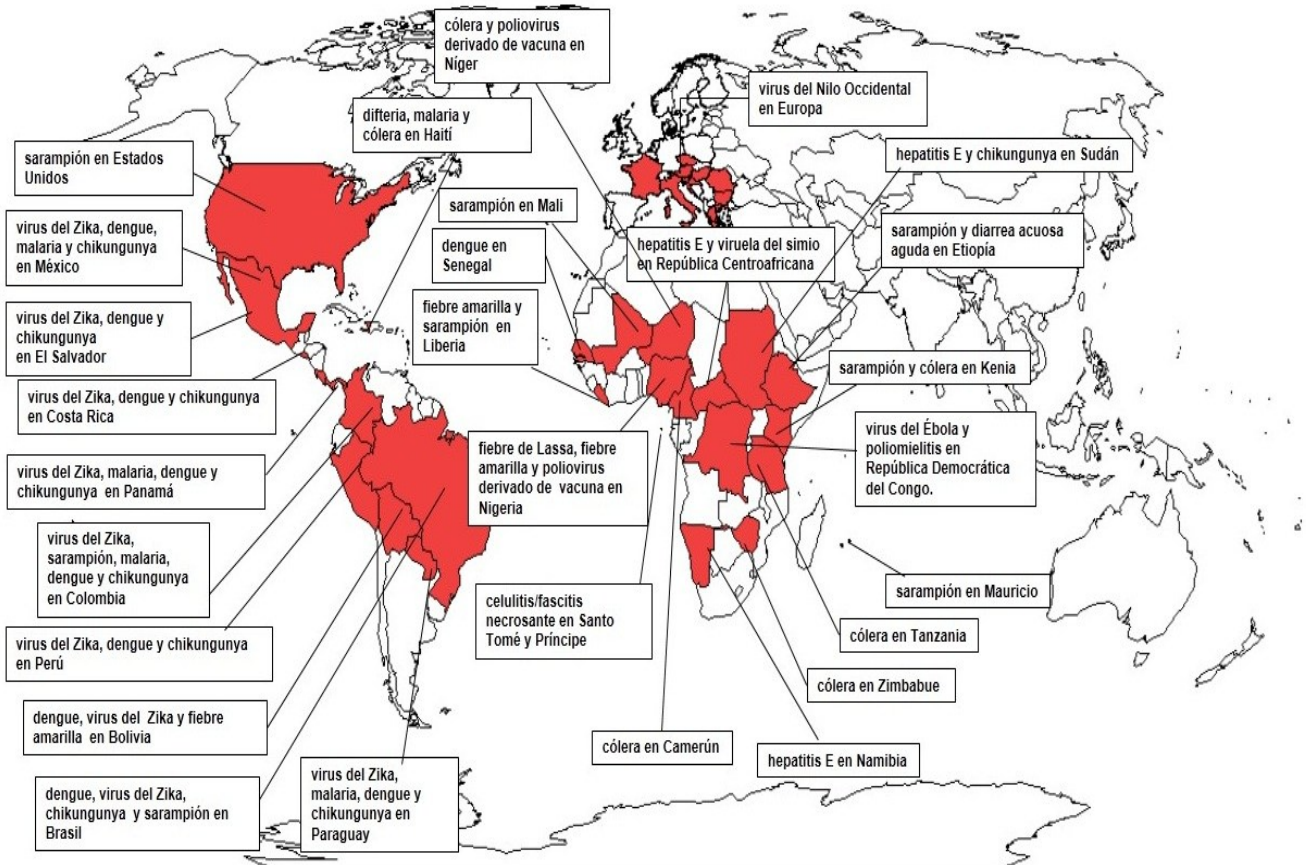


CENTRO DE DIRECCIÓN MINISTERIAL MINSAP

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 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 **408 664 casos de dengue** en las Américas hasta el 29 de octubre de 2018. Sobresale Brasil con 203 157 casos, seguido de México con 53 908, Nicaragua con 40 368, Colombia con 29 544 y Paraguay con 29 301.
- ⇒ **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 sarampión en las Américas por la OPS/OMS
- ⇒ Influenza en las Américas
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Bolivia
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Brasil
- ⇒ 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 Paraguay
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Perú
- ⇒ Dengue en Senegal
- ⇒ Fiebre amarilla en Liberia y Nigeria
- ⇒ Malaria en Colombia, Haití, México, Panamá y Paraguay
- ⇒ Virus del Nilo Occidental en Europa
- ⇒ Enfermedades en Ecuador esta semana
- ⇒ Sarampión en Brasil, Colombia y Estados Unidos
- ⇒ Sarampión en Etiopía, Kenia, Liberia, Mali y Mauricio
- ⇒ Difteria en Haití
- ⇒ Diarrea acuosa aguda en Etiopía
- ⇒ Cólera en Camerún, Haití, Kenia, Níger, Tanzania y Zimbabue
- ⇒ Fiebre de Lassa en Nigeria
- ⇒ Peste en Madagascar
- ⇒ Hepatitis E en Namibia, República Centroafricana y Sudán del Sur
- ⇒ Viruela del simio en la República Centroafricana
- ⇒ Poliovirus derivado de la vacuna circulante en Nigeria
- ⇒ Poliovirus derivado de la vacuna circulante tipo 2 (cVDPV2) en Níger
- ⇒ Poliomielititis 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		
<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](#)

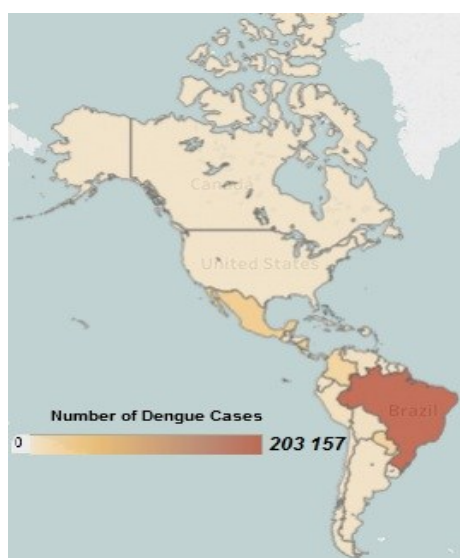
## BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

### ◆ Resumen semanal de dengue

La Organización Panamericana de la Salud reporta **408 664 casos de dengue en las Américas** hasta el 29 de octubre de 2018. Sobresale **Brasil con 203 157 casos**, seguido de México con 53 908, Nicaragua con 40 368, Colombia con 29 544 y Paraguay con 29 107.

Países	Casos	Países	Casos
Brasil	203157	Guyana Francesa	115
México	53908	Trinidad y Tobago	74
Nicaragua	40368	Martinica	73
Colombia	29544	Santa Lucía	69
Paraguay	29301	Barbados	56
Venezuela	11136	Haití	50
El Salvador	6438	Dominica	35
Perú	6315	San Martín	29
Honduras	5468	Aruba	29
Panamá	5270	Chile	18
Bolivia	4663	Islas Caimán	17
Guatemala	3122	Isla Vírgenes (UK)	15
Ecuador	2556	Bahamas	9
Costa Rica	1835	Guadalupe	8
Argentina	1805	Antigua y Barbuda	8
Belize	1344	San Cristóbal y Nieves	5
Rep. Dominicana	880	San Vicente y las Granadinas	2
Jamaica	282	Puerto Rico	2
Granada	263	Anguila	1
Estados Unidos	207	Montserrat	1
Guyana	186		
<b>Total</b>			<b>408664</b>

Figura 1. Distribución geográfica del dengue en las Américas el 29 de octubre de 2018.



Se han reportado **205 fallecidos en 2018** (Brasil 108, México 25, Colombia 20, Paraguay 15, Perú 13, Venezuela 11, Guatemala 5, 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.

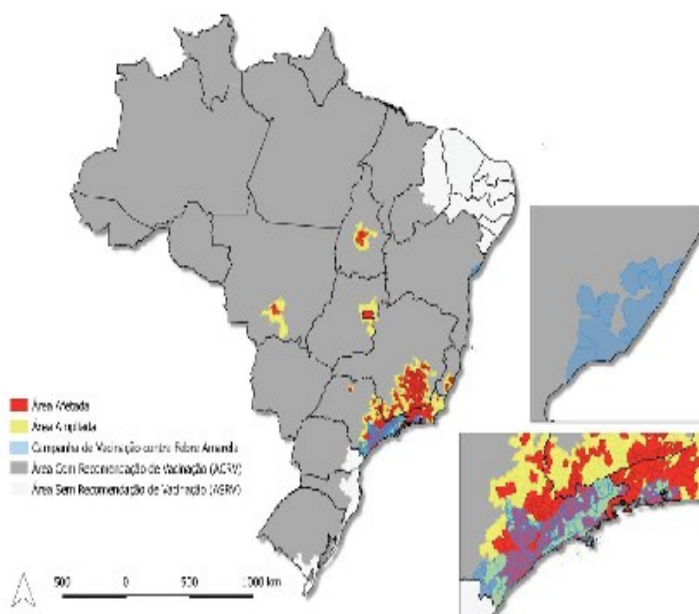
Fuente: [Organización Panamericana de la Salud](#)

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 de sarampión en las Américas, 24 de octubre de 2018**

Desde el inicio del año y hasta el 23 de octubre de 2018 se notificaron 8091 casos confirmados de sarampión, incluidas 85 defunciones, en 11 países de la Región de las Américas: Antigua y Barbuda (1 caso), Argentina (14 casos), Brasil (2192 casos, incluidas 12 defunciones), Canadá (25 casos), Colombia (129 casos), Ecuador (19 casos), Estados Unidos de América (142 casos), Guatemala (1 caso), México (5 casos), Perú (38 casos) y la República Bolivariana de Venezuela (5525 casos, incluidas 73 defunciones).

Desde la Actualización Epidemiológica publicada el 21 de septiembre de 2018 se notificaron 1462 casos confirmados de sarampión y 13 defunciones adicionales en 7 países de la Región (Argentina 3 casos, Brasil 457 casos y 2 defunciones, Canadá 3 casos, Colombia 44 casos, Estados Unidos 18 casos, Perú 17 casos y Venezuela 920 casos y 11 defunciones).

El genotipo D8, linaje MVi/HuluLangat.MYS/26.11, que inicialmente fuera identificado en los casos de Venezuela posteriormente ha sido reportado en los casos confirmados por Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador y Perú (los países están ordenados alfabéticamente y no por fecha de inicio del brote).

[Leer situación detallada por países en la OPS](#)

**Orientaciones para las autoridades nacionales**

Ante las continuas importaciones del virus desde otras regiones del mundo y los brotes en curso en las Américas, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) insta a todos los Estados Miembros a:

- Vacunar para **mantener coberturas homogéneas del 95%** con la primera y segunda dosis de la vacuna contra el sarampión, la rubéola y las paperas, en todos los municipios.
- **Vacunar a poblaciones en riesgo**, sin prueba de vacunación o inmunidad contra el sarampión y la rubeola, tales como personal de salud, personas que trabajan en turismo y transporte (hotelería, aeropuerto, taxis y otros) y viajeros internacionales.
- **Mantener una reserva de vacuna** sarampión-rubeola (SR) y/o sarampión-rubeola-paperas (SRP) **y jeringas** para acciones de control de casos importados en cada país de la Región.
- **Fortalecer la vigilancia epidemiológica** del sarampión para lograr la detección oportuna de todos los casos sospechosos en los servicios de salud públicos y privados, y asegurar de que las muestras se reciban en el laboratorio en el plazo de 5 días después de haberse tomado y que los resultados de laboratorio estén disponibles en un periodo de no más de 4 días.
- Brindar una **respuesta rápida** frente a los casos importados de sarampión para evitar el restablecimiento de la transmisión endémica, a través de la activación de los grupos de respuesta rápida entrenados con este fin e implementando protocolos nacionales de respuesta rápida frente a los casos importados. Una vez que se active el equipo de respuesta rápida, se deberá asegurar una coordinación permanente entre el nivel nacional y local con canales de comunicación permanentes y fluidos entre todos los niveles (nacional, subnacional y local).
- **Identificar** los flujos migratorios externos (llegada de personas extranjeras) e internos (desplazamientos de grupos poblacionales) en cada país, incluyendo las poblaciones indígenas, para facilitar el acceso a los servicios de vacunación, según el esquema nacional.
- **Incrementar las coberturas vacunales** y fortalecer la vigilancia epidemiológica en áreas de fronteras a fin incrementar la inmunidad poblacional y detectar/responder rápidamente frente a casos altamente sospechosos de sarampión.
- En situación de brote, se debe **establecer el adecuado manejo intrahospitalario de casos** para evitar la transmisión nosocomial, con un adecuado flujo de referencia de pacientes a salas de aislamiento (en cualquier nivel de atención) evitando el contacto con otros pacientes en salas de espera y/o salas de hospitalización por otras causas.

Adicionalmente, la OPS/OMS recomienda a los Estados Miembros que se aconseje a todo viajero de 6 meses de edad en adelante que no pueda mostrar prueba de vacunación o inmunidad, que **reciba la vacuna contra el sarampión y la rubéola**, preferiblemente la vacuna triple viral (sarampión, rubéola y parotiditis - SRP), **al menos dos semanas antes de viajar a áreas donde se ha documentado la transmisión de sarampión**. Las recomendaciones de la OPS/OMS con relación a consejos para los viajeros, se encuentra disponible en la Actualización Epidemiológica del 27 de octubre de 2017.

Fuente: [Actualización Epidemiológica de Sarampión en las Américas](#)

**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 la República Democrática del Congo, continúa siendo vigilada de cerca por el Ministerio de Salud, la OMS y sus socios. Desde el último informe hasta el 27 de octubre de 2018, se han confirmado 30 nuevos casos (25 en Beni y 5 en Butembo) y 17 nuevas muertes.

Hasta el 27 de octubre de 2018, hubo un total de 267 casos de EVE, incluidos 232 casos confirmados y 35 probables. Hasta la fecha, los casos confirmados han sido informados de nueve zonas de salud: Beni (120), Mabalako (71), Butembo (21), Masereka (4), Oicha (2) y Kalunguta (2) en la provincia de Kivu del Norte; y Mandima (9), Komanda (1) y Tchomia (2) en la provincia de Ituri. Se registraron un total de 170 muertes, incluyendo 135 casos confirmados, para una tasa de letalidad entre los casos confirmados del 58,2% (133/231). Se notificaron 3 casos nuevos confirmados entre trabajadores de la salud, incluido un médico del hospital general de Beni, aumentando el número de trabajadores de salud afectados a 24, incluyendo 23 confirmados y 3 fallecidos.

El 27 de octubre de 2018 fueron hospitalizados 31 nuevos pacientes, con lo que el total número de pacientes ingresados se eleva a 77, de los cuales 34 están confirmados y 43 son sospechosos. Los Centros de Tratamiento de Ébola (CTE) de Beni y Butembo han alcanzado el 85% (51/60) y 70% (21/30) de ocupación de las camas, respectivamente. El número de pacientes curados y dados de alta en la comunidad es de 70 (incluyendo 7 pacientes nuevos desde el último informe).

Beni y Mabalako siguen siendo las zonas de salud más afectadas, con un 48% (128/267) y 34% (92/267) de casos, respectivamente. Beni es el punto de acceso más afectado del brote con el 84% de nuevos casos confirmados durante las últimas dos semanas (47 de 56). También hay cadenas activas de transmisión en Butembo, que ha reportado 9 nuevos casos confirmados durante las últimas dos semanas.

El rastreo de contactos sigue siendo preocupante debido a la inseguridad y la persistente resistencia de la comunidad. El 27 de octubre de 2018, la proporción de contactos seguidos fue del 93% (5574/6 026) y varió entre el 91% en Beni y el 100% en Mabalako. Un total de 432 nuevos contactos se incluyeron el 27 de octubre de 2018, la mayoría (n = 377, 87%) estaban en Beni, y el resto en Butembo (n = 54) y Mabalako (n = 1, desplazados de Beni).

**Acciones de Salud Pública**

- Todas las actividades de vigilancia continúan, incluyendo investigaciones alrededor de los últimos casos confirmados no conocidos como contactos, búsqueda activa de casos en los establecimientos de salud y en las comunidades de las zonas de salud afectadas, así como la investigación y listado de contactos en torno a los últimos casos confirmados.
- Continúa el monitoreo en los puntos de entrada (POE) y puntos sanitarios de control (POS) con un total de 59 funcionales (de 64), el 27 de octubre de 2018 con 163 787 viajeros revisados, con lo que el número total de los viajeros verificados desde el inicio del brote se eleva hasta los 11,2 millones. Seis vehículos de transporte fueron descontaminados el mismo día, aumentando el total de vehículos descontaminados hasta 17 443.
- La vacunación continúa en nueve anillos en Beni, un anillo en Butembo y uno en Katwa con un total de 407 personas vacunadas el 27 de octubre de 2018, con un total de personas vacunadas desde el 8 de agosto de 2018 de 23 691 personas. Los sitios de vacunación fueron inaccesibles el 26 de octubre en Butembo y Vuhovi después de un día de "ciudad muerta". El stock actual de vacunas disponibles en Beni es de 3120 dosis.
- Se llevaron a cabo varias actividades para aumentar la conciencia pública sobre la EVE y para combatir los rumores sobre la enfermedad y la resistencia de la comunidad a la respuesta a la epidemia, que incluyen la traducción de los mensajes de EVE a Kiswahili, una visita guiada a los CTE por cinco mujeres líderes de organizaciones de la sociedad civil en Butembo, y visitas a más de 4000 hogares de comunidades en Beni, Butembo, Katwa, Tchomia y Oicha.
- Se organizaron sesiones de psicoeducación en las zonas de salud de Beni, Mabalako, Mandima, Butembo y Masereka, que alcanzaron a 955 personas y 22 pacientes dados de alta de los CTE y reintegrados en sus comunidades.
- Continuaron las actividades de prevención y control de infecciones y de saneamiento e higiene del agua: el 27 de octubre se distribuyeron 10 kits a instalaciones de salud (8 en Beni, 1 en Butembo y 1 en Komanda) y se realizaron capacitaciones de prevención y control de infecciones en 13 establecimientos de salud (9 en Beni y 4 en Mabalako). El 27 de octubre, cuatro hogares (3 en Beni y 1 en Butembo) fueron descontaminados.

**Situación de interpretación**

El número acumulado de casos de EVE (confirmados y probables) reportados en este brote ha superado el número de casos de EVE reportados durante el brote de 2007 en Mweka (264 casos, incluyendo 187 muertes). El número de casos confirmados de EVE sigue aumentando, especialmente en Beni y Butembo. En Beni, la mayoría de los casos están llegando desde las zonas rojas de seguridad (donde las actividades de búsqueda de contactos son un desafío) y de personas que fueron identificadas como contactos, pero se negaron a ser seguidas y vacunadas.

Además, alrededor del 50% de los casos confirmados no presentan fiebre, lo que dificulta su detección en establecimientos de salud y aumenta el riesgo de exposición para los trabajadores de la salud.

Además, los incidentes de seguridad y la resistencia de la comunidad también retrasan la implementación de la vacunación por anillos en los nuevos casos confirmados. Estos retos resaltan la necesidad de seguir fortaleciendo las actividades de participación de la comunidad (incluida la asociación con grupos armados), así como las actividades de prevención y control de infecciones en las instalaciones de salud.

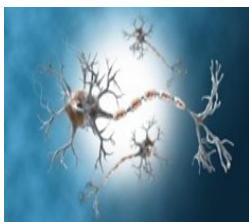
Fuente: [Organización Mundial de la Salud](#)

## BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

### OTROS EVENTOS DE LA SEMANA

- ⇒ [Situación del ébola en la República Democrática del Congo](#)
- ⇒ [Actualización de sarampión en las Américas por la OPS/OMS](#)
- ⇒ [Influenza en las Américas](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en Bolivia](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en Brasil](#)
- ⇒ [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 Paraguay](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en Perú](#)
- ⇒ [Dengue en Senegal](#)
- ⇒ [Fiebre amarilla en Liberia](#)
- ⇒ [Fiebre amarilla en Nigeria](#)
- ⇒ [Malaria en Colombia, Haití, México, Panamá y Paraguay](#)
- ⇒ [Virus del Nilo Occidental en Europa](#)
- ⇒ [Enfermedades en Ecuador](#)
- ⇒ [Sarampión en Brasil](#)
- ⇒ [Sarampión en Colombia](#)
- ⇒ [Sarampión en Estados Unidos](#)
- ⇒ [Sarampión en Etiopía](#)
- ⇒ [Sarampión en Kenia](#)
- ⇒ [Sarampión en Liberia](#)
- ⇒ [Sarampión en Mali](#)
- ⇒ [Sarampión en Mauricio](#)
- ⇒ [Difteria en Haití](#)
- ⇒ [Diarrea acuosa aguda en Etiopía](#)
- ⇒ [Cólera en Camerún](#)
- ⇒ [Cólera en Haití](#)
- ⇒ [Cólera en Kenia](#)
- ⇒ [Cólera en Níger](#)
- ⇒ [Cólera en Tanzania](#)
- ⇒ [Cólera en Zimbabue](#)
- ⇒ [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 la República Centroafricana](#)
- ⇒ [Poliovirus derivado de la vacuna circulante en Nigeria](#)
- ⇒ [Poliovirus derivado de la vacuna circulante tipo 2 \(cVDPV2\) en Níger](#)
- ⇒ [Poliomielitis en República Democrática del Congo](#)
- ⇒ [Celulitis/fascitis necrosante en Santo Tomé y Príncipe](#)

#### Recomendamos leer



#### Un estudio no puede establecer una 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 y publicada en [Rev Neuro](#) intentó establecer una relación causal del SGB con el virus del Zika. [Leer más...](#)

### Las enfermedades y su impacto en la obra de genios de las bellas artes

Les ofreceremos en los números siguientes un artículo muy completo confeccionado por la Dra. Isis Betancourt Torres y publicado en EDUMECENTRO, vol.9, no.2, de Santa Clara en 2017, que nos pareció muy interesante por su relación con nuestra temática.

Las enfermedades acompañan a los seres vivos desde siempre, su vínculo con la historia y el arte, lejos de ser forzada, es una relación entrañable evidenciada desde la antigüedad hasta hoy. Este trabajo se realizó con el objetivo de identificar la relación entre las enfermedades y la creación artística, profundizando en la vida y obra de un grupo de artistas: músicos, pintores y literatos.

Se realizó un estudio descriptivo observacional de las biografías de cincuenta clásicos de las bellas artes. La muestra fue seleccionada de un listado inicial de ciento treinta artistas del arte universal. A cada uno se le asignó un número siguiendo un orden alfabético riguroso. Posteriormente, de forma aleatoria, fueron seleccionados los cincuenta que formaron la muestra, en la que quedaron incluidos: dieciséis pintores, doce literatos y veintidós músicos.

Se tomaron como criterios de inclusión para el estudio: ser considerado un clásico de la pintura, la música o la literatura, haber alcanzado su celebridad antes del año 1950, haber nacido en Europa o América y haber fallecido antes del año 2000.

Se utilizaron métodos teóricos a partir del estudio de la biografía de cada artista y una consulta bibliográfica de textos de historia de las artes, incluidos los capítulos de cuatro enciclopedias y tres diccionarios enciclopédicos. Como métodos empíricos, además del análisis documental, se efectuaron entrevistas individuales a personalidades de la cultura cubana y profesores universitarios, estudiosos del tema.

En el trabajo se analizan las enfermedades padecidas por los artistas y se hace una reflexión sobre el impacto de sus dolencias en sus obras. Las enfermedades infecciosas, entre ellas, la tuberculosis y la sífilis; la locura y otros estados anímicos como la depresión, la melancolía y la enfermedad bipolar, aparecen como las más frecuentes.

Los resultados de este estudio evidenciaron una estrecha relación entre enfermedades y creación artística. Contribuye a aumentar el acervo cultural de profesores y estudiantes en general, despierta el interés por estos temas.

#### Introducción

Reflexionar sobre el tema "Las enfermedades y su impacto en la obra de genios de las bellas artes", puede resultar ameno y motivador para adentrarse en este mundo donde se incluyen la pintura, escultura, arquitectura, música y literatura.

La consulta de una amplia bibliografía sobre arte y enfermedades permitió encontrar algunos estudios sobre enajenación y arte; por ejemplo, en la revisión bibliográfica de los doctores Gomis y otros, se relacionan las enfermedades infecciosas y la música, pero no se hallaron estudios que vinculen las enfermedades crónicas y las infecciones con la pintura y la literatura.

Un tema muy abordado es el de la relación de las vivencias sentimentales de los artistas y su obra. Son múltiples los libros más vendidos que abordan los conflictos emocionales, la depresión y el temor a la muerte de los grandes genios del arte. Algunos críticos consideran que existen mitos creados sobre figuras célebres como Chopin, Beethoven, Van Gogh, Schumann y otros que han motivado publicaciones que hacen más énfasis en sus padecimientos que en su fabulosa obra, y caen en el error de soslayar la realización artística y entrar en análisis superficiales sobre cómo vivieron y no en la trascendencia de lo que crearon.

Si se parte del dato incuestionable de que algunos de los grandes genios de las bellas artes fueron niños prodigios como Mozart, Beethoven, Chopin, Paganini, etc.; se podría afirmar que: "Los genios nacen genios y no es necesario buscar una explicación para su creación que no es otra cosa que la expresión de su genialidad". Esto sería simplificar la explicación de un fenómeno que no tiene una respuesta sencilla pues existen interrogantes que no son fáciles de responder como: ¿por qué surgieron tantos genios de las artes en los siglos anteriores al XX?, ¿por qué el siglo XX con su revolución científico-técnica y su carácter iconoclasta, no ha sido también un siglo colmado de genios en el arte? Existen otras dos interrogantes: ¿Cuál es la relación entre las enfermedades y la creación artística? ¿Ha sido el arte un escape ante el dolor y el sufrimiento?

#### Resultados y discusión

La relación de padecimientos de los pintores estudiados muestra la depresión como el trastorno más frecuente, pues estuvo presente en muchos momentos de la vida de artistas como Leonardo da Vinci, Rafael Sancio, Paul Gauguin, Claude Monet y Edouard Manet. Es necesario incluir en esta relación a Miguel Ángel, Rembrandt y Sandro Botticelli que padecieron síntomas más intensos de depresión: la melancolía. Francisco de Goya sufrió una psicosis maniaco-depresiva y Vincent Van Gogh tuvo cuadros demenciales que motivaron múltiples ingresos en sanatorios para perturbados mentales. Vincent también padeció de epilepsia.

La única enfermedad infecciosa reportada en el grupo de pintores fue la sífilis, padecida por Paul Gauguin y Manet quien murió parálítico a consecuencia de ello. Wifredo Lam fue el único caso con una paraplejía.

En los literatos, la depresión también constituyó el padecimiento más frecuente y estuvo presente en la vida de Cervantes, Hemingway, García Lorca, Pablo Neruda, Gabriela Mistral y Gertrudis Gómez de Avellaneda. En este grupo aparecen Gustavo Adolfo Bécquer, Franz Kafka y Robert Louis Stevenson, integrando una lista de tuberculosos célebres. Baudelaire fue el único sífilítico, mientras Edgar Allan Poe padeció de demencia y adicción a las drogas. La epilepsia solo fue padecida por Dostoievski, entre los literatos estudiados.

El análisis de las enfermedades de los veintidós músicos muestra la gran frecuencia de los estados depresivos entre estos artistas. La depresión marcó la vida de Beethoven, Rossini, Verdi, Tchaikovsky y el cubano José White. Las demencias también aparecieron en las vidas de Salieri, Schumann e Ignacio Cervantes. Las enfermedades infecciosas fueron las más frecuentes entre los músicos. La tuberculosis afectó y puso fin a la vida de hombres célebres como Paganini, Brindis de Salas y Stravinsky y existen dudas si la sufrieron o no Chopin y Puccini. Otra enfermedad infecciosa, la sífilis, fue padecida por Schubert y Paganini.

## BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

### ARTE Y MEDICINA

Entre las enfermedades crónicas no transmisibles aparecen la ceguera de Bach y Handel, ambas producidas por iatrogenia y la de Joaquín Rodrigo. El músico estudiado que padeció de cáncer fue Rossini. Vivaldi fue el único asmático y la insuficiencia cardíaca fue padecida por dos grandes del piano como Franz Liszt y Ernesto Lecuona.

Mozart merece una mención aparte por haber sido el más enfermizo de todos los músicos y artistas en general. Este genio padeció de hepatitis, fiebre amarilla, glomerulonefritis y púrpura de Schölein Henoch, se discute la hipótesis de que fue envenenado, parece ser que murió en un cuadro de insuficiencia renal crónica, consecuencia de una nefritis.

Cuando se analizan las enfermedades más frecuentes en la muestra estudiada se refiere la depresión en nueve casos (18%) y las demencias en siete (14%), los cuales fueron los padecimientos más frecuentes lo que unido a dos casos (4%) de enfermedad bipolar, permite plantear que los trastornos de la esfera psíquica fueron muy frecuentes entre los artistas músicos estudiados. Seis casos de tuberculosis y dos de sífilis colocan en el segundo lugar en frecuencia a las enfermedades infecciosas en este estudio, donde solo se reportó un caso de cáncer y uno de asma bronquial, entre los genios del pentagrama.

#### **Depresión, melancolía, enfermedad bipolar y enajenación en el arte**

La depresión fue el trastorno afectivo más frecuente en la muestra estudiada con un listado de casos que incluye a genios de la música, como Beethoven, Haydn, Rossini, Verdi, Tchaikovsky, Brindis de Salas y White; genios de la pintura, como Miguel Ángel, Gauguin, Monet y Manet; y grandes escritores, como Cervantes, Hemingway, Neruda, la Mistral y la Avellaneda; sin contar a otros grandes artistas que sufrieron cuadros depresivos como parte de la evolución de otras enfermedades como la sífilis y la tuberculosis.

Las depresiones predominan a partir de los 40 o 50 años, y se definen como trastornos de la esfera afectiva con un síntoma que lo caracteriza, que es la tristeza. La melancolía se define como una tristeza vaga, depresión profunda. Es una especie de locura en que dominan las afecciones morales tristes, la añoranza y la nostalgia.

Estos estados se caracterizan por un ánimo abatido y pocos deseos de hacer las cosas, pero entre los artistas estudiados ocurría lo contrario, como en el caso de Miguel Ángel ("El juicio final"), pues durante sus estados depresivos creaban sus mejores obras. Beethoven, en medio de profundos cuadros depresivos, abatido por su sordera, desgarrado por el dolor de no poder escuchar su propia música y al borde del suicidio, seguía componiendo porque solo la música le daba fuerzas para vivir y no se sentía dispuesto a abandonar la vida sin crear todo aquello de que se sentía capaz.

El caso de Hemingway merece una reflexión especial ya que su depresión parece haber sido inducida por la reserpina utilizada para el tratamiento de su hipertensión arterial. Esta depresión estuvo presente en sus grandes obras y lo llevó al suicidio con un disparo, como lo hizo también Van Gogh, el artista más relacionado con el color amarillo, quien tuvo una vida marcada por la depresión y la locura. Se recoge historia de enajenación en músicos como Salieri, Schumann e Ignacio Cervantes; un escritor como Poe y el ya referido pintor holandés.

A Van Gogh se le ve como un ejemplo de la fuerza de la locura, pues su vida ha servido para argumentar el papel de los locos en la historia. Ningún pintor como él se ha identificado tanto con el color amarillo. Quienes estudian la evolución artística de Van Gogh observan su desarrollo y ven con admiración y perplejidad la diferencia entre sus cuadros anteriores a 1885 y los creados en la etapa posterior, se preguntarían: ¿a qué se debe este cambio: es madurez como pintor o es locura? Respuestas puede haber muchas, pero la hipótesis de Rodríguez Hernández y la de la autora de este trabajo, concuerdan con la de quienes, como Villar, relacionan la visión amarilla de Van Gogh con la digital purpúrea. Nunca antes de su locura Van Gogh tuvo tanta fuerza expresiva y tanto dominio de los diferentes matices del amarillo, como cuando enloqueció y pudo haber sido tratado con digital purpúrea a altas dosis. De esta época son: "La alcoba" (1889), "La silla amarilla" (1888), "La casa amarilla" (1888), "Muchacha campesina" (1890), "Los girasoles" (1888), "El retrato del poeta" (1888), "Café nocturno" (1888) y "Noche estrellada" (1889).

Los adelantos de la ciencia y la técnica han demostrado que la digitoxina, principio activo de digital purpúrea, se almacena muy especialmente en la retina; esto explica las alteraciones en la visión que acompañan a la intoxicación digital, donde se destaca la visión amarilla (xantosis digital).

El Doctor Gachet fue inmortalizado por este genio de la pintura en su cuadro "Retrato del Doctor Gachet", que posee el récord de haber sido vendido en 82 millones 200 mil dólares, el precio más alto pagado por un cuadro en la historia de la humanidad. En esta obra, el célebre médico aparece sosteniendo en las manos una rama de digital purpúrea, como una sugerente prueba de su posible utilización para tratar la epilepsia en este loco maravilloso, que dio vida a la naturaleza muerta dándole efectos de sol a plena luz.

Desde tiempos remotos se ha discutido sobre la relación entre las enfermedades y la creación artística y una interesante cantidad de reflexiones han correspondido a la locura.

Los criterios sobre esta enfermedad han sido expresados en frases célebres como la expresada por Sócrates: "La locura no es sencillamente un mal pues con ella han llegado a Grecia los más importantes espíritus".

Realmente estas afirmaciones no parecen estar lejos de la verdad, pues sobran estudios que lo demuestran, como el realizado por Jamison, referenciada por Villar, que analizó las vidas de ochenta y tres poetas con síntomas maniaco-depresivos, entre ellos: Byron, Baudelaire, Elliot, y otros; de ellos, treinta habían ingresado en hospitales psiquiátricos, veintiuno se suicidaron y doce intentaron hacerlo.

Tal vez el estudio más demostrativo es el que incluyó a ciento cinco creadores. De ellos: cuarenta y un escritores (Balzac, Dickens, Hemingway, Tolstoi, Twain, Zola, y otros); veintitrés compositores (Berlioz, Händel, Rasmaninov, Schumann, Tchaikovsky, y otros); cuarenta y un pintores (Miguel Angel, Gauguin, Van Gogh, Pollok y otros). Todos padecieron alteraciones anímicas, treinta ingresaron en manicomios y veinte se suicidaron.

Existe un dato de gran interés: la depresión y la enfermedad maniaco depresivas son treinta veces más frecuentes en escritores y pintores que en la población normal; y los suicidios, cinco veces más.

Durante los estados maniacos, los artistas perciben sus experiencias personales y los estímulos sonoros y visuales con mayor intensidad y viveza; el lenguaje es más fluido, enriquecido y rápido y sus procesos mentales, su creatividad y productividad, aumentan. Esto se pone de manifiesto en artistas como Schumann, que llegó a componer una sinfonía en cuatro días; Van Gogh, con sus múltiples cuadros creados durante su febril actividad en el Sanatorio de Arles; la intensa actividad de Goya, cuando su mente perturbada le permitía crear monstruos, que según él, eran fantásticos; la vasta obra de Salieri, creada cuando su mente estaba fuera de control; o la de Schubert, que en un período de un año compuso ciento cuarenta y cuatro piezas musicales.

#### **Enfermedades infecciosas. Su influencia en el arte**

La gran cantidad de artistas que vivieron sus días de esplendor en épocas en que los antibióticos no formaban parte del arsenal terapéutico de los médicos, determina que un grupo significativo de los genios estudiados hayan padecido de enfermedades infecciosas, donde la tuberculosis y la sífilis ocupan un papel predominante y pueden ser consideradas como la Espada de Damocles, que pendía sobre la cabeza de cada artista sometido a las penurias económicas y la vida disipada típicas del medio. Si bien la mayoría de los pintores padecieron trastornos anímicos, y solo en Gauguin se reporta la sífilis como enfermedad infecciosa, no sucede lo mismo con los literatos, pues hay que destacar la tuberculosis de Bécquer, Kafka y Stevenson; y la sífilis de Baudelaire.

El listado de músicos con enfermedades infecciosas es lógico, pero sorprendente. Este estudio recoge diagnósticos de tuberculosis en Chopin, Paganini, Puccini, Stravinski y Brindis de Salas. Sufrieron sífilis Schubert y Paganini. Rossini padeció de uretritis, posiblemente gonocócica, y Mozart fue víctima de la fiebre reumática. Varios de los artistas estudiados padecieron de viruela y tifus, mientras una minoría padeció de paludismo.

Está por definir hasta qué punto una enfermedad infecciosa pueda influir en la creación artística, y las investigaciones sobre este tema son demasiado escasas. Vale la pena reflexionar sobre el impacto que pudo haber producido en los genios estudiados no solamente el hecho de sufrir una enfermedad infecciosa, sino también los horribles tratamientos a que fueron sometidos en una época donde predominaban los esquemas terapéuticos como baños a altas temperaturas, dietas rígidas, enemas frecuentes, punciones repetitivas y las terribles sangrías realizadas con punturas venosas o con sanguijuelas. No se puede olvidar que, en esta época, y desde los tiempos de Galeno, se consideraba que los purgantes y las sangrías eran "las dos piernas de la medicina".

**Continuará en el próximo número**

**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