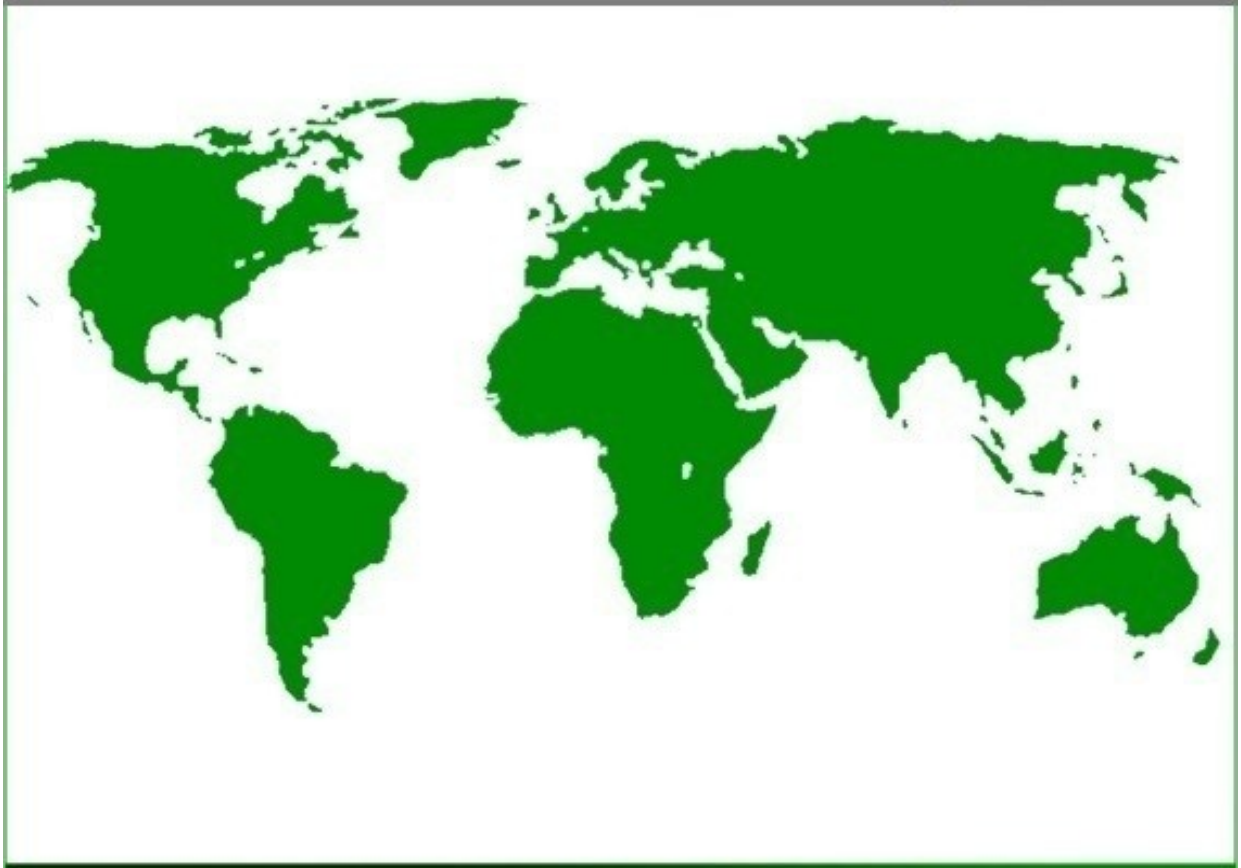
ISSN 1028-4346

SEI SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

SEI No. 6, 2019 *12 de febrero*



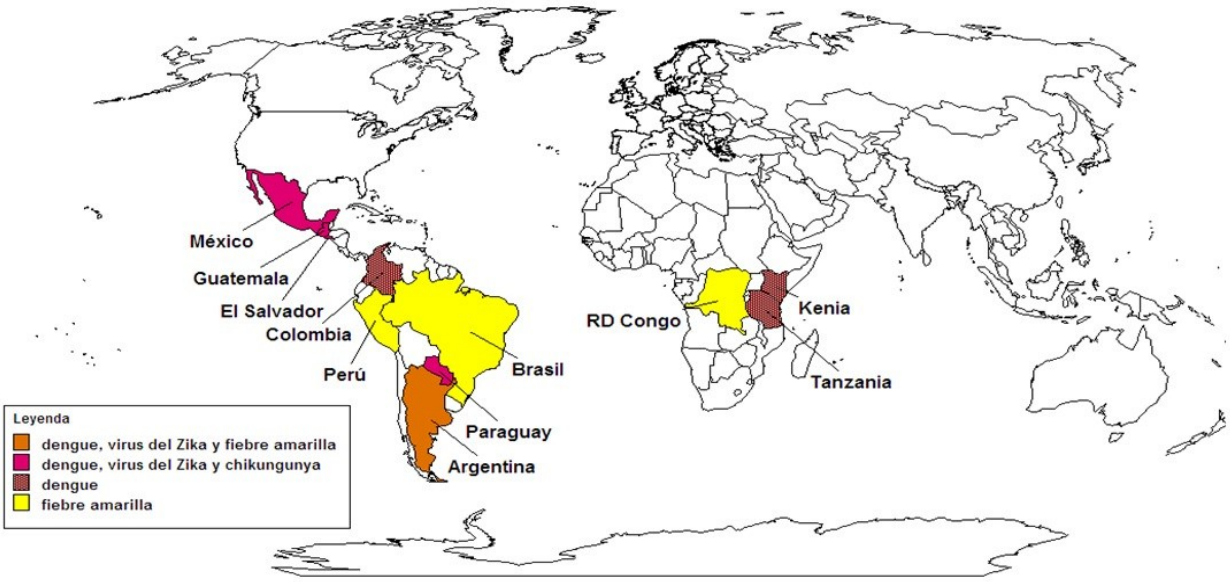
CENTRO DE DIRECCIÓN MINISTERIAL MINSAP

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.

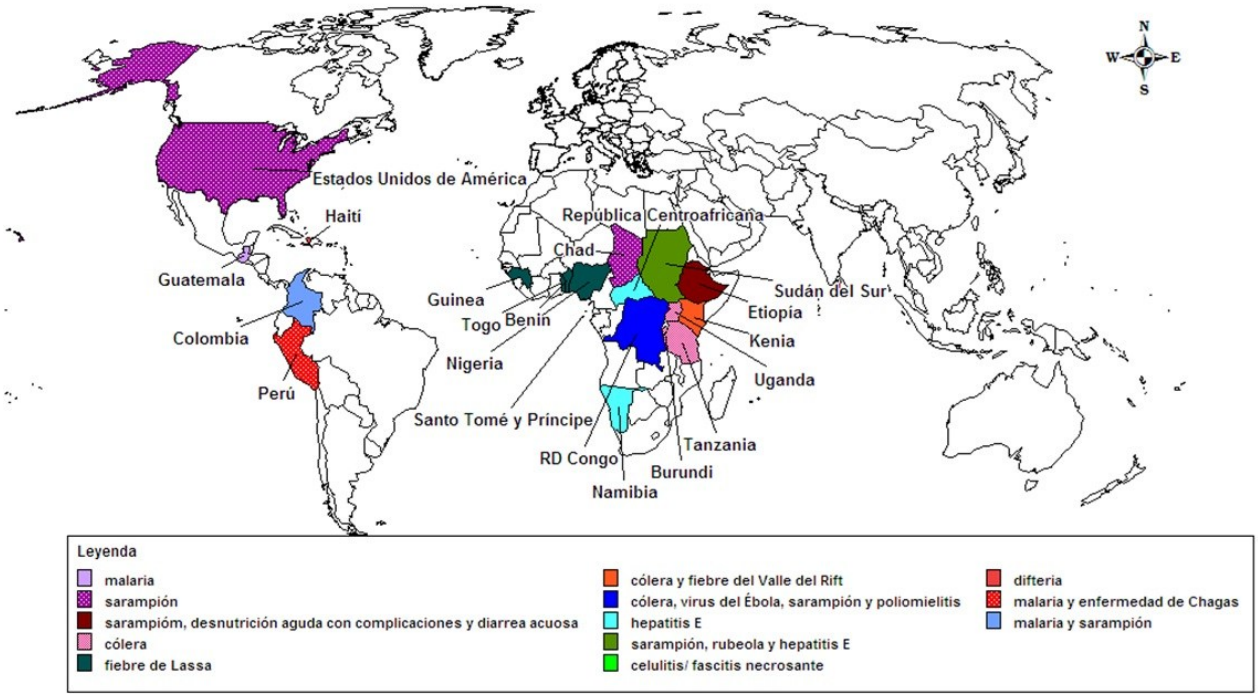
BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

En este número:

Arbovirosis:



Otras enfermedades:



BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

En este número:

América (La OPS no ha actualizado datos de zika ni chikungunya):

⇒ ***Zika:*** hasta 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 557 562 casos de dengue en las Américas hasta el 12 de febrero de 2019. Sobresale Brasil con 265 934 casos, seguido de México con 78 621, Nicaragua con 57 041, Colombia con 44 825 y Paraguay con 32 359.

⇒ ***Fiebre amarilla:*** Entre enero de 2017 y diciembre de 2018, seis países y territorios de la región de las Américas notificaron casos confirmados de fiebre amarilla: Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guayana Francesa y Perú. En 2019, Brasil y Perú notificaron casos confirmados que ocurrieron entre diciembre de 2018 y enero de 2019. Brasil reporta 12 casos humanos confirmados, de ellos 5 fallecieron.

⇒ Actualización de **sarampión** en las Américas (18 de enero de 2019).

El mundo

Situación del ébola en la República Democrática del Congo
Actualización de difteria y sarampión en las Américas
Situación de Influenza
Dengue, virus del Zika y fiebre amarilla en Argentina
Dengue, virus del Zika y chikungunya en El salvador
Dengue, virus del Zika y chikungunya en Guatemala
Dengue, virus del Zika y chikungunya en México
Dengue, virus del Zika y chikungunya en Paraguay
Dengue, virus del Zika y chikungunya en Perú
Dengue en Colombia, Kenia y Tanzania
Fiebre amarilla en Brasil y Perú
Malaria en Colombia, Guatemala y Perú
Sarampión en Chad, Colombia, Estados Unidos, Etiopía, Mauricio y Sudán del Sur
Rubeola en Sudán del Sur
Diarrea acuosa aguda en Etiopía
Cólera en Burundi, Kenia, Tanzania y Uganda
Enfermedad de Chagas en Perú
Fiebre de Lassa en Benin, Guinea, Nigeria y Togo
Fiebre del Valle del Rift en Kenia
Hepatitis E en Namibia, República Centroafricana y Sudán del Sur
Poliomielitis en República Democrática del Congo
Celulitis/fascitis necrosante en Santo Tomé y Príncipe
Situación de salud en Etiopía
Situación de salud en República Democrática del Congo

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

- **Virus del Zika en las Américas/ Organización Panamericana de la Salud**

Casos acumulados de zika 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.

Se mantenía en **48 el número de países y territorios de las Américas que confirmaron casos autóctonos por transmisión vectorial de Zika** y en 5 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.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud/ Zika

Resumen Global

84 países y territorios reportaron evidencia de transmisión del virus del Zika transmitida por mosquitos en el mundo desde el año 2007.

- **Síndrome Congénito asociado al virus del Zika**

De los 34 países y territorios con Síndrome Congénito asociado al virus del Zika, el 79,4% (27) pertenecen a la región de las Américas.

Fuente: Actualización epidemiológica de la OPS, casos acumulados del 4 de enero de 2018

- **Virus 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 ocurrió 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 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

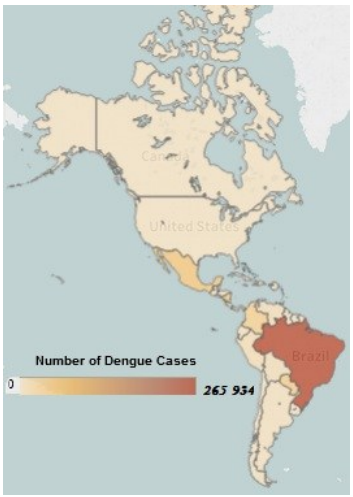
BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

♦ Resumen semanal de dengue

La Organización Panamericana de la Salud reporta **557 562 casos de dengue en las Américas** hasta el 12 de febrero de 2019. Sobresale **Brasil con 265 934 casos**, seguido de México con 78 621, Nicaragua con 57 041, Colombia con 44 825 y Paraguay con 32 359 casos.

Países	Casos		Países	Casos
Brasil	265934		Guyana Francesa	240
México	78621		Trinidad y Tobago	123
Nicaragua	57041		San Martín	104
Colombia	44825		Santa Lucía	90
Paraguay	32359		Aruba	75
Venezuela	19118		Martinica	73
El Salvador	8448		Barbados	64
Honduras	7942		Haití	51
Bolivia	7597		Isla Vírgenes (UK)	46
Perú	6930		Dominica	45
Panamá	6908		Islas Caimán	24
Guatemala	6051		Chile	18
Ecuador	2556		Bahamas	10
Belice	2158		Antigua y Barbuda	8
Costa Rica	2036		San Cristóbal y Nieves	8
Argentina	1829		San Vicente y las Granadinas	4
Rep. Dominicana	1558		Puerto Rico	2
Jamaica	986		Isla turcas y Caicos	2
Granada	463		Anguila	1
Guadalupe	438		Monserrat	1
Estados Unidos	331		Bermuda	1
Guyana	286			
Total				**557 562**

Figura 1. Distribución geográfica del dengue en las Américas el 12 de febrero de 2019.



Se reportaron **335 (+21) fallecidos** (Brasil 155, México 45, Venezuela 24, Colombia 23, Guatemala 18, Paraguay y Perú 15 cada uno, Jamaica 13, El Salvador 8, Bolivia y Nicaragua 6 cada uno, Panamá y Honduras 3 cada uno y República Dominicana 1).

Fuente: Organización Panamericana de la Salud

♦ Actualización epidemiológica de fiebre amarilla en las Américas, 25 de enero de 2019

Entre enero de 2017 y diciembre de 2018, seis países y territorios de la región de las Américas notificaron casos confirmados de fiebre amarilla: Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guayana Francesa y Perú. Los casos notificados en ese periodo en la Región de las Américas superaron lo registrado en varias décadas.
En 2019, Brasil y Perú notificaron casos confirmados que ocurrieron entre diciembre de 2018 y enero de 2019.

En **Perú**, entre la SE 1 y la SE 52 de 2018, se notificaron 20 casos de fiebre amarilla, incluidas 6 defunciones. Del total. 10 fueron confirmados por laboratorio y 10 se encuentran bajo investigación. Esta cifra es superior a la reportada en el mismo período de 2017, cuando se notificaron 6 casos de fiebre amarilla. Del total de casos confirmados, 11 son hombres y 9 mujeres.
Los casos confirmados en 2018 proceden de los departamentos de la selva del país: Loreto, San Martín, Ucayali y Madre de Dios.

Brasil se informa más abajo con información más actualizada del Ministerio de Salud

Recomendaciones para las autoridades de salud
La ocurrencia de los primeros casos humanos confirmados de fiebre amarilla en Brasil marca el inicio de la temporada estacional (diciembre a mayo) y por ende el de mayor riesgo de transmisión a humanos no vacunados; por ello la Organización Panamericana de la salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) reitera su recomendación para que los Estados Miembros con áreas de riesgo para fiebre amarilla continúen con los esfuerzos para inmunizar a la población a riesgo y para que realicen las acciones necesarias para mantener informados y vacunados a los viajeros que se dirigen a zonas donde se recomienda la vacunación contra la fiebre amarilla.
Las recomendaciones para los viajeros internacionales sobre la vacunación contra fiebre amarilla se encuentran disponibles en: https://bit.ly/2B8LT1T
Las orientaciones para diagnóstico por laboratorio y sobre vacunación son las mismas publicadas en la Actualización Epidemiológica del 7 de diciembre de 2018.

Fuente: Actualización Epidemiológica de fiebre amarilla en las Américas

Brasil se encuentra actualmente en el período estacional para la fiebre amarilla, que se produce desde diciembre hasta mayo. La expansión del área histórica de transmisión de la fiebre amarilla a áreas en el sureste del país en áreas a lo largo de la costa atlántica que antes se consideraban sin riesgo llevó a dos olas de transmisión. Una durante el período estacional 2016-2017, con 778 casos humanos, incluidas 262 muertes, y otra durante el período estacional 2017-2018, con 1376 casos humanos, incluidas 483 muertes.
Desde diciembre de 2018 hasta enero de 2019, se reportaron 361 casos humanos confirmados, incluidas 8 muertes, en 11 municipios de dos estados de Brasil. En la parte sur del estado de São Paulo, siete municipios: El dorado (16 casos), Jacupiranga (1 caso), Iporanga (7 casos), Cananeia (3 casos), Cajati (2), Pariquera-Açu (1) y Sete Barras (1) reportó casos confirmados. En el mismo estado, se confirmaron casos adicionales en los municipios de Vargem (1) y Serra Negra (1) en la frontera con el estado de Minas Gerais. Además, se confirmaron dos casos en los municipios Antonina y Adrianópolis, ubicados en la parte oriental del estado de Paraná. Estos son los primeros casos confirmados de fiebre amarilla notificados desde 2015 en Paraná, un estado populoso con una frontera internacional. Entre estos casos confirmados, el 89% (32/36) son hombres, la edad media es de 43 años y al menos el 64% (23/36) son trabajadores rurales.
Los casos humanos informados hasta el momento durante el período 2018-2019 actual (julio de 2018 a enero de 2019) en 9 municipios del estado de São Paulo, así como la confirmación de casos humanos y epizootias debidas a la fiebre amarilla en el estado de Paraná, marcan el comienzo de lo que podría ser una tercera ola y una progresión del brote hacia las regiones del sureste y sur del país. Si bien es demasiado pronto para determinar si este año mostrará el alto número de casos humanos observados en los dos últimos picos estacionales más grandes, hay indicios de que la transmisión del virus continúa propagándose en dirección sur y en áreas con baja inmunidad poblacional.
Vigilancia de epizootias de primates no humanos (NHP)
Desde el 1 de julio de 2018 hasta el 18 de enero de 2019, se reportaron 25 epizootias confirmadas en 5 entidades federales: São Paulo (13), Río de Janeiro (8), Minas Gerais (1), Mato Grosso (2) y Paraná (1). En las últimas 4 semanas se han confirmado epizootias en los estados de São Paulo y Paraná. Además, la Secretaría de Salud de Paraná informó que las pruebas realizadas en monos muertos en Antonina, en la costa de Paraná, dieron positivo para la fiebre amarilla. Dada la gradual expansión geográfica de la ola de epizootias que Brasil ha enfrentado durante los dos últimos períodos estacionales, el país ha tenido que adaptar sus políticas de inmunización contra la fiebre amarilla. El número de áreas con vacunación recomendada aumentó de 3526 municipios en 2010 a 4469 (de 55 702) municipios en 2018. En línea con las directrices de la Organización Mundial de la Salud, Brasil ha adoptado un esquema de vacunación de dosis única para la fiebre amarilla desde abril de 2017.

Leer informe completo en: Organización Mundial de la Salud

♦ Actualización epidemiológica de sarampión en las Américas, 18 de enero de 2019

En 2018 doce países de la Región de las Américas notificaron casos confirmados de sarampión y solo 2 de ellos reportaron defunciones: Brasil y la República Bolivariana de Venezuela.
Hasta la semana epidemiológica (SE) 2 de 2019, seis países notificaron casos confirmados que ocurrieron entre diciembre de 2018 y enero de 2019: Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Estados Unidos de América y Venezuela.

Se presenta a continuación la situación epidemiológica en 5 países de la región:

En **Brasil,** son 11 las Unidades Federales que notificaron casos confirmados de sarampión: Amazonas (9778 casos y 6 defunciones), Bahía (2 casos), Distrito Federal (1 caso), Pará (61 casos y dos defunciones), Pernambuco (4 casos), Rio Grande do Sul (45), Rio de Janeiro (19 casos), Rondônia (2 casos), Roraima (355 casos y 4 defunciones), São Paulo (3 casos), y Sergipe (4 casos). En todas las Unidades Federales, con excepción de un caso en Rio Grande do Sul y uno en São Paulo, el genotipo identificado fue el D8, linaje MVi/HuluLangat.MYS/26.11 similar al que estaba circulando en Venezuela. Entre la SE 6 de 2018 y la SE 2 de 2019 se notificaron 10 274 casos confirmados de sarampión incluido 12 defunciones. Desde lo informado en la Actualización Epidemiológica del 30 de noviembre de 20183, se notificaron 376 casos adicionales y Bahía se ha sumado a las Unidades Federales que reportaron casos.

En **Chile**, entre la SE 45 de 2018 y la SE 2 de 2019, se confirmaron 24 casos de sarampión; 7 importados y 17 relacionados a importación. De ellos, 11 casos requirieron hospitalización. No se registraron fallecidos. El genotipo identificado fue el D8, linaje MVi/HuluLangat.MYS/26.11 similar al que está circulando en otros países de la región. El 50% de los casos son del sexo femenino y el 58,4% son menores de 1 año. Los casos se registraron en las regiones Metropolitana (22 casos) y Biobío (2 casos).

En **Colombia**, entre la SE 10 de 2018 y la SE 2 de 2019 se notificaron 212 casos confirmados de sarampión, de los cuales 103 requirieron hospitalización. No se registraron fallecidos. La genotipificación realizada en muestras de 43 casos indicó que se trata del genotipo D8, linaje MVi/HuluLangat.MYS/26.11 similar al que está circulando en otros países de la región. El 68% del total de casos confirmados fueron notificados en los distritos de Cartagena, Barranquilla y el Departamento Norte de Santander. La tasa de incidencia acumulada en el país es de 0,22 por 100 000 habitantes.

En **Estados Unidos**, entre el 1 de enero y el 29 de diciembre de 2018 se confirmaron 349 casos de sarampión en 26 estados y el Distrito de Columbia, que corresponden a 17 brotes reportados.

En **Venezuela**, entre la SE 26 de 2017 y hasta la SE 52 de 2018, se notificaron 9101 casos sospechosos de los cuales 6395 fueron confirmados (727 en 2017 y 5668 en 2018). Los casos de 2018 fueron confirmados por los siguientes criterios: de laboratorio (2038), clínico (3137) y nexo epidemiológico (493). Se registraron 76 defunciones, 2 en 2017 y 74 en 2018 (37 en Delta Amacuro, 27 en Amazonas, 6 en Miranda, 3 en Distrito Capital y 1 en Bolívar). La tasa de incidencia acumulada en el país es de 17,8 por 100 000 habitantes. Las autoridades de salud de Venezuela han implementado una serie de estrategias de vacunación orientadas a interrumpir la circulación del virus. Además de campañas de vacunación, entre otras acciones tomadas figuran: la intensificación de la vigilancia de las enfermedades febriles eruptivas y la vacunación por bloqueo con vacuna sarampión-rubéola (SR) y a los contactos de los casos sospechosos y confirmados en forma selectiva hasta los 39 años.

Sarampión en comunidades indígenas

En **Brasil**, se notificaron 183 casos sospechosos en indígenas de los cuales 145 fueron confirmados en el Estado de Roraima. La mayor parte de los casos corresponden al Distrito Indígena de Salud de Auaris.

En **Venezuela**, entre la SE 1 y la SE 52 de 2018, se confirmaron 499 casos de sarampión en poblaciones indígenas de los estados. Adicionalmente, se registraron 64 defunciones de las cuales 37 son de Delta Amacuro (todas de la etnia Warao) y 27 son de Amazonas (16 de la etnia Sanema). Actualmente se encuentran en investigación otras muertes pertenecientes a estas comunidades indígenas.

En la SE 52 de 2018 no se notificaron casos de sarampión, sin embargo, se mantiene la vigilancia activa y la vacunación por bloqueo ante la aparición de casos sospechosos. La fecha de inicio de exantema del último caso confirmado en población indígena corresponde a la SE 50 y procede del estado de Zulia.

Leer orientaciones para las autoridades nacionales

Fuente: Actualización Epidemiológica de sarampión en las Américas

RESUMEN DE OTROS EVENTOS DE LA SEMANA

♦ Brote de la enfermedad por virus del Ébola en República Democrática del Congo

Continúa el brote de la enfermedad del virus del Ébola (EVE) en las provincias Kivu del Norte e Ituri, en República Democrática del Congo. Desde el último informe el 4 de febrero de 2019, se han reportado 37 casos probables y confirmados, con 29 muertes.

Hasta el 9 de febrero de 2019, se reportó un total de 811 casos de EVE, incluyendo 750 confirmados y 61 casos probables. Siete casos probables retrospectivos (todos murieron) fueron reportados en la zona de salud de Katwa en la última semana. Hasta la fecha, se reportaron casos confirmados de 18 zonas de salud: Beni (225), Biena (5), Butembo (61), Kalunguta (42), Katwa (196), Kayna (5), Kyondo (14), Mabalako (90), Manguredjipa (5), Masereka (8), Musienene (6), Mutwanga (4), Oicha (30) y Vuhovi (12) en la provincia de Kivu del Norte; y Komanda (27), Mandima (17), Nyankunde (1) y Tchomia (2) en la provincia Ituri. Trece de las 18 zonas de salud afectadas informaron al menos un nuevo caso confirmado en los 21 días anteriores (del 20 de enero al 9 de febrero de 2019). Las zonas de salud Katwa, Butembo y Beni son las principales zonas calientes, con el 79% (89/112) de los casos nuevos confirmados en los últimos 21 días.

Se registraron 510 muertes, de las cuales fueron confirmadas 449 casos, para una tasa de letalidad entre los casos confirmados del 60% (449/750). Dos nuevos trabajadores sanitarios se encuentran entre los casos confirmados en la última semana, elevando el número acumulado de casos confirmados y probables entre los trabajadores de la salud a 67 (8% del total de los casos), con 21 fallecimientos.

El rastreo de contactos está en curso en 16 zonas de salud y sigue siendo un reto debido a la inseguridad y la continua reticencia de la comunidad. El número de contactos seguidos hasta el 9 de febrero de 2019 fue de 7846, de los cuales 6625 (84%) habían sido vistos en las últimas 24 horas. La proporción de contactos seguidos en las 24 horas previas varió desde el 55% (Vuhovi) al 100%.

Acciones de Salud Pública

- Las actividades de vigilancia continúan y se fortalecen donde es necesario, incluyendo investigaciones de casos, búsqueda activa de casos en establecimientos de salud y comunidades, e identificación y listado de contactos en torno a los últimos casos confirmados. Los intercambios con las autoridades de salud de Uganda continúan en torno a la vigilancia de los contactos desplazados, así como la repatriación de dos contactos desplazados a Uganda. Las actividades de respuesta se han interrumpido en Rwangoma, Beni, como resultado de la inseguridad.
- Hasta el 9 de febrero de 2019, un total acumulado de 77 188 personas fueron vacunadas desde el inicio del brote. Un centro de vacunación fue abierto en la zona de salud Rwampara, en Ituri.
- El control en puntos de entrada / puntos de control (PoE / PoC) continúa, con un total de 34.2 millones de viajeros revisados.
- Ocho alertas fueron notificadas desde los PoE / PoC con 5 de ellas validadas como casos sospechosos entre los 6 investigados. Todos los casos fueron aislados y se obtuvieron muestras para pruebas de laboratorio.
- Un comité de seguimiento de datos terapéuticos independiente ha sido establecido para evaluar el protocolo MEURI.
- Continúan las actividades de reintegración comunitaria para los pacientes dados de alta de Centros de Tratamiento de Ébola (CTE), junto con sesiones de psicoeducación para fortalecer el compromiso y la colaboración de la comunidad en la respuesta.
- El personal de salud de Bora Maicha ha sido preparado psicológicamente para la descontaminación de la instalación, junto con miembros de un hogar que está siendo descontaminado en Vukala.
- Continúan las actividades de prevención y control de infecciones (IPC), y de agua, saneamiento e higiene (WASH), con dos unidades de clasificación instaladas en Ngote y Rughenda. Cincuenta y cinco personas fueron capacitadas en IPC en Butembo la semana pasada.
- Desafortunadamente, un vehículo de suministro de IPC fue apedreado en Nduko la semana pasada.
- Continúan las sesiones de sensibilización y movilización de la comunidad, con la evaluación del trabajo de los líderes religiosos en Butembo y Beni para reforzar las estrategias de comunicación; los líderes de las iglesias locales en la aldea de Apende, en Komanda, se comprometieron al fortalecimiento del monitoreo comunitario y el manejo de la resistencia; se sensibilizó a familias en
  Komanda a través de la educación sobre la CTE; se proporcionó comunicación de riesgos de EVE a algunos de jóvenes de las aldeas Katabey y Kazaroho que fueron reacios a participar en actividades de prevención.

Interpretación de la situación por la OMS

El brote del virus del Ébola en la República Democrática del Congo continúa evolucionando en un ambiente altamente complejo y desafiante. La OMS y sus socios responden activamente y monitorean continuamente el brote para detectar signos de cambios epidemiológicos o una mayor propagación, particularmente a través de las fronteras. En las últimas semanas se reportó un gran número de casos y están ocurriendo casos en diferentes lugares dentro de una amplia área geográfica, lo que requiere respuesta simultánea en múltiples áreas en colaboración con los socios. Sin embargo, los pasados seis meses han demostrado que funciona, con estrategias claramente exitosas que controlan el brote en algunas zonas. La continuada implementación de la prevención y las medidas sanitarias probadas pondrán fin al 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 difteria en las Américas
⇒ Actualización de sarampión en las Américas
⇒ Situación de Influenza
⇒ Dengue, virus del Zika y fiebre amarilla en Argentina
⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en El salvador
⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Guatemala
⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en México
⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Paraguay
⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Perú
⇒ Dengue en Colombia
⇒ Dengue en Kenia
⇒ Dengue en Tanzania
⇒ Fiebre amarilla en Brasil
⇒ Fiebre amarilla en Perú
⇒ Malaria en Colombia
⇒ Malaria en Guatemala
⇒ Malaria en Perú
⇒ Sarampión en Chad
⇒ Sarampión en Colombia
⇒ Sarampión en Estados Unidos
⇒ Sarampión en Etiopía
⇒ Sarampión en Mauricio
⇒ Sarampión en Sudán del Sur
⇒ Rubeola en Sudán del Sur
⇒ Diarrea acuosa aguda en Etiopía
⇒ Cólera en Burundi
⇒ Cólera en Kenia
⇒ Cólera en Tanzania
⇒ Cólera en Uganda
⇒ Enfermedad de Chagas en Perú
⇒ Fiebre de Lassa en Benin
⇒ Fiebre Lassa en Guinea
⇒ Fiebre de Lassa en Nigeria
⇒ Fiebre de Lassa en Togo
⇒ Fiebre del Valle del Rift en Kenia
⇒ Hepatitis E en Namibia
⇒ Hepatitis E en República Centroafricana
⇒ Hepatitis E en Sudán del Sur
⇒ Poliomielitis en República Democrática del Congo
⇒ Celulitis/fascitis necrosante en Santo Tomé y Príncipe
⇒ Situación de salud en Etiopía
⇒ Situación de salud en República Democrática del Congo

Recomendamos leer

Estructura del genoma de los parásitos del paludismo ligada a la virulencia

Un equipo de investigación internacional liderado por científicos de la Universidad de California, Riverside, y del Instituto de Inmunología La Jolla, California, Estados Unidos, descubrió que los genomas de parásitos del paludismo están formados por familias de genes específicos de parásitos, y que esta organización genómica está fuertemente correlacionada con la virulencia del parásito. El estudio fue publicado en *Proceedings of the National Academy of Sciences*. Leer más...

ARTE Y MEDICINA

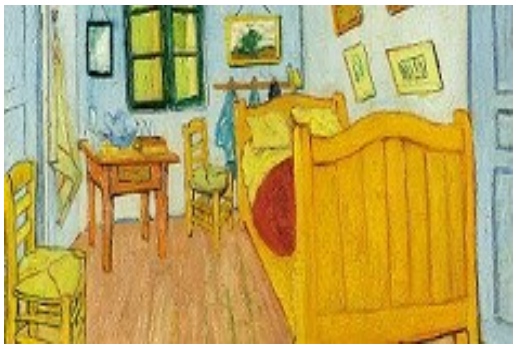
Saturnismo: la enfermedad de los pintores (leer 1ra parte en Boletín No. 5)

Las principales vías de entrada de los contaminantes químicos en el organismo humano son tres: respiratoria, digestiva y dérmica. Normalmente, en patología laboral, la más importante es la vía respiratoria; pero el caso de los pintores es una excepción, porque -por diversos motivos- para ellos la principal vía de entrada es la digestiva. La vía dérmica solo tiene interés cuando existen heridas o erosiones en la piel.

¿Por qué mencionamos el saturnismo en los pintores? Porque hasta el siglo XX -prácticamente- un buen número de los colores que usaban en sus obras estaban fabricados con compuestos de plomo. Baste citar, por ejemplo, al carbonato de plomo, el albayalde, también conocido como blanco de plomo, que permitía los efectos de transparencia que vemos en el luminoso vestido de la *Condesa de Chinchón*, retratada por Goya en el año 1800.

El albayalde se usaba con frecuencia, además, para la preparación de los lienzos, especialmente para la imprimación, la capa de pintura sobre la que se aplica el color; y hasta el último tercio del siglo pasado, por ser barato y fácil de obtener, se utilizó para pintar las paredes de las casas, con el consiguiente riesgo de intoxicación para sus habitantes.

Otro color de uso muy común desde el Barroco era el amarillo de Nápoles (antimoniato de plomo). El *Cesto con frutas* (c. 1596), de Caravaggio, una de las primeras naturalezas muertas de la pintura occidental, se recorta sobre un fondo amarillo de Nápoles.



Y Van Gogh… ¡Con lo que le gustaba a Van Gogh el amarillo, que hasta pintó de ese color la casa en la que vivió en Arlés!

No se puede dejar de mencionar un compuesto aún más tóxico que los anteriores, el minio o rojo Saturno (tetróxido de plomo). Se dice que el nombre “minio” proviene del río Miño, en cuyas márgenes se obtenía de modo natural, y de él deriva la palabra “miniatura” porque se utilizó para iluminar códices y manuscritos medievales, como el *Beato de Fernando I y Doña Sancha*, en el que el minio da los tonos rojo-anaranjados del fondo. Hasta que se prohibió, a finales de los pasados años setenta, el minio se usaba como antioxidante para proteger superficies expuestas a la interperie.

Otros compuestos usados en pintura con un alto contenido en plomo son el litargirio (óxido de plomo), cuya presentación más frecuente -aunque no única- es como amarillo, y el extracto de Saturno (acetato de plomo, fundamentalmente), un blanco que ha tenido usos muy curiosos -por cierto- más allá de la pintura, incluso como remedio universal en la medicina del siglo XVIII.

ARTE Y MEDICINA

El italiano **Bernardino Ramazzini** (1633-1714), "Padre de la Medicina del Trabajo", ese señor empelucado que vemos en la imagen, no dudó en ensuciar sus elegantes vestiduras doctorales entrando en los talleres para estudiar las duras condiciones de trabajo de la mayoría de los oficios y profesiones de su época, y que luego publicó en el que sería su libro principal, *De morbis artificum diatriba, el Tratado de las enfermedades de los trabajadores* (que vio la luz en Módena, en 1700 y volvió a editarse ampliado en vida del autor, en Padua, en 1713), donde describía la clínica del que llamamos cólico saturnino, o cólico de los pintores, atribuyéndolo con acierto a los minerales (plomo o mercurio) presentes en los colorantes, con un ejemplo tomado de los escritos de Jean-François Fernel (1497-1558), el médico de Enrique II de Francia, y mencionaba a otros famosos pintores que también podrían haber sufrido de saturnismo, como Rafael o "Il Correggio".

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.

DVS
Dirección de Vigilancia en Salud
Cuba-MINSAP