ISSN 1028-4346

SEI SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

SEI No. 9, 2019 *5 de marzo*

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:

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

⇒ ***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 113 643 casos de dengue en las Américas hasta el 5 de marzo de 2019. Sobresale Brasil con 74 668 casos, seguido de Colombia con 12 023, Nicaragua con 10 157 y México con 5503.

⇒ ***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 reporta 50 casos humanos confirmados, de ellos 12 fallecieron.**

⇒ ***Actualización epidemiológica de dengue en las Américas,*** *22 de febrero de 2019. (Resumen de la situación durante 2018).*

⇒ ***Actualización epidemiológica de sarampión en las Américas,*** *4 de marzo de 2019.*

El mundo

Situación del ébola en la República Democrática del Congo
Actualización de dengue en las Américas (Resumen de situación durante 2018)
Actualización epidemiológica de sarampión en las Américas
Situación de Influenza
Dengue y chikungunya en Argentina
Dengue, virus del Zika y chikungunya en Colombia
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 Perú
Dengue en Kenia
Fiebre amarilla en Brasil y Perú
Malaria en Colombia, Guatemala, México y Perú
Sarampión en Chad, Colombia, Estados Unidos y Guatemala
Sarampión en Kenia, Madagascar y Mali
Sarampión y rubéola en Perú
Cólera en Kenia, Tanzania y Zambia
Enfermedad de Chagas en Perú
Fiebre de Lassa en Benin y Nigeria
Fiebre del Valle del Rift en Kenia
Poliomielitis en República Democrática del Congo
Hantavirus en Argentina

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

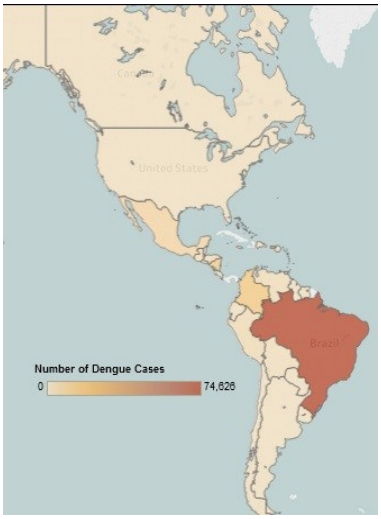
BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

♦ Resumen semanal de dengue

La Organización Panamericana de la Salud reporta **113 643 casos de dengue en las Américas** hasta el 5 de marzo de 2019. Sobresale **Brasil con 74 668 casos**, seguido de Colombia con 12 023, Nicaragua con 10 157 y México con 5503.

Países	Casos		Países	Casos
Brasil	74668		Paraguay	94
Colombia	12023		Martinica	93
Nicaragua	10157		Belice	84
México	5503		Estados Unidos	26
Perú	2284		Granada	20
Honduras	2181		San Martín	20
Venezuela	1606		Islas Caimán	17
Bolivia	1036		Dominica	11
El Salvador	992		Antigua y Barbuda	7
Jamaica	981		Aruba	7
Ecuador	533		Isla Vírgenes (UK)	6
Guatemala	435		Santa Lucía	5
Rep. Dominicana	208		San Vicente y las Granadinas	5
Guadalupe	192		Guyana	4
Costa Rica	190		Barbados	2
Argentina	146		Bermuda	1
Trinidad y Tobago	106			
Total				**113643**

Figura 1. Distribución geográfica del dengue en las Américas el 5 de marzo de 2019.



Se reportaron **32 fallecidos** (Brasil 13, Jamaica y Venezuela 6 cada uno; Bolivia, Guatemala y México 2 cada uno y Perú 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.

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.

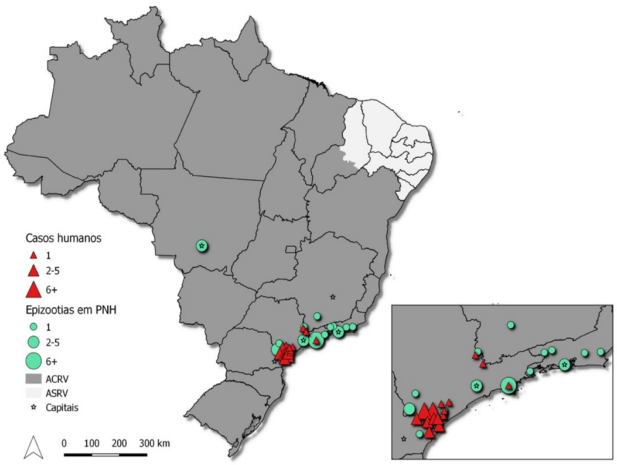
Fuente: Actualización Epidemiológica de fiebre amarilla en las Américas

Brasil

Se notificaron 1086 casos humanos, de ellos se confirmaron 50 y 12 fallecieron. Permanecen 161 en investigación y 875 fueron descartados. Además, se notificaron 2165 casos no humanos, de ellos se confirmaron 30, permanecen 188 en investigación, 1014 se clasificaron como indeterminados y 933 fueron descartados.

Vigilancia de Casos Humanos
Se registraron casos humanos confirmados en los estados São Paulo (46) y Paraná (04). La mayoría de los casos eran trabajadores rurales, 45 casos del sexo masculino, con edades comprendidas entre 11 y 88 años. El primer caso confirmado en Paraná tuvo fecha de inicio de los síntomas en enero / 2019 (SE 4), dentro del período estacional de la enfermedad (diciembre a mayo), cuando fueron confirmados 50 casos, de los cuales 12 fallecieron.

Vigilancia de epizootias en Primates no Humanos - PNH (monos)
Se registraron epizootias de PNH confirmadas en São Paulo (18), Río de Janeiro (08), Minas Gerais (01), Mato Grosso (02) y Paraná (01) con el mayor número de epidemias confirmados en la región Sudeste (90%, 27/30). La región Sur, que no había sido afectada durante la reemergencia iniciada en 2014, registra circulación del virus desde de enero / 2019 (SE 4).



Áreas de riesgo
Ante este escenario, es fundamental que los municipios de las áreas de riesgo amplíen las cuberturas vacunales (al menos el 95% de cobertura), con el objetivo de garantizar la protección de la población, reduciendo el riesgo de muertes y brotes por la enfermedad y el riesgo de reurbanización de la enfermedad (por Aedes aegypti).

Ver Lista de municipios de las áreas de riesgo, monitoreo 2018/2019 (jul / 18 a jun / 19), Brasil, entre las SE 27/2018 y 08/2019 y Orientaciones para la intensificación de la vigilancia.

Fuente: Ministerio de Salud de Brasil

RESUMEN DE OTROS EVENTOS DE LA SEMANA

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

- **Actualización epidemiológica de dengue en las Américas, 22 de febrero de 2019 (Resumen de la situación durante 2018).**

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y 52 de 2018 en la Región de las Américas se notificaron 560 586 casos de dengue (incidencia de 57,3 casos por 100 000 habitantes), incluidas 336 defunciones. De esos, 209 192 (37,3%) fueron confirmados por criterios de laboratorio. Del total de casos reportados, 3535 (0,63%) fueron clasificados como dengue grave. El número de casos reportados fue superior al total registrado en 2017, pero inferior al histórico registrado en los 11 años anteriores (2006-2016). De igual manera, la proporción de casos de dengue grave y dengue con signos de alarma reportados en 2018 fue superior a la de los dos años anteriores, pero inferior a lo reportado en los 10 años previos y se mantiene por debajo del 1% que fue alcanzado en el año 2015.
Durante 2018, dieciséis países y territorios de las Américas reportaron un incremento de casos a nivel nacional o en algunas áreas del país (en comparación con el mismo periodo de 2017): Antigua y Barbuda, Argentina, Brasil, Chile, Colombia, El Salvador, Guatemala, Guadalupe, Guyana, Honduras, Jamaica, Martinica, México, Paraguay, San Martín y Venezuela.
En las primeras 6 semanas del 2019 en la Región de las Américas se notificaron 99 998 casos de dengue (tasa de incidencia de 10,2 casos por 100 000 habitantes), incluidas 28 defunciones, 25 333 casos confirmados por laboratorio y 632 casos clasificados como dengue grave (0,63%).
Los cuatro serotipos del virus del dengue (DENV 1, DENV 2, DENV 3 y DENV 4) están presentes en las Américas y en varios países circulan de manera simultánea. El número de países y/o territorios con la circulación simultánea de dos o más serotipos se ha incrementado en los últimos 20 años con lo cual aumentó el riesgo de presentación de casos graves de la enfermedad, así como la ocurrencia de brotes en la Región de las Américas.
Brasil, Guatemala y México reportaron la circulación simultánea de los 4 serotipos. Otros países como Bolivia, Colombia, Honduras y Venezuela han reportado la circulación simultánea de los serotipos DENV 1, DENV 2 y DENV 3. Cuatro países reportaron la circulación simultánea de 2 serotipos: Costa Rica, Panamá (ambos con DENV 1 y DENV 2), Paraguay (DENV 1 y DENV 4) y Perú (DENV 2 y DENV 4). En países y territorios del Caribe se ha reportado la circulación de los serotipos DENV 1 y DENV 3.

Leer Situación epidemiológica por países en el informe de la OPS

Orientaciones para los Estados Miembros
Ante el incremento de casos de dengue, y de dengue grave en varios países y territorios de la Región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) reitera a los Estados Miembros la necesidad de implementar acciones de preparación y respuesta. A continuación, un resumen de las principales recomendaciones en relación con la preparación y respuesta a brotes, atención al paciente, diagnóstico por laboratorio, comunicación de riesgo y manejo integrado de vectores.
Preparación y respuesta a brotes
Como parte de la preparación y respuesta a brotes se recomienda a los Estados Miembros que:
• intensifiquen la vigilancia de la enfermedad, incluyendo el diagnóstico de laboratorio,
• revisen sus planes de emergencia,
• fortalezcan e intensifiquen la vigilancia y control de vectores,
• aseguren que los profesionales de atención de salud estén debidamente capacitados para el adecuado diagnóstico y manejo clínico de pacientes con dengue u otras arbovirosis,
• involucren a la comunidad en las actividades de prevención y control,
• garanticen el monitoreo y sistematización del desempeño de la respuesta en cada brote, incluido el establecimiento de sala de situación, y
• adapten la comunicación de riesgo de acuerdo con el escenario epidemiológico.
En los países con presencia de vectores, pero sin virus circulante, los planes de preparación y respuesta deben centrarse en estrategias para disminuir los riesgos de transmisión. Se debe realizar la investigación rápida de todo caso con sospecha clínica y buscar la confirmación de laboratorio sobre la presencia del virus del dengue.
Sala de Situación
La sala de situación de salud es una herramienta fundamental que favorece el uso de la información para la toma de decisiones. En la misma se analiza la información mediante el trabajo multidisciplinario para apoyar la gestión en salud. Tiene un rol clave en la respuesta a situaciones de brotes y emergencias. En el caso del dengue la sala de situación es regularmente el escenario donde se da seguimiento a los aspectos claves de la respuesta intersectorial, confluyendo en ella la información de todos los sectores involucrados.

Leer actividades a realizar en la sala de situación y atención al paciente

Fuente: Actualización Epidemiológica de sarampión en las Américas

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

♦ Actualización epidemiológica de sarampión en las Américas, 4 de marzo de 2019.

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y 9 de 2019, diez países notificaron casos confirmados de sarampión que ocurrieron entre diciembre de 2018 y febrero de 2019: Argentina, Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Estados Unidos de América, México y la República Bolivariana de Venezuela. En lo que va del año, no se han reportado defunciones por sarampión.

En 2018 fueron 12 los países de la Región de las Américas que notificaron casos confirmados de sarampión y 2 de ellos reportaron defunciones: Brasil y Venezuela.

A continuación, se presenta un resumen de la situación en los países que notificaron casos en 2019:

Argentina notificó un caso importado de sarampión confirmado por laboratorio. El caso, sin antecedente de vacunación conocido. Inició exantema al regreso de un viaje laboral a la Región Administrativa Especial de Hong Kong de la República de China.

Bahamas notificó un caso importado de sarampión confirmado por laboratorio. El caso es un niño de 4 años, sin antecedentes de vacunación que llegó a Bahamas, procedente de Francia.

En **Brasil,** entre la SE 6 de 2018 y la SE 9 de 2019 se notificaron 10 334 casos confirmados de sarampión, incluidas 12 defunciones. Desde lo informado en la Actualización Epidemiológica del 18 de enero de 2019, se notificaron 60 casos confirmados adicionales**.** Son 11 las Unidades Federales que notificaron casos confirmados de sarampión

En **Canadá**, hasta la SE 6 de 2019 se notificaron 5 casos confirmados de sarampión. La mayoría de los casos reportados en 2019 están asociados a un brote que afecta a niños en edad escolar en Vancouver, el cual a su vez se originó a partir de importación.

En **Chile**, entre la SE 45 de 2018 y la SE 8 de 2019, se confirmaron 26 casos de sarampión; 8 importados y 18 relacionados a importación. De esos, 14 casos requirieron hospitalización.

En **Colombia**, entre la SE 10 de 2018 y la SE 9 de 2019 se confirmaron 241 casos de sarampión.

Costa Rica notificó un caso confirmado de sarampión que corresponde a un niño de 5 años de nacionalidad francesa, sin historial de vacunación

En **Estados Unidos**, entre el 1 de enero y el 21 de febrero de 2019 se confirmaron 159 casos de sarampión en 10 estados, que corresponden a 6 brotes reportados. Los estados que notificaron casos confirmados fueron California, Colorado, Connecticut, Georgia, Illinois, Kentucky, Nueva York, Oregon, Texas, y Washington. En 2018 se reportaron 17 brotes, siendo los brotes en el estado de Nueva York, la ciudad de Nueva York y el estado de Nueva Jersey los que registraron el mayor número de casos.

México notificó un caso importado de sarampión confirmado por laboratorio, con antecedente de viaje a Francia (París) y a Estados Unidos de América (Houston, Texas).

En **Venezuela**, entre el 1 de enero y el 27 de febrero de 2019, se han notificado 283 casos de los cuales 40 han sido confirmados.

Sarampión en comunidades indígenas

En **Brasil**, se notificaron 183 casos sospechosos en indígenas de los cuales 145 fueron confirmados en el Estado de Roraima.

En **Venezuela**, entre la SE 1 y la SE 52 de 2018, se confirmaron 508 casos de sarampión en poblaciones indígenas. Adicionalmente, se registraron 62 defunciones.

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) refuerza las recomendaciones realizadas desde febrero de 2015 a todos los Estados Miembros respecto 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 rubéola, 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-rubéola (SR) y/o sarampión-rubéola-parotiditis (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.

Implementar un plan para inmunizar a la población migrante en las fronteras de alto tránsito, priorizando la población en riesgo, tanto migrante como residente en los municipios que albergan a estos grupos de población.

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 encuentran disponibles en la Actualización Epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 27 de octubre de 2017.

Fuente: Organización Mundial de la Salud

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, al igual que el entorno complejo. Dos centros de tratamiento del ébola (CTE) en Katwa y Butembo fueron atacados y quemados sucesivamente durante la semana. Estos ataques, que indican un gran cambio en la inseguridad, fueron los primeros ataques organizados a gran escala dirigidos directamente a la respuesta del ébola. Los pacientes de los CTE destruidos han sido transferidos temporalmente al centro de tránsito de Katwa, administrado por el Ministerio de Salud. El CTE de Butembo se rehabilitó rápidamente para recibir pacientes nuevamente.

Desde el último informe del 24 de febrero de 2019, se han notificado 26 nuevos casos confirmados de EVE, con 15 muertes adicionales. Hasta el 2 de marzo de 2019, se han notificado un total de 895 casos de EVE, incluidos 830 casos confirmados y 65 casos probables. Hasta la fecha, se han reportado casos confirmados en 19 zonas de salud: Beni (226), Biena (5), Butembo (81), Kalunguta (44), Katwa (244), Kayna (5), Kyondo (15), Mabalako (90), Mangurujipa (5), Masereka (8), Musienene (6), Mutwanga (4), Oicha (31) y Vuhovi (14) en la provincia Kivu del Norte; y Rwampara (1), Komanda (27), Mandima (21), Nyankunde (1) y Tchomia (2) en la provincia Ituri. Ocho de las 19 zonas de salud afectadas informaron al menos un nuevo caso confirmado en los 21 días anteriores (del 10 de febrero al 2 de marzo de 2019).

Se registró un total de 561 muertes, incluyendo 496 entre los casos confirmados, lo que resultó en una tasa de letalidad entre los casos confirmados del 60% (496/830). Se informaron 3 nuevos casos probables entre trabajadores de la salud (todas muertes en la comunidad) durante la semana, lo que elevó el número de trabajadores de la salud infectados con el virus del Ébola a 72, con 24 muertes.

La zona de salud Katwa sigue siendo el principal punto afectado, reportando el 62% (48/78) de los nuevos casos confirmados en los últimos 21 días. Hasta el 2 de marzo de 2019, catorce de las 18 áreas de salud en la zona de salud de Katwa informaron casos confirmados en los últimos 21 días. Las zonas de salud de Katwa, Butembo, Kaluguta y Mandima han reportado nuevos casos confirmados en los últimos tres días y siguen siendo puntos de atención.

El rastreo de contactos está en curso en 13 zonas de salud y sigue siendo un reto debido a la inseguridad y la persistencia de la resistencia de la comunidad. El número de contactos seguidos hasta el 2 de marzo de 2019 fue de 5613, de los cuales 4728 (84%) se vieron en las 24 horas anteriores. La proporción de contactos seguidos en las 24 horas previas varía de 29 a 100%. A pesar del desafío de seguridad y la resistencia de la comunidad, 7 de las 13 zonas de salud tuvieron más del 90% de seguimiento. En Butembo, donde ocurrieron incidentes de seguridad el 27 de febrero de 2019, la proporción de seguimiento de contacto disminuyó a 66% contra un promedio de 76% en los 7 días anteriores. En Vuhovi, la proporción de contactos seguidos el 2 de marzo de 2019 fue del 29% como resultado de las condiciones de seguridad que impidieron las actividades de respuesta y el seguimiento de los contactos.

Acciones de Salud Pública

Las actividades de vigilancia activa, incluidas las investigaciones de casos, la búsqueda activa de casos en centros de salud y comunidades, y la identificación y listado de contactos en torno a los últimos casos confirmados continúan. La colaboración entre las autoridades de salud en la República Democrática del Congo y Uganda continúa con el monitoreo de los contactos desplazados.

Luego de los incendios en las CTE de Katwa y Butembo, el Ministro de Salud, junto con el personal que coordina la respuesta general, visitó la escena, y entregó un mensaje a los medios de comunicación para una mayor difusión solicitando una mayor participación de la comunidad en la respuesta del ébola.

Desde el 2 de marzo de 2019, un total de 85 226 personas han sido vacunadas desde el inicio del brote.

El control en puntos de entrada / puntos de control (PoE / PoC) continúa, con 204 610 viajeros revisados el 2 de marzo de 2019, elevando el número acumulado de viajeros revisados a 40.2 millones desde el inicio del brote. Se notificó un total acumulado de 409 alertas, con 186 validadas, de las cuales 6 casos fueron confirmados por laboratorio.

Se estableció un comité independiente de monitoreo de datos terapéuticos para analizar el protocolo MEURI.

Hay actividades continuas de reintegración en la comunidad para pacientes dados de alta de los CTE, junto con sesiones de psicoeducación para fortalecer el compromiso y la colaboración de la comunidad en la respuesta, con preparación psicológica para la descontaminación, lista de contactos y vacunación en torno a un caso confirmado en Mandima.

Los equipos psicosociales en Butembo brindan un servicio mínimo después del incendio en el CTE de Butembo.

La atención se reanudó en el CTE de Butembo con 12 casos confirmados y 2 casos sospechosos transferidos del Centro de Tránsito (CT) de Katwa al CTE de Butembo.

El trabajo de extensión en el CT de Katwa está en marcha, con el número de camas aumentado de 10 a 22.

Las actividades de prevención y control de infecciones (IPC, por sus siglas en inglés) y de agua, saneamiento e higiene (WASH, también por sus siglas en inglés) continúan; sin embargo, hubo violencia hacia los miembros del equipo de IPC en el dispensario de Félicité en AS Vutese, Butembo.

Continúan las sesiones de sensibilización y movilización de la comunidad, con la preparación de un foro para la expresión de la comunidad sobre las causas de la resistencia celebrada el 3 de marzo de 2019 en Katwa; se celebraron reuniones en Butembo con 16 líderes celulares, 38 líderes religiosos y 44 líderes de asociaciones de mujeres en torno a incidentes en la comunidad para proponer medidas concretas.

Interpretación de la situación por la OMS

El brote de ébola en República Democrática del Congo continúa con una intensidad de transmisión moderada. Los recientes ataques a los CTE en Katwa y Butembo son un revés importante. Como es comprensible que algunos socios suspendan sus operaciones en estas áreas mientras evalúan los riesgos, el peligro es que este nivel de interrupción lleve a una mayor propagación de la enfermedad. Esto llega en un momento en que se observan avances reales y las tendencias en la incidencia de casos han sido alentadoras. No ha habido nuevos casos confirmados de EVE durante 21 días en 11 de 19 zonas de salud (Biena, Kayna, Komanda, Mabalako, Manguredjipa, Masereka, Musienene, Mutwanga, Nyakunde, Oicha, Tchomia). Otras 6 zonas de salud tenían de 1 a 4 casos (Beni, Kalunguta, Kyondo, Mandima. Rwampara, Vuhovi). Todas las autoridades deben continuar implementando respuestas de salud pública probadas e innovadoras, mientras que los actores nacionales e internacionales deben abordar la inseguridad perjudicial para poner fin a 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 dengue en las Américas (Resumen de situación durante 2018)
- ⇒ Actualización epidemiológica de sarampión en las Américas
- ⇒ Situación de Influenza
- ⇒ Dengue y chikungunya en Argentina
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Colombia
- ⇒ 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 Perú
- ⇒ Dengue en Kenia
- ⇒ Fiebre amarilla en Brasil
- ⇒ Fiebre amarilla en Perú
- ⇒ Malaria en Colombia
- ⇒ Malaria en Guatemala
- ⇒ Malaria en México
- ⇒ Malaria en Perú
- ⇒ Sarampión en Chad
- ⇒ Sarampión en Colombia
- ⇒ Sarampión en Estados Unidos
- ⇒ Sarampión en Guatemala
- ⇒ Sarampión en Kenia
- ⇒ Sarampión en Madagascar
- ⇒ Sarampión en Mali
- ⇒ Sarampión y rubéola en Perú
- ⇒ Cólera en Kenia
- ⇒ Cólera en Tanzania
- ⇒ Cólera en Zambia
- ⇒ Enfermedad de Chagas en Perú
- ⇒ Fiebre de Lassa en Benin
- ⇒ Fiebre de Lassa en Nigeria
- ⇒ Fiebre del Valle del Rift en Kenia
- ⇒ Poliomielitis en República Democrática del Congo
- ⇒ Hantavirus en Argentina
- ⇒ Situación de salud en Camerún

Recomendamos leer

La vitamina D podría ser útil en la tuberculosis multirresistente

Un metanálisis de 8 ensayos clínicos aleatorizados, realizado por investigadores de la Universidad Queen Mary de Londres, indica que el uso de vitamina D como terapia adjunta en el tratamiento de la tuberculosis (TB) causada por microorganismos multirresistentes ofrece beneficio. Adrián Martineau, director del estudio, afirma que la incidencia de la TB resistente a múltiples fármacos está creciendo globalmente y que su prognosis es mucho peor que el de la TB estándar. En el examen del tiempo de conversión del esputo en cultivo de 1850 pacientes con ambos tipos de infección se demostró la ausencia de efecto de la vitamina D sobre los aislados sensibles a la rifampicina y/o a la isoniacida. Sin embargo, en el análisis de los cultivos resistentes a estos fármacos sí se observó una reducción significativa. Leer más...

ARTE Y MEDICINA

Recorrido por la salud desde los cuadros del Museo del Prado

(Temática que comenzamos en el boletín No. 8

Bodegón de caza, hortalizas y frutas, de Juan Sánchez Cotán

Con sombras y volúmenes de gran realismo, Cotán nos ofrece el menú de la época: carne, hortalizas, fruta y verdura. No todas las personas del siglo XVII tuvieron esta alimentación, pero aquel que se pudiese comer lo pintado, llevaría un estilo de vida saludable. El equilibrio alimenticio es el objetivo de nuestra dieta, conocer las calorías ingeridas y consumidas. Así, después de comer la carne de las perdices, es posible que Cotán lo compensase con un paseo por la Granada que le vio morir.

Venus, Adonis y Cupido, de Annibale Carraci

Ni la propia diosa puede escapar a los efectos psicológicos y saludables de estar enamorada. Mientras el pequeño Cupido intenta enmendar el error de herir a su madre, los rostros de Adonis y Venus muestran los beneficios de su sentimiento. Vitalidad, autoestima, menos estrés o la mejora de nuestras defensas son los rasgos que la psicóloga del hospital Quirón Torrevieja. Nuria Javaloyes atribuye a la pasión que nos dibuja en la cara esa mirada que Carraci refleja con tanto acierto.

El sueño de Jacob, José de Ribera

Al cerrar los ojos todo puede pasar. Es posible que veamos la escalinata hacia el cielo que Jacob observó en su camino a Jarán. En todo caso lo importante de la caída de los párpados no es aquello que se ve, sino "consolidar nuestra memoria y restablecer nuestro estado anímico", tal como afirma el somnólogo Eduard Estivill. La serenidad de cada trazo del cuadro podría ayudar, al entre el 20 y 48% de la población adulta, en superar su dificultad para conciliar el sueño, según la Sociedad Española de Neurología.

El triunfo de Baco, Diego Velázquez

Sonrisas. Relajación. Exaltación de la amistad. Muchos son los rasgos sociales atribuidos al vino. El personaje central del cuadro, a la izquierda del dios Baco, parece recoger en su rostro todos ellos. La relación entre vino y salud está condicionada por la moderación que, según la OMS, supone no superar las dos copas al día en hombres y la mitad en mujeres. Hábitos de vida de ayer y de hoy unidos por unos efectos que, en cantidades desmesuradas, llegaron a provocar en 2012, por ejemplo, la muerte de más de 3 millones de personas.

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

ARTE Y MEDICINA

Mesa de los pecados capitales, El Bosco

Volvemos a la cita de Juvenal para añadir al equilibrio nutricional de Cotán la estabilidad psicológica de El Bosco. En el siglo XV, el equilibrio mental fruto de la concordancia entre el yo y las circunstancias suponía respetar los valores morales, los siete pecados capitales. "Cuidado, el Señor está mirando", advierte el cuadro. Cada círculo recuerda lo perjudicial de los extremos, la necesidad de ejercitar el cuerpo contra la pereza, comer bien contra la gula o desarrollar la serenidad frente a la envidia.

En el próximo Boletín continuaremos con el tema.

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.

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