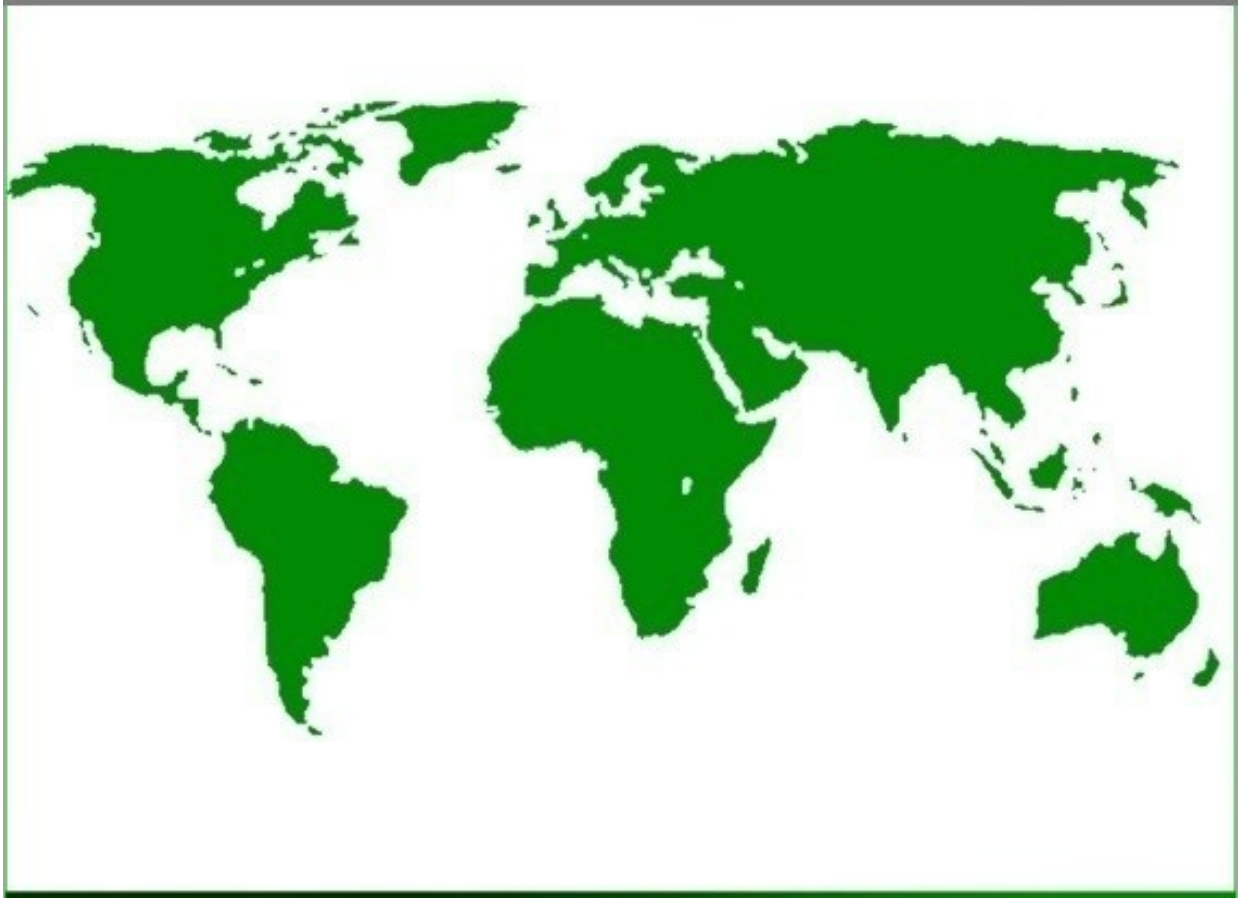
ISSN 1028-4346

SEI SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

SEI No. 11, 2019 *19 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):

⇒ ***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 236 373 casos de dengue en las Américas hasta el 19 de marzo de 2019. Sobresale Brasil con 185 934 casos, seguido de Colombia con 15 864, Nicaragua con 11 574 y México con 7131.

⇒ ***Fiebre amarilla:*** Tres países de la Región (Bolivia, Brasil y Perú) notificaron casos confirmados de fiebre amarilla que ocurrieron entre diciembre de 2018 y febrero de 2019. **En 2019, Brasil reporta 50 casos humanos confirmados, de ellos 12 fallecieron.**

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

El mundo

Situación del ébola en la República Democrática del Congo
Situación de la influenza
Actualización de difteria en las Américas
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 Paraguay
Dengue, virus del Zika y chikungunya en Perú
Dengue en Kenia, Tanzania y República Dominicana
Fiebre amarilla en Brasil, Nigeria, Perú y Sudán del Sur
Chikungunya en República del Congo y República Democrática del Congo
Malaria en Colombia, Guatemala, México, Perú y República Dominicana
Sarampión en Chad, Estados Unidos, Guatemala, Guinea, Kenia y Liberia
Sarampión en Madagascar, Mali, Sudán del Sur, Uganda y Zambia
Cólera en Kenia, Tanzania y Zimbabue
Plaga en Uganda
Ántrax en Tanzania
Enfermedad de Chagas en Perú
Fiebre de Lassa en Benin, Liberia, Nigeria y Sierra Leona
Hepatitis E en Namibia y Sudán del Sur
Viruela del simio en República Centroafricana
Poliomielitis derivado de la vacuna circulante en Nigeria
Poliomielitis 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**

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

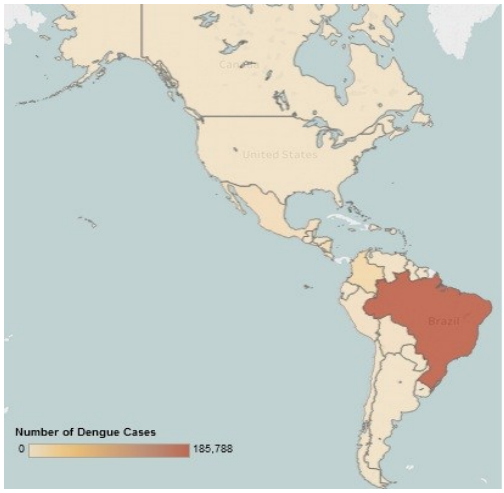
BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

♦ Resumen semanal de dengue

La Organización Panamericana de la Salud reporta **236 373 casos de dengue en las Américas** hasta el 19 de marzo de 2019. Sobresale **Brasil con 185 934 casos**, seguido de Colombia con 15 864, Nicaragua con 11 574 y México con 7131.

Países	Casos		Países	Casos
Brasil	185934		Costa Rica	190
Colombia	15864		Trinidad y Tobago	106
Nicaragua	11574		Martinica	93
México	7131		Estados Unidos	53
Honduras	3119		Granada	20
Perú	3088		San Martín	20
Bolivia	2735		Islas Caimán	17
Venezuela	1606		Santa Lucía	12
El Salvador	1304		Dominica	11
Jamaica	981		Antigua y Barbuda	7
Ecuador	533		Aruba	7
Rep. Dominicana	469		Isla Vírgenes (UK)	6
Guatemala	435		San Vicente y las Granadinas	5
Belice	401		Guyana	4
Paraguay	255		Barbados	2
Argentina	198		Bermuda	1
Guadalupe	192			
Total				**236373**

Figura 1. Distribución geográfica del dengue en las Américas el 19 de marzo de 2019.



Se reportaron **68 fallecidos** (Brasil 44, Jamaica y Venezuela 6 cada uno, Perú 4, Bolivia y México 3 cada uno y Guatemala 2.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

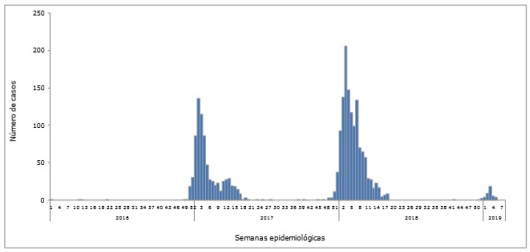
♦ Actualización epidemiológica de fiebre amarilla en las Américas, 6 de marzo de 2019

En 2019, tres países de la Región (Bolivia, Brasil y Perú) notificaron casos confirmados de fiebre amarilla que ocurrieron entre diciembre de 2018 y febrero de 2019.
En tanto que durante 2018 fueron 5 los países y territorios de la región de las Américas que notificaron casos confirmados de fiebre amarilla: Bolivia, Brasil, Colombia, Guayana Francesa y Perú.

A continuación, se presenta un resumen de la situación los países que notificaron casos confirmados de fiebre amarilla en 2019.

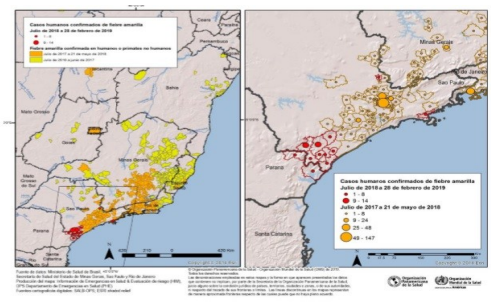
En **Bolivia** se reportó un caso confirmado de fiebre amarilla en un hombre de 17 años, no vacunado, que inició síntomas el 11 de febrero de 2019 y con lugar probable de infección en el municipio de Villa Tunari, departamento de Cochabamba (área considerada de riesgo para fiebre amarilla). No se han reportado epizootias asociadas a este caso. El caso fue confirmado por medio de pruebas de laboratorio, IgM y PCR positivas para fiebre amarilla, realizadas por el Centro Nacional de Enfermedades Tropicales (CENETROP).
El último caso confirmado de fiebre amarilla fue reportado en la provincia de San Ramón, departamento de Beni, en el año 2018. En los últimos 5 años, Bolivia notificó 6 casos confirmados, la mayor parte de ellos ocurrieron en el departamento de La Paz.

Brasil se encuentra actualmente en el periodo reconocido históricamente como de mayor transmisión (periodo estacional) que se extiende de diciembre a mayo. La expansión del área histórica de transmisión de la fiebre amarilla hacia áreas consideradas previamente sin riesgo había ocasionado dos olas de transmisión, una en el periodo estacional 2016-2017 con 778 casos humanos confirmados incluidas 262 defunciones y otra en el periodo estacional 2017-2018 con 1376 casos humanos confirmados incluidas 483 defunciones.



Fuente: Datos publicados por el Ministerio de Salud de Brasil (2016-2018, hasta la SE 50) y la Secretaria de Salud de los estados de São Paulo y Paraná (SE 51 de 2018 a SE 9 de 2019) y reproducidos por la OPS/OMS

En el presente periodo estacional (2018-2019) se han confirmado 50 casos humanos, incluidas 12 defunciones, en los estados São Paulo (46 casos) y Paraná (4 casos). En São Paulo, los municipios considerados como lugar probable de infección son: Eldorado (15 casos), Iporanga (12 casos), Cananeia (4 casos), Cajati (3 casos), Barra do Turbo (2 casos), Jacupiranga (2 casos), Caraguatatuba (1 caso), Registro (1 caso), Pariquera-açu (1 caso), Serra Negra (1 caso), Sete Barras (1 caso), Juquiá (1 caso), Vargem (1 caso) y en un caso se encuentra en investigación el sitio probable de infección. Con excepción de los municipios de Serra Negra, Vargem (fronterizos con el estado de Minas Gerais) y Caraguatatuba, el resto de los municipios están localizados en el sur del estado de São Paulo.
Los 4 casos confirmados en el estado Paraná tienen como lugar probable de infección los municipios Guaraqueçaba (2 casos) y Adrianópolis (2 casos). El 90% (45/50) de los casos confirmados son hombres, con mediana de edad de 43 años (rango 18 a 87 años). Todas las muertes ocurrieron entre los casos confirmados del estado São Paulo.



Fuente: Datos publicados por el Ministerio de Salud de Brasil (2016-2018, hasta la SE 50) y las Secretarías de Salud de los estados de São Paulo y Paraná (SE 51 de 2018 a SE 9 de 2019) y reproducidos por la OPS/OMS

Hasta el momento, el número de casos reportados en el periodo estacional 2018-2019 es significativamente menor a lo observado en los dos periodos anteriores cuando el número de casos superó a lo notificado en varias décadas. No obstante, la ocurrencia de casos y epizootias en el sur del estado de São Paulo y en el estado de Paraná indican la progresión del brote hacia el sudeste y sur del país con posibilidad de alcanzar a países fronterizos como Argentina y Paraguay.
Durante el periodo estacional 2018-2019, el mayor número (90%) de epizootias confirmadas se registraron en la región Sudeste (27/30); aunque en la SE 4 de 2019 también se reportó una epizootia confirmada en la región Sur en el estado de Paraná, en áreas donde no se detectó circulación del virus durante la reemergencia iniciada en 2014.

En **Perú**, entre la SE 1 y la SE 8 de 2019, se notificaron 9 casos, uno de ellos confirmado para fiebre amarilla y 8 casos probables que están bajo investigación. En los últimos 5 años (2014-2018) se notificaron 121 casos de fiebre amarilla de los cuales 21 fueron confirmados y 100 clasificados como probables.

Recomendaciones para las autoridades de salud
La OPS/OMS alienta a 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: http://www.who.int/ith/en/
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

RESUMEN DE OTROS EVENTOS DE LA SEMANA

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. Desde el último informe del 10 de marzo de 2019, se han notificado 30 nuevos casos confirmados de EVE, con 16 muertes adicionales. Hasta el 16 de marzo de 2019, se notificó un total de 951 casos de EVE, incluidos 886 confirmados y 65 casos probables. Hasta la fecha, se han reportado casos confirmados en 20 zonas de salud: Beni (226), Biena (6), Butembo (90), Kalunguta (47), Katwa (264), Kayna (6), Kyondo (17), Mabalako (91), Mangurujipa (5), Masereka (14), Musienene (6), Mutwanga (4), Oicha (31), Vuhovi (17) y Lubero (2) en la provincia Kivu del Norte; y Rwampara (1), Komanda (27), Mandima (29), Nyankunde (1) y Tchomia (2) en la provincia Ituri. Once de las 20 zonas de salud afectadas informaron al menos un nuevo caso confirmado en los 21 días anteriores (del 24 de febrero a 16 de marzo de 2019).

Se registraron un total de 598 muertes, incluyendo 533 entre los casos confirmados, lo que resultó en una tasa de letalidad entre los casos confirmados del 60% (533/886). Dos nuevos trabajadores de salud se han visto afectados, con lo que el total acumulado es de 77 con 26 muertes.

La zona de salud de Katwa sigue siendo el principal punto afectado, con un informe del 44% (36/81) de los nuevos casos confirmados en los últimos 21 días. Siete zonas de salud (Katwa, Masereka, Vuhovi, Butembo, Kyondo, Mandima y Kayna) han reportado nuevos casos confirmados en los últimos 3 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 16 de marzo de 2019 fue de 4158, de los cuales 3416 (82%) se habían visto en las últimas 24 horas. Cuatro de las 13 zonas de salud informaron un porcentaje de seguimiento del 90%, y los equipos continúan los esfuerzos para rastrear el 100% de los contactos registrados.

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.
- Se ha establecido una unidad de coordinación para el seguimiento y análisis de los contactos perdidos en Bunia.
- Hasta el 16 de marzo de 2019, un total acumulado de 88 710 personas fueron vacunadas desde el inicio del brote. Existe una continuación de la vacunación en anillos en las zonas de salud Beni, Katwa, Mandima, Butembo, Biena, Lubero (alrededor de los casos confirmados), Musienene, Masereka y Goma para proveedores de primera línea.
- El control en puntos de entrada / puntos de control (PoE / PoC) continúa, con más de 42 millones de personas revisadas desde el inicio del brote. Se notificó un total acumulado de 864 alertas, con 202 de ellas validadas. El 15 de marzo de 2019 funcionaron un total de 70/80 (88%) PoE / PoC.
- 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.
- En Biena, el centro de tránsito de Mambowa fue atacado luego de la resistencia a un entierro seguro y digno, y en Butembo, el personal psicosocial fue interrogado tras el reciente ataque a las instalaciones que atienden a las personas afectadas por el EVE.

Interpretación de la situación por la OMS

El brote de ébola en la República Democrática del Congo continúa con una intensidad de transmisión moderada. Si bien los números absolutos parecen mostrar una tendencia a la disminución de los casos, la reaparición continua de casos confirmados en áreas donde la transmisión parece haberse detenido, es una preocupación importante. La interrupción constante de las actividades de respuesta por la resistencia de la comunidad, que incluyen ataques físicos, impulsará la transmisión, al igual que la pérdida de contactos para el seguimiento. Sin embargo, el éxito de las medidas de salud pública probadas e innovadoras en muchas áreas es alentador. Los esfuerzos de respuesta deben continuar, y la comunidad global de donantes debe cubrir las brechas de financiamiento.

Fuente: Organización Mundial de la Salud

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

OTROS EVENTOS DE LA SEMANA

⇒ Situación del ébola en la República Democrática del Congo
⇒ Situación de influenza
⇒ Actualización de difteria en las Américas
⇒ 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 Paraguay
⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Perú
⇒ Dengue en Kenia
⇒ Dengue en República Dominicana
⇒ Dengue en Tanzania
⇒ Fiebre amarilla en Brasil
⇒ Fiebre amarilla en Nigeria
⇒ Fiebre amarilla en Perú
⇒ Fiebre amarilla en Sudán del Sur
⇒ Chikungunya en República del Congo
⇒ Chikungunya en República Democrática del Congo
⇒ Malaria en Colombia
⇒ Malaria en Guatemala
⇒ Malaria en México
⇒ Malaria en Perú
⇒ Malaria en República Dominicana
⇒ Sarampión en Chad
⇒ Sarampión en Estados Unidos
⇒ Sarampión en Guatemala
⇒ Sarampión en Guinea
⇒ Sarampión en Kenia
⇒ Sarampión en Liberia
⇒ Sarampión en Madagascar
⇒ Sarampión en Mali
⇒ Sarampión en Sudán del Sur
⇒ Sarampión en Uganda
⇒ Sarampión en Zambia
⇒ Cólera en Kenia
⇒ Cólera en Tanzania
⇒ Cólera en Zimbabue
⇒ Plaga en Uganda
⇒ Ántrax en Tanzania
⇒ Enfermedad de Chagas en Perú
⇒ Fiebre de Lassa en Benin
⇒ Fiebre de Lassa en Liberia
⇒ Fiebre de Lassa en Nigeria
⇒ Fiebre de Lassa en Sierra Leona
⇒ Hepatitis E en Namibia
⇒ Hepatitis E en Sudán del Sur
⇒ Viruela del simio en República Centroafricana
⇒ Poliomielitis derivado de la vacuna circulante en Nigeria
⇒ Poliomielitis en República Democrática del Congo
⇒ Celulitis/fascitis necrosante en Santo Tomé y Príncipe
⇒ Inundaciones en Malawi

ARTE Y MEDICINA

El cuadro que dio origen a la descripción del síndrome de Angelman

Giovanni Francesco Caroto fue un pintor veronés de la primera mitad del siglo XVI, en pleno Renacimiento italiano. Su obra más conocida y reproducida, sin duda, es este cuadro que podemos encontrar con diversos nombres, tanto en italiano como en otros idiomas. Entre los nombres italianos se pueden citar: *Ritratto di fanciullo con disegno*, *Bambino con disegno*… En el Museo di Castelvecchio, donde se encuentra esta obra, en la romántica y monumental ciudad de Verona, se utiliza el nombre *Giovane con disegno de pupazzo.*

El cuadro nos muestra a un niño, casi adolescente, de cabello pelirrojo, ojos y piel claros, mirada vivaz y, sobre todo, una amplia y franca sonrisa, que se gira para mirarnos de frente mientras nos muestra orgulloso un dibujo que ha realizado, un garabato demasiado infantil para la edad que representa. Hay quien comenta, con sentido del humor, que la primera vez que vio el cuadro, al fijarse en “este escueto dibujo infantil, lineal y torpe”, pensó que algún bromista experto en photoshop había alterado la imagen original. Poca “idealización” se puede apreciar en este cuadro. Caroto reflejó la realidad de un niño, un niño de apariencia feliz y, seguramente, muy querido por la persona que encargó el retrato.

ARTE Y MEDICINA

Cuatro siglos y medio después, el retrato de ese niño dio pie para que el pediatra inglés Harry Angelman (1915-1996), que lo había conocido en un viaje a Italia (al cuadro), publicara en 1965, en la revista *Developmental Medicine and Child Neurology*, tres casos de lo que inicialmente llamó *puppet children* (el título más utilizado del cuadro en inglés es *Boy with a Puppet*), como decía el propio Angelman, en 1991, en comunicación personal al especialista en Pediatría y Genética Clínica estadounidense Charles A. Williams.

En la revista Panace@, F. A. Navarro escribe:

"En 1982, [el ya citado] Charles A. Williams y su colega chileno Jaime L. Frías propusieron el antropónimo *Angelman syndrome* para reemplazar tanto el término elegido en 1965 por Angelman, *puppet children syndrome*, como el utilizado en 1967 por Bower y Jeavons, *happy puppet syndrome*, ambos hoy en desuso por considerarse peyorativos y estigmatizantes".

El **síndrome de Angelman** es un trastorno neurológico hereditario, debido a un defecto del cromosoma 15. Aunque enmarcado dentro de las llamadas "enfermedades raras" (y, por tanto, poco conocidas, no solo por la población en general, sino por los propios médicos), su frecuencia es mayor de lo que -en principio- se pensaba (aproximadamente 1/25 000), porque muchos no están correctamente diagnosticados. Para conocer con más profundidad el síndrome de Angelman se puede consultar la página del Profesor Dr. Víctor Alejandro Gaona, o Wikipedia, que tiene un artículo muy bien confeccionado sobre el tema. Aquí, siguiendo una vez más a F. A. Navarro, diremos simplemente que:

"Clínicamente se manifiesta por marcha rígida y espasmódica, microcefalia, hipotonía muscular, retraso del habla, dificultad de aprendizaje, trastornos del sueño, predisposición epiléptica y -de forma muy llamativa- boca sonriente y risa excesiva e inoportuna. Los niños con síndrome de Angelman son personas de aspecto feliz, con gran afectividad natural, gustosas del contacto humano y muy juguetonas; y en las que la mayor parte de las reacciones y estímulos físicos o psíquicos se acompañan de risa franca".

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