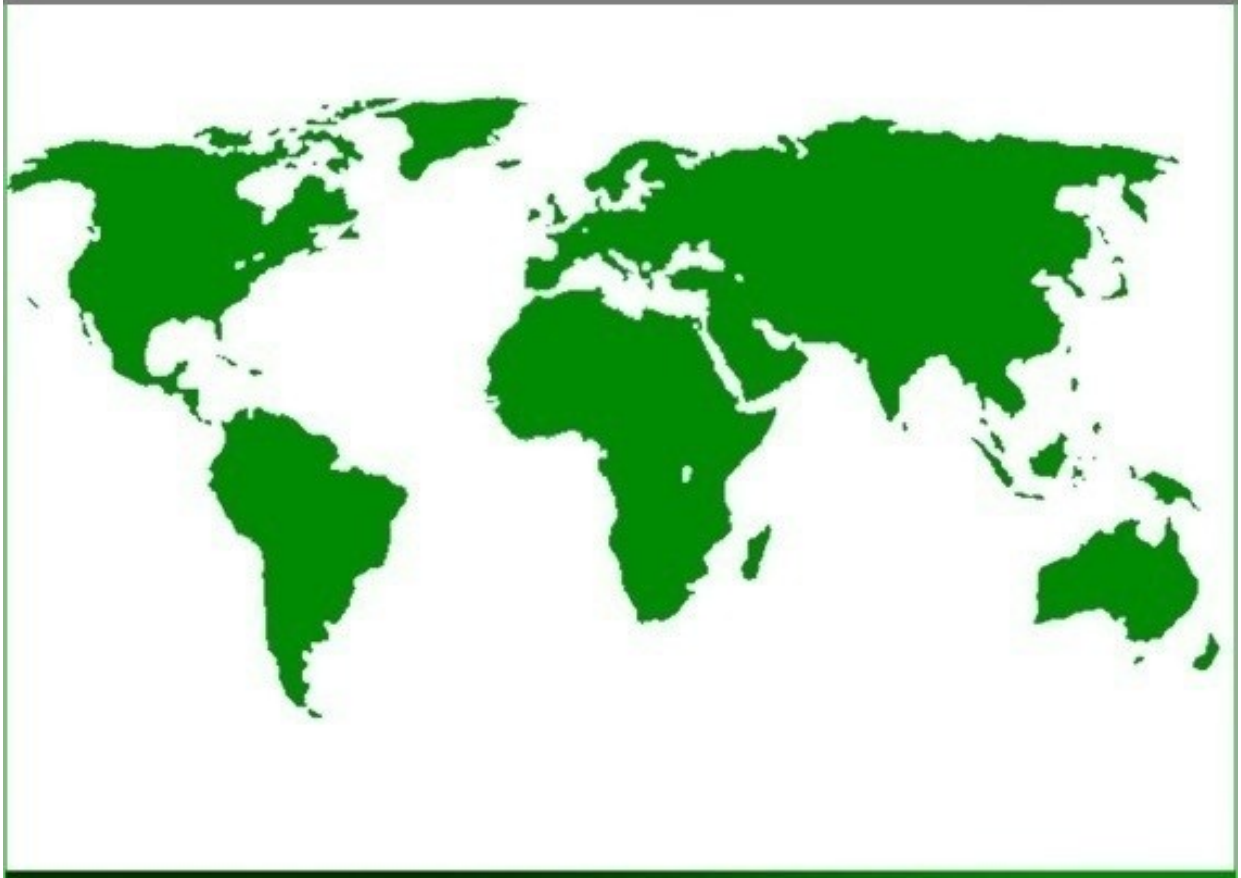
ISSN 1028-4346

SEI SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

SEI No. 12, 2019 *26 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 243 935 casos de dengue en las Américas hasta el 26 de marzo de 2019. Sobresale Brasil con 185 934 casos, seguido de Colombia con 19 911, 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 57 casos humanos confirmados, de ellos 13 fallecieron.**

El mundo

Situación del ébola en 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 Brasil
Dengue, virus del Zika y chikungunya en Colombia
Dengue, virus del Zika y chikungunya en El Salvador
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 Tanzania
Fiebre amarilla en Perú y Sudán del Sur
Chikungunya en República del Congo
Malaria en Argentina, Colombia, México y Perú
Sarampión en Chad, Colombia, Guinea, Liberia
Sarampión en Madagascar, Mali, República Centroafricana y Sudán del Sur
Cerrado el brote de cólera en Zambia
Cólera en Haití, Somalia, Tanzania y Yemen
Enfermedad de Chagas en Perú
Cerrados brotes de fiebre de Lassa en Benin y Guinea
Fiebre de Lassa en Liberia, Nigeria y Sierra Leona
Fiebre del Valle del Rift en Kenia
Hepatitis E en República Centroafricana
Viruela del simio en República del Congo
Poliomielitis derivado de la vacuna circulante en Nigeria y República Democrática del Congo
Situación de salud en República Democrática del Congo
Hantavirus en Argentina
Peste en Uganda y República Democrática del Congo
Meningitis en Togo

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

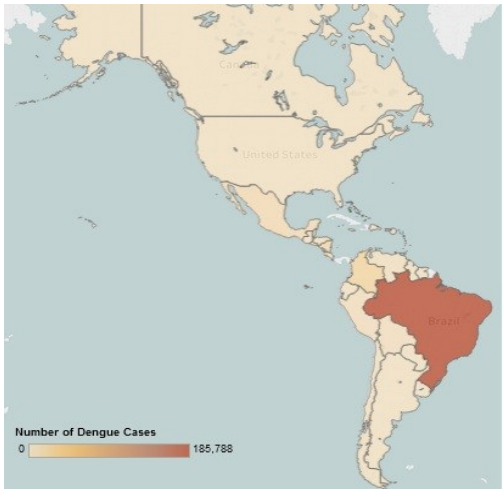
BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

♦ Resumen semanal de dengue

La Organización Panamericana de la Salud reporta **243 935 casos de dengue en las Américas** hasta el 26 de marzo de 2019. Sobresale **Brasil con 185 934 casos**, seguido de Colombia con 19 911, Nicaragua con 11 574 y México con 7131.

Países	Casos		Países	Casos
Brasil	185934		Guadalupe	192
Colombia	19911		Costa Rica	190
Nicaragua	11574		Trinidad y Tobago	106
México	7131		Martinica	93
Honduras	3665		Estados Unidos	53
Perú	3370		Granada	20
Bolivia	2735		San Martín	20
Venezuela	2520		Islas Caimán	17
El Salvador	1662		Dominica	11
Panamá	1039		Antigua y Barbuda	7
Jamaica	981		Aruba	7
Rep. Dominicana	624		Isla Vírgenes (UK)	6
Ecuador	533		San Vicente y las Granadinas	5
Guatemala	435		Guyana	4
Belice	401		Barbados	2
Argentina	394		Bermuda	1
Paraguay	292			
Total				**243 935**

Figura 1. Distribución geográfica del dengue en las Américas el 26 de marzo de 2019.



Se reportaron **80 fallecidos** (Brasil 44, Honduras 10, Jamaica y Venezuela 6 cada uno, Perú 5, Bolivia y México 3 cada uno, Guatemala 2, Panamá 1.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud

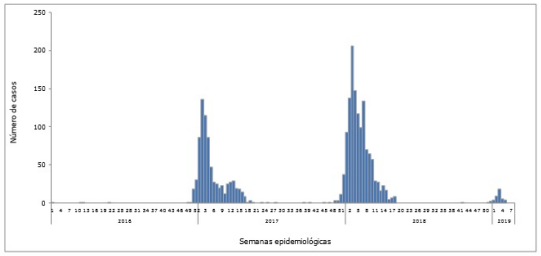
♦ Actualización epidemiológica de fiebre amarilla en las Américas, 6 de marzo de 2019

En 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, mientras que 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.

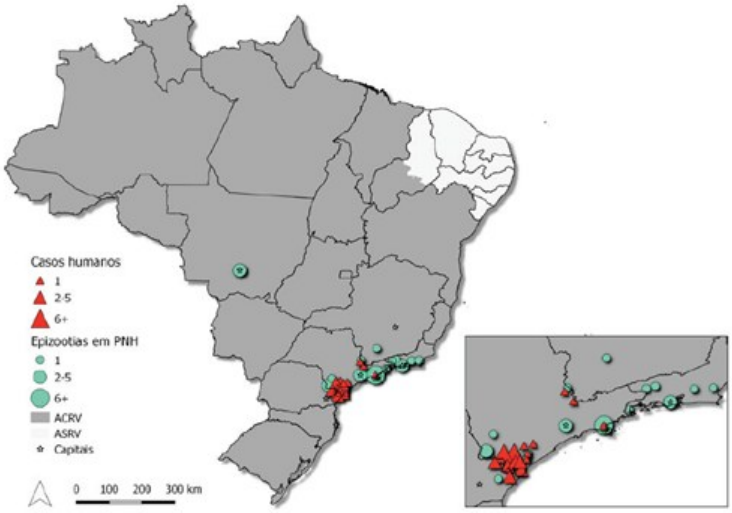
En **Bolivia** se reportó un caso confirmado de fiebre amarilla en un hombre de 17 años, no vacunado, con lugar probable de infección en el municipio de Villa Tunari, departamento de Cochabamba (área considerada de riesgo para fiebre amarilla). El último caso confirmado de fiebre amarilla fue reportado 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.

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.
Fuente: Actualización Epidemiológica de fiebre amarilla en las Américas

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 Secretaría 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 notificaron 1249 casos humanos, de ellos se confirmaron 57 y 13 fallecieron.
Permanecen 173 en investigación y 919 fueron descartados. Además, se notificaron 2209 casos no humanos, de ellos se confirmaron 30, permanecen 171 en investigación, 978 se clasificaron como indeterminados y 1030 fueron descartados.

Vigilancia de Casos Humanos

Se registraron casos humanos confirmados en los estados São Paulo (53) y Paraná (4). La mayoría de los casos eran trabajadores rurales, 51 casos del sexo masculino, con edades comprendidas entre 8 y 87 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 57 casos, de los cuales 13 fallecieron.

Vigilancia de epizootias en Primates no Humanos - PNH (monos)

Se registraron epizootias de PNH confirmadas en São Paulo (18), Río de Janeiro (8), Minas Gerais (1), Mato Grosso (2) y Paraná (1) con mayor número de epidemias confirmados en la región Sudeste (90%, 27/30). La región Sur no había sido afectada durante la reemergencia iniciada en 2014, pero 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 coberturas vacunales (al menos el 95% de cobertura), con el objetivo de garantizar la protección de la población contra la enfermedad, reduciendo el riesgo de muertes y brotes por la enfermedad y el riesgo de reurbanización de esta (por Aedes aegypti).

Fuente: Ministerio de Salud de Brasil

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

El brote de la enfermedad del virus del Ébola (EVE) en las provincias Kivu del Norte e Ituri, en República Democrática del Congo, continúa. Desde el informe del 17 de marzo de 2019, se han notificado 58 nuevos casos confirmados de EVE, con 31 muertes adicionales. En los últimos 21 días (del 3 al 23 de marzo de 2019), nueve de las 20 zonas de salud afectadas no tuvieron nuevos casos confirmados.

Hasta el 23 de marzo de 2019, se habían notificado un total de 1009 casos de EVE, incluidos 944 casos confirmados y 65 casos probables. Hasta la fecha, se han reportado casos confirmados en 20 zonas de salud: Beni (229), Biena (6), Butembo (97), Kalunguta (48), Katwa (277), Kayna (8), Kyondo (15), Mabalako (90), Mangurujipa (5), Masereka (28), Musienene (6), Mutwanga (4), Oicha (33), Vuhovi (27) y Lubero (3) en la provincia Kivu del Norte; y Rwampara (1), Komanda (27), Mandima (36), Nyankunde (1) y Tchomia (2) en la provincia Ituri.

Se registraron un total de 629 muertes, incluyendo 564 entre los casos confirmados, lo que resultó en una tasa de letalidad entre los casos confirmados del 60% (564/944). El número de trabajadores de salud afectados se mantiene en 77, de ellos 26 muertes.

Si bien la proporción de casos confirmados notificados en los últimos 21 días está disminuyendo en Katwa, esta zona de salud sigue siendo el principal punto afectado del brote, ya que informa el 28% (32/115) de los nuevos casos confirmados durante este período, mientras que Masereka, Mandima y Butembo registraron 17% (n = 20), 14% (n = 16) y 14% (n = 16) de todos los casos confirmados, respectivamente.

El rastreo de contactos está en curso en 16 zonas de salud, con desafíos en el seguimiento como resultado de la inseguridad y la persistencia de la resistencia de la comunidad. El número de contactos seguidos el 23 de marzo de 2019 era de 4132, de los cuales 3358 (81%) se habían visto en las 24 horas anteriores.

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.
- Hasta el 23 de marzo de 2019, un total acumulado de 91 283 personas fueron vacunadas desde el inicio del brote. Continúa la vacunación en anillos en las zonas de salud Katwa, Mandima, Bunia, Masereka, Musienene, Vuhovi, Biena, Kayna (relacionados con casos confirmados) y en Beni y Kirotshe 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 794 alertas, con 198 de ellas validadas. El 22 de marzo de 2019 funcionaron un total de 73/80 (91%) de 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 Centros de Tratamiento de Ébola (CTE), junto con sesiones de psicoeducación para fortalecer el compromiso y la colaboración de la comunidad en la respuesta.
- 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 donde es posible, con la suspensión de actividades en Masereka por razones de seguridad, un equipo de respuesta de IPC se enfrentó a un levantamiento de la comunidad en Muchanga, zona de salud Katwa, y el equipo de un entierro digno fue amenazado por un grupo de jóvenes en la aldea de Djadja, Solenia.
- Las sesiones de concientización y movilización de la comunidad continúan, con una visita de trabajo del Ministro de Salud, el Director General de UNICEF, coordinado por el equipo de Butembo, bajo la dirección del Obispo Católico de Beni-Butembo; se estableció un comité local de EVE y gestión comunitaria en Bulambo, zona de salud Vuhovi, para fortalecer la participación de la comunidad; en Katwa, se influyó a los jóvenes sobre la importancia del equipo de respuesta para que puedan comprometerse a proteger al equipo y ayudar con los incidentes de la comunidad; se proporcionó información actualizada sobre la vacunación a la comunidad en el CTE en Beni, así como realizaron diálogos comunitarios en Vuhovi y Butembo para establecer comités de control locales, mientras que la educación de los estudiantes continúa en escuelas de las zonas de salud afectadas.

Interpretación de la situación por la OMS

El brote de EVE en República Democrática del Congo continúa con una intensidad de transmisión moderada. La tendencia a la baja observada en las últimas semanas parece haberse revertido ligeramente, ya que un mayor número de zonas de salud reportó al menos un caso confirmado en los últimos 21 días. El seguimiento de contactos y la provisión de otras medidas de salud pública continúan siendo un desafío como resultado de la falta de confianza en las comunidades y la exposición constante a la inseguridad. Sin embargo, todavía hay muchas áreas en las que se ha detenido la transmisión de la enfermedad. Las autoridades locales y nacionales y los socios deben continuar con las medidas de salud pública probadas e innovadoras actuales, que en última instancia pondrán 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
- ⇒ Situación de influenza
- ⇒ Actualización de difteria en las Américas
- ⇒ Dengue y chikungunya en Argentina
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Brasil
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Colombia
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en El Salvador
- ⇒ 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 Tanzania
- ⇒ Fiebre amarilla en Perú
- ⇒ Fiebre amarilla en Sudán del Sur
- ⇒ Chikungunya en República del Congo
- ⇒ Malaria en Argentina
- ⇒ Malaria en Colombia
- ⇒ Malaria en México
- ⇒ Malaria en Perú
- ⇒ Sarampión en Chad
- ⇒ Sarampión en Colombia
- ⇒ Sarampión en Guinea
- ⇒ Sarampión en Liberia
- ⇒ Sarampión en Madagascar
- ⇒ Sarampión en Mali
- ⇒ Sarampión en República Centroafricana
- ⇒ Sarampión en Sudán del Sur
- ⇒ Cerrado el brote de cólera en Zambia
- ⇒ Cólera en Haití
- ⇒ Cólera en Somalia
- ⇒ Cólera en Tanzania
- ⇒ Cólera en Yemen
- ⇒ Enfermedad de Chagas en Perú
- ⇒ Cerrado el brote de fiebre de Lassa en Benin
- ⇒ Cerrado el brote de fiebre de Lassa en Guinea
- ⇒ Fiebre de Lassa en Liberia
- ⇒ Fiebre de Lassa en Nigeria
- ⇒ Fiebre de Lassa en Sierra Leona
- ⇒ Fiebre del Valle del Rift en Kenia
- ⇒ Hepatitis E en República Centroafricana
- ⇒ Viruela del simio en República del Congo
- ⇒ Poliomielitis derivado de la vacuna circulante en Nigeria
- ⇒ Poliomielitis en República Democrática del Congo
- ⇒ Situación de salud en República Democrática del Congo
- ⇒ Inundaciones en África del sur (Malawi, Mozambique y Zimbabue)
- ⇒ Hantavirus en Argentina
- ⇒ Peste en Uganda
- ⇒ Peste en República Democrática del Congo
- ⇒ Meningitis en Togo
- ⇒ Ciclón Idai en Mozambique y Zimbabue

Noticias científicas en la semana en: https://temas.sld.cu/vigilanciaensalud/category/noticias/

ARTE Y MEDICINA

Los rayos X de Joan-Pere Viladecans

No hay nada como una radiografía para mirar en el interior. Estas indiscretas placas (más si están ampliadas) de diferentes partes del cuerpo: manos, pies, pelvis, cerebros o el corazón que a simple vista no, pero que con ojos de expertos, delatan patologías, imperfecciones, fracturas y síndromes, son los elementos que subyacen en las últimas pinturas de Joan-Pera Viladecans (Barcelona, 1948). El veterano artista superpone otros elementos pintados o símbolos como llaves, hierros y relojes que, aparte de evidenciar el paso del tiempo, ahondan en el significado de estos elementos para relacionar, confrontar y poner en diálogo los límites entre ciencia, pensamiento y arte. Además, las 20 obras que Viladecans realizó con paso lento desde 2012 para la exposición *Una mirada interior. ¿Una mirada interior?* del Espai Volart de la Fundación Vila Casas de Barcelona, conmemoraron también los 50 años de la primera muestra del artista en 1967 en el Cercle Artístic de Sant Lluc de Barcelona.

"Ciencia y arte han seguido siempre caminos paralelos sin tocarse, aunque tienen algo en común como es la permanente enemistad de la vida contra la muerte", explicaba Viladecans junto a uno de sus enormes y coloristas cuadros de la exposición que están acompañados de algunas de las páginas de las libretas y de los esbozos previos realizados por el artista que delatan algunas de las claves de las obras y cómo las primeras ideas incipientes han ido creciendo.

ARTE Y MEDICINA

Entre las nuevas pinturas de Viladecans de la exposición se destacaron las de las manos llamadas de "manos de músico" o "de araña", típicas del síndrome de Marfan. Esta degeneración que a músicos como Paganini le permitieron hacer cosas que otros les era imposible la descubrió Viladecans hace años cuando ilustró unos cuentos de Edgar Allan Poe. En concreto, *Un cuento en las montañas escabrosas,* en el que aparece un personaje con grandes y flacas extremidades y dentadura desigual, síntomas de una persona afectada con este síndrome, una enfermedad que fue descrita medio siglo después. Viladecans investiga plásticamente esta alteración en *La tomba interior / el síndrome de Marfan* (2012) a partir de observar la coincidencia entre la literatura de Poe y la ciencia de Antonin Marfan (el pediatra descubridor del síndrome) y los lazos entre medicina y arte que se esfuerza a destacar en toda la exposición.

Los títulos de las obras también ilustran la historia que se esconde detrás. Así se han podido ver unos pies con las últimas falanges de los dedos gordos deformadas en la obra *Camí* (2012-2014) o en otro, en el que todo el miembro se sostiene en un hierro oxidado *Èxode* (2011), que habla del drama de los refugiados; una sección del cerebro se titula *La Clau* (2015), una pelvis *Claustre* (2012) y la caja torácica *Diáleg* (2013-2017), entre otras.

La relación entre arte y medicina y ciencia quedaba más que patente en el tradicional catálogo que acompaña todas las exposiciones de la Fundación Vila Casas en la que participan tres médicos: el cardiólogo y pintor Màrius Petit, el presidente del Colegio de Médicos, Jaume Padrós y el médico Miquel Vilardell que reivindican el papel de estos facultativos como alguien con capacidad de escuchar más allá de medicar.

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