ISSN 1028-4346

SEI SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

SEI No. 18, 2019 *7 de mayo*

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 686 411 casos de dengue en las Américas hasta el 7 de mayo de 2019. Sobresale Brasil con 586 569 (85,4%) casos, seguido de Colombia con 29 865, Nicaragua con 20 664 y México con 12 114 casos.

⇒ ***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 80 casos humanos confirmados, de ellos 14 fallecieron.

El mundo

Situación del ébola en la República Democrática del Congo

Alerta Epidemiológica de fiebre de Mayaro

Decretan cuarentena en Mongolia tras la muerte por peste bubónica de dos personas

Situación de influenza

Dengue, virus del Zika y chickungunya en Guatemala

Dengue, virus del Zika y chikungunya en México

Sarampión en Chad

Sarampión en Estados Unidos

Sarampión en Etiopía

Sarampión en Guinea

Sarampión en República Centroafricana

Cólera en Camerún

Cólera en Kenia

Cólera en República Democrática del Congo

Hepatitis E en República Centroafricana

Meningitis en Chad

Viruela del simio en República Democrática del Congo

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

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

Casos acumulados de zika actualizados desde 2015-2017 con cierre 4 de enero de 2018. Se reportaron **583 451 casos sospechosos** en la región, **confirmados 223 477** y **3720 casos de microcefalia asociado al virus**, **20 fallecidos y 6329 casos importados**.

Brasil se mantenía con el 39,7% (231 725) de los sospechosos reportados en la región, el 61.4% (137 288) de los confirmados, el 55% (11) de los fallecidos y el 79,3% (2952) de los Síndromes Congénitos confirmados asociados al virus del Zika.

Se mantenía en **48 el número de países y territorios de las Américas que confirmaron casos autóctonos por transmisión vectorial de Zika** y en 5 el número de países que notificaron casos de zika transmitidos sexualmente. Desde la semana epidemiológica 44 de 2016 ningún nuevo país/ territorio de las Américas confirmó transmisión autóctona vectorial de Zika.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud/ Zika

Resumen Global

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

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

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

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

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

Los casos acumulados de chikungunya corresponden al año 2017, actualizados hasta el 22 de diciembre, última actualización de la OPS.

El mayor reporte de casos ocurrió en la subregión del Cono Sur a expensas de Brasil con el **98,9% de los confirmados** del total de 121 734 y el **81,5% de los sospechosos** de la región para un total de 50 196 casos.

En resumen se reportaron en la región un total de 61 613 casos sospechosos, 123 087 confirmados, 101 fallecidos y 107 casos importados.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud/ Chikungunya

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

♦ Resumen semanal de dengue

La Organización Panamericana de la Salud reporta **686 411 casos de dengue en las Américas** hasta el 6 de mayo de 2019. Sobresale **Brasil con 586 569 (85,4%) casos**, seguido de Colombia con 29 865, Nicaragua con 20 664 y México con 12 114 casos.

Países	Casos		Países	Casos
Brasil	586 569		Guadalupe	192
Colombia	29 865		Trinidad y Tobago	106
Nicaragua	20 664		Martinica	93
México	12 114		Estados Unidos	86
Honduras	6300		Granada	46
Perú	4772		Suriname	30
Bolivia	4560		San Martín	20
Jamaica	3229		Islas Caimán	17
Venezuela	2990		Dominica	11
Paraguay	2989		Antigua y Barbuda	7
El Salvador	2433		Aruba	7
Guatemala	2259		Isla Vírgenes (UK)	6
Ecuador	1910		San Vicente y las Granadinas	5
Rep. Dominicana	1391		Guyana	4
Panamá	1293		Barbados	2
Argentina	1154		Bermuda	1
Belice	647		Santa Lucía	1
Costa Rica	638			
Total				**686 411**

Figura 1. Distribución geográfica del dengue en las Américas el 6 de mayo de 2019.

Se reportaron **233 (+61) fallecidos** (Brasil 166, Colombia 17, Venezuela 8, Honduras y Perú 9 cada uno, Bolivia 7, Guatemala 6, México y Paraguay 3 cada uno, Jamaica 2, Ecuador, Nicaragua, Panamá y 1 cada uno.

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.

Fuente: Actualización Epidemiológica de fiebre amarilla en las Américas

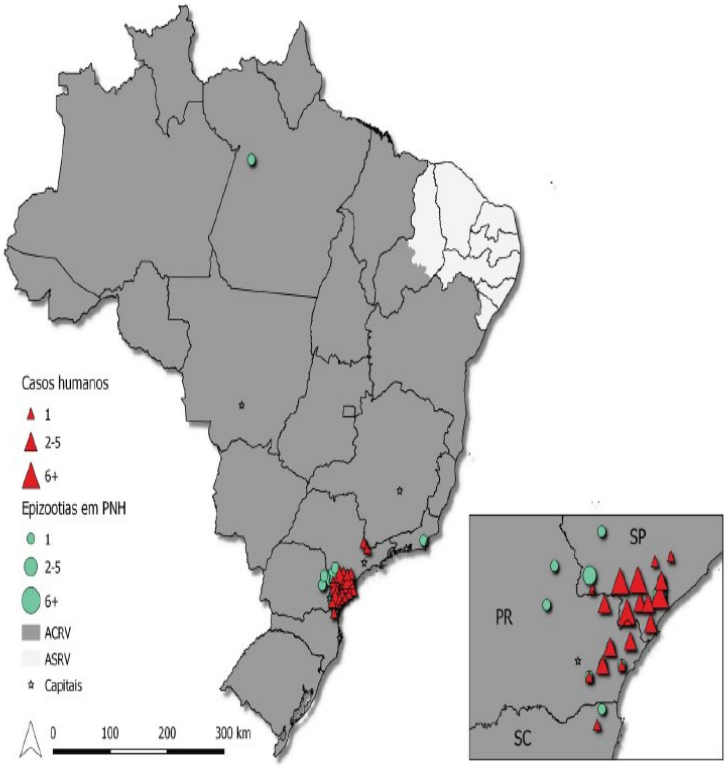
Fiebre amarilla en Brasil, 24 de abril de 2019

En el presente periodo estacional (2018-2019) se notificaron 1061 casos humanos, de ellos se confirmaron 80 y fallecieron 14. Permanecen 383 en investigación y 618 fueron descartados. Además, se notificaron 850 casos no humanos, de ellos se confirmaron 20, permanecen 214 en investigación, 294 se clasificaron como indeterminados y 322 fueron descartados.

Aunque la vigilancia de la fiebre amarilla actualmente se basa en la estacionalidad de la enfermedad, cuyo período se extiende entre noviembre y mayo, con monitoreo por el Ministerio de Salud entre los meses de julio/2018 a junio/2019, a partir del informe nº 11, se describen los registros para el año 2019. Los datos de los meses anteriores, de los brotes recientes e históricos, obtenidos en: http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/febre-amarela-sintomas-transmissaoeprevencao#epidemiologia.

Vigilancia de Casos Humanos

Se registraron casos humanos confirmados en los estados São Paulo (67), Paraná (12) y Santa Catarina (1). La mayoría de los casos eran trabajadores rurales y / o en el área silvestre, de ellos 71 (88,7%) del sexo masculino, con edades entre 8 y 87 años. En marzo/2019 (SE 13), se confirmó el primer caso de fiebre amarilla en el estado Santa Catarina. Entre los casos confirmados, 14 fallecieron (17,5%). El número total de casos humanos registrados en el mismo período de 2018 fue de 1288.



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

Se registraron epizootias de PNH confirmadas en São Paulo (10), Río de Janeiro (2), Paraná (6), Pará (1) y Santa Catarina (1) con mayor número de epidemias confirmados en la región Sudeste (60%; 12/20), aunque actualmente la transmisión está avanzando en la región Sur, principalmente en Paraná, desde de enero de 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, además del riesgo de reurbanización de la transmisión (por Aedes aegypti). La vacunación está recomendada para todo el Área con Recomendación de Vacuna (ACRV). Se resalta que el mayor riesgo está en las áreas consideradas afectadas y ampliadas, donde la transmisión fue documentada recientemente (2018/2019). Las personas no vacunadas y expuestas en esas localidades deben ser vacunadas, prioritariamente.

Fuente: Ministerio de Salud de Brasil

RESUMEN DE OTROS EVENTOS DE LA SEMANA

Alerta Epidemiológica de fiebre de Mayaro, 1 de mayo de 2019

Ante la detección reciente de casos de fiebre de Mayaro, a través de la vigilancia por laboratorio, en áreas donde no se había reportado antes, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS / OMS) alienta a los Estados Miembros a desarrollar y mantener la capacidad para la detección de esta enfermedad, incluida la capacidad para el diagnóstico por laboratorio y la sensibilización de los profesionales de salud.

La fiebre de Mayaro es una zoonosis producida por un arborvirus del género *Alphavirus* (familia *Togavirus*). Se ha documentado la transmisión por mosquitos *Haemagogus*. Los casos humanos se asocian con exposiciones recientes a ambientes húmedos boscosos donde habita el vector.

En los primeros días presenta un cuadro clínico inespecífico similar al de otros arbovirus: fiebre, dolor de cabeza, mialgia, dolor retroocular, escalofríos, fuerte artralgia, mareos, náuseas, fotofobia, anorexia, edema articular muchas veces incapacitante, erupción cutánea principalmente en el pecho, las piernas, la espalda, los brazos y con menor frecuencia en la cara, dolor abdominal, leucopenia y plaquetopenia y en algunos casos se ha descrito manifestaciones hemorrágicas.

El período de incubación es relativamente corto, y se ha descrito que varía entre 1 a 12 días. El curso de la enfermedad es autolimitado, con una duración de 3 a 5 días, quedando como una secuela importante las artralgias, que pueden permanecer semanas o meses; se ha documentado un caso con encefalopatía que evolucionó al óbito.

Resumen de la situación en las Américas

El virus Mayaro (MAYV) se aisló por primera vez en Trinidad y Tobago en 1954. No obstante, un estudio retrospectivo evidenció infección por el virus en sueros recolectados durante la construcción de los canales en Panamá y Colombia que tuvieron lugar entre 1904 y 1914. Desde entonces se notificaron casos en América Central y América del Sur, en particular en las regiones alrededor de la cuenca amazónica.

Subsecuente a los casos de Trinidad y Tobago, se reportaron casos de la enfermedad en Brasil (1955), Colombia (1958-1960), Bolivia (1959), Suriname (1964), Perú (1965), Estados Unidos de América (casos importados de Perú y Bolivia, 1997), Ecuador (1997), Guayana Francesa (1998), Venezuela (2000), México (2001), Panamá (2010) y Haití (2015).

Aunque algunos estudios sugieren la posibilidad de transmisión en área urbana, los brotes descritos en la última década en las Américas se reportaron en residentes de las comunidades rurales de la región amazónica de Brasil, Bolivia, Perú y Venezuela. La mayoría de los casos humanos ocurrieron en personas que trabajan o residen en los bosques tropicales húmedos. En los brotes estudiados el vector involucrado fue el mosquito del género *Haemagogus* que es de hábito silvestre. No se ha comprobado que tenga un reservorio pero algunos estudios han reportado aislamiento del virus o altos niveles de anticuerpos en huéspedes vertebrados como los primates no humanos.

En 2015 se reportó en Haití un caso confirmado, el cual corresponde a un niño de 8 años de una zona rural que fue diagnosticado de coinfección por dengue y Mayaro.

En 2018 se notificaron 35 casos de fiebre de Mayaro en Perú.

En 2019 se confirmaron dos casos en Perú, en las provincias de Quispicanchis (región Cusco) y La Mar (región Ayacucho).

Adicionalmente, Ecuador notificó el 26 de abril de 2019, que de un total de 34 muestras negativas para dengue, chikungunya, zika y leptospirosis analizadas en 2019, cinco resultaron positivas para Mayaro. Los casos corresponden a 4 cantones diferentes, Guayaquil (2 casos), Portoviejo (1 caso), Santo Domingo (1 caso) y Babahoyo (1 caso). Estos cantones se encuentran situados al este del país a una distancia entre ellos de hasta 300 kilómetros. La detección se realizó en el contexto de la vigilancia por laboratorio instalada para virus Mayaro en el país desde 2018.

Orientaciones para las autoridades nacionales

Tomando en cuenta la amplia distribución en la Región del mosquito implicado en la transmisión y ante la detección reciente de casos en nuevas áreas geográficas, la OPS / OMS alienta a los Estados Miembros a implementar acciones para la detección de casos y mantener informados a los profesionales de salud para considerar la fiebre de Mayaro como parte del diagnóstico clínico diferencial de otras arbovirosis como chikungunya, dengue y Zika.

A continuación, un resumen de las principales recomendaciones:

Vigilancia

Considerando la similitud de la presentación clínica de la fiebre de Mayaro con la de otros arbovirus como dengue, chikunguya y Zika se recomienda que la vigilancia este integrada a la existente para estos arbovirus.

La vigilancia debe estar orientada a:

- Detectar oportunamente la circulación del virus Mayaro
- Monitorear la diseminación geográfica del virus Mayaro una vez detectado
- Aportar al conocimiento de las características clínicas de la enfermedad
- Monitorear los linajes virales circulantes

Leer Diagnóstico de laboratorio, manejo clínico y medidas de prevención en: Organización Panamericana de la Salud

RESUMEN DE OTROS EVENTOS DE LA SEMANA

Actualización epidemiológica de sarampión en la región de las Américas, 18 de abril de 2019

Al igual que en 2018 fueron 12 los países de la Región de las Américas que notificaron casos confirmados de sarampión en 2019 (hasta el 18 de abril), ellos son: Argentina, Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Estados Unidos de América, México, Perú, Uruguay y la República Bolivariana de Venezuela. En lo que va del año, no se han reportado defunciones por sarampión en la región, mientras en 2018 solo Brasil y la República Bolivariana de Venezuela notificaron defunciones.

El brote que se inició en Venezuela en 2017 se extendió a Brasil y Colombia en 2018. Adicionalmente, en ese mismo año 4 países de la Región notificaron casos importados o relacionados a importación por el mismo genotipo y linaje circulante en los 3 países arriba mencionados: Argentina, Chile, Ecuador y Perú. A partir de la semana epidemiológica (SE) 27 de 2018 se registró una disminución en el número de casos que continuó hasta finales de 2018.

En 2019, tanto Brasil como Colombia y Venezuela siguen notificando casos relacionados con el mismo genotipo y linaje indicando la continua circulación de este virus. Mientras que 9 países notificaron casos importados de países fuera de la Región con diferente genotipos.

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

Argentina confirmó 4 casos de sarampión, 3 importados y uno relacionado con la importación.

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 el 10 de febrero, procedente de Francia e inició exantema el 18 de febrero. El genotipo identificado fue D8, diferente al que circula en los otros países de la Región.

En **Brasil**, entre la SE 1 de 2018 y la SE 9 de 2019 se notificaron 10 354 casos confirmados de sarampión (10 326 en 2018 y 28 en 2019), incluidas 12 defunciones (todas en 2018). Adicionalmente, el 20 de febrero de 2019, Brasil notificó la ocurrencia de un brote de sarampión en un crucero en donde se confirmaron 20 casos de sarampión (todos ellos tripulantes).

En 2018, fueron 11 las Unidades Federales que notificaron casos confirmados de sarampión: Amazonas (9808 casos y 6 defunciones), Bahía (3 casos), Distrito Federal (1 caso), Pará (79 casos y 2 defunciones), Pernambuco (4 casos), Rio Grande do Sul (46 casos), Rio de Janeiro (20 casos), Rondônia (2 casos), Roraima (361 casos y 4 defunciones), São Paulo (3 casos) y Sergipe (4 casos). En 2019 las Unidades Federales que notifican casos confirmados son Amazonas (5 casos) y Pará (23 casos).

En **Canadá**, entre la SE 1 y la SE 13 de 2019 se notificaron 33 casos confirmados de sarampión, reportados por las provincias de Québec, British Columbia, Ontario, y Alberta, y los territorios de Northwest.

En **Colombia**, entre la SE 10 de 2018 y la SE 14 de 2019 se notificaron 8684 casos sospechosos de sarampión (7089 en 2018 y 1595 en 2019) de los cuales 291 fueron confirmados (209 con fecha de exantema en 2018 y 82 en 2019). No se registran fallecidos.

Costa Rica, entre la SE 1 y la SE 13 de 2019 notificaron 9 casos confirmados de sarampión. Tres de ellos importados y 6 relacionados con importación.

En **Estados Unidos**, entre el 1 de enero y el 11 de abril de 2019 se confirmaron 555 casos de sarampión en 20 estados: Arizona, California, Colorado, Connecticut, Florida, Georgia, Illinois, Indiana, Kentucky, Maryland, Massachusetts, Michigan, Missouri, Nevada, New Hampshire, New Jersey, New York, Oregon, Texas, y Washington. Actualmente se reportan 6 brotes en curso en las siguientes jurisdicciones: estados de California (Condado Butte), Michigan, New York (condado de Rockland), New Jersey, Washington y la ciudad de New York. Estos brotes están relacionados a viajeros con antecedentes de viaje a Israel, Ucrania y Filipinas. La mayoría de los casos no estaban vacunados. En 2018 se reportaron 17 brotes.

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

En **Perú** se confirmó un caso de sarampión en 2019, una peruana procedente de España. En 2018 se habían confirmado 42 casos de sarampión, importados o relacionados a importación.

Uruguay notificó tres casos confirmado de sarampión.

En **Venezuela**, el brote que se inició en 2017 sigue activo. Entre la SE 26 de 2017 y hasta la SE 13 de 2019, se notificaron 9585 casos sospechosos (1307 en 2017, 7790 en 2018 y 488 en 2019) de los cuales 6534 fueron confirmados (727 en 2017, 5667 en 2018 y 140 en 2019). Los casos de 2018 fueron confirmados por los siguientes criterios: de laboratorio (2201), clínico (2659) y nexo epidemiológico (807); mientras que en 2019 también se confirmaron por laboratorio (85), criterio clínico (32) y nexo epidemiológico (23). Se registraron 76 defunciones, 2 en 2017 (en Bolívar) y 74 en 2018 (37 en Delta Amacuro, 27 en Amazonas, 6 en Miranda, 3 en Distrito Capital y 1 en Bolívar).

Sarampión en comunidades indígenas

En **Brasil**, se notificaron 185 casos sospechosos en indígenas de los cuales 145 fueron confirmados en el Estado de Roraima, dos (casos fatales) en el estado de Pará.

En **Venezuela**, entre la SE 1 y la SE 52 de 2018, se confirmaron 513 casos de sarampión en poblaciones indígenas de los estados de: Amazonas (149 casos, de los cuales 132 son de la etnia Sanema, 16 Yanomami, 1 Baniva), Bolívar (1 Pemón), Delta Amacuro (331 casos todos de la etnia Warao), Distrito Capital (1 Wayú), Monagas (22 casos, siendo 20 Warao, 1 Shaima y 1 Eñepa) y Zulia (9 casos de la etnia Wayú). Adicionalmente, se registraron 62 defunciones de las cuales 35 son de Delta Amacuro (todas de la etnia Warao) y 27 son de Amazonas (26 de la etnia Sanema y 1 Yanomami).

Descargar informe completo en la Organización Panamericana 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, con el área de salud Katwa todavía como principal punto afectado en los últimos 21 días. Desde el último informe el 28 de abril de 2019, se han notificado 115 nuevos casos confirmados de EVE, con 98 muertes adicionales.

Hasta el 4 de mayo de 2019, se reportó un total de 1554 casos de EVE, incluidos 1488 confirmados y 66 probables. Hasta la fecha, los casos confirmados se han informado de 21 zonas de salud: Beni (268), Biena (7), Butembo (153), Kalunguta (63), Katwa (521), Kayna (8), Kyondo (17), Mabalako (118), Mangurujipa (5), Masereka (33), Musienene (32), Mutwanga (5), Oicha (40), Vuhovi (79) y Lubero (4) en la provincia Kivu del Norte; y Rwampara (1), Komanda (28), Mandima (102), Nyankunde (1) y Tchomia (2) en la provincia Ituri. Al 4 de mayo de 2019, quince zonas de salud notificaron al menos un caso confirmado en los últimos 21 días (del 14 de abril al 4 de mayo de 2019).

Se registraron un total de 1028 muertes, incluyendo 963 entre los casos confirmados, resultando en un índice de letalidad entre los casos confirmados de 65% (963/1488). Dos trabajadores de salud se encuentran entre los nuevos casos confirmados, lo que eleva el total acumulado de trabajadores de salud afectados a 94, con 33 muertes.

Katwa sigue siendo el foco principal del brote, ya que informó el 41% (121/292) de todos los casos confirmados en los últimos 21 días. Hasta el 4 de mayo de 2019, las 18 áreas de salud en esta zona de salud reportaron al menos un caso confirmado en este período, mientras que Butembo, Mandima y Vuhovi reportaron el 43% de los nuevos casos confirmados durante este período del informe. Ocho zonas de salud, a saber, Beni, Butembo, Kalunguta, Mandima, Katwa, Mabalako, Musienene y Vuhovi notificaron al menos un nuevo caso confirmado en los últimos tres días y siguen siendo puntos de atención. La ocupación de las camas ha pasado el 100% en el Centro de Tratamiento de Ébola (CTE) de Mangina y en el Centro de Tránsito de Kayna.

El rastreo de contactos está en curso en 16 zonas de salud. Se registró un total de 12 969 contactos el 4 de mayo de 2019, de los cuales 10 229 se habían visto en las últimas 24 horas (79%; varía entre 49-100% entre las zonas informadas). De 1069 alertas procesadas (de las cuales 966 eran nuevas) en las zonas sanitarias informantes, se investigaron 961 (90%) y 205 (21%) se validaron como casos sospechosos.

Acciones de Salud Pública

- Continúan las actividades de vigilancia activa, incluidas las investigaciones de casos, la búsqueda activa de casos en centros de salud y comunidades, así como la identificación y listado de contactos en torno a los últimos casos confirmados. La colaboración entre las autoridades de salud en la República Democrática del Congo y Uganda continúa con el monitoreo de los contactos desplazados.
- Las actividades de respuesta en Butembo fueron interrumpidas por los taxis de motocicletas y el patio del Hospital Ngothe fue incendiado.
- Desde el 4 de mayo de 2019, se ha vacunado a un total acumulado de 111 494 personas desde el inicio del brote.
- Los sitios de vacunación en Butembo se volvieron inaccesibles después de los disturbios de la comunidad; la vacunación con anillos continúa en las zonas de salud de Beni y Kayna en torno a los casos confirmados.
- La supervisión en puntos de entrada / puntos de control (PoE / PoC) continúa, con más de 55 millones de evaluaciones hasta la fecha. Un total de 72/80 (90%) PoE / PoC estaban operativos el 4 de mayo de 2019.
- Continúan las actividades de reintegración comunitaria para los 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, un total de 63 participantes comenzaron a entrenarse como asistentes psicosociales en Biakato.
- Las actividades de respuesta se interrumpieron en Butembo y Katwa como resultado de incidentes de seguridad.
- 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 con la descontaminación de hogares donde quedaban casos confirmados en Butembo, Katwa, Kalunguta, Mandima, Mabalako, Musienene y Kayna; las actividades de IPC y WASH se suspendieron después de que los equipos fueron atacados en Katwa y Butembo.
- Se están fortaleciendo las sesiones de concientización y movilización de la comunidad, con un debate al estilo de una conferencia organizado con estudiantes en Butembo y representantes de la facultad para analizar y fortalecer las estrategias de gestión de incidentes de la comunidad; en Mabalako, un equipo de comunicación en el área de salud de Viski organizó una charla con 27 líderes comunitarios y de base para facilitar el listado de contactos y la aceptación de la vacunación entre los contactos en torno a un caso confirmado.

Interpretación de la situación por la OMS

El continuo aumento en el número de nuevos casos de EVE en la República Democrática del Congo sigue siendo motivo de gran preocupación, al igual que la inestable situación de seguridad y el complejo entorno sociopolítico. Existe un compromiso cada vez más profundo para fortalecer el compromiso de la comunidad, con sesiones regulares de compromiso de la comunidad que se llevan a cabo en todas las zonas de salud afectadas, enfocadas en el rastreo de contactos, la aceptación de vacunas y las estrategias de manejo de incidentes. Todas las autoridades y socios nacionales y locales están comprometidos con esta respuesta. La implementación continua de las medidas de salud pública, junto con un mayor compromiso de la comunidad, en última instancia, pondrá 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

⇒ Alerta Epidemiológica de fiebre de Mayaro

⇒ Decretan cuarentena en Mongolia tras la muerte por peste bubónica de dos personas

⇒ Situación de influenza

⇒ Dengue, virus del Zika y chickungunya en Guatemala

⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en México

⇒ Sarampión en Chad

⇒ Sarampión en Estados Unidos

⇒ Sarampión en Etiopía

⇒ Sarampión en Guinea

⇒ Sarampión en República Centroafricana

⇒ Cólera en Camerún

⇒ Cólera en Kenia

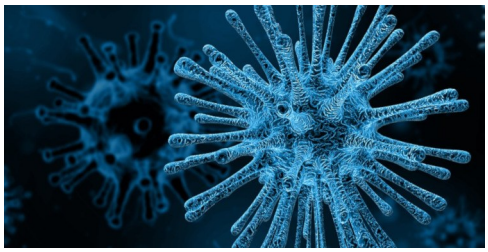
⇒ Cólera en República Democrática del Congo

⇒ Hepatitis E en República Centroafricana

⇒ Meningitis en Chad

⇒ Viruela del simio en República Democrática del Congo

Recomendamos leer



Estimaciones científicas sugieren que hay más de un trillón de billones de virus en la biosfera

Un equipo del centro vasco de investigación biomédica CIC BioGUNE ha descifrado la estructura tridimensional de dos virus que viven en condiciones extremas, en un estudio que supone un "gran avance" para abordar nuevas investigaciones que permitan combatir los procesos infecciosos relacionados con virus que infectan otros organismos, incluidos los humanos.

Los miembros del equipo, liderados por el investigador Ikerbasque Nicola Abrescia, han trabajado con técnicas de microscopía electrónica sobre dos virus provenientes de las salinas de Samut Sakhon, en Tailandia, y Margherita di Savoia, en Italia, y su estudio ha permitido descifrar la solución que la evolución ha proporcionado para su ensamblaje, según ha informado el centro de investigación vasco.

Los resultados de la investigación, realizada en colaboración con el grupo de Dennis Bamford y Hanna Oksanen en la Universidad de Helsinki (Finlandia), han sido publicados en la revista *Nature Communications*.

Las estimaciones científicas recientes sugieren que hay más de un trillón de billones de virus en la biosfera, y tan solo un mililitro de agua marina contiene un millón de virus, de los que solo se conoce una pequeña fracción. Leer más...

ARTE Y MEDICINA

Antiguos tratamientos médicos que deben quedarse en el pasado para siempre

En todas las épocas las personas enferman. Nuestros antepasados poseían conocimientos que, en ciertas áreas, superaban a la medicina moderna o incluso iban a la par. Sin embargo, algunos tratamientos eran, cuanto menos, extraños. Agregamos otros métodos a los compartidos con ustedes en el Boletín No. 17:

Se utilizaba el veneno de las serpientes y de hierbas tóxica

Cuando no existían los antibióticos, la gente luchaba contra las infecciones con ayuda de medicinas a base de venenos presentes en hierbas y en serpientes. Los científicos modernos llegaron a la conclusión de que estos contenían desintegrina, proteínas que eliminaban bacterias o con efectos antibacterianos.

En el Antiguo Egipto trataban con cannabis, opio y beleño. En la Edad Media, los médicos añadían a sus fórmulas serpientes y escorpiones disecados.

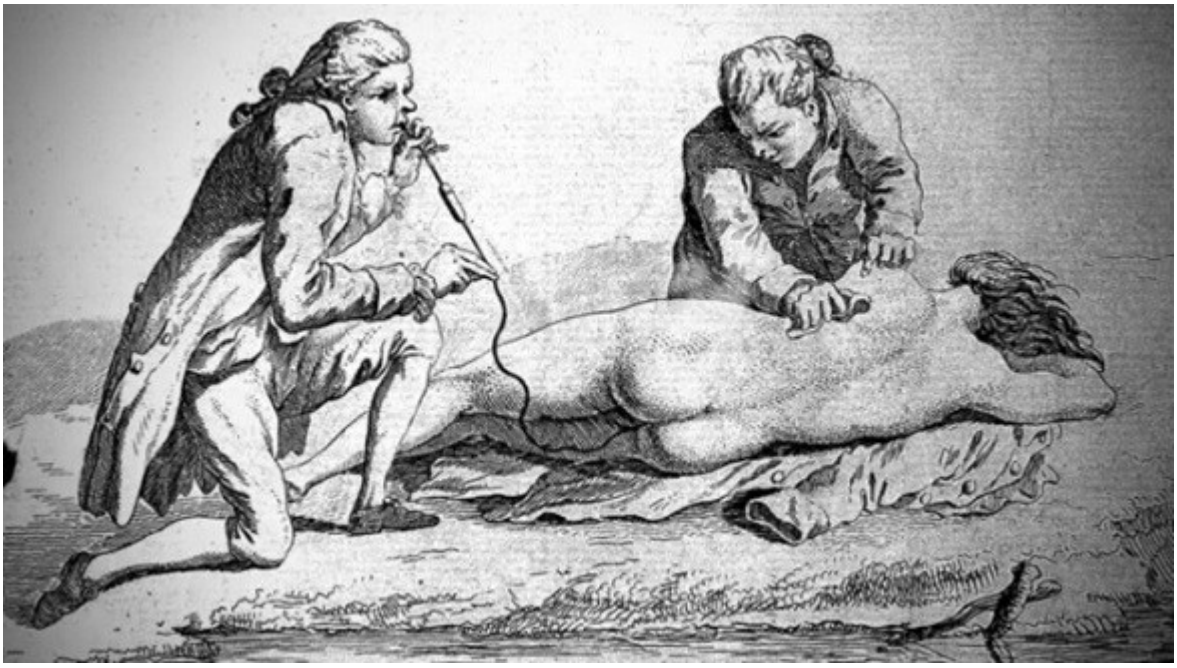
Practicaban la trepanación del cráneo

En tiempos remotos la migraña, la epilepsia y otros trastornos psíquicos se trataban con medidas drásticas: los médicos perforaban agujeros en el cráneo del paciente.

La trepanación es la intervención quirúrgica más antigua. Las pruebas de esto se encontraron por primera vez en restos humanos de la época neolítica. Este método fue muy popular en las antiguas civilizaciones americanas, así como durante la época del Renacimiento.

ARTE Y MEDICINA

El enema con humo de tabaco era muy popular



Problemas con la digestión, somnolencia, cólicos del estómago y parásitos se trataban con un enema de humo de tabaco. Este método se heredó de los indígenas de América del Norte. Sin embargo, en el siglo XIX, cuando descubrieron que el tabaco contenía nicotina venenosa, estos enemas pasaron de moda. Bueno, este debe ser uno de los antecedentes del ozono rectal, pero el paciente no debe permanecer descubierto, por suerte para muchos.

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