ISSN 1028-4346

SEI SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

SEI No. 19, 2019 *14 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.

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 691 490 casos de dengue en las Américas hasta el 14 de mayo de 2019. Sobresale Brasil con 586 569 (84,8%) casos, seguido de Colombia con 32 267, Nicaragua con 21 593 y México con 12 900 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
Alerta Epidemiológica de difteria en las Américas
Decretan cuarentena en Mongolia tras la muerte por peste bubónica de dos personas
Dengue y chikungunya en Argentina
Dengue, virus del Zika y chikungunya en México
Dengue, virus del Zika y chikungunya en Nicaragua
Dengue, virus del Zika y chikungunya en Paraguay
Dengue en Mauricio
Dengue en Tanzania
Fiebre amarilla en Brasil
Malaria en Guatemala y Nicaragua
Sarampión en Chad
Sarampión en Estados Unidos
Sarampión en Etiopía
Sarampión en Guinea
Sarampión en Madagascar
Sarampión en Mauricio
Sarampión en Nigeria
Sarampión en República Centroafricana
Sarampión en Sudán del Sur
Sarampión en Uganda
Rubéola en Sudán del Sur
Cólera en Kenia
Cólera en Mozambique
Cólera en Tanzania
Cólera en Zambia
Hepatitis E en República Centroafricana y Sudán del Sur
Leishmaniasis en Kenia
Fiebre de Lassa en Nigeria
Poliomielitis derivado de la vacuna circulante en Nigeria
Poliomielitis 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 **691 490 casos de dengue en las Américas** hasta el 14 de mayo de 2019. Sobresale **Brasil con 586 569 (84,8%) casos**, seguido de Colombia con 32 267, Nicaragua con 21 593 y México con 12 900 casos.

Países	Casos		Países	Casos
Brasil	586569		Guadalupe	192
Colombia	32267		Trinidad y Tobago	106
Nicaragua	21593		Martinica	93
México	12900		Estados Unidos	91
Honduras	6300		Aruba	59
Perú	4772		Granada	46
Bolivia	4560		Suriname	30
Venezuela	3636		San Martín	20
Jamaica	3229		Dominica	11
Paraguay	3058		Antigua y Barbuda	7
El Salvador	2602		Santa Lucía	7
Guatemala	2259		Isla Vírgenes (UK)	7
Ecuador	1910		San Vicente y las Granadinas	5
Rep. Dominicana	1391		Guyana	4
Panamá	1293		Barbados	2
Argentina	1154		Bermuda	1
Costa Rica	668		Puerto Rico	1
Belice	647			
Total				**691 490**

Figura 1. Distribución geográfica del dengue en las Américas el 14 de mayo de 2019.

Se reportaron **233 (=) 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

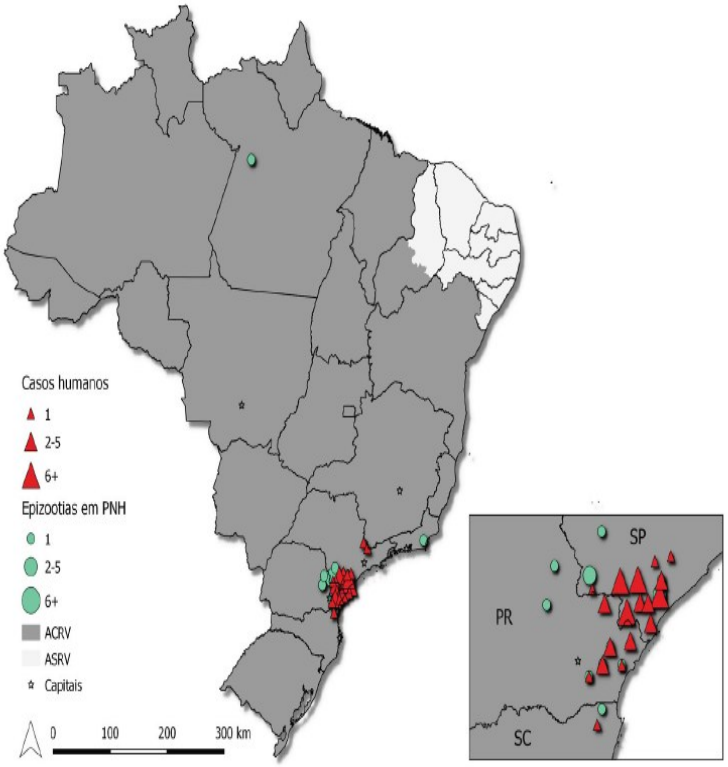
Fiebre amarilla en Brasil, 2 de mayo de 2019

En el presente periodo estacional (2018-2019) se notificaron 1079 casos humanos, de ellos se confirmaron 80 y fallecieron 14. Permanecen 355 en investigación y 644 fueron descartados. Además, se notificaron 909 casos no humanos, de ellos se confirmaron 21, permanecen 236 en investigación, 303 se clasificaron como indeterminados y 349 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 (11), Río de Janeiro (1), Paraná (7), Pará (1) y Santa Catarina (1) con mayor número de epidemias confirmados en la región Sudeste (57%; 12/21), 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

Alerta Epidemiológica de difteria, 10 de mayo de 2019

En 2018, tres países de la Región de las Américas (Colombia, Haití, y la República Bolivariana de Venezuela) notificaron casos confirmados de difteria. En 2019, Haití y Venezuela han reportado casos confirmados.

A continuación, un resumen de la situación en ambos países:

En **Haití**, entre la semana epidemiológica (SE) 32 de 2014 y la SE 16 de 2019 se notificaron 838 casos probables, incluidas 108 defunciones; de los cuales 276 casos fueron confirmados (267 por laboratorio y 9 por nexo epidemiológico).
El número de casos probables notificados entre la SE 1 la 16 de 2019 (56 casos) es superior al total de casos notificados en el mismo periodo en 2017 (44 casos) e inferior al 2018 (136 casos).
De los 56 casos probables notificados en 2019, seis casos y una muerte fueron confirmados por laboratorio. Las tasas de letalidad entre los casos confirmados por laboratorio o nexo epidemiológico fueron de 23% en 2015, 39% en 2016, 8% en 2017, 13% en 2018 y 17% en 2019.
Con relación a los casos confirmados en 2019, las mayores tasas de incidencia se observan en los grupos de 6 a 14 años y de 1 a 5 años. El caso fatal se registró en un menor de 5 años.
En 2019, las mayores tasas de incidencia acumulada entre los casos probables se registran en las comunas de Acul du Nord (3,58 casos por 100 000 habitantes) en el Departamento Nord y en Tabarre (3,07 casos por 100 000 habitantes) en el departamento Ouest.

En **Venezuela**, el brote de difteria que se inició en julio de 2016 sigue activo. Desde entonces y hasta la SE 13 de 2019 se notificaron 2752 casos sospechosos (324 casos en 2016, 1040 en 2017, 1198 en 2018 y 190 en 2019), de los cuales fueron confirmados 1688 (554 por laboratorio y 1134 por criterio clínico o nexo epidemiológico). Se registraron 284 defunciones (17 en 2016, 103 en 2017, 151 en 2018 y 13 en 2019). En 2019, la tasa de letalidad más alta se observa en el grupo de edad de 5 a 9 años (7%), seguida por el grupo de 10 a 15 años (4%).
Durante el 2018 fueron 22 las entidades federales y 99 municipios que reportaron casos confirmados. A la SE 13 de 2019, se encuentran afectadas 16 entidades federales, 45 municipios con 61 parroquias. Por lo que se continúan implementando actividades de vacunación y control.
Los casos se registraron en todas las edades. La tasa de incidencia en menores de 15 años es de 4 casos por 100 000 habitantes, en la de 15 a 40 años es de 3 casos por 100 000 habitantes y en la de mayores de 40 años de 1 caso por 100 000 habitantes.

Orientaciones para los Estados Miembros
La Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) reitera a los Estados la recomendación de garantizar coberturas de vacunación superiores al 95% con la serie primaria (3 dosis) y refuerzos (3 dosis). Este esquema de vacunación brindará protección a lo largo de toda la adolescencia y la edad adulta (hasta los 39 años y posiblemente más). Las dosis de refuerzo de la vacuna contra la difteria deben administrarse en combinación con el toxoide tetánico, utilizando el mismo calendario y las fórmulas de vacunas apropiadas para la edad, a saber, DPT (difteria, tétanos y tos ferina) para niños de 1 a 7 años y TD (toxoide diftérico) para los niños de más de 7 años, adolescentes y adultos.
La OPS/OMS recuerda que los grupos de la población en mayor riesgo son los niños menores de 5 años no vacunados, escolares, trabajadores de salud, personal del servicio militar, integrantes de comunidades penitenciarias y personas que por la naturaleza de su trabajo u oficio están en contacto permanente y diario con un elevado número de personas.
Si bien los viajeros no tienen un riesgo especial de contraer difteria, se recomienda a las autoridades nacionales que recuerden a los viajeros que se dirigen a áreas con brotes de difteria que antes del viaje estén debidamente vacunados de acuerdo con el calendario nacional de vacunación establecido en cada país. Si han transcurrido más de 5 años desde la última dosis, es recomendable una dosis refuerzo.
Se recomienda fortalecer los sistemas de vigilancia y la capacidad de diagnóstico laboratorial a través de cultivo, prueba de ELEK y PCR para el gen de la toxina diftérica (tox).
La OPS/OMS recomienda mantener una provisión de antitoxina diftérica.
La vacunación, es clave para prevenir casos y brotes; y el manejo clínico adecuado, disminuye las complicaciones y la letalidad.

Fuente: 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 foco principal en los últimos 21 días. Desde el último informe el 5 de mayo de 2019, se han notificado 104 nuevos casos confirmados de EVE, con 89 muertes adicionales.

Hasta el 11 de mayo de 2019, se reportó un total de 1680 casos de EVE, incluidos 1592 confirmados y 88 probables. Hasta la fecha, los casos confirmados se han informado de 21 zonas de salud: Beni (279), Biena (7), Butembo (165), Kalunguta (75), Katwa (538), Kayna (8), Kyondo (18), Mabalako (135), Manguredjipa (9), Masereka (36), Musienene (37), Mutwanga (5), Oicha (41), Vuhovi (79) and Lubero (8) en la provincia Kivu del Norte; y Bunia (1), Rwampara (1), Komanda (28), Mandima (119), Nyankunde (1) y Tchomia (2) en la provincia Ituri. Al 11 de mayo de 2019, diecisiete zonas de salud notificaron al menos un caso confirmado en los últimos 21 días (del 21 de abril al 11 de mayo de 2019).

Se registraron un total de 1117 muertes, incluyendo 1029 entre los casos confirmados, resultando en una tasa de letalidad entre los casos confirmados de 65% (1029/1592). El número de trabajadores de salud afectados ha aumentado a 99, lo que representa el 6% del total de casos reportados.

Katwa sigue siendo el foco principal del brote, ya que informó el 31% (100/322) de todos los casos confirmados en los últimos 21 días. Hasta el 11 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 47% de los nuevos casos confirmados durante este período del informe. Once zonas de salud, a saber, Beni, Butembo, Katwa, Kalunguta, Lubero, Mabalako, Mandima, Masereka, Manguredjipa y Musienene notificaron al menos un nuevo caso confirmado en los últimos tres días y siguen siendo puntos de atención. Tras el ataque en el centro de la ciudad de Butembo por un presunto grupo Mai Mai el 8 de mayo de 2019, y varios incidentes de seguridad en Butembo y sus zonas de salud vecinas, se suspendieron las actividades de respuesta en el área, que se reanudaron el 9 de mayo de 2019. Sin embargo, como se observó en incidentes anteriores, es probable que esto resulte en un aumento en el número de casos de EVE (por lo tanto, operaciones de respuesta y problemas de seguridad relacionados) durante los próximos 10 días.

El rastreo de contactos está en curso en 16 zonas de salud. Se registró un total de 13174 contactos el 11 de mayo de 2019, de los cuales 10 793 se habían visto en las últimas 24 horas (82%; varía entre 72-100% entre las zonas informadas). Los datos de rastreo de contactos no estaban disponibles para las zonas de salud de Butembo y Musienene bajo la subcoordinación de Butembo debido a la interrupción significativa de las operaciones en el área luego de incidentes de seguridad recientes. La zona de salud de Katwa tuvo la proporción más baja de seguimiento de contactos entre las zonas de salud con brote activo. De 1036 alertas procesadas (de las cuales 973 eran nuevas) en las zonas sanitarias informantes al 11 de mayo de 2019, se investigaron 954 (94%) y 534 (56%) 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 un incidente de seguridad el 8 de mayo de 2019, pero comenzaron a reanudarse desde el 9 de mayo de 2019.
- Desde el 11 de mayo de 2019, se vacunó a un total acumulado de 113 982 personas desde el inicio del brote en agosto de 2018.
- Los sitios de vacunación en Butembo, Katwa, Kalunguta, Vuhovi, Lubero y Masereka fueron inaccesibles durante cinco días consecutivos después del levantamiento de los taxis de motocicletas que bloquearon las carreteras, pero la vacunación se reanudó en Butembo y Katwa, y continúa en Mabalako, Beni y Mandima.
- La supervisión en puntos de entrada / puntos de control (PoE / PoC) continúa, con más de 57 millones de evaluaciones hasta la fecha. Un total de 74/80 (85%) PoE / PoC estaban operativos el 11 de mayo de 2019.
- Continúan las actividades de reintegración comunitaria para los pacientes dados de alta de los Centro de Tratamiento de Ébola (CTE), junto con sesiones de psicoeducación para fortalecer el compromiso y la colaboración de la comunidad en la respuesta.
- La presidencia nacional de la comisión visitó el subcomité de atención psicosocial de Goma, que fue seguido por una sesión informativa para asistentes psicosociales y psicológicos sobre intervenciones psicosociales y actitudes adaptadas en la respuesta al ébola.
- 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) se suspendieron temporalmente en Butembo como resultado de ataques armados; las instalaciones sanitarias y la descontaminación doméstica continuaron en Musienene, Kalunguta, Katwa, Mandima y Mabalako.
- Se están fortaleciendo las sesiones de sensibilización y movilización de la comunidad, con una sesión de intercambio de información entre la subcoordinación de Mangina y el diputado de la provincia de Bambesa, en la que ambas partes se comprometieron a fortalecer el compromiso de la comunidad y la gestión de incidentes en esta zona de salud; en Beni, se realizó una visita guiada al CTE por el comité de respuesta del área de salud de Tuungane para mejorar las percepciones de la comunidad hacia el CTE y los centros de tránsito; se llevó a cabo una sesión de trabajo con líderes comunitarios y autoridades de salud en torno a la búsqueda de contactos de Butembo y Beni; el gobernador de Kivu del Norte presidió un diálogo con la comunidad para obtener un fuerte compromiso de la comunidad en Butembo y sus alrededores, contra los ataques persistentes en los equipos de respuesta.

Interpretación de la situación por la OMS

El continuo aumento en el número de nuevos casos de EVE en la República Democrática del Congo es preocupante, ya que no parece haber un final a la vista para la difícil situación de seguridad, complicada por el desafiante entorno político. Sin embargo, todas las autoridades y socios se comprometen a fortalecer la participación de la comunidad, continuando con las sesiones regulares de participación de la comunidad en todas las zonas de salud afectadas, centrándose en la búsqueda de contactos, la aceptación de vacunas y las estrategias de manejo de incidentes. La implementación de medidas comprobadas de salud pública debe continuar, al mismo tiempo que aumentan las medidas de participación de la comunidad, 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
⇒ Alerta Epidemiológica de fiebre de Mayaro
⇒ Alerta Epidemiológica de difteria en las Américas
⇒ Decretan cuarentena en Mongolia tras la muerte por peste bubónica de dos personas
⇒ Dengue y chikungunya en Argentina
⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en México
⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Nicaragua
⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Paraguay
⇒ Dengue en Mauricio
⇒ Dengue en Tanzania
⇒ Fiebre amarilla en Brasil
⇒ Malaria en Guatemala
⇒ Malaria en Nicaragua
⇒ Sarampión en Chad
⇒ Sarampión en Estados Unidos
⇒ Sarampión en Etiopía
⇒ Sarampión en Guinea
⇒ Sarampión en Madagascar
⇒ Sarampión en Mauricio
⇒ Sarampión en Nigeria
⇒ Sarampión en República Centroafricana
⇒ Sarampión en Sudán del Sur
⇒ Sarampión en Uganda
⇒ Rubéola en Sudán del Sur
⇒ Cólera en Kenia
⇒ Cólera en Mozambique
⇒ Cólera en Tanzania
⇒ Cólera en Zambia
⇒ Hepatitis E en República Centroafricana
⇒ Hepatitis E en Sudán del Sur
⇒ Leishmaniasis en Kenia
⇒ Fiebre de Lassa en Nigeria
⇒ Poliomielitis derivado de la vacuna circulante en Nigeria
⇒ Poliomielitis en República Democrática del Congo

Recomendamos leer

Una nueva estrategia para combatir a las bacterias resistentes a los antibióticos

Jaime Iván Castillo, alumno de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud del Tec de Monterrey (México), desarrolló una investigación para asegurar el combate a las bacterias resistentes a los antibióticos. El joven mexicano busca combatir, mediante una estrategia original, la resistencia antimicrobiana (AMR), resistencia que se produce cuando los microorganismos dejan de ser afectados por un antibiótico y adquieren la capacidad de resistir sus efectos. A través de terapias combinatorias tradicionales entre antibióticos convencionales es posible disminuir la AMR, destaca el alumno. "*Las terapias sinérgicas que proponemos reducen el surgimiento de resistencia debido a 2 factores esenciales: su componente antigénico y su naturaleza combinatoria*". "*Además, son capaces de disminuir 87% la concentración mínima de agentes necesarios para inhibir a la bacteria*", comentó el alumno. Explicó que esta reducción en la concentración se podría traducir en costos de terapia considerablemente menores a los actuales. Esto haría posible su implementación en países en vías de desarrollo, en donde las proyecciones de crecimiento de resistencia antimicrobiana son más preocupante.

Jaime Iván es miembro de la American Society for Microbiology, Su artículo científico *Antimicrobial synergy between mRNA targeted peptide nucleic acid and antibiotics in E. coli* fue publicado en la revista *Bioorganic and Medicinal Chemistry*, en octubre de 2018. Por esta investigación fue reconocido como Ciudadano del Año en Baja California e Investigador Joven en el Paseo de la Fama de Tijuana. Leer más...

ARTE Y MEDICINA

Las crisis nerviosas de Lutero

En 1505, a la edad de 21 años, Martín Lutero sufrió una experiencia que le cambiaría su vida para siempre. Un día, mientras regresaba a casa de sus padres le sorprendió una terrible tormenta a medio camino y la fatalidad quiso que un rayo le cayera a su lado, por fortuna, sin consecuencias. Espantado y angustiado prometería que si salía con vida de esa situación se haría monje e ingresaría en el monasterio de su ciudad, Érfurt, y como todos sabemos, cumplió su promesa. A lo largo de su vida sufriría de continuas fases de melancolía y desaliento, experiencias de duda y desesperación, pero para muchos no eran otra cosa que consecuencia de la depresión que padecía.

Las crisis

Desde los 27 años, sino antes, sufría de zumbidos en los oídos, que según él mismo explica eran debidos al mismísimo diablo, "**Estoy torturado por un ruido y un zumbido en el oído, como si en mi cabeza corriese viento. El diablo no es ajeno a esto. No sabéis lo horrible que es este vértigo: todos los días me ha resultado imposible leer una carta y aun dos o tres líneas de los Salmos. Al cabo de esos tres o cuatro días, recomienza el ruido y casi me caigo del sillón. (…) ninguna medicina del mundo puede curarla (…) Todos los médicos que intentan curar esas enfermedades, como si provinieran de causas naturales, son imbéciles ignorantes. No conocen nada, ni del diablo ni de sus obras".**

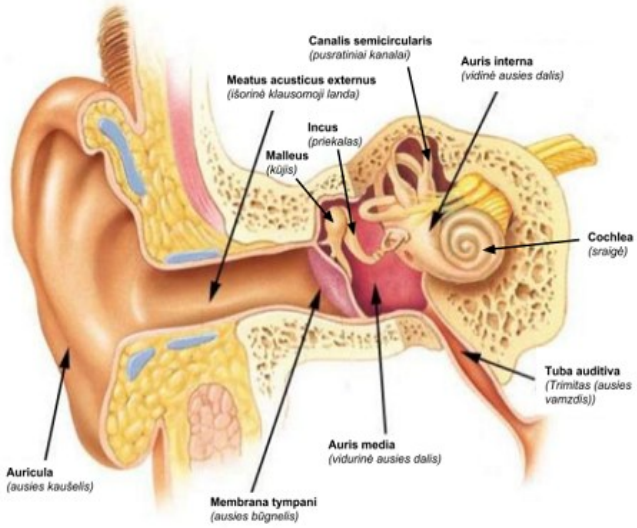
Pero esto no evitaba que faltara a una lección o a un sermón y su fecundo trabajo y las miles de páginas que escribió son prueba de ello, de hecho, Lutero se alegraba al pensar que esos ataques de mareo y el ruido que escuchaba por uno de sus oídos era la manera en que Dios se comunicaba con él.

Con 40 años ya cumplidos estas crisis se agravarían y el 22 de abril de 1527, mientras predicaba en la iglesia, un fatal vértigo le impediría terminar su sermón. Dos meses después, mientras cenaba con unos invitados, cayó desmayado por los fuertes pitidos que sentía en su oído izquierdo. Ya en la cama temió por su vida.

La repentina muerte del teólogo alemán ha sido protagonista de encendidos debates que van desde la muerte natural hasta el suicidio. Probablemente nunca sabremos a ciencia cierta cuál fue la causa exacta, puede que finalmente una neumonía sea la más probable, pero sus escritos y cartas nos muestran los males que sufrió a lo largo de toda su vida.

La enfermedad de Ménière

En los últimos años los expertos ponen apellido a su padecimiento: Lutero sufría la enfermedad de Ménière. El médico francés que le puso su nombre a esta enfermedad, en 1861, fue el Dr. Prosper Ménière, y tres son los principales síntomas que la caracterizan: los vértigos rotatorios, los acúfenos (ruidos en los oídos) y la hipoacusia (pérdida de audición). Puede presentarse en cualquier edad, pero es más probable que ocurra en la edad adulta y aunque es un problema crónico los ataques duran de entre 20 minutos y 2 horas, en algunas ocasiones todo un día, y la frecuencia de estos suelen variar desde pocos días hasta varios meses.



El problema suele presentarse en un solo oído, por una alteración de los fluidos -endolinfa- en los canales internos, responsables del equilibrio, pero la causa exacta se desconoce: ruptura del laberinto interno que lo contiene, factores ambientales, infecciones, autoinmunes…

El tratamiento busca controlar los incapacitantes ataques que se suceden limitando el consumo de sal, dejando el alcohol, café y tabaco, la administración de diuréticos que ayudan a controlar los niveles de agua del cuerpo y medicamentos que bloquean los impulsos nerviosos que generan las náuseas y los vértigos, sin olvidarnos de las técnicas que ayudan a relajarnos y controlar el estrés. Solo en determinados casos se aplica la cirugía buscando descomprimir el saco endolinfático o cortando el nervio vestibular, pero sus efectos secundarios -pérdida de audición o disminución del equilibrio- pueden resultar peores que la propia enfermedad en sí.

ARTE Y MEDICINA

Personajes históricos que sufrieron de acúfenos

Los zumbidos en los oídos, conocidos como acúfenos, ya fueron descritos, como no, por Hipócrates, de hecho, algunos se aventuran a decir que él mismo los sufriera tras decir "¿por qué es que el zumbido en los oídos cesa si uno hace un sonido?". Galeno también los describe y Alexandre de Tralles en el siglo VI los atribuye a "vapores espesos y flatulentos", muy en la línea de la teoría de los humores. Rhazes preconiza incluso un tratamiento: "aplicar opio con aceite de rosas, almendras dulces o bilis de buey". En la antigüedad, los japoneses los explicaban como consecuencia de la entrada del frío a lo largo de los vasos, entrando en conflicto con los humores de su interior.

Existen múltiples ensayos que tratan este tema en la historia y entre los personajes históricos que la sufrieron destacaría a Beethoven, que además padecería de una hipoacusia que le condicionaría incluso en su carácter; Van Gogh, de quien se dice que una súbita reacción psicótica le llevaría a cortarse la oreja para eliminarlos, aunque lo más creíble es que su amigo Gauguin fuera quien le hirió durante una disputa; Francisco de Goya y Lucientes, que le llevarían a una gran depresión nerviosa; Thomas Alba Edison… y nuestro protagonista de hoy, Martín Lutero.

El padre de la Reforma, este monje alemán de nombre Lutero, marcaría la cultura de Alemania y del continente europeo, y a pesar de sufrir este incapacitante mal, su convicción y su fuerza de voluntad le ayudaron a no consumirse ni debilitarse en su labor.

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