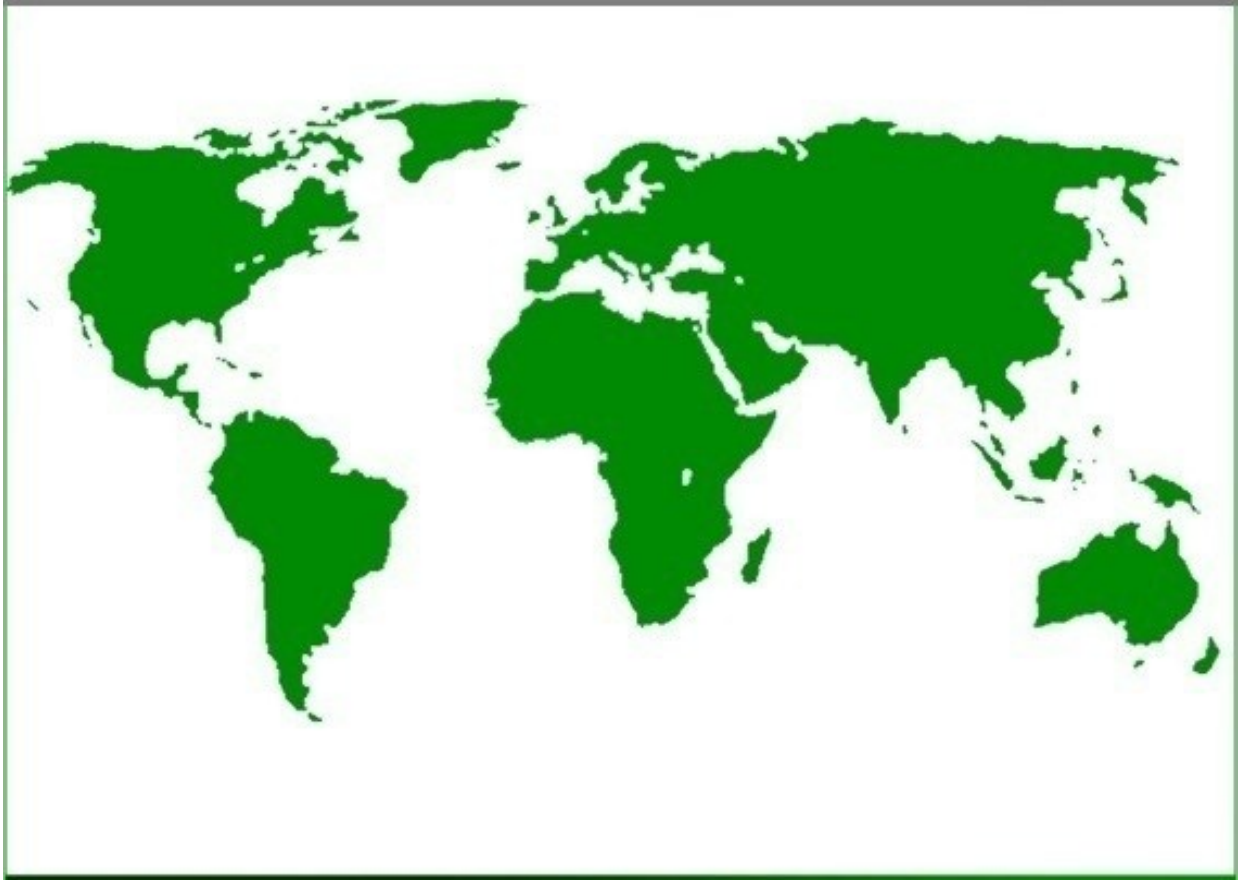
ISSN 1028-4346

SEI SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

SEI No. 20, 2019 *21 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 691 490 casos de dengue en las Américas hasta el 21 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 1206 casos humanos confirmados, de ellos 81 fallecieron.

El mundo

Situación del ébola en la República Democrática del Congo
Situación de influenza
Alerta Epidemiológica de sarampión en las Américas
Alerta Epidemiológica de difteria en las Américas
Dengue y chikungunya en Argentina
Dengue, virus del Zika y chikungunya en Colombia
Dengue, virus del Zika y chikungunya en El Salvador
Dengue, virus del Zika y chikungunya en México
Dengue, virus del Zika y chikungunya en Nicaragua
Dengue en Mauricio
Fiebre amarilla en Brasil
Malaria en Colombia
Malaria en México
Malaria en Nicaragua
Sarampión en Angola
Sarampión en Chad
Sarampión en Colombia
Sarampión en Estados Unidos
Cólera en Haití
Cólera en Somalia
Cólera en Yemen
Ántrax en Kenia
Fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en Namibia
Situación de salud en Etiopía

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

Nota: A pesar, de que la información de zika y chikungunya, permanece desactualizada en la web de la OPS, puede encontrar información actualizada de 2019 en nuestra web: https://temas.sld.cu/vigilanciaensalud/

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 21 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 21 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, 17 de mayo de 2019

En el presente periodo estacional (2018-2019) se notificaron 1206 casos humanos, de ellos se confirmaron 81 y fallecieron 14. Permanecen 348 en investigación y 777 fueron descartados. Además, se notificaron 1150 casos no humanos, de ellos se confirmaron 48, permanecen 301 en investigación, 410 se clasificaron como indeterminados y 391 fueron descartados.

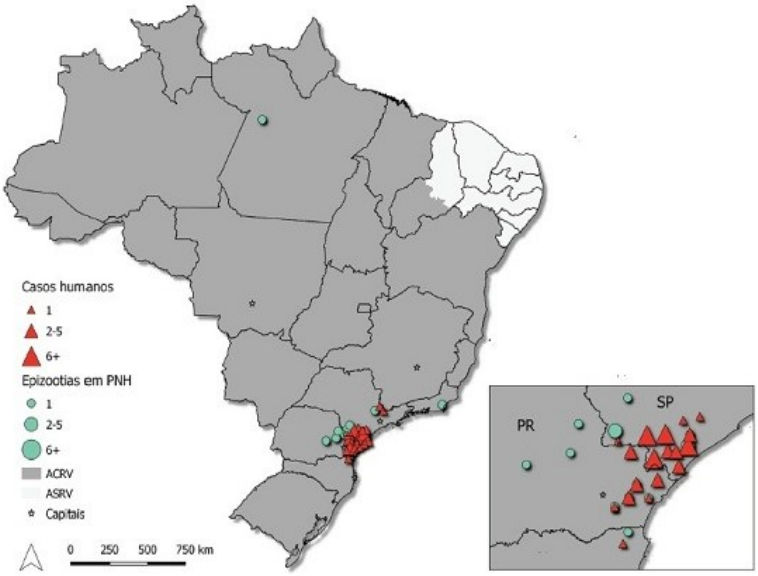
Aunque la vigilancia de la fiebre amarilla actualmente se basa en la estacionalidad de la enfermedad, cuyo período se extiende entre noviembre y mayo, con monitoreo por el Ministerio de Salud entre los meses de julio/2018 a junio/2019, a partir del informe nº 11, se describen los registros para el año 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 (68), Paraná (12) y Santa Catarina (1). La mayoría de los casos eran trabajadores rurales y / o en el área silvestre, de ellos 72 (88,9%) 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 (17,3%). El número total de casos humanos registrados en el mismo período de 2018 fue de 1309.

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

Se registraron epizootias de PNH confirmadas en São Paulo (13), Río de Janeiro (1), Paraná (32), Pará (1) y Santa Catarina (1) con mayor número de epidemias confirmados en la región Sudeste (68,7%; 33/48), 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 sarampión en las Américas, 17 de mayo de 2019

Hasta la fecha, doce países que notificaron casos confirmados de sarampión en 2019: Argentina, Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Estados Unidos de América, México, Perú, Uruguay y la República Bolivariana de Venezuela. No se han reportado defunciones por sarampión en la Región en el 2019. Adicionalmente, se confirmó un caso de sarampión en una persona a bordo de un crucero que navegaba entre Aruba y Curaçao.

Desde la Actualización Epidemiológica de sarampión publicada el 18 de abril, nueve países han confirmado casos nuevos: Brasil (70 casos), Canadá (12 casos), Chile (1 caso), Colombia (27 casos), Costa Rica (1 caso), Estados Unidos de América (284 casos), Perú (1 caso), Uruguay (6 casos) y la República Bolivariana de Venezuela (63 casos). En este mismo periodo no se notificaron casos nuevos en Argentina, las Bahamas y México no notificaron casos nuevos en este mismo periodo.

El brote de sarampión en las Américas, causado por el genotipo D8 linaje MVi/HuluLangat.MYS/26.11 que se inició en Venezuela en 2017, se extendió a Brasil y Colombia en 2018 y posteriormente en Argentina, Chile, Ecuador y Perú, fueron identificados casos importados o relacionados a importación por el mismo genotipo y linaje. En 2019, tanto Brasil como Colombia y Venezuela siguen notificando casos relacionados con el mismo genotipo y linaje, lo que indica la continua circulación de este virus. Esta situación, asociada a la importación de casos desde países fuera de la Región, ha provocado un incremento de casos semanales desde inicios de 2019, con un pico en la semana epidemiológica (SE) 12 y un promedio de 78 casos semanales en las 4 semanas epidemiológicas posteriores.

Leer situación detallada de los países que han notificado nuevos casos confirmados o una actualización de casos anteriores, desde la Actualización Epidemiológica publicada el 18 de abril de 2019, así como la descripción del caso a bordo del crucero en: OPS.

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, rubéola y parotiditis, 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) así como viajeros internacionales.
- **Mantener una reserva de vacuna** sarampión-rubéola (SR) y/o sarampión-rubéolaparotiditis (SRP) **y jeringas** para acciones de control ante casos importados.
- **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.
- **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 dentro de los 5 días después de haberse recolectado la muestra y que los resultados de laboratorio estén disponibles oportunamente.
- 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).
- 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 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 números crecientes de nuevos casos confirmados cada semana. Desde el último informe el 12 de mayo de 2019, se han notificado 136 nuevos casos confirmados de EVE, con 92 muertes adicionales.

Hasta el 18 de mayo de 2019, se reportó un total de 1816 casos de EVE, incluidos 1728 confirmados y 88 probables. Hasta la fecha, los casos confirmados se han informado de 22 zonas de salud: Beni (294), Biena (8), Butembo (186), Kalunguta (89), Katwa (559), Kayna (8), Kyondo (19), Mabalako (169), Manguredjipa (11), Masereka (36), Musienene (51), Mutwanga (5), Oicha (41), Vuhovi (81) and Lubero (11) y Alimbongo (1) en la provincia Kivu del Norte; y Bunia (1), Rwampara (1), Komanda (28), Mandima (126), Nyankunde (1) y Tchomia (2) en la provincia Ituri. La nueva zona de salud afectada con su primer caso reportado el 13 de mayo de 2019, con historia de asistir a un funeral en Katwa. Al 18 de mayo de 2019, diecisiete zonas de salud notificaron al menos un caso confirmado en los últimos 21 días (del 28 de abril al 18 de mayo de 2019).

Se registraron un total de 1209 muertes, incluyendo 1121 entre los casos confirmados, resultando en una tasa de letalidad entre los casos confirmados de 65% (1221/1728). El número de trabajadores de salud afectados ha aumentado a 102, incluyendo 34 fallecidos, lo que representa el 6% del total de casos reportados.

Katwa sigue siendo el principal foco del brote, con un informe del 24% (84/355) de todos los casos confirmados en los últimos 21 días, con las 18 áreas de salud en este zona de salud habiendo reportado al menos un caso confirmado en este periodo. Mabalako, Butembo, Mandima, Beni, Musienene y Kalunguta han informado el 18%, 12%, 11%, 10%, 9% y 8% de todos los nuevos casos confirmados en los últimos 21 días, respectivamente.

El rastreo de contactos está en curso en 18 zonas de salud. Un total de 12 608 contactos se registraron al 18 de mayo de 2019, de los cuales 10 451 se habían visto en el las últimas 24 horas (83%; varía entre 14-100% entre las zonas con notificación). Las alertas en dos provincias afectadas continuaron siendo levantadas e investigadas. De 1261 alertas procesadas (de las cuales 1160 eran nuevas) en las zonas sanitarias informantes al 18 de mayo de 2019, se investigaron 1170 (93%) y 278 (24%) 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.
- Hasta el 18 de mayo de 2019, un total acumulado de 119 652 personas ha sido vacunadas desde el inicio del brote en agosto de 2018.
- La supervisión en puntos de entrada / puntos de control (PoE / PoC) continúa, con más de 59 millones de evaluaciones hasta la fecha. Un total de 73/80 (91%) PoE / PoC estaban operativos el 18 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.
- 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, pero esta semana se han reportado algunas interrupciones debido al vandalismo en el Centro de Salud Hewa Bora, en Beni.
- Los proveedores de atención médica en algunos centros de salud en la zona de salud Masereka ya no usan equipos de protección personal y se muestran reacios a instituir prácticas de IPC luego de amenazas de quemar sus estructuras.
- Las actividades de desinfección en establecimientos de salud y hogares donde se habían confirmado casos permanecieron en Beni, Mabalako, Mandima, Butembo, Musienene, Katwa y Lubero.
- Se están fortaleciendo las sesiones de sensibilización y movilización de la comunidad, con sesiones de trabajo en Goma para la preparación de un taller sobre actualización, armonización y adaptación de mensajes de comunicación, y en el área de salud de Bunyuka para el Comité Local de Ébola sobre la resolución de incidentes comunitarios; el diálogo comunitario ha tenido lugar con las poblaciones de las áreas de salud Magherya y Luotu, con el fin de eliminar equipos de resistencia a la respuesta, apoyados por una delegación de jefes consuetudinarios de Kivu del Norte.

Interpretación de la situación por la OMS

El número de nuevos casos de EVE en las provincias de Kivu del Norte e Ituri sigue aumentando. Parte de este aumento semanal puede deberse a la incapacidad de identificar los casos durante periodos de inestabilidad. Sin embargo, la situación sigue siendo extremadamente grave. Los esfuerzos de compromiso de la comunidad continúan fortaleciéndose, con todas las autoridades y socios centrados en sesiones de participación comunitaria, así como en continuar implementando las medidas de salud pública comprobadas, que todavía están restringiendo el brote a dos provincias en un país. Estos esfuerzos intensos deben continuar, mientras que al mismo tiempo la comunidad global de donantes debe proporcionar los fondos necesarios para sostener esta respuesta.

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

⇒ Alerta Epidemiológica de sarampión en las Américas

⇒ Alerta Epidemiológica de difteria en las Américas

⇒ Dengue y chikungunya en Argentina

⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Colombia

⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en El Salvador

⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en México

⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Nicaragua

⇒ Dengue en Mauricio

⇒ Fiebre amarilla en Brasil

⇒ Malaria en Colombia

⇒ Malaria en México

⇒ Malaria en Nicaragua

⇒ Sarampión en Angola

⇒ Sarampión en Chad

⇒ Sarampión en Colombia

⇒ Sarampión en Estados Unidos

⇒ Cólera en Haití

⇒ Cólera en Somalia

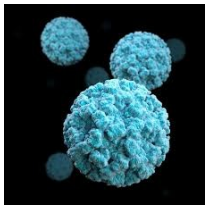
⇒ Cólera en Yemen

⇒ Ántrax en Kenia

⇒ Fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en Namibia

⇒ Situación de salud en Etiopía

Recomendamos leer



Cómo evaluar el riesgo de transmisión del virus de la gastroenteritis en comedores

Un equipo internacional de científicos, con participación de la Universidad de Córdoba, ha desarrollado un sistema estadístico que indica el riesgo de transmisión del norovirus humano, causante de la gastroenteritis, en comedores colectivos. Además, el modelo detecta hábitos en la manipulación de alimentos frescos que pueden evitar su contagio hasta en un 60%, como el lavado de manos frecuente. En el estudio, publicado en la revista *International Journal of Food Microbiology* los investigadores describen, a través de las matemáticas, el proceso de observación realizado en una escuela de Kansas para determinar qué aspectos contribuyen a la transmisión del virus y qué prácticas podrían evitarlo. Leer más…

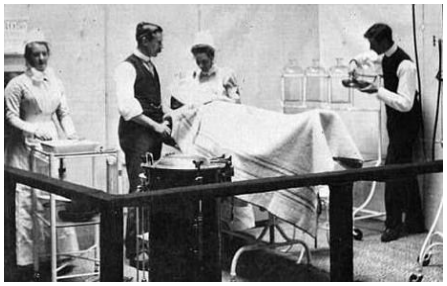
BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

ARTE Y MEDICINA

Terribles datos sobre la cirugía en la época victoriana.

Mucha gente teme ir al médico, pero si existe la posibilidad de pasar por el quirófano para que le practiquen cualquier tipo de cirugía, el miedo se convierte en pánico.
Muchos pacientes se suelen preguntar "¿Me dolerá?" o "¿Qué pasa si me despierto mientras me están operando?". Son algunos de los temores que tenemos cuando nos sentimos más vulnerables, a pesar de que los médicos y cirujanos son profesionales altamente capacitados.
Los hospitales son instituciones increíblemente limpias y la atención de los profesionales sanitarios reúne todas las garantías, pero en nuestro subconsciente seguimos teniendo esos temores.
Sin embargo, en la época victoriana, de finales del siglo XIX a principios del XX, las circunstancias no eran las mismas. A pesar de haber introducido algunos avances quirúrgicos modernos como el uso de anestésicos y ya se conocía lo que eran las infecciones provocadas por gérmenes, la **cirugía** era una práctica sombría a la que muchos pacientes no sobrevivían.
A continuación vamos a ver terribles datos relativos a la cirugía que se practicaba durante la época victoriana:

1. Muchos pacientes se desangraban hasta morir durante la operación. La mayoría de las heridas producidas durante la cirugía se infectaban y muchos pacientes morían por esta causa.
2. Una sala de operaciones limpia tenía una tasa de mortalidad de 1 entre 10. Un quirófano sucio una tasa de mortalidad de 1 entre 4. La correlación entre asepsia y supervivencia no fue descubierta hasta mediados del siglo XIX.

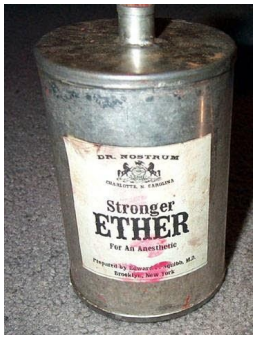


3. Debido a la falta de anestésicos los cirujanos tenían que trabajar muy rápido. Una amputación podía durar 30 segundos.

4. Los barberos practicaban cirugías básicas, sobre todo durante las guerras.

5. Las sanguijuelas se utilizaban para extraer sangre antes de la cirugía.

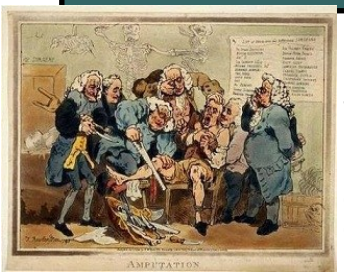
6. El anestésico quirúrgico más antiguo es el éter, aunque no siempre estaba disponible. Tenía efectos secundarios como vómitos y era muy inflamable, lo cual unido a que los quirófanos se iluminaban con velas o quinqués, era una mala combinación.



7. Las extremidades amputadas eran colocadas en recipientes con aserrín para absorber la sangre.

8. Tras una operación los pobres se quedaban en el hospital, mientras que los ricos eran tratados en su casa.

ARTE Y MEDICINA



9. Cualquier miembro que era atravesado por el hueso en una fractura abierta, tenía que ser amputado.

10. Las camas de los hospitales estaban demasiado juntas, lo que provocaba una transmisión de las enfermedades.

11. Muchos cirujanos vestían con sus levitas manchadas de sangre, lo que para ellos era un orgullo.

12. Las cirugías internas no se practicaban ya que aun no habían antibióticos los suficientemente potentes para combatir las infecciones.

13. La cirugía ni siquiera se consideraba parte de la medicina. Los médicos estaban considerados como unos profesionales prestigiosos, mientras que los cirujanos estaban a la altura de los carniceros.

14. Si el paciente presentaba una hemorragia que sangraba profusamente, era cauterizada con un hierro al rojo vivo o vertiendo aceite hirviendo sobre la herida.

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